

Pražská vysoká škola psychosociálních studií
Hekrova 805, 149 00 Praha 4



Písemná práce k bakalářské zkoušce
Možnosti předporodní péče a porodu v ČR
Lucie Hanžlová

Studijní program:

Sociální politika a sociální práce

Studijní obor:

Sociální práce se zaměřením
na komunikaci a aplikovanou
psychoterapii

Vedoucí práce:

MUDr. Olga Dostálová

Akademický rok:

2008 / 2009

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a s použitím uvedené literatury.

V Praze dne 24.8. 2009

Lucie Hanžlová

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji své vedoucí bakalářské práce MUDr. Olze Dostálové za podporu a pomoc při její tvorbě, za trpělivost a projevenou ochotu a laskavost.

OBSAH

ÚVOD	6
1 VYMEZENÍ POJMŮ	7
1.1 Pojem těhotenství	
1.2 Pojem: porod	
1.3 Pojmy: epiziotomie a císařský řez	8
2 KRÁTKÁ HISTORIE PORODNICTVÍ	9
2.1 Rozvoj babictví	
2.2 Porodnictví v rukou lékařů	10
2.3 20. století a současnost	12
3 TĚHOTENSTVÍ A POROD	14
3.1 Těhotenství	
3.2 Porod	15
4 PŘEHLED PÉČE A MOŽNOSTÍ V TĚHOTENSTVÍ A BĚHEM PORODU	17
4.1 Přirozený způsob porodu	
4.1.1 Porod dle Leboyera	19
4.1.2 Porod dle Michela Odenta	21
4.1.3 Porod do vody	23
4.2 Péče předporodní a lékařsky vedený porod	25
4.2.1 Prenatální péče	
4.2.2 Porod v porodnici	26
4.3 Porod doma	28
4.3.1 Porod doma s porodní asistentkou	29

4.4 Porod s doulou	31
4.5 Porodní dům	34
4.6 Otec u porodu	36
5 OSOBNÍ ZKUŠENOST	38
5.1 Můj první porod	
5.2 Můj druhý porod	40
5.3 Můj třetí porod	41
ZÁVĚR	45
LITERATURA	47

ÚVOD

Toto téma své bakalářské práce jsem si zvolila, protože pro mě bylo právě v této době velice aktuální. Ve třetím ročníku studia na PVŠPS se totiž narodila má dcera. Zároveň si myslím, že je to téma v naší zemi momentálně velice živé a stále častěji diskutované i v médiích.

Ve své práci bych chtěla poskytnout přehled péče o těhotné ženy během těhotenství a možnosti porodu v České republice. Chtěla bych objektivně popsat dané možnosti, jejich výhody a nevýhody, popřípadě nabídnout vlastní názor a zkušenosti.

Myslím si, že těhotenství a zejména pak porod dítěte patří mezi nejvýznamnější sociální události v životě lidí. Věřím tomu, že to, jakým způsobem člověk na svět přichází a co následuje v brzkých hodinách po porodu, může ovlivnit různé aspekty jeho budoucího života. Proto si myslím, že je potřeba tuto skutečnost nepodceňovat a těhotným ženám a jejich miminkům věnovat zvlášť citlivou a empatickou pozornost a péči.

V první kapitole se věnuji vysvětlení důležitých pojmů, jak je definují odborníci různých oborů. Ve druhé kapitole nabízím stručný vhled do historie porodnictví. Kde se vzaly porodní báby a kam naopak zmizely, aby uvolnily místo lékařům, jak vypadá naše porodnictví v současnosti.

Ve třetí kapitole podrobně popisuji těhotenství a porod, jejich jednotlivá období a fáze. Ve čtvrté kapitole pojednávám o jednotlivých možnostech porodu. Stavím do kontrastu přirozený způsob porodu a lékařský způsob porodu a přidávám ještě další alternativy jako například porod do vody a nebo porod s dulou.

Celou pátou kapitolu věnuji vlastní osobní zkušenosti ze svých tří porodů. Měla jsem tu možnost porodit své děti každé v jiné zemi, a přestože se narodily všechny v nemocnicích, mé zážitky se diametrálně lišily.

1 VYMEZENÍ POJMŮ

Jako klíčové pro tuto práci jsem vybrala následující pojmy: těhotenství, porod, epiziotomie, císařský řez.

1.1 Pojem těhotenství

Srovnajme si, jak definují těhotenství odborníci různých oborů.

Psychologický slovník uvádí tuto definici: „*Těhotenství je období, v němž se v mateřském těle vyvíjí z oplozeného vajíčka nový jedinec, u lidí trvá deset lunárních měsíců, tj. 280 dní*“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s. 597).

„*Těhotenství (gravidita) je období, kdy žena nosí vyvíjející se plod, fyziologicky v děloze, trvá přibližně 266 dnů od početí do porodu nebo 280 dnů od prvního dne poslední menstruace*“ (Výkladový ošetrovatelský slovník, 2007, s. 484).

Praktický slovník medicíny u pojmu těhotenství odkazuje na odborný pojem gravidita (lat. graviditas) a píše, že je to „*doba od početí až po narození dítěte. Průměrná doba trvá 10 lunárních měsíců ... tj. 280 dnů od 1. dne poslední menstruace, v němž se z jediné buňky (oplozeného vajíčka –zygoty) vyvine zdravý jedinec*“ (VOKURKA a HUGO, 1998, s.150).

Dále autoři uvádějí, že se těhotenství dělí během svého trvání na tři části nazvané trimestry, během nichž se dějí výrazné změny nejen ve vývoji zárodku, ale i v těle matky.

Obor sociální práce se na těhotenství dívá z jiné roviny, totiž jako na sociální událost. Pod tímto pojmem nacházíme ve Slovníku sociální práce odkaz na dávky sociální péče (MATOUŠEK, 2003, s.44, 239).

1.2 Pojem: porod

Psychologický slovník uvádí dvě roviny pohledu na porod: „*1) porod je hormonálně řízené vypuzování plodu a plod. obalů z těla matky, 2) psychol. pro dítě*

vyvržení ze světa klidu a bezpečí do světa hluku, světla, chladu, ale též prvních pocitů slasti při sání, spánku a dotycích s tělem matky“, žena zažívá vrcholný okamžik svého života, v Evropě se rodí většinou na zádech v nemocnicích, alternativou se stává porod do vody, v řadě přírodních národů se rodí ve stoje nebo v dřepu někdy i v kleče za přítomnosti celé vesnice. V Evropě se porod z domovů přesunul do nemocnic a pomalu se začíná vracet do domovů, u porodu bývá častěji přítomen i otec (HARTL a HARTLOVÁ, 2000, s.421).

„Porod je proces, při kterém dochází k vypuzení plodu a placenty z dělohy“, děje se tak po 280 dnech po oplození. Porod začíná buď spontánně nebo je vyvolán uměle. V první době porodní se začíná stahovat děloha, *„čípek se rozšiřuje, praská amniový vak a odtéká plodová voda“*, ve druhé době porodní dochází k tlačení matky, dítě prochází pochvou, po narození se přestříhne pupeční šňůra, ve třetí době porodní dojde k vypuzení placenty (*Výkladový ošetrovatelský slovník*, 2007, s.392).

1.3 Pojmy: epiziotomie a císařský řez

Epiziotomie je *„chirurgické protěti (nastřížení) hráze (perinea) při porodu. Provádí se... jako prevence jejího roztržení při průchodu plodu. Po porodu se běžným způsobem zašije“* (VOKURKA a HUGO, 1998, s.111).

Císařský řez je : *„vybavení novorozence z dělohy přes břišní stěnu“*, k tomuto způsobu porodu se přistupuje v případě, že normální porod by mohl představovat riziko pro matku nebo dítě (*Výkladový slovník ošetrovatelský*, 2007, s.79).

2 KRÁTKÁ HISTORIE PORODNICTVÍ

2.1 Rozvoj babictví

Porodnictví se vyvinulo v dávnověku z laické pomoci poskytované rodící ženě jejími staršími družkami, které již samy rodily.

Již Sokratova matka byla porodní bábou, což částečně ovlivnilo jeho umění postupného kladení otázek a získávání odpovědí, které srovnával s jejím porodnickým uměním. V Sókratově dialogu je každý z přítomných spolubesedníků rovnoprávným účastníkem besedy. Platí to i tehdy, je-li jeden z účastníků učitel a druhý jeho žák (KESSIDI, 1980).

V antickém Řecku a o něco později i v Římě se některé ženy začaly věnovat poskytování pomoci během porodu jako svému zaměstnání. Přejímaly zkušenosti a vědomosti od svých předchůdkyň a samy braly do učení mladší uchazečky o toto povolání. Toto období se nazývá *období porodnictví babického*. Praktické porodnictví bylo zcela v rukou porodních bab. Pomoc lékařů se vyžadovala pouze v komplikovaných případech. Porodní báby byly prostřednicemi i v případě ženských nemocí, kdy lékař doporučil ošetření na základě sděleného, nemocnou však osobně nevyšetřoval (MACKŮ a MACKŮ, 1998).

O prvních porodních bábách jsou u nás zprávy z roku 1171. Jejich konání bylo zprvu často obestřeno magií a jednalo se mnohdy o ženy negramotné. Nazývaly se *ženy položné* nebo *báby pupkořezné*, později *babičky*. Jejich životní podmínky byly často velice bídné, mnohdy se jednalo o vdovy, které tuto práci vykonávaly nerady namísto žebrání (DOLEŽAL, 2001).

Na Karlově univerzitě se porodnictví a gynekologie přednášely hned od jejího založení. Výuka však byla pouze teoretická, praktická cvičení se nekonala, protože chirurgii a anatomii přednášeli výlučně profesori patřící k duchovnímu stavu. První učebnici pro porodní báby psanou v českém jazyce vydal roku 1519 mladoboleslavský lékař Nicolaus Claudjan (MAREK, 2002). Jejich manželovi se říkalo babák. Po čtyřech letech spolupráce se starší babičkou byla nová babička oprávněna vykonávat babictví zcela samostatně.

K průlomů dosavadní porodní péče došlo v 17. století příkladem mocných, kdy urozené dámy ke svým porodům začaly povolávat porodníky muže. Zajišťování porodu

vzdělanými chirurgy se mezi šlechtou rozšířilo. Zprvu to bylo povolání raritní, postupně se stávalo více vyhledávaným. V Čechách se první porodníci vyskytli až v 18. století s označením *babič* (DOLEŽAL, 2001).

2.2 Porodnictví v rukou lékařů

Do počátku 18. století byl u nás porod spíše sociální než lékařskou událostí, protože se v naprosté většině případů odehrával doma s pomocí porodní báby a několika dalších žen.

V Evropě započal vznik vědeckého porodnictví již na počátku 17. století, kdy byl v roce 1630 v Paříži v blízkosti Notre Dame a nalezince zřízen Hotel Dieu. Sem přicházely porodit ženy z pařížské chudiny. Zde se rodila porodnická věda, která se dále šířila do celé Evropy. Přes příšerné hygienické podmínky, kdy na jedné posteli leželo několik nemocných, rodičích i již zemřelých žen se dařilo postupně zavádět šetrnější metody, studovat porod od samého začátku, vznikaly i první modely porodnických kleští .

Ve Francii vznikla porodnická škola, jejíž žáci vytvářeli další centra. Zároveň se kladl důraz na vzdělání a aprobaci porodních bab a to ještě v době, kdy nejen u nás, ale i v jiných evropských zemích mohla každá primitivní žena dělat porodní bábu (DOLEŽAL, 2001).

Stále častěji i v domácím prostředí rodily ženy za přítomnosti lékaře. Tento úkon byl sice špatně finančně ohodnocen, lékaři však přinášel osobní uspokojení a dostatek klientů. Mezi tehdejšími lékaři se říkalo: „*Porod' dítě a všichni členové rodiny budou do smrti tvými pacienty*“ (MAREK, 2002, s.64). Toto rčení by dle mého názoru platilo i v dnešní době, bohužel současný stav našeho zdravotnictví a kultury nepřeje rodinnému lékařství. Lékařům lichotilo, že dokázali pomoci dítěti na svět lépe, než nevzdělané a netréované porodní báby, které nebyly schopny řešit komplikované porody, jež v dobách před intervencí lékařů pravidelně končily smrtí dítěte i matky.

Později porod mnohdy započal za přítomnosti porodních bab, pokud však nepostupoval a dotyčná již vyzkoušela veškeré své umění, zavolala lékaře. Dělo se tak často až ve chvíli, kdy dítěti a mnohdy i rodičce nebylo už pomoci. Zkonstatoval-li lékař, že plod již nežije, vybavil jej po částech, což je tzv. embryotomie. Často bylo nutno zvolit kleště, jejichž použití životy zachraňovalo, ale i bralo, často totiž docházelo k poraněním dítěte i rodičky. V dobách jejich největší popularity probíhalo až 40 % porodů s jejich pomocí (DOLEŽAL, 2001).

Doménou lékařů se stal také císařský řez, který je znám od starověku jako vybavení plodu z těla právě zemřelé těhotné matky. Od konce 16. století byla tato operace ojediněle prováděna i u živých rodiček. Častěji se začal císařský řez provádět od konce 19. století, kdy se změnila operační technika, byla zavedena anestezie a výkon přestal být tak nebezpečný (MACKŮ a MACKŮ, 1998).

Při studiu knih pro tuto kapitolu mě zaujal vývoj léčby i vysvětlení původu horečky omladnic (omladnice = šestinedělka). Toto onemocnění se vyskytovalo převážně v porodnicích s vysokou koncentrací rodiček. Šlo o onemocnění těžké, většinou smrtelné se vznikem hnisavého zánětu pobřišnice a orgánů malé pánve, posléze i střev a jater. Původ onemocnění se přičítal nevhodné životosprávě, zácpě, potlačenému sexuálnímu životu, přejídání, šňěrování, předchozímu abortu, nachlazení, špatnému vzduchu, radosti z dítěte, strachu a bídě u chudých matek, těžkému porodu, násilnému vybavování placenty, časnému vstávání po porodu. K léčbě se používalo všeho dostupného, ale z dnešního hlediska naprosto inadekvátního: pijavky, klystýry, zábaly, pouštění žilou, projímadla, dávidla.

V polovině 19. století byla horečka omladnic po desetiletí v centru pozornosti. Spojovala se se špatnými hygienickými poměry, špinavými potraty, nedostatečnou ventilací, řídkou výměnou ložního prádla, slamníků, dek, přeplněnými prostory. Pozoroval se častější výskyt po operacích a po porodech mrtvých, zejména rozkládajících se plodů.

Jako první konstatoval Angličan Thomas Denman roku 1768 přenos puerperální infekce lékaři a bábami. Při této diagnóze prováděl po dobu 48 hodin dezinfekci místnosti plynným chlorem a výsledky byly výrazné. Dalším účinným opatřením bylo zavedení mytí rukou nejen mýdlem, ale i chlorovým vápnem (DOLEŽAL, 2001). S tímto opatřením však spousta lékařů nesouhlasila a odmítala přijmout odpovědnost za přenášení infekce.

Teprve Ignác Filip Semmelweis (1818-1865) učinil v tomto směru zcela zásadní objev. Pochopil a odborně vysvětlil, že tuto nemoc způsobuje zanesení jedovatých látek do rodidel. Během svého působení na porodnické klinice ve Vídni si nemohl nevšimnout, že na klinice, kam přicházeli na praxi studenti často rovnou z pitevny, umírá mnohonásobně více šestinedělek, než na porodnickém oddělení, které bylo také součástí porodnice, kde však ženy rodily pouze za asistence porodních bab. Prostudoval více než 40 000 porodopisů a došel k závěru, že horečka je pouze průvodním jevem, a onemocnění je způsobeno nákazou. Trvalo další dva roky, než objevil onu příčinu. V únoru roku 1847

zemřel na následky drobného poranění Semmelweisův nejlepší přítel. Profesor Jakub Kolletschka byl poraněn při pitvě jedním nepozorným studentem. Za několik dní zemřel na celkovou infekci. Při důkladném studování jeho chorobopisu zpozoroval nápadnou podobnost s onemocněním šestinedělek a pochopil, že infekci přenášejí lékaři a hlavně studenti. Zavedl pravidlo, že každý lékař i student si před vstupem na porodní sál musí umýt ruce v chlórové vodě a snížil tak úmrtnost šestinedělek na pouhé 1 %. Za své objevy sklídl posměch a na klinice mu nebyl prodloužen pobyt. Semmelweis zemřel ve 47 letech a trvalo ještě celé čtvrtstoletí, než byly jeho zásady uznány za správné a všeobecně platné (TRČA, 2004).

Ke změně došlo až po vzniku vědecké mikrobiologie a bakteriologie. Jako první objevil mikroba způsobujícího puerperální sepsi Louis Pasteur. Je známo, že v r.1870 vpadl do výkladu váženého profesora na francouzské vědecké akademii v Paříži slovy: „*To, co zabíjí ženy v šestinedělí ... jste vy, lékaři, kteří přenášíte smrtelné mikroby z nemocných žen na zdravé ...*“. A jal se na tabuli malovat podobu mikroba, kterého spatřil před tím v mikroskopu (de KRUIF, 1935, s.144). Díky tomu se postupně začaly sterilizovat nástroje a prádlo.

2.3 20. století a současnost

Od počátku 20. století dochází k neustálému snižování kojenecké úmrtnosti. Je to díky rozvíjející se lékařské vědě, ale také neustálému zvyšování životní úrovně. Nemocniční porody byly zprvu výsadou bohatých. Postupně se rozšířily mezi široké vrstvy obyvatelstva. Začalo vznikat i zdravotní pojištění a porod se přesunul z domovů do porodnic. Od 60. let se v České republice oficiálně doma nerodí (MAREK, 2002). Současné moderní zdravotnictví zdůrazňuje jeho preventivní charakter a význam pravidelného sledování těhotných v těhotenských poradnách, kde je zjišťován vývoj plodu a zároveň zdravotní stav těhotné ženy. Souhrn těchto opatření se nazývá prenatální péče (MACKŮ a MACKŮ, 1998).

Prenatální péče v ČR je na vysoké úrovni. Těhotná žena navštěvuje pravidelně těhotenskou poradnu, kde dochází k ultrazvukovým vyšetřením, odběrům krve za účelem zjištění případných vývojových vad a kontrolování celkového zdravotního stavu těhotné. V případě zjištění vývojové vady u plodu lze těhotenství předčasně ukončit a nebo se

připravit na jeho následnou léčbu po porodu. Během porodu v porodnici je ženám poskytována veškerá moderní péče jako holení, klyzma, infúze oxytocinu na povzbuzení stahů dělohy, epidurální anestézie, epiziotomie. V případě komplikací se přistupuje k císařskému řezu, který nezdídka bývá prováděn plánovaně. Po celou dobu porodu se o ženu stará tým odborníků.

3 TĚHOTENSTVÍ A POROD

3.1 Těhotenství

Podle mého názoru patří těhotenství mezi jedno z nejvýznamnějších období v životě ženy. Ať plánované či neplánované, chtěné či nechtěné přináší sebou spoustu změn, jiný stav nejen tělesný, ale i psychický a samozřejmě má i významný dopad sociální. Žena se od samého počátku začíná starat nejen sama o sebe, ale i o nenarozené dítě, které je v odborné literatuře nazýváno plodem.

Těhotenství neboli prenatální vývoj lidského plodu trvá devět kalendářních měsíců.

V tomto období se vytvářejí všechny potřebné předpoklady pro budoucí samostatný vývoj plodu. Plod je velice brzy aktivním organismem, který je schopen nejjednodušších forem učení a jeho chování je již v tomto období individuálně typické. Jednotlivé funkce se objevují v určitém období.

1. Období od oplození do uhnízdění blastocysty a vytvoření tří zárodečných listů. Toto období trvá necelé tři týdny. Již ve třetím týdnu vzniká nervová trubice, která je základem nervového systému.
2. Embryonální období, kdy se vytvářejí všechny hlavní orgánové základy. Trvá do konce 12. týdne, do konce prvního trimestru. V tomto časovém úseku je embryo velice citlivé na působení nejrůznějších vlivů, některé z nich mohou vést ke vzniku vývojové vady.
3. Fetální období. Dokončuje se vývoj orgánových systémů, některé z nich začínají již v této době fungovat. Toto období trvá od 12. týdne do narození (VÁGNEROVÁ, 2005).

V České republice probíhá péče o těhotnou ženu standardně u lékaře v těhotenské poradně, kam dochází jednou měsíčně, v případě zjištěných komplikací častěji. Tato péče je hrazena zdravotní pojišťovnou. Pro mnoho žen jsou tyto návštěvy radostnou událostí, dozvídají se vše potřebné o svém miminku a cítí se klidnější v péči lékaře.

Pro jiné ženy však mohou být zdrojem mnoha úzkostí. Neustálé podrobování se rutinním testům a často dlouhé čekání na jejich výsledky přináší různé reakce. Od nejistoty

po hrůzu, od otupělosti po hyperaktivitu, od lehkého napětí po těžké bolesti hlavy (VODÁČKOVÁ aj., 2002).

Myslím si, že v případě potvrzení vývojové vady nebo vyslovení na její podezření se může těhotenství stát nejnáročnějším a také nejzásadnějším obdobím v životě ženy. Rozhodnout se pro ukončení těhotenství, kdy často nelze stoprocentně prokázat poškození dítěte, nebo přesně určit jeho závažnost, je velice těžké a žena se často musí spolehnout jen na doporučení zdravotníků. Následky svého rozhodnutí si však odnáší do budoucího života. Dle mých informací se takovéto ženě dostane psychologické či sociální pomoci, pouze v případě, že ji sama vyhledá. To považuji za veliký nedostatek našeho moderního porodnictví.

3.2 Porod

„Porod je otevření. Otevírá ženino tělo, ale také srdce a mysl.“
Laurie Fremgenová

Porod je velikou sociální událostí. Na svět přichází nová osobnost a její příchod ovlivňuje životy mnoha dalších lidí. Stávají se z nich rodiče, prarodiče, sourozenci, v méně šťastnějších případech se musejí postarat lékaři a sociální pracovníci. Narození dítěte s sebou pokaždé přináší změnu.

Porod je také přirozeným fyziologickým dějem a ve většině případů by se obešel bez intervence lékařů. V některých případech však dochází k nečekaným komplikacím a lékařská péče je potom nezbytná pro záchranu života matky i dítěte.

Porod probíhá ve třech fázích, tzv. porodních dobách. První je označována jako otevírací, druhá jako vypuzovací a třetí jako doba poporodní.

1. První doba porodní je nejdelší a pro rodící ženu nejnamáhavější část porodního děje. Dochází při ní k otevírání porodních cest. Začíná s nástupem pravidelných děložních kontrakcí a končí rozvinutím děložního hrdla, tzv. zánikem branky. Tento proces může trvat různě dlouho, záleží na tom zda žena je nebo není prvoroďčka. U prvoroďček může tato fáze trvat značně dlouho, hovoří se o průměrných 10 – 12 hodinách. U vícerodiček to bývá o něco méně.

2. Druhá doba porodní začíná v okamžiku, když je děložní hrdlo dokonale otevřené. Rodící ženě nastává velká úleva především psychická, jednak proto, že se smí aktivně zapojit, jednak také proto, že anticipuje blížící se konec utrpení. Konečně smí začít tláčit a aktivně pomáhat svému děťátku na svět. Ačkoliv je většina žen po první době porodní značně vyčerpaná, nástup druhé doby pocítují jako náhlý příliv nové síly a energie. To ovšem neplatí pro všechny ženy, ale pouze pro zdravé. Pro z ženy dřívějších dob vyčerpané mnoha předchozími a rychle za sebou jdoucími porody nebo pro ženy s kardiálními poruchami byla tato doba nejnamáhavější právě pro její fyzické nároky. Pro dítě je tato fáze velmi náročná. Stále sílící stahy dělohy je posouvají a rotují ven porodními cestami. V této fázi porodu může dojít k poranění hráze, někteří lékaři provádějí preventivně epiziotomii. Druhá doba porodní může trvat několik minut, ale i dvě hodiny, to by mělo být maximum.
3. Třetí doba porodní se zdá být nejsnazší, není však méně důležitá. Jejím obsahem je přestřižení pupečnicku a porod placenty. Především je nutné zamezit zbytečným krevním ztrátám rodičky, pečlivě zkontrolovat odešlou placentu a plodové obaly a co možná nejméně při tom rušit první kontakt mezi matkou a dítětem (LABUSOVÁ a FRYDRYCHOVÁ, 2002).

4 PŘEHLED PÉČE A MOŽNOSTÍ V TĚHOTENSTVÍ A BĚHEM PORODU

„Těhotenstvím začíná v těle ženy tvůrčí proces, který mění celé její dosavadní bytí. Porod sám je předěl a poznání smyslu. Přivést na svět dítě znamená prožít něco, co člověka v každém ohledu přesahuje.“

Irene Kummer

V této kapitole bych ráda popsala, jaké má žena v České republice možnosti péče během těhotenství a v době porodu, co si vlastně pod pojmem přirozený porod představují - a jako příklad uvedu porod podle Leboyera a Odenta. V naší zemi se naprostá většina porodů odehrává v porodnicích a jen malá část porodů proběhne doma s porodní asistentkou nebo doulou. V některých vyspělých zemích je trend zcela opačný. Četností porodů doma je vyhlášené zejména Holandsko, kde až 40 % žen přivede své dítě na svět doma s porodní asistentkou (některé zdroje hovoří až o 60 %). Podobně je to i ve skandinávských zemích. V České republice se na ženy, které se rozhodnou pro domácí porod, nahlíží jako na osoby nezodpovědné. Myslím si, že příčinou je především odmítavý postoj porodníků a dětských lékařů k porodům doma, jejich nevstřícnost podpořit ženu v jejím rozhodnutí během těhotenství a dovolávání se zodpovědnosti za život dítěte. Porod doma vnímají jako ohrožení zdraví, někdy dokonce i života dítěte a rodičky. Žena která se rozhodne přivést své dítě na svět doma, tento fakt až do konce svého těhotenství před svým lékařem tají, anebo musí čelit jeho zjevnému nesouhlasu. Jaké jsou tedy možnosti?

4.1 Přirozený způsob porodu

Přirozený porod vychází ze schopnosti matky porodit své vlastní dítě. Jde o naprosto přirozený fyziologický děj, který je-li nepřerušován a neurychlován, postupuje svým vlastním tempem ke zdárnému konci. Zdravotnický personál by měl ženě pomáhat, ulehčovat, podporovat a povzbuzovat ji ve zvládnání bolesti, hledání vhodné polohy, nabízet občerstvení a rozptýlení během celého porodu.

Dle mého názoru je porod velice jednoduchý proces, stačí jen pořádně porozumět celému dění, pak už snáze pochopíme, proč je bolest nevyhnutelná, proč jsou zásahy zvenčí nevhodné a proč u zdravé ženy není nutná přítomnost lékaře.

Co se tedy děje během porodu?

V posledním měsíci těhotenství se děložní čípek výrazně změkčí. Děloha se stahuje, žena tyto stahy vnímá jako nepravidelné mírné kontrakce, jsou to tzv. poslíčci, kdy miminko sestupuje níže do matčiny pánve. Postupně kontrakce zesilují, čípek se roztahuje a otevírá, miminko klesá, rotuje a sestupuje do porodního kanálu. Během každé kontrakce cítí žena bolest, ta je signálem do mozku, kde se v jedné jeho části zvané hypotalamus tvoří prekurzory pro hormony neurohypofýzy, kde dozrávají. Hypofýza pak zvýší uvolňování oxytocinu. Tento hormon zvyšuje intenzitu kontrakcí i bolesti a to způsobuje ještě větší vyplavování oxytocinu. Bolest je to, čeho se ženy během porodu nejvíce obávají. Je důležité porozumět tomu, že je bolest nezbytná, a vlastně ji můžeme vnímat jako průvodce porodem. Pokud se žena oddá svým pocitům, začne si přirozeně ulevovat, hledá vhodné polohy, natačí se, pohupuje se, pohybuje se tak, aby bolest zmírnila. Umožňuje tak miminku snadněji procházet porodními cestami. V závěru porodu, kdy se bolest stává nesnesitelnou, tělo vylučuje čím dál větší množství endorfinů, což působí jako přírodní narkotikum a bolest není vnímána tak silně. Zároveň otupí i mysl ženy a ta se chová instinktivně. Endorfíny navozují pocit „jako ve snu“ a pomáhají zvládnout jinak nepřekonatelnou bolest. Vnitřní pocity jsou mnohem důležitější než vnímání okolí a žena se soustředí jen na porod miminka. Vše je v rukách přírody.

Je dobré, aby žena sama určila, kdo ji během porodu bude dělat společnost. Její nejbližší, známá zdravotnice, lidé, kteří jí tiše a trpělivě dodávají odvahy, utěšují ji a povzbuzují, zatímco ona tvrdě pracuje. Jeli ženě umožněno chovat se přirozeně, ať už doma nebo v porodnici, ví instinktivně, co má dělat. Pohybovat se, poslouchat relaxační hudbu, požádat partnera o masáž, stoupnout si do sprchy nebo lehnout do vany, je schopná vytvořit si ideální prostředí pro příchod miminka na svět. Tlačí během kontrakcí, některé ženy křičí, jiné zdržují dech, vše přesně tak, jak to cítí. Podvědomě ochraňuje svaly porodního kanálu, aby nedošlo k natržení hráze, a také své dítě, aby nepřišlo na svět překotně. Obrovská dávka adrenalinu drží ženu při síle i v případě, že porod trvá velmi dlouho.

Jestliže žena rodí zcela sama, zaujímá takovou polohu, aby byla schopna miminko uchopit a opatrně mu pomoci na svět. Položí si je instinktivně na břicho, nebo tak učiní osoba, která jí pomáhá, tíha miminka napomáhá vyloučení placenty a zároveň je dítěti dobře a teplo v matčině náruči. Pupečník se nechá dotepat, teprve potom se odstříhne. Matka poprvé přiloží své miminko k prsu a sací reflex se postará o brzký příchod mléka (LOTHIAN, 2000).

Hlavní zásady přirozeného porodu jsou podle Světové zdravotnické organizace (WHO) tyto:

Respektovat přání ženy, kde porodit.

Respektovat výběr porodníka.

Respektovat výběr průvodce.

Vždy zhodnotit individuální rizika.

Sledovat psychickou i fyzickou kondici během porodu.

Soucitné a ohleduplné chování personálu.

Respektovat právo na soukromí.

Používat nefarmakologické prostředky na tlumení bolesti – např. koupel, masáž, relaxační techniky.

Při fyziologickém průběhu poskytovat jen nezbytně nutnou péči.

V průběhu porodu nabízet příjem tekutin.

Sledovat stav plodu nasloucháním.

Přiložit dítě k prsu do jedné hodiny po porodu.

Nežádoucí a někdy i škodlivé je: rutinní aplikace nálevu, i.v. infúze, holení, pozice na zádech, vyšetřování.

4.1.1 Porod dle Leboyera

Frederick Leboyer se narodil v roce 1918 a stal se průkopníkem nové techniky vedení porodu. Své porodnické praxi se plně věnoval od roku 1953. A v roce 1975 napsal knihu *Porod bez násilí*, která zcela změnila pohled na prožívání novorozence. Ukazuje nám porod z pohledu dítěte. Jako první přišel s myšlenkou, že novorozenec vidí, slyší, cítí, vnímá a prožívá. Jak logické, ale v té době bohužel opomíjené. Bereme věci a události většinou tak, jak nám byly vštípeny, aniž bychom zapojili svůj vlastní mozek a intuici.

Leboyer poukazuje na dosavadní přístup, kdy se dítě rodí do jasně osvětlené místnosti, do hluku a chladu. Prvním člověkem, který se dítěte dotýká, je lékař, který je uchopí za nohy a pověsí hlavou dolů. Leboyer se ptá, proč musí být nová lidská bytost přicházející na svět ze šera a klidu matčina lůna vtažena do oslňujících světél a hlučných

hlasů? Proč je nutné, jestliže byla páteř dítěte po dobu devíti měsíců ohnuta, ji najednou a rychle narovnat? A proč musí být miminko hned po porodu matce odebráno a necháno o samotě, i když usedavě pláče?

Podle Leboyera pracují smysly dítěte již po narození naplno. Jsou bystré a otevřené všem jevům. Novorozenec vnímá bolestivě prudké světlo a hluk. Míní, že i vzduch při prvních vdechnutích jej pálí. Pálí jej i pokožka při pokládání na váhu, po všech vyšetřeních přichází to nejhorší – samota. Novorozenec je opuštěn, necítí svou matku, necítí její ochranu, lásku a teplo. Dítě prožívá pocity zoufalství a beznaděje.

Leboyer je přesvědčen, že změníme-li nepatrně náš přístup, vcítíme-li se do právě se rodící bytosti, pak vyvoláme u dítěte obrovské změny a porod bude pro něj zcela jinou zkušeností a přátelštějším vstupem do života. Nejdůležitějšími faktory jsou šero a ticho, ošetřující personál by se měl naučit tichému a klidnému dorozumívání. S dítětem bychom měli mluvit *řečí zamilovaných*. To není řeč mluvená, ale dotýkání se, to je to, čemu může porozumět, prostá něha a jemný dotyk. Pro matku má bezprostřední dotyk nahého tělíčka také velký význam. Je to velmi intimní moment, který upevňuje pouto mezi nimi.

Dále Leboyer velmi kritizuje oddělení pupeční šňůry hned, jak dítě opustí dělohu. Považuje to dokonce za projev největší krutosti, jejíž negativní dopad nelze ani vyjádřit. Dle jeho názoru by ponechání pupeční šňůry, která dosud pulzuje, zajistilo změnu aktu zrození. Především by to nutilo lékaře ke klidu a oni i matka by respektovali životní rytmus dítěte. Dalším důvodem by bylo nepřerušování kyslíkového zdroje. Zatímco se miminko snaží prvně nadechnout a plíce začínají fungovat, příroda pro tento moment zajistila, že miminko se do těla dostává kyslík zároveň i z pupečníku. Tak se nemůže stát, že by bylo nějakou dobu bez kyslíku. Tento přechod z jednoho světa do druhého trvá čtyři až pět minut, tedy velice krátce. Stačí mít trpělivost, nesnažit se nic uspěchat. Stačí vědět, že je třeba vyčkat a dát dítěti čas na adaptaci.

Dalším doposud netradičním krokem je koupel novorozence hned po porodu. Dítě pobývalo devět měsíců v plodové vodě, proto je pro ně velice příjemné ponořit se do teplé vody. Její teplota se má přibližovat vnitřku lidského těla 38 – 39 stupňů Celsia. Dítě neponořujeme celé najednou, ale opatrně na několikrát velmi pomalu. Dítě se uvolní, nepláče, je soustředěné, začíná si hrát. Po koupeli je zabalíme, hlavu a ruce necháme volné a položíme je na bok, nejlépe na tělo matky s hlavičkou na jejím srdci. Vše je dokonalé (LEBOYER,1995).

Slova Fredericka Leboyera jsou velmi silná a emotivní. Myslím, že právě proto se nedají ignorovat - a každý, kdo je vyslechne, je nucen se zamyslet.

4.1.2 Porod dle Michela Odenta

Dr. Michel Odent začínal jako přednosta chirurgického oddělení v malém francouzském městečku Pithiviers. Později se začal zajímat o práci na porodní klinice a od roku 1972 se porodnictví věnuje výhradně. Počátkem osmdesátých let napsal knihu *Znovuzrozený porod*, kde shrnul své zkušenosti z práce porodníka na malé porodnické klinice. Tato kniha - nebo lépe řečeno - její obsah způsobila veliký rozruch v mnoha zemích. Práce Dr. Odenta výrazným způsobem ovlivnila britské porodnictví, kam později přesídlil - a působí zde dodnes.

Michel Odent vychází z učení Dr. Frederica Leboyera. Jeho poznatky ho inspirovaly k úpravě porodního sálu, ke zcela jinému přístupu k novorozenci, než bylo zvykem. Oproti Leboyerovi však klade důraz na matčinu aktivitu, kterou Leboyer vypouští a soustředí se hlavně na novorozeně. Odent povzbuzuje prodlužování kontaktu mezi matkou a dítětem, podporuje matky v kojení hned po porodu. Matky si samy často miminko vykoupují ještě před odstřížením pupečníku.

Kitzingerová je toho názoru, že jako porodník pracuje dr. Odent velmi netradičně. Jeho charakteristickým rysem je ochota dát se poučit přímo od rodiček. Není dalším mužem, který ženám vykládá, co by měly dělat, nepoučuje ženy o jejich roli při porodu. Michel Odent hovoří jinou řečí. Usiluje o to, aby sloužil ženě, která si chce prožít porod, tento osobní, intimní a hluboce tvůrčí zážitek. Nenabízí žádné kouzelné urychlené řešení, ale snaží se odhalit, jaké prostředí je vhodné pro porod a rodička představuje v jeho očích především samu sebe, nikoli pacientku nebo smršťující se dělohu či porodní kanál, kousíček reprodukční mašinerie (cit. dle ODENTA, 2004, s.17).

Důležitým bodem v Odentově práci je dle mého názoru jeho odmítavý postoj k *psychoprofylaxi* (způsob přípravy na porod, jehož podstatou je, že žena se musí učit rodit). Odent vychází z přesvědčení, že porod je instinktivní, a je něčím, k čemu žena nepotřebuje žádnou přípravu. Naopak by se měla naučit odpoutat od dosud nastudovaných poznatků a naučit se vnímat jen sama sebe a své potřeby. Toto je ovšem v kontrastu s porodnickým vedením porodu, kdy lékař povoluje rodící ženě, co smí a nesmí právě v danou chvíli dělat. Odent volá po renesanci porodních asistentek, tradičních ženských pomocnic při porodu. Na své klinice klade důraz na dobré vztahy s porodními asistentkami a ty jsou důležitými osobnostmi, na nichž značně závisí vše ostatní. Neomezují se jen na

technické dovednosti, ale porod se ženou společně spoluprožívají. Tak jsou ženy v Pithiviers ušetřeny institucionální péče, kdy se s nimi zachází jako s nezodpovědným děckem. Netrpí negativními důsledky špatných vztahů mezi lékaři a sestrami či ambivalentního rozladění sester, které se cítí lapeny v autoritářském porodnickém systému, jež nedokáží ovládnout ani změnit (ODENT, 2004).

Dalším konkrétním krokem k navrácení porodu ženám bylo zřízení tzv. *primitivního pokoje*. Michel Odent ho ve své knize popisuje: „*Byl postaven pro soukromí, pohodlí a svobodu pohybu. Je malý, protože v malém pokoji můžeme snáze docílit pocitu soukromí. Je vymalovaný teplými, jásavými barvami a vybavený pevným nízkým pódium s polštáři v jasných barvách (v sále však není žádná postel, která by navozovala jednu určitou porodní polohu), vzbouzí intimní, domácí pocit a působí vstřícným dojmem – to má velký význam vzhledem k našemu přesvědčení, že místo ke zrození by se mělo podobat spíše místu k milování než nemocničnímu pokoji. Žena zde může jednat zcela tak, jak se jí líbí, může volně křičet či dělat hluk, svobodně jednat a pohybovat se po pokoji, jak si sama přeje*“ (ODENT, 2004, s.33).

K otázce podávání analgetik a umělých hormonů se Dr. Odent staví odmítavě. Epidurální anestézie se v Pithiviers nepoužívá, protože je v rozporu s přirozeným porodem a riziko klešťového porodu při její aplikaci stoupá až pětinasobně. Je přesvědčen, že jeho praxe dokazuje schopnost organismu vyrovnat se s bolestí spontánně za pomoci endorfinů což jsou neurohormony s funkcí podobnou morfinu. Kromě potlačování bolesti mají za následek i potlačení úzkosti a strachu a navozují všeobecný pocit blaha. Podávání hormonů typu oxytocinu vnější cestou, jak je běžnou praxí v moderních nemocnicích, poruší hormonální rovnováhu, na níž závisí spontánní průběh porodu (ODENT, 2004).

Vše výše napsané je dle mého názoru příklad, jak lze propojit přirozený přístup k porodu s nemocničním prostředím. Zkušenosti a praxe Dr. Odenta dokazují, že porodit dítě přirozeným způsobem není o nic rizikovější nebo snad pro ženu traumatizující. Naopak jsem přesvědčena, že podaří-li se ženě porodit své dítě bez lékařských zásahů, jde o jeden z nejvýznamnějších momentů v jejím životě, kdy její ženství, mateřství, sebevědomí a vnitřní síla dosáhne vrcholu. Z tohoto zážitku pak čerpá po zbytek života.

4.1.3 Porod do vody

Tato alternativa není v České republice příliš rozšířená. Vysvětluji si to tím, že zcela vybočuje z představ o tom, jak by měl porod v nemocnici probíhat. Ve světě je tento způsob porodu běžnou volbou a ženy tak přivádějí na svět své děti v porodnicích ve speciálně zařízeném pokoji s vanou nebo porodním bazénem a to za přítomnosti lékaře a někde jen za přítomnosti porodní asistentky. Od roku 1999, kdy byl porod do vody akceptován Českou gynekologickou společností, jej nabízí několik málo českých porodnic např. Vrchlabí, Kutná hora, Vsetín, Znojmo či Krnov. Během porodu musí být vždy přítomen lékař a porodní asistentka (LABUSOVÁ, 2007).

Do Evropy se myšlenka porodu do vody dostala z Ruska. Průkopníkem byl Igor Charkovský z Moskvy, který experimentoval s porody do Černého moře. Poprvé navštívil Británii v roce 1989 a představil zde svou práci včetně videodokumentace. Inspirací Charkovskému byl Frederick Leboyer, který kladl důraz na prostředí, do kterého se dítě rodí. Hned po porodu dítě opatrně koupal ve vodě, která měla teplotu lidského těla. V Charkovského podání byla voda právě tím nejlepším a nejvhodnějším prostředím (GARLAND, 2001).

O porodu do vody hovoříme tehdy, proběhne-li druhá doba porodní, tzv. vypuzovací fáze, pod úrovní hladiny vody. Blahodárné účinky vody během porodu jsou všeobecně známé. I během klasických porodů si během první doby porodní ženy běžně ulevují pod teplou sprchou nebo v teplé lázni. **Zásadní účinek vody je, že zmírňuje bolest.** Má příznivý účinek na cévní a svalový systém rodičky. Kůže je nasáklá vodou, což zvyšuje její pružnost, takže epiziotomii je nutné provést zcela výjimečně. Voda zvyšuje práh bolestivosti a kontrakce jsou mnohem lépe snášeny. Praxe ukazuje i na rychlejší průběh porodů do vody (LABUSOVÁ, 2007).

Žena je nadnášena vodou, což jí umožňuje snadno měnit pozice. Relaxuje v teplé vodě a díky tomu je ve větší psychické pohodě.

Pro dítě je díky vodě příchod na svět pozvolný, z plodové vody vpluje do stejné teplé vody v bazénu, matka je zachytí a vyzdvihne nad hladinu, položí si je na prsa a ono se prvně nadechne ústy. Do té doby je přívod kyslíku zabezpečen pupeční šňůrou, nebezpečí vdechnutí vody dítětem do jeho prvního nadechnutí nad hladinou tedy nehrozí.

A jaká jsou negativa porodu do vody?

Výzkum ohledně zjišťování negativních účinků u porodů do vody prakticky neexistuje. Jedna evropská studie ukazuje na stejnou úmrtnost během porodu do vody a porodu klasickém. Přesto odborná společnost hovoří o možných rizicích. Např. vodní embolie (k té dochází, když se voda dostane do krevního oběhu matky), vdechnutí vody dítětem (k tomu by mohlo dojít v případě, že by miminko zažívalo veliký stres, nebo by se skřípla pupeční šňůra a ono by se ještě v porodním kanále nadechlo) toto se ovšem zdá být velice nepravděpodobné (*Waterbirth*, 2007).

„Česká gynekologická společnost uvádí tato rizika:

zvýšené riziko bakteriální infekce,

při porodu odchází stolice, moč, krev do vody, ve které matka leží – zajištění filtrace, teploty a čistoty je komplikované a finančně náročné,

omezený přístup porodníka k plodu,

tlačení v poloze na zádech, v podřepu nebo ve stoje je ve vaně nebezpečné – vytažení rodičky z vody a přesun na porodní lůžko je komplikovaný, prodlužuje dobu k provedení život zachraňující operace,

zvýšené riziko krvácení po porodu plodu pro zvýšenou teplotu, riziko podcenění krvácení rodičky umístěné ve vaně (chybný odhad krevní ztráty)“ (cit. dle LABUSOVÉ, 2007).

Tato rizika jsem zde vypsala v plném znění. Po jejich přečtení mě totiž okamžitě napadlo, že jsou opravdu velice nepravděpodobná, jelikož se všem dá snadno předejít a obzvláště bod, kde upozorňují na nebezpečí uklouznutí při volbě různých poloh, v mých očích podtrhuje přístup některých gynekologů k rodícím ženám. Považuji za důležité ještě zmínit, že rodiče před porodem do vody podepisují informovaný souhlas.

4.2 Péče předporodní a lékařsky vedený porod

Lékařsky vedený porod se odehrává v porodnici, kde jsou k dispozici veškeré léky a pomůcky k tomu určené. V naší zemi naprostá většina žen rodí v nemocničním prostředí, jelikož jiné alternativy doposud nemají tradici a jsou spíše výjimkou. Ústavní porod většina společnosti vnímá jako více bezpečný a méně ohrožující život a zdraví dítěte a matky. Lékařsky vedenému porodu předchází pravidelné návštěvy u gynekologa v tzv. těhotenské poradně. Tato péče o těhotnou po dobu trvání jejího těhotenství se nazývá prenatální péče.

4.2.1 Prenatální péče

Prenatální péče spočívá ve sledování zdravotního stavu těhotné ženy a vývoje plodu, s cílem včas odhalit všechny nepravidelnosti a léčit je. Druhým cílem je příprava ženy a popřípadě i jejího partnera k porodu a k rodičovství (MACKŮ a MACKŮ.1998).

Zjistí-li žena, že je v jiném stavu, navštíví svého gynekologa. V případě potvrzení gravidity jí lékař vystaví těhotenskou průkazku, kam se po dobu celého těhotenství zapisují výsledky vyšetření a zdravotní stav těhotné. Pozve ji do těhotenské poradny, kam dochází po dobu celého těhotenství zpočátku každé čtyři týdny, od 34. týdne každé dva týdny. Četnost návštěv může být ovlivněna komplikacemi nebo podezřením na vývojovou vadu dítěte. Ačkoliv neexistuje žádná norma, doporučují lékaři, aby první těhotenská prohlídka proběhla do 12. týdne těhotenství. V tomto týdnu je vykonáno první ultrazvukové vyšetření pro vyloučení mimoděložního těhotenství, určení délky těhotenství, určení počtu plodů v děloze a pro snížení pravděpodobnosti Downova syndromu u dítěte. Lékař si zjistí rodinnou anamnézu, vyptá se na zdravotní stav nyní a v minulosti, informuje se o předešlých graviditách a průběhu porodu.

Během každé návštěvy v těhotenské poradně se ženě kontroluje krevní tlak, váha a bílkoviny v moči. Lékař také zjišťuje, zda ženě neotékají končetiny. Součástí prohlídky je vnější vyšetření břicha za účelem kontroly růstu a později i polohy plodu. Je tu také prostor na případné dotazy, ujištění a uklidnění zvláště pro ženy, které tuto zkušenost zažívají poprvé. Několikrát během těhotenství se provádí i vnitřní (vaginální) vyšetření pro kontrolu děložního hrdla, aby se předešlo případnému předčasnému porodu.

Během celého těhotenství se provádí tzv. screening (prenatální diagnostika). Jejím hlavním smyslem je včasné odhalení těhotenství, která sebou přinášejí zdravotní rizika pro matku nebo dítě. Umožňuje ženy rozdělit do rizikových skupin a zahájit efektivní léčbu. Patří sem zejména těhotenská cukrovka, zkracování děložního hrdla, vysoký krevní tlak,

nedostatek železa a jiných důležitých látek pro vývoj dítěte i zdraví matky. Součástí screeningu jsou cytologické testy prováděné z důvodu prevence rakoviny děložního čípku, dále krevní testy, ultrazvuková vyšetření. Ta se sledují nejméně třikrát v průběhu těhotenství, ve 12. týdnu, ve 20. týdnu pro zjištění biometrie a vitality plodu, hodnocení placenty a množství plodové vody a vyloučení vrozených vývojových vad. Ve 30. - 32. týdnu se dále zjišťuje i poloha plodu a placenty, posuzuje se množství plodové vody, velikost plodu – možná podvýživa (hypotrofie) či nadměrná velikost plodu.

Od 36. týdne začne těhotná žena docházet na kontroly do své zvolené porodnice, kde následně porodí své dítě. V současné době je u nás možné zvolit si jakoukoliv porodnici a zaregistrovat se zde k porodu již v první třetině těhotenství (LABUSOVÁ, 2007).

4.2.2 Porod v porodnici

Myslím si, že lékařský model propagující lékařsky vedený porod spatřuje v těhotenství i porodu celou řadu rizik, která ženu i dítě potenciálně ohrožují na zdraví i na životě. Zdravotníci proto soustředí celé své snažení na to, aby všem případným problémům pokud možno předcházeli, nebo je prostřednictvím vyzkoušených a účinných medicínských zásahů včas efektivně řešili.

Přednosti klasického porodnictví jsou neoddiskutovatelné, dojde-li během těhotenství či během porodu k vážnějším komplikacím. V takovém případě představují vymoženosti moderní medicíny ohromný potenciál pro zachování zdraví pro matku i dítě. Například císařský řez bývá v souvislosti s počtem zachráněných životů považován za nejvýznamnější chirurgický zákrok vůbec. Nenahraditelnou roli mají i další zákroky v případě patologických porodů: použití kleští, vakuumextrakce, podávání léků či dobře aplikovaná anestezie ve správnou dobu může zmírnit utrpení, ale i zachránit život. Zkušenou lékařskou pomoc nezbytně potřebují předčasně narozené děti nebo ženy, které by z důvodu vážné zdravotní komplikace bez pomoci lékařů zdravé dítě možná vůbec neprodily (LABUSOVÁ a FRYDRYCHOVÁ, 2002).

A jak takový porod probíhá v praxi?

Jak se blíží termín porodu, těhotná žena cítí nepravidelné kontrakce, které postupně zesilují. Jestliže naběrou na intenzitě a pravidelnosti, nebo dojde k odtoku plodové vody, je

čas vyrazit do porodnice. Rodička je většinou informována od svého lékaře, nebo si informace sama vyhledá na internetu, co vzít s sebou. Kromě sbalené tašky s věcmi pro sebe i pro miminko jsou důležité vyplněné formuláře, rodný a oddací list pro sestru na příjmu. Příjem proběhne bez přítomnosti otce. Žena je vyšetřena pro zjištění pokročilosti porodu, může se stát, že je poslána zpět domů, pokud jde o planý poplach. Po dohodě je a nebo není žena oholena a je podán klystýr, zde velmi záleží na jednotlivých porodnicích i na personálu.

Součástí přijímacího vyšetření je i natočení dvacetiminutového monitoru, kdy žena ulehne na bok a pokud možno nehybně setrvá v této poloze zatímco přístroj snímá intenzitu kontrakcí a srdeční ozvy miminka. Sestra na příjmu si zatím doplní veškeré potřebné informace a podle pokročilosti porodu pošle tatínka domů a nebo mu umožní připojit se ke své ženě.

Po tomto vstupním vyšetření se žena převlékne a může během první doby porodní využít všech dostupných pomůcek. Toto se velmi liší v každé porodnici. V některých nemocnicích má předporodní pokoj žena sama pro sebe a může s ní být její partner po celou dobu a v jiných je více žen najednou v předporodním pokoji. V takovém případě čeká partner na chodbě, nebo odchází domů a je zavolán až na druhou dobu porodní.

Mezi tím je ženě doporučováno se sprchovat, pohybovat se na míči, v případě, že je již otevřena na čtyři centimetry a přeje-li si to, je jí zavedena epidurální anestezie. Zároveň se zavádí i.v. infuze, protože bývá zapotřebí aplikovat i oxytocin.

Velmi zde záleží na personálu - na porodních asistentkách. Některé ženu povzbuzují, nabízejí aromamasáže, radí jak si ulevit bez medikamentů. Jindy jsou natolik zahlceny prací, že zavedení epidurálu, případně připojení na monitor, kdy žena musí ležet na jednom místě, jim ulehčí práci. To platí obzvláště tehdy, kdy je na porodnici nedostatek středního zdravotnického personálu a sestry jsou unavené a mrzuté.

Během druhé doby porodní je většinou přítomen lékař a podle přání už i partner rodičky. Žena rodí v porodním boxu, kterých je v porodním sále několik, v modernějších porodnicích jsou odděleny částečnou zdí, v těch starších pouze závěsem. Současně rodící ženy se tedy vzájemně slyší. V porodnicích je většinou povoleno rodit pouze na porodním stole, který se nechá polohovat tak, že žena může rodit v jakémsi polosedu. Jiné polohy nejsou z hlediska bezpečnosti umožněny. Nedošlo-li do této doby k odtoku plodové vody,

lékař provede rupturu plodového vaku, čímž proces značně urychlí. Chrání poševní hráz a je-li to nutné, provede epiziotomii (nástřih hráze). Po vytlačení děťátka lékař nebo otec dítěte přestřihne pupeční šňůru, vyčistí dýchací cesty dítěte a položí je krátce na matčino břicho. Potom je sestra odnese ke zvážení, změření a někdy je i rovnou vykoupe. Tomuto může přihlížet šťastný otec, který případně vše dokumentuje. O maminku se zatím postará lékař. Pro urychlení vybavení placenty dostane žena svou poslední dávku oxytocinu, pak následuje ošetření porodního poranění a potom dvě hodiny na porodním lůžku, kdy žena odpočívá a sleduje se poporodní krvácení. Partner zůstává s ní, miminko se prvně přiloží k prsu a pak si je odnese dětská sestra na prohřátí do vyhřevného lůžka. V některých porodnicích je personál svolný, pokud si to rodiče přejí, k tomu, že je-li miminko čilé a v pořádku, může zůstat s rodiči.

Vše výše napsané se v určitých věcech liší v různých porodnicích, vždy velmi záleží na personálu a vytíženosti porodnice, na tom, jestli si žena platí za nadstandartní pokoj, kde může trávit v soukromí i s manželem i první dobu porodní, na tom, jestli ženu doprovází manžel anebo blízká osoba, která případně dohlédne na korektní jednání personálu nemocnice, na tom, jestli žena rodí poprvé, anebo už je zkušená a ví, co si může dovolit, na tom, jestli rodí v noci v prázdné porodnici, anebo přes den, kdy jsou přítomni i studenti a provádějí se předporodní kurzy. Všechny tyto faktory a mnoho dalších mohou ovlivnit výsledný dojem z porodu.

4.3 Porod doma

Uvažuje-li žena o porodu doma, má několik možností.

Porodit doma s porodní asistentkou. Tento způsob porodu volí ženy, které nepochybují o své schopnosti porodit své dítě, cítí se však bezpečněji v přítomnosti zkušené porodní asistentky, se kterou je možné kdykoliv konzultovat průběh porodu.

Porodit doma s doulou. Tento způsob porodu vyhledávají ženy, které se cítí být velmi silné ve svém přesvědčení, že během porodu, ani po něm nebudou potřebovat žádnou intervenci zdravotníka, plně věří ve své schopnosti a instinkty.

Porodit zcela sama. Myslím si, že k tomuto řešení přistupují pouze ženy, které se nacházejí ve složité životní situaci, nebo ty, kde porod proběhne příliš rychle a ony si nestihnou přivolat pomoc, nebo ženy, které chtějí těhotenství a porod zatajit.

4.3.1 Porod doma s porodní asistentkou

Kdo je porodní asistentka

Charakteristika porodní asistentky byla přijata na kongresu Mezinárodní konfederace porodních asistentek konaném 19.7. 2005 v Brisbane, Austrálie. Nahrazuje charakteristiku porodní asistentky přijatou v roce 1972 a doplněnou v roce 1990.

„Porodní asistentka je osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky uznávaného v dané zemi, která tento vzdělávací program úspěšně ukončila a získala tak požadovanou kvalifikaci a registraci pro výkon povolání porodní asistentky.

Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník, který pracuje jako partner ženy, poskytuje jí potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci“ (cit. dle ŠTROMEROVÉ, 2005).

Dále se od porodní asistentky očekává, že se zúčastní ve zdravotním poradenství a bude se podílet na vzdělávání nejen žen, ale i bude působit v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do jiných oblastí např. zdraví žen, jejich sexuálního života nebo další reprodukce a péči o dítě.

Porodní asistentka je oprávněna vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik, nebo zdravotnických středisek.

Porod sám o sobě není nemoc, ale díky přidruženým chorobám se z něj lehce nemoc může stát. Rozhodně není vhodné, aby doma rodily ženy, které trpí chorobami srdce, vážnějšími neurologickými obtížemi, mají závažnější formu cukrovky, která vyžaduje léčbu inzulinem, nebo trpí nějakou krevní chorobou či vysokým krevním tlakem. I dvojčata by se v České republice měla raději narodit v porodnici, i když v zahraničí se i dvojčata doma rodí. Podobně je to i v případě, že se miminko bude rodit koncem pánevním (ŠTROMEROVÁ, 2005).

Kontakt na porodní asistentku poblíž místa bydliště lze získat například na webových stránkách ČKPD (Česká konfederace porodních asistentek). K rozhodnutí porodit doma žena většinou dospěje v průběhu svého těhotenství a zároveň naváže kontakt

s porodní asistentkou. Ta ji obeznámí se všemi riziky porodu doma, seznámí ji s průběhem těhotenství a ujistí se, že těhotná žena si je plně vědoma své zodpovědnosti. Téměř zásadní je častý kontakt porodní asistentky se ženou v posledních čtyřech týdnech těhotenství. Sleduje nejen zdravotní stav matky, ale i to, jak rozumí své úloze v přípravě k porodu.

Je vhodné, aby s porodem v domácím prostředí souzněli jak matka, tak otec dítěte, případně další členové domácnosti, není však nutné aby byl otec porodu přítomen.

Rozhodne-li se žena pro porod v domácím prostředí, musí vzít nezbytně v úvahu následující:

Péče porodní asistentky není zatím hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

Pozice porodních asistentek poskytujících péči během porodu v domácím prostředí je stále těžká, nedostává se jim žádné pomoci, zázemí či podpory ze strany státního systému zdravotní péče.

Rodiče si sami musí zařídit některé administrativní náležitosti.

Rodiče, kteří volí tento způsob porodu, se často setkávají s pohrdavým přístupem svého okolí a zastrasování ze strany lékařů (gynekologů i pediatrů).

V některých místech republiky je obtížné sehnat pediatra, který by převzal novorozence do péče do 24 hodin po porodu.

V případě komplikací mají porodní asistentky jen omezené možnosti zásahu, proto je velmi důležité, aby jejich vztah byl důvěrný a žena nezatajila žádné informace o svém zdravotním stavu. Porodní asistentka pečuje pouze o ženy, u kterých lze důvodně předpokládat normální fyziologický porod. V jeho průběhu ovšem může dojít ke změně zdravotního stavu matky nebo dítěte. Pokud zjistí porodní asistentka, že nastává nějaká nepravidelnost v průběhu porodu, která by mohla vést ke komplikacím, doporučí ženě včas přesun do porodnice (ŠTROMEROVÁ, 2005).

Žena si musí být vědoma toho, že může nastat situace, kdy porodní asistentka nestihne přijet včas - a ona bude muset zvládnout porodit bez její asistence. Vždy však záleží jen na ní, jestli doma zůstane, anebo změní své původní rozhodnutí a odjede do porodnice.

Já sama jsem během svého posledního těhotenství byla v kontaktu s několika porodními asistentkami a na porod doma s porodní asistentkou jsem se připravovala. Z vlastní zkušenosti mohu říct, že nenechávají nic náhodě. Byla jsem poučena o všech možných porodních komplikacích např. o pomalu se rozbíhajícím porodu, co to může znamenat a jak danou situaci řešit, nebo o možnosti poklesu frekvence ozev, o záklonu hlavičky dítěte, krvácení během porodu, výhřezu pupečníku, o vysokém krevním tlaku, neodloučení placenty, pomalé adaptaci novorozence. Porodní asistentky se netváří všemohoucně a nebrání se doporučit převoz do nemocnice.

Uznávaná porodní asistentka Ivana Königsmarková říká:

„Porodní asistentka se o matku musí postarat především jako profesionál. Porodní asistentka není dula, aby matku u porodu hýčkala. Porodní asistentka musí ženu podpořit především tím, že ji dokáže doprovázet především po zdravotní stránce, pak ji nemůže nic zaskočít, může matce dodat jistotu, aby si mohla být při porodu sama sebou jistá. To je podle mého názoru na práci asistentky to nejpodstatnější“ (cit.dle DOLEŽALOVÉ, 2006, s.156).

4.4 Porod s doulou

S výrazem *dula* jsem se poprvé setkala před osmi lety během svého pobytu ve Spojených státech. Zjistila jsem, že je to tzv. společnice ženy během porodu. Sama jsem již v té době měla svůj první porod za sebou, proběhl v malé porodnici přesně v duchu lékařsky vedeného porodu. V té době jsem moc nerozuměla tomu, že by mi přítomnost nějaké ženy měla usnadnit nebo snad zpříjemnit porod vlastního dítěte. Vlastní zkušenost s doulou nemám, ale co se týká rození dětí, jsem dnes zkušenější a už si dokážu představit, že přítomnost duly u porodu, může být velmi pozitivním zážitkem. V České republice byla v září 2001 založena tzv. Česká asociace dul (ČAD). Tato asociace sdružuje všechny duly které získaly certifikát pro duly nebo právě procházejí patřičnými kurzy a praxí. ČAD tyto kurzy otevírá každý rok a žadatelky o tuto profesi musí absolvovat motivační pohovor. Profese duly se řadí mezi pomáhající profese. Během průběhu těhotenství, porodu i šestinedělí poskytuje i významnou podporu psychoterapeutickou.

Kdo je tedy dula?

Dula je žena, která sama je většinou matkou (není to však podmínkou), která doprovází ženu během porodu, poskytuje jí psychickou podporu, hledá a pomáhá využít možnosti, jak porod usnadnit i po fyzické stránce. Nabízí nefarmakologické úlevové prostředky jako masáže, aromaterapii, fytoterapii apod. Poskytuje ženě informace během těhotenství, během porodu i během šestinedělí. Umožňuje jí tak se správně rozhodnout. Dula spolupracuje s budoucím otcem dítěte, je mu také oporou. Probíhá-li porod v nemocnici, spolupracuje i se zdravotnickým personálem, v žádném případě však neposkytuje lékařské zákroky, ani žádným jiným způsobem se nevměšuje a nezpochybňuje

práci zdravotníků. Může napomáhat komunikaci mezi budoucími rodiči a zdravotníky (MAREK, 2002)

O pozitivním účinku přítomnosti duly u porodu nepochybuji. Dokazuje to i studie o významu duly provedené roku 1993 doktorem Klausem a doktorem Kennellem: *Mothering the mother: How a Doula Can Help You Have a Shorter, Easier, and Healthier Birth* , kde se uvádí, že :

její přítomnost u porodu snižuje počet cisařských řezů o 45 %,

snižuje délku porodu o 25 %,

snižuje aplikaci oxytocinu o 50 %,

snižuje užívání léků proti bolesti o 31 %,

snižuje použití kleští o 34 %,

žádosti o epidurální analgézi o 10 až 60 %

a že přispívá k nižší teplotě rodičky.

Dula je během porodu v nepřetržité interakci s rodičkou i jejím partnerem, je-li přítomen. Studie zabývající se přítomností otce u porodu dokládají významný rozdíl mezi chováním otce a duly. Zatímco otec se dotýká své ženy více v první fázi porodu a v dalších intenzivnějších se spíše drží stranou, dula je matce bezprostředně nablízku po celou dobu porodu i během těch nejsilnějších kontrakcí. Dokáže vycítit potřebu kontaktu. Muži zpětně toto svoje chování vysvětlují pocity bezmoci a nevědomostí, jak své ženě pomoci. Přítomnost duly si muži pochvalují, zejména pro její průběžné informování o průběhu porodu a její schopnosti zapojit je aktivně do péče o ženu. I když mnozí z počátku přistupují k dule s nedůvěrou, vyjadřují obavy, že budou v pozadí, a společná intimní chvíle při narození dítěte bude narušena cizí osobou, nakonec jsou za její přítomnost vděční.

Probíhá-li porod v nemocnici, je dula velkou pomocnicí v případě, že rodí více žen najednou a porodní asistentka se nemůže věnovat každé ženě po celou dobu, je velice přínosné, když dula pečuje o ženu nepřetržitě. Ženy, které rodily s doulou, popisují komunikaci s lékaři a porodními asistentkami jako racionální, spíše odbornou, kdežto komunikaci s doulou jako empatickou a uklidňující (KLAUS aj. 2004).

Henci GOER (2002) ve své knize *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu* uvádí i negativa přítomnosti duly u porodu:

- Možnost, že si žena nevybere za dula vhodnou osobu. Může se stát, že si lidsky neporozumějí, že dula bude příliš direktivní a bude ženě vnucovat své názory, bude odsouvat do pozadí partnera rodičky.
- Averze ze strany zdravotnického personálu, na vině může být i dula, ale většinou se jedná o averzi zaměstnanců nemocnice. Dula přichází zvenčí, narušuje jejich teritorium, někdy dokonce podpoří ženu v odmítnutí jimi navrhované medicíny, což dělá ženu v jejich očích problémovou pacientkou.
- Významnou součástí péče duly je následná péče a pomoc v šestinedělí. Dula navštíví rodiče u nich doma, může docházet opakovaně, pomoci s domácností, vše záleží na vzájemné dohodě a potřebě maminky. Velice důležitá je možnost popovídat si o všem, co se událo, zejména pojmenovat a vyslovit negativní pocity z porodu a předejít tak následnému traumatu nebo pozdějším psychosomatickým příznakům. Empatické naslouchání duly má blahodárné účinky (KLAUS aj., 2004).

4.5 Porodní dům

Myšlenka zřídit v naší zemi porodní dům se zrodila v hlavě porodní asistentky Zuzany Štomerové. Poté co iniciovala v roce 1997 vybudování prvního *Centra aktivního porodu* v České republice v pražské nemocnici Bulovka (centrum bylo součástí nemocnice, ženy zde rodily přirozeně za přítomnosti porodních asistentek, lékař pouze dohlížel), otevřela v září 2005 první **Porodní dům U Čápa** v ČR. Uveden byl však pouze do částečného provozu (konzultativní a poradenská činnost), k plnému provozu (vedení porodů) mu chybí rozšíření registrace pro výkon této činnosti.

Ústřední myšlenkou celého projektu je rozšířit nabídku porodnické péče pro české ženy. Vzorem k jeho vybudování jsou porodní domy v zemích Evropské unie, kde jsou zcela běžné, a v některých zemích je péče v nich hrazena zdravotní pojišťovnou. Tyto domy tvoří součást veřejného zdravotního systému a jsou plně v kompetenci porodních asistentek.

Definice porodního domu

„Porodní dům je zdravotnické zařízení, které nabízí porodnickou péči zdravým ženám s fyziologickým těhotenstvím a předpokládaným fyziologickým porodem. Nabízí ženám individuální neinvazivní péči, kterou poskytují samostatně registrované porodní asistentky v rozsahu kompetencí zakotvených v zákoně. Porodním asistentkám nabízí možnost pečovat o těhotné a rodící ženy a ženy v poporodním období podle mezinárodně uznávaného modelu péče porodních asistentek s využitím hluboké znalosti fyziologie porodního procesu“ (cit. dle ŠTROMEROVÉ, 2005).

Porodní dům je kompromisem mezi nemocnicí a domovem. Svým vzezřením a atmosférou velmi připomíná domov, zajišťuje však i odbornou péči profesionálních zdravotníků. Není součástí nemocničního zařízení, zřizuje se však v jeho blízkosti, aby v případě komplikací byl umožněn rychlý přesun do porodnice. V našich poměrech to znamená, že porodní dům U Čápa je situován v Krči, Praze 4 odkud je možné se do deseti minut přesunout do krčské nebo podolské nemocnice.

Porodní dům je zařízením „komorního“ typu. Vila v zástavbě rodinných domků, uvnitř nic nepřipomíná zdravotnické zařízení. Vše je dokonale skryto. Interiér tvoří dva porodní pokoje, kancelář, zázemí pro personál a velká společenská místnost. Zde probíhají předporodní kurzy, přednášky, besídky a veškerá společenská činnost. Porodní pokoje momentálně slouží ke konzultacím a těhotenské poradně. Jejich interiér je velice útulný, vzbuzuje dojem barevné rodinné ložnice. Součástí jejich vybavení jsou různé pomůcky pro usnadnění porodních pozic jako porodní stolička, porodní vak, závěsný šátek. Vše je připraveno pro budoucí klientky.

Porodní dům je určen pro ženy, jejichž těhotenství probíhá normálně bez komplikací a dá se tedy předpokládat, že i porod proběhne normálně, rodí se zde zcela přirozeně za dohledu porodních asistentek. Dále je určen pro ženy které:

dávají přednost individuální péči v soukromém prostředí,
se na způsobu, jakým se jejich dítě narodí, chtějí aktivně podílet,
mají o atmosféře během porodu svou představu a chtějí ji uplatnit.

V současné době porodní dům nabízí:

komplexní předporodní přípravu (seznámení se s porodním procesem i péčí o miminko),
cvičení pro ženy před porodem i po porodu,
péči po porodu,

návštěvu porodní asistentky u maminky doma (pomoc s kojením), konzultace alternativních oborů (akupunktura, reflexní terapie, masáže Shia-tzu), vzdělávací odbornou činnost pro odbornou i laickou veřejnost (semináře, přednášky, kurzy) (ŠTROMEROVÁ, 2005).

Osobně mám s porodním domem U Čápa velice dobrou zkušenost a mohu potvrdit, že vše výše napsané souhlasí s praxí. Nejvýrazněji na mne zapůsobilo útulné domácí prostředí a velice vstřícný a milý přístup personálu. Zároveň mohu říci, že porodní asistentky, které zde pracují, jsou velice profesionální a přitom lidské a empatické a že jsem nikdy nepocítila jakoukoliv manipulaci za účelem rozhodnutí, kde se mé dítě narodí. Naopak Zuzana Štromerová se mi vždy co nejobjektivněji snažila zodpovědět mé otázky a zcela ponechala výsledné rozhodnutí na mně.

4.6 Otec u porodu

Tuto kapitolu jsem původně neměla v úmyslu do své práce zahrnout. Přivedlo mě k tomu až studium příslušné literatury, kde jsem se setkala s pro mě překvapivými názory, a to mne vedlo ke hlubšímu zamyšlení.

Myslela jsem si, že přítomnost otce u porodu je všeobecně vnímána pozitivně. O vlastních subjektivních pocitech z přítomnosti otce u porodu našich dětí se vyjádřím v kapitole páté. Nikdy jsem nepřemýšlela nad tím, kde vlastně tato potřeba vznikla a názory jako „*Porod je čistě ženská záležitost a muž u porodu nemá co dělat*“, jsem považovala za přežitek. Po přečtení knih od Michela Odenta, Zuzany Štromerové a rozhovoru s Ivanou Königsmarkovou se mi naskytl jiný pohled na věc.

ODENT (2002) ve své knize *Matka země* hovoří o industrializaci porodu. Za důsledek této industrializace považuje právě přítomnost otců u porodu svých dětí. Vše začleňuje do historického kontextu. Do padesátých let minulého století probíhaly veškeré porody doma, otec obvykle čekal ve vedlejší místnosti a již tradičně ohříval po dobu porodu vodu. V šedesátých letech se ve vyspělých zemích čím dál více porodů přesouvalo do velkých nemocnic, porodní asistentky se staly členkami početných lékařských týmů. Nikdy předtím v dějinách lidstva se ještě nestalo, aby ženy musely rodit ve velkých

nemocnicích mezi samými neznámými lidmi. Odtud vzešla potřeba mít svého partnera po svém boku během porodu v neznámém prostředí.

Odent dále poukazuje na nově vzniklé teorie, například že *„Účast otce u porodu posílí citové vazby v párech, měli bychom tedy do budoucna očekávat pokles počtu rozvodů a odloučeně žijících manželů“*. Dále *„Přítomnost otce jakožto důvěrně známé osoby usnadní ženě porod, měli bychom tedy očekávat pokles císařských řezů“* (ODENT, 2002, s.104). Bohužel ani jedna z těchto teorií se nepotvrdila.

Jestli bude účast otce u porodu pozitivním zážitkem, záleží na typu páru. To znamená, jak dlouho spolu partneři žijí, na míře důvěrnosti mezi nimi, na schopnosti muže přijmout pasivní roli. K tomuto zdůrazňuje porodní asistentka Ivana Königsmarková, že je potřeba, aby byl muž dopředu dostatečně informován. Mezi mužem a ženou by měla fungovat dobrá komunikace, žena by se neměla ostýchat a měla by být schopna projevit své pocity. Je možné, že se během porodu zachová zcela jinak, než by muž očekával. Jestliže muž nepřijme svou pasivnější roli, může být i rušivým elementem .

Zmíněná porodní asistentka popisuje i některé páry, se kterými se setkává během porodů doma, a míní, že se většinou oba partneři chovají zcela přirozeně a uvolněně, protože jsou u sebe doma. Říká: *„Chovají se k sobě tak úžasně, vzájemně se podporují, že jejich spolupráce u porodu svou intimitou připomíná pohlavní styk – až mám pocit, že je svojí přítomností ruším. Muž je ženě absolutní oporou, nastává mezi nimi tak osobní vstřícný kontakt, fyzický, citlivý, ale naprosto tichý, dotyková komunikace, podpora, že je úžasné je sledovat“* (cit.dle DOLEŽALOVÉ, 2006, s.85).

GOER (2002) zmiňuje studii zaměřenou na působení otců doprovázejících své partnerky při porodu, která ukazuje, že tatínci většinou nepůsobí jako tichá a poučená opora, ale u narození svého dítěte si být přejí. Zvykli jsme si přisuzovat otcům roli, která jim ve většině případů nesedí. Proto Henci Goer upřednostňuje přítomnost dudy u porodu.

Osobně si myslím, že jestli bude přítomnost otce u porodu pozitivním, anebo negativním zážitkem je velice individuální záležitost. Jednoznačné idealizování, jak je patrné ze shora uvedeného citátu, považuji za přehnané. Mělo by to být ovšem svobodným rozhodnutím a oba partneři by měli mít možnost toto rozhodnutí kdykoliv během porodu změnit. Přítomnost partnera by nikdy neměla být vynucena ani z jedné, ani z druhé strany.

5 OSOBNÍ ZKUŠENOST

V této kapitole bych ráda popsala zkušenost z porodů svých tří dětí. Nechci aby se tato kapitola stala mou osobní zpovědí, proto se pokusím být věcná a u jednotlivých momentů a zákroků, které mi připadaly významné a nebo ovlivnily můj celkový dojem se pozastavím a vyjádřím svůj názor ať již pozitivní nebo kritický.

5.1 Můj první porod

Můj prvorozený syn se narodil před osmi lety v malé porodnici v Bruselu. Mé těhotenství probíhalo poklidně až do 16. týdne, kdy výsledky z krevních testů ukázaly, že mám v krvi CTM (cytomegalovirus), který u těhotné ženy může ovlivnit zdravý vývoj dítěte. Pravděpodobnost nákazou tohoto viru během těhotenství je velice malá, proto se ve většině zemí včetně České republiky netestuje. Belgické zdravotnictví je však výjimkou. Byla jsem tedy postavena před rozhodnutí, zda jít, či nejít na odběr plodové vody, kde by se zjistilo, jestli je nakažené i dítě. Pro mne to byla velice těžká otázka, nikdo mi nedokázal zodpovědět, co mi daná informace přinese, snad jen to, že v případě potvrzení infekce u dítěte, která může způsobit různá postižení (nejčastěji sluchu apod.), by ještě byl čas do 24. týdne jít na potrat z lékařských důvodů. V té době jsem byla již 21 týdnů těhotná a cítila jsem, jak se mé dítě hýbe. Představa potratu pro mne nepřicházela v úvahu. Můj lékař byl ve svém oboru vyhledávaným odborníkem a otcem pěti dětí, jako člověk mi byl velice sympatický. Jako profesionál mne ovšem v jednu chvíli velice zklamal. Pozval si mě na konzultaci i s manželem, vysvětlil nám všechna rizika mé diagnózy a zdůraznil nutnost amniocentézy. Já jsem odmítla a on vše znovu vysvětlil s větší naléhavostí s tím, že se převážně obracel na manžela, na závěr se otočil na mne a řekl: „Kdyby to bylo moje dítě, udělal bych to pro ně“. Jelikož manžel sdílel tentýž názor, na amniocentézu jsem nakonec šla. Co k tomuto dodat? Dnes si myslím, že to bylo citové vydírání ze strany lékaře. Plodová voda ukázala, že dítě nebylo infikované a tak jsem se mohla uklidnit. Od lékaře jsem dostala kontakt na centrum, kde probíhala předporodní příprava, kterou vedly ženy, které později doprovázely i k porodu (nešlo o porodní asistentky, dnes bych je nazvala dulami) a s panem doktorem měly velice dobré a přátelské vztahy. Toto zdůrazňuji, protože si myslím, že je velice přínosné, pokud se o ženu během porodu stará tým zdravotníků, kteří se vzájemně respektují a není mezi nimi cítit averze a rivalita.

Porod započal o dva týdny dříve odtokem plodové vody v devatenáct hodin večer. Neměla jsem žádné kontrakce a tak jsme se do porodnice vydali až za dvě hodiny. U vchodu jsme nahlásili jméno a recepční si okamžitě veškeré naše údaje našla v počítači. Nemuseli jsme vyplňovat žádné formuláře, vše potřebné si zaznamenal lékař v průběhu těhotenství. Na příjmu proběhla klasická sada opatření (holení, klystýr se svolením) a odchod na samostatný pokoj s tím, že dnes rodit určitě nebudu, že pan doktor o mně ví, a ráno něco dáme na vyvolání. Manžela sestry poslaly domů, ať se jde vyspat. Porod se

rozeběhl, jen co všichni odešli. Ve čtyři hodiny ráno jsem poprvé vyhledala porodní asistentku. Branka byla rozšířena na 4 cm epidurální anestézii jsem odmítla. V půl šesté mi sestry zavolaly dula a na břicho připjaly monitor. Tyto poslední dvě hodiny byly nejhorší. Nikoliv pro intenzitu bolesti, ale proto, že jsem musela ležet. Nejdřív na zádech a když sestry dula opakovaně upozorňovala, že je to problém, mohla jsem si lehnout na levý bok. Někdy po sedmé dorazil manžel a společně s duloou mě každý držel za jednu ruku. Nic víc se dělat nedalo. Krátce před osmou mě převezly na porodní sál, přišel pan doktor a miminko se krátce na to narodilo. Bylo úžasné, já jsem měla skvělý pocit, že jsem to dokázala bez epidurálu. Několikrát mě během porodu upozornily, že rodit se dá i bezbolestně, ale já jsem odmítla a v této porodnici jsem byla výjimkou. Přestože miminko mělo pouhých 2 800 gramů a já jsem vysoká, pan doktor považoval za nutné provést alespoň malou epiziotomii, prý pro jistotu. Co k tomuto dodat? U příštích dvou porodů jsem ji dopředu kategoricky odmítala a obě děti se narodily bez mého zranění, i když byly větší než to první. Po celou dobu porodu jsem měla zavedenou i.v. infúzi a nejsem si vědoma aplikace léků. Miminko mi položili na břicho, kde tatínek přestříhl pupeční šňůru a pak nás nechali chvíli relaxovat. Po té miminko odnesli, vykoupani, změřili, zvážili prohlédl jej pediatr. Pan doktor mě ošetřil a začal být nervózní, že nevychází placenta. Syna přinesly sestry oblečeného a předaly ho jeho otci s tím, že teď se má starat on. Mne odvezli na operační sál a za celkové anestézie vybavili placentu. Probudila jsem se krátce potom při převozu na pokoj, který jsem měla sama pro sebe, a následujících pět dnů pro mě bylo velice příjemných. Péče sester byla skvělá včetně odborné pomoci s kojením, péčí o miminko a pod. Syn se narodil v pátek a v pondělí ho čekala všechna možná vyšetření, prý protože jsem v těhotenství měla CMV. Tomu jsem úplně nerozuměla, ale pan doktor si to přál, a tak jsem jen trvala na tom, že budu u všeho přítomna.

Z mého pohledu to nebyl snadný porod, ale pocity z něj mám pozitivní. Myslím si, že došlo zbytečně k příliš mnoha lékařským zákrokům, zpětně bych odmítla amniocentézu i takto brzké vyšetření dítěte hned po porodu, také si myslím, že kdyby byl pan doktor trpělivější a nechal mě vstát a projít se, nemusela mi být podána celková anestézie a placenta by vyšla sama. Přesto na něj vzpomínám jako na velice laskavého člověka a možná by v tomto případě stačilo, kdybych měla jasnější představu o tom, co chci a dokázala si pevně stát na svém.

5.2 Můj druhý porod

Můj druhý syn se narodil před sedmi lety v New Hampshire ve Spojených státech. Těhotenství jsem prožívala velice klidně a šťastně a byla jsem neustále mile překvapována tamější zdravotnickou péčí. V té době bylo již zvykem vybírat si místo porodu, nemocnici nebo porodní centrum, kde rodily ženy přirozeně v domácím prostředí za přítomnosti porodních asistentek. Tato zařízení byla vždy v blízkosti nemocnice, často byla součástí stejné budovy, takže lékař byl po celou dobu nablízku. Já jsem byla ovšem natolik spokojená s péčí své lékařky, že mě ani nenapadlo uvažovat o jiném místě než porodnici. Docházela jsem na pravidelné kontroly jednou za měsíc, kde jsem se viděla jeden měsíc s lékařkou a druhý se ženskou sestrou a tak se to střídalo. Pokaždé mi prohmataly břicho a poslechly přes břišní stěnu srdce dítěte a pak už jsme si jenom povídaly. Žádné vnitřní gynekologické vyšetřování se nekonalo a to z důvodů omezení rizika infekce. Tato setkání byla vždy velice příjemná a povzbuzující. Ultrazvuk jsem absolvovala jeden a protože jsem byla zdravá, další už nebyl považován za nutný. Všechny další screeningové testy jsem podstupovala s písemným souhlasem. Nebyl problém cokoliv odmítnout. Když jsem se zeptala, dostala jsem vyčerpávající odpověď - a když jsem odmítla, bylo to přijato s úsměvem a v klidu. Vždycky jsem měla pocit, že jsem to opravdu já, kdo rozhoduje. V posledním trimestru těhotenství jsme byli s manželem pozváni do nemocnice na setkání s místními porodníky. Byla to vlastně taková přednáška, kde se nám postupně představili všichni lékaři a lékařky, kteří by potenciálně mohli přijít k mému porodu. Představili se vždy křestním jménem, řekli něco málo ze svého soukromí a pak různé poznatky o porodu, co se bude dít, co by se mohlo dít. Byli vtipní, přinesli a nechali kolovat několik historických porodnických nástrojů (jako kleště). Poté následovalo malé občerstvení, kde každý lékař šel osobně pozdravit své klientky. A tak jsem byla připravena na porod. Ten začal opět o dva týdny dříve odtokem plodové vody, tentokrát se však kontrakce rozeběhly okamžitě. Zavolala jsem lékařce do porodnice, že brzy dorazíme. Nemyslela jsem to tak vážně. Po předchozí zkušenosti s monitorem na břicho upoutaná na lůžko jsem tentokrát byla odhodlaná v nemocnici opravdu jen porodit, žádné polehávání a monitorování. Zatímco jsem se procházela a vše pěkně postupovalo, zavolala mi asi po dvou hodinách lékařka, kde jsem se ztratila, a tak jsme vyrazily. Po příjezdu do porodnice trvaly sestry na natočení monitoru a to i přes mé varování, že porodím hned. Naštěstí brzy přišla lékařka a já se rovnou přesunula do svého pokoje, který byl zároveň pokojem porodním. Klasickou postel rázem přestavěly na postel porodní a já šla rovnou tlačit. Porod vedla mladá lékařka ještě bez atestace a zkušená profesně starší na ni dohlížela. S tímto jsem dopředu souhlasila. Epidurál jsem již dopředu odmítla, což tu mladou lékařku jak mi později svěřila, dost vyděsilo. Nebylo zde obvyklé родit bez bolesti tisících prostředků a tím spíše, když mi při prvním porodu nevyšla placenta, ji to z nějakého důvodu stresovalo. Miminko se narodilo rychle a rovnou mi ho položily na prsa. Pupeční šňůru přestříhl manžel a paní doktorka nám ukázala placentu, která vyšla záhy po miminku. Miminko nijak nekoupaly ani nevyšetřovaly, jen je otřely a oblékly a pak už jsem je mohla nakojit. Postel pode mnou se přestavěla na pohodlnou normální a všechny odešly a nechaly nás o samotě. Byl to pro mě nádherný zážitek, přirozený porod v lékařském prostředí. Odtud pochází mé přesvědčení, že i v nemocnici se za lékařského dohledu dá porodit přirozeně. Celé to trvalo tři a půl hodiny.

5.3 Můj třetí porod

Moje dcera se narodila před rokem a půl v příbramské porodnici. Mé těhotenství bylo komplikované a vlastně jsem si je vůbec neužila. Od začátku jsem na všechny screeningové testy docházela s nechtí. Nebylo výjimkou, že jsem na odběry krve a zvláště na ultrazvuk čekala i dvě hodiny v přeplněné čekárně pražské porodnice v Motole. Vzala jsem jednou s sebou i své dva syny, aby se podívali na miminko v bříšku, ve vyšetřovně jsem pak musela vyslechnout, že tu nejsou na děti zařízení a s návalem čekajících pacientek se nedá nic dělat. K porodu jsem se zaregistrovala v nemocnici u Apolináře, měla jsem tam známou porodní asistentku a myslela jsem si, že to mi pomůže prožít svůj porod co nejlépe mým představám. Ve 22. týdnu jsem musela ulehnout z důvodu hrozby předčasného porodu. Jednou za 14. dní jsem docházela do poradny, abych se dozvěděla, že to pořád vypadá špatně a že určitě neležím. Proležela jsem asi 10 týdnů a hodně jsem přemýšlela, měla jsem i dost času na pročítání různých informací o porodnicích a porodních zkušenostech. A tak jsem objevila Porodní dům u Čápa. Ve 32. týdnu jsem usoudila, že miminko už by mělo velkou šanci přežít, vstala jsem z postele a vyrazila na konzultaci do porodního domu. Přijala mne Zuzana Štormerová a povídání s ní působilo jako pohazení, po všech nepříjemných rozhovorech s personálem v nemocnici se mnou najednou mluvila se zájmem, chtěla vědět vše o mém miminku, pocitech, minulých zkušenostech i představách o porodu. Její vyšetření bylo velice příjemné. Prohmatávala mé břicho a přesně mi říkala, co kde miminko má, jak leží, jak je asi tak velké, zeptala se, jak mu říkám a mluvila přímo s ním. Ukázala mi porodní pokoj a povídaly jsme si také o možnosti porodu v tomto zařízení. Bohužel to z administrativních důvodů stále není možné, tak mi navrhla alternativu porodu doma. Navštívila jsem ji ještě několikrát a přivedla i svého manžela. Zatímco ve mně rostlo odhodlání a přesvědčení, že porod doma je ta správná alternativa, on neustále pochyboval. Zároveň jsem byla v kontaktu s porodní asistentkou u Apolináře a dohodly jsme se, že mě provede porodnicí a vše mi ukáže. Slyšela jsem od kamarádek, co mám očekávat, věděla jsem tedy, že na porodním sále jsou čtyři porodní postele vedle sebe a že jsou odděleny pouze závěsy a věděla jsem, že je to velice stará porodnice. Tak tedy příjem probíhá klasicky bez partnera, ten čeká na chodbě. Žena může odmítnout holení i klystýr. Natočí se monitor a pak jde žena do sprch a na předporodní pokoj, kde jsou dvě lůžka, většinou plně obsazená, partner se tedy první doby porodní nezúčastňuje (jen pokud by bylo volno). V době kdy jsme porodnicí procházely, byla jedna žena s bolestmi ve sprše. Připadala jsem si velmi nepatřičně, že mě tam snad známá vzala z protekce, ale záhy jsem zjistila, že je to tu běžná praxe. Přišlo totiž několik párů na předporodní kurz a po porodnici se pohybovali stejně jako my. Porodní sál i přes všechna vyprávění byl prostě šok. Na tu první ze čtyř postelí jsem si sedla a šeptem jsme si povídaly. Na té vzadu totiž nějaká žena rodila a strašně naříkala. Porodní asistentka říkala, že už je tam dlouho, že má epidurál, a moc jí to nepomáhá. Chtěla jsem opravdu utéct. Porodní postel byla moderní, hned vedle byla i porodní stolička, porodní asistentka mě uklidňovala, že budu určitě rodit v noci a že tam se mnou bude jen ona. Po celou dobu kolem závěsů procházel personál, prý medicí a opravdu každý se na mne podíval skrz nedotažený závěs. Pořád jsem myslela na tu ženu tam vzadu. Zásadní okamžik nastal, když jsem se dozvěděla, že miminko hned po porodu odnese dětská sestra na vyhřevné lůžko, kde si dvě hodiny odpočine, zatímco maminka odpočívá na porodní posteli. Pokusila jsem se sestrou dohodnout, jestli by v případě, že miminko bude zcela v pořádku, mohlo zůstat u mne. Bohužel trvala na tom, že ho odnést musí, a to na jiné oddělení a že ho tam vyšetří pediatr a pak se prohřeje, aby neprochladlo. Po této návštěvě jsem s jistotou věděla, že v této porodnici rodit nebudu.

Doma jsem si zatím nachystala vše k domácímu porodu, oslovila jsem i místní dětskou lékařku a ta přislíbila přijet k nám a miminko vyšetřit. Ve 36. týdnu mi vyšel pozitivní test na streptokoka, což znamená, že by se miminko mohlo během porodu nakazit, a proto je důležité v několika intervalech před porodem podat matce antibiotika. Stála jsem tedy před další překážkou. Manžel naléhal, abychom přece jenom jeli do porodnice a tak jsem si v pátek dva dny před porodem sedla k internetu a jako přijatelnou možnost zvolila porodnici v Příbrami. Do porodnice jsme dorazili v šest hodin večer a už za hodinu jsem držela svou holčičku v náručí. Natočení monitoru jsem nejprve odmítla, nemohla jsem už v té chvíli ležet, ale potom mi jako alternativu sestry nabídly sedět podepřená polštáři, což bylo přijatelné. Mezitím můj manžel odpovídal na všechny jejich otázky a předal jim můj porodní plán, kde jsem sepsala všechna svá důležitá přání, například že si nepřeji epiziotomii, žádné léky, miminko neodnášet ani na chvíli a maximální soukromí pro mě a mého partnera. Po vyšetření lékařkou jsem přešla do porodního pokoje a šla rovnou tlačit. Holčička byla hned venku. Položily mi ji na prsa, přikryly nás a respektovaly mé přání. Přišla sestra s oxytocinem, že je zde zvykem ho hned po porodu píchnout, aby placenta vyšla rychleji, ale že si prý nepřeji žádné léky. S díky jsem odmítla a placenta vyšla do deseti minut poté. Byla jsem spokojená, podařilo se mi porodit přirozeně, přestože jsem vnímala od počátku nevoli sester. K mému porodnímu plánu měly poznámky a v jednu chvíli mi asi třikrát jedna z nich opakovala, že takhle tady ležet nemůžu, že na mě paní doktorka pořádně nevidí. Měla jsem zrovna kontrakci a nemohla se hýbat, ani odpovídat, to jí zřejmě uniklo. Od těchto negativních projevů jsem byla po celou dobu odstřižena, bylo mi to jedno, maximálně jsem se soustředila na sebe a své dítě. Proto celkový pocit z porodu je hezký, ale byl to trochu boj. Ve stejném duchu jsem strávila i pobyt na oddělení šestinedělí. Zde bylo obvyklé, že rozhlasem přímo v pokoji hlásili: „Maminky, připravte se, jde vizita“. K mému překvapení některé maminky odhodily peřiny a roztáhly nohy, aby se páni doktoři mohly dobře podívat na porodní zranění. To ráno už nás všechny kontroloval náš lékař, který tentokrát přišel znovu i s panem primářem a dalšími neznámými lékaři, které nikdo nepředstavil. Zůstala jsem přikrytá, dokonce jsem kojila, i když mě sestra několikrát upozornila, že mám dítě položit, že jde pan primář. Vážně jsem je nechápala. Pan primář byl moc sympatický, zeptal se mě, jak se daří a jestli nemám žádné potíže a pak se rozloučil a šel dál. K tomuto můžu jen dodat, že dokud se ženy v porodnicích budou chovat podřízeně a nesvéprávně, bude se tak s nimi i zacházet.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá tématem poskytování předporodní péče a péče během porodu v naší zemi. Všímá si zejména rozdílného pojetí porodu přirozeného a porodu lékařsky vedeného. Mým záměrem bylo nabídnout poměrně pestrou škálu možností s jejich klady i zápory a při tom pokud možno zůstat objektivní. V nemalé míře je nutno vzít v úvahu také jejich dostupnost v našich podmínkách.

Jsem si vědoma toho, že objektivní jsem dokázala být jen do určité míry. Bylo to pro mne poměrně těžké, jelikož na toto téma mám svůj vyhraněný názor podložený osobní zkušeností.

Má představa je taková, že každá žena by měla mít právo zvolit si místo a způsob porodu. Zdravé ženy, jejichž těhotenství by probíhalo fyziologicky, by byly lékařem předány do péče porodních asistentek, které by pracovaly v porodních domech, porodních centrech přímo v nemocnicích - anebo by na přání klientky docházely k ní domů.

V případě zjištění jakékoliv hrozící patologie těhotenství nebo porodu by porodní asistentka poslala ženu k lékaři a ten by ji převzal do své péče, nebo by byl k dispozici jako odborný poradce porodní asistence, záleželo by na vážnosti diagnózy a na přání matky.

Myslím si, že tato opatření by velice ulehčila lékařům, většinou přepracovaným a umožnila by nemocnicím vylepšit své služby v porodnicích i na oddělení šestinedělí.

V žádném případě zde nechci znevažovat práci lékařů a jsem si vědoma jejich zásluh, co se týká zachraňování životů u komplikovaných porodů, nebo předčasně narozených dětí. Jsem však toho názoru, že přenesení větších kompetencí na porodní asistentky a umožnění jim vykonávat jejich práci samostatně, by bylo velkým přínosem pro celou naši společnost.

Porodní asistentky zabývající se možnostmi přirozeného způsobu porodu, jak jsem měla příležitost je osobně potkat, jsou velice schopné a empatické ženy, které věří ve vnitřní sílu každé budoucí matky. Umožnění porodit dítě podle vlastních představ matky, s laskavým doprovodem ženských společnic, má veliký vliv na prožitek vlastního porodu a na sebevědomí ženy, která již vždycky bude žít s pocitem, že to sama dokázala.

LITERATURA

DOLEŽAL, A. *Od babictví k porodnictví*. Praha: Karolinum, 2001. 144 s. ISBN 80-246-0277-6.

DOLEŽALOVÁ, J. *Hovory s porodní bábou*. Praha: Argo, 2006. 163 s. ISBN 80-7203-792-7.

GARLAND, D. *Waterbirth: An Attitude to Care*. Oxford: Books for Midwives Press, 2001. 176 s. ISBN 9780750652025.

GOER, H. *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. Praha: One Woman Press, 2002. 549 s. ISBN 80-86356-13-2

HAVRÁNKOVÁ, O. Krizové situace v životě ženy. In VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*. Praha: Portál. 2002. 543 s. ISBN 80-7178-696-9.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s.421, 597. ISBN 80-7178-303-X.

KESSIDI, F. CH. *Sókratés*. Praha. Svoboda, 1980. 202 s.

KRUIF de, P. *Lovci mikrobů*. Praha: Orbis, 1935, s.144.

LABUSOVÁ, E., FRYDRYCHOVÁ, A. *Průvodce porodnicemi České republiky*. Praha: Aperio, 2002. 216 s. ISBN 80-903087-0-8.

LEBOYER, F., *Birth without violence*. Rochester: Healing Arts Press, 1995. 114 s.

MACKŮ, F., MACKŮ, J. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Praha: Grada, 1998. 327 s. ISBN 80-7169-589-0.

MAREK, V. *Nová doba porodní*. Praha: Emiment, 2002. 263 s. ISBN 80-7281-090-1.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003, s.44, 239. ISBN 80-7178-549-0.

- ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo, 2004. 152 s. ISBN 80-85794-69-1.
- ŠTROMEROVÁ, Z. *Možnost volby*. Praha: Argo, 2005. 183 s. ISBN 80-7203-653-X.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I*. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-2460956-8.
- VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 1998, s.150, 111.
- Výkladový ošetřovatelský slovník*. Praha: Grada, 2007, s.79, 392, 484. ISBN 978-80-247-2240-5.
- LABUSOVÁ, E. *Rodičovství, psychologie, zdraví /online/*. c 2006-2009. Dostupné z <http://www.evalabusova.cz>
- LOTHIAN, J.A. *Why Natural Childbirth /online/*. c 2000, /cit. 2000 podzim/. Dostupné z <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1595040>
- ŠTROMEROVÁ, Z. *Porodní dům u čápa /online/* c 2000-2009. poslední revize 5.8. 2009 <http://www.pdcap.cz/>
- TRČA, S. *Ignác Filip Semmelweis (1818-1865) – Smrtící nákaza /online/*. c 2004/cit.2004-15-11/. Dostupné z <http://www.avicenna.cz/item/ignac-filip-semmelweis-1818-1865-smrtici-nakaza/category/lekar-dejiny-a-my>
- Water Birth /online/*. c 2000-2009, last revision 05/2007 <http://www.americanpregnancy.org/labornbirth/waterbirth.html>

Resumé

Jméno: Lucie Hanžlová

Název práce: Možnosti předporodní péče a porodu v ČR

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Rok: 2009

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová

Klíčová slova: Těhotenství, porod, epiziotomie, císařský řez.

Cílem bakalářské práce Možnosti předporodní péče a porodu v ČR bylo poskytnout přehled péče o těhotné ženy během těhotenství a možnosti porodu v České republice v současné době.

Práce je členěna do pěti kapitol. Teoretická část je věnována stručné historii porodnictví a následně podrobnému objasnění termínů těhotenství a porod. Dále je uveden poměrně rozsáhlý výčet možností s jejich klady i zápory. Do kontrastu je stavěn lékařsky vedený způsob porodu a přirozený způsob porodu.

Lékařsky vedený způsob porodu poskytuje ženě jistotu, že v případě komplikací je nablízku lékař se všemi dostupnými vymoženostmi, které současná medicína nabízí, například léky pro urychlení porodu a nebo k tišení bolesti. Poskytuje jistotu, že vždy je možné porodit dítě císařským řezem.

Přirozený způsob porodu je založený na přírodních principech, všemu se nechává přirozený průběh, k tišení bolestí se používají alternativní metody, porod se neurychluje, žena je povzbuzována k instiktivnímu chování.

V praktické části jsou popsány tři porody téže ženy, jež se odehrály v různých zemích. Jsou zde zaznamenány momenty jež byly vnímány pozitivně a nebo negativně, které byly z nějakého důvodu pro ženu významné a ovlivnily výsledný dojem z celého poodu.

POSUDEK VEDOUcíHO BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název: Možnosti předporodní péče a porodu v ČR

Jméno autorky: Lucie Hanžlová

Počet stránek: 48

Počet kapitol: 5, **podkapitol 1.řádu:** 17, **podkapitol 2.řádu:** 6

Počet publikací: 18 **Počet internetových zdrojů:** 5

Volbu tématu lze uznat jako přijatelnou pro zaměření školy.

Členění práce se nepříčí logice, návaznost jednotlivých kapitol a subkapitol je odpovídající

Obsahová stránka

Po vymezení pojmů pro práci významných se autorka zabývá historií porodu, dále popisuje těhotenství a porod po fyziologické stránce, přechází na možnosti současné péče během těhotenství a porodu, obzvláště se věnuje tzv. přirozenému porodu podle Leboyera a podle Odenta a zmiňuje se i o porodu do vody, což se u nás nepraktikuje. Věnuje se dále popisu lékařsky vedeného porodu v odborném zařízení, jako jinou variantu staví porod doma, také se zmiňuje o porodu s doulou a upozorňuje na v současnosti zřízený porodní dům, který usiluje o možnost poskytování samostatné péče porodních asistentek v průběhu porodu. Autorka se už od úvodu netají tím, že je na straně přirozeného porodu, k čemuž se i v průběhu práce několikrát hlásí. V poslední kapitole staví sama sebe do role zkoumaného subjektu a popisuje průběh svých tří porodů, které se odehrály v různých zemích.

Práce s odbornou literaturou

je správná, respektuje poslední normu.

Jazykové požadavky

Gramatické chyby nejsou, stylizace většinou uspokojivá.

Formální úprava je slušná.

Využití praktických zkušeností

Autorka učinila sama ze sebe předmět zkoumání, otevřeně pojednává o svých třech porodech v různých zemích a uvádí rozdíly v přístupu v jednotlivých zařízeních, jimiž prošla.

Splnění cílů práce

Cílem práce, který si autorka předsevzala, bylo poskytnout přehled současné péče o těhotné ženy a uvést možnosti porodu v naší době. Tento cíl byl splněn.

Připomínky

Moje připomínka směřuje především k tomu, že autorka nemá přiměřený odstup k problému, je v něm příliš angažovaná, což si i sama uvědomuje. To také způsobuje, že přistupuje k práci s hotovým názorem, pro který v práci snáší argumenty, i když se nevyhýbá uvedení i opačných názorů. Její názor působí jako předem hotový, nepůsobí jako hypotéza, která má být teprve ověřena, jak bývá v odborných pracích obvyklé.

Otázky

Doporučuji autorce, aby rozpoutala polemiku se členy komise o správnosti svého názoru a své stanovisko i verbálně obhájila.

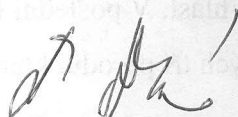
Celkové hodnocení práce

Práce je sepsána zdařile, srozumitelně a je možno ji číst se zájmem. Objektivní popis jednotlivých způsobů porodu je podán přehledně a rozsah kapitol a podkapitol je vyrovnaný. Popis vlastních porodů je originální, ale pro odbornou práci poněkud nezvyklý.

Doporučení

Doporučuji práci k obhajobě.

20.9.2009


MUDr. Olga Dostálová, CSc.

OPONENTSKÝ POSUDEK NA BAKALÁŘSKOU PRÁCI

Možnosti předporodní péče a porodu v ČR

Lucie Hanžlová

Volbu tématu lze akceptovat, i když z hlediska zaměření školy to není téma prioritní. Na této práci mi však vadí především to, že zde není věnována pozornost případnému uplatnění sociální pracovníce v dané problematice. Dále je nestandardní, že studentka si jako předmět empirické části zvolila popis svých tří porodů v různých zemích. Své zkušenosti popsala zdařile, ale do odborné práce to příliš nepatří. Také autorka přistupuje k práci s hotovým názorem, pro který v ní předkládá argumenty, takže místy působí až dojmem přesvědčování čtenáře.

Zpracování teoretické části však lze uznat, je zpracována odpovídajícím způsobem. Také formální stránka včetně správně uvedených citací a práce s literaturou je v pořádku.

Mám čtyři otázky:

Proč autorka zvolila v empirické části subjektivní popis svých tří porodů?

Proč nezvolila objektivnější přístup, např. neshromáždila soubor žen, které by jí odpověděly na anketní otázku, zda dávají přednost porodu v porodnici nebo doma?

Proč k vlastním zkušenostem nepřidala ještě zkušenosti několika jiných žen?

Domnívá se autorka, že popis pouze vlastních zážitků skutečně do odborné práce patří?

Dále necht' autorka vysvětlí, jakým způsobem se může uplatnit sociální pracovníce v průběhu těhotenství a porodu.


Závěr

Teoretická část této bakalářské práce je obsahově v pořádku a také práce splňuje formální požadavky včetně citací. Popis vlastních porodů je nezvyklý, ale lze jej po jistém váhání pro bakalářskou práci tolerovat.

Doporučení:

Nemám námitek, aby byla tato bakalářská práce připuštěna k obhajobě.

V Praze, 21.9.2009


PhDr. Pavla Kodymová, Ph.D.