

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2015

HANA SVATOŇOVÁ

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Psychosociální aspekty porodu

Bc. Hana Svatoňová

Sociální práce se zaměřením na komunikaci
a aplikovanou psychoterapii

Kombinovaná forma

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Jirman, PhD.

Praha 2015

Prague College of psychosocial studies



Psychosocial aspects of childbirth

Bc. Hana Svatoňová

Social work focused on communication

and applied psychotherapy

Combinate form

Thesis supervisor: Mgr. Jaroslav Jirman, PhD.

Praha 2015

Anotace

Tato diplomová práce identifikuje psychosociální aspekty porodu z pohledu rodičky a novorozence. Představuje porod v širších souvislostech v rámci celospolečenského kulturního pozadí. V závěru práce je bližší exkurz do českého současného porodnictví a jeho snaze zlepšit psychosociální klima v porodnicích, s čímž souvisí i výzkumná část této práce určující potřeby rodičích žen.

Klíčová slova

Porod – psychosociální – rodička – novorozenec – perinatální péče – české porodnictví – porodnice – potřeby rodiček

Anotation

This thesis identifies the psychosocial aspects of labor from the perspective of laboring woman and newborn. It represents the birth in a broader context within the whole society's cultural background. At the conclusion is excursion into contemporary Czech obstetrics, efforts to improve the psychosocial climate in hospitals, whereby related research part identifying the needs of women giving birth

Key words

childbirth – psychosocial – woman in labor – newborn – perinatal care – czech midwifery – maternity hospital – needs of woman in labor

Čestné prohlášení

„Prohlašuji, že jsem zpracovala tuto diplomovou práci samostatně, a že jsem vyznačila použité zdroje informací, z nichž jsem při zpracování své práce čerpala.

Beru na vědomí, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 21/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) v platném znění a že moje diplomová práce bude, v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách) v platném znění, zveřejněna.

24. dubna 2015

Poděkování

„Chtěla bych poděkovat všem ženám, které mi poskytly rozhovor a pomohly mi tím vytvořit tuto práci.

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu diplomové práce Mgr. Jaroslavu Jirmanovi, PhD., za vstřícný přístup a podnětné připomínky při tvorbě práce.

24. dubna 2015

Obsah

Seznam obrázků, tabulek a příloh	6
Úvod	7
I. Teoretická část.....	8
1 Lidský porod.....	8
1.1 Vymezení porodu	8
1.1.1 Porod z pohledu zdravotnictví	8
1.1.1.1 Porodní fáze	9
1.1.2 Porod z pohledu psychologie	9
1.2 Historie lidské reprodukce.....	11
1.2.1 Přírodní porody	11
1.2.2 Porod jako kulturní událost.....	12
1.2.2.1 Přejímové rituály	12
1.2.3 Konkrétní kulturní systémy.....	13
1.2.3.1 Sumer a babylonie.....	13
1.2.3.2 Indie	14
1.2.3.3 Severní Amerika.....	14
1.2.3.4 Česká lidová kultura.....	14
2 Dva rozdílné přístupy v porodnictví.....	15
2.1 Klíčová otázka v porodnictví.....	15
2.2 Biomedicínský přístup.....	16
2.2.1 Historie lékařsky vedených porodů.....	17
2.2.2 Lékařsky vedený porod v současnosti	18
2.2.2.1 Lékařské intervence při porodu.....	19
2.3 Normální „přirozený“ porod.....	22
2.3.1 Humanizace porodu	22
2.3.1.1 Šetrný porod podle Fredericka Leboyera	22
2.3.1.2 Přirozený porod podle Michela Odenta.....	24
2.3.2 Filozofie přirozeného porodu.....	24
3 Psychosociální aspekty porodu z pohledu rodiček.....	27
3.1 Psychoprofylaktická předporodní příprava	27
3.1.1 Pojem psychoprofylaxe a jeho vývoj	27
3.1.2 Současné předporodní kurzy.....	29
3.2 Interakce rodící ženy s okolím	30
3.2.1 Vnímání sociální podpory rodící ženou	30
3.2.2 Ontogeneze porodních asistentek.....	31
3.2.3 Otec u porodu.....	33
3.2.4 Dula.....	34
3.3 Pocit bezpečí a jistoty	35

4	Vnímání porodu novorozencem.....	36
4.1	Novorozenec	36
4.2	Porod z pohledu novorozence	36
4.2.1	Smyslové vnímání.....	37
4.2.2	Prvotní tělesný kontakt dítěte s matkou	37
4.2.3	Rooming-in	39
5	Psychosomatika matky a dítěte.....	40
5.1	Pojem psychosomatika	40
5.2	Determinace osobnostních charakteristik rodičky na průběh porodu	40
5.3	Determinace psychosociálních faktorů v průběhu porodu na zdraví matky a dítěte	42
5.4	Psychosomatické aspekty bolesti při porodu.....	42
5.5	Psychosomatické aspekty strachu rodičky	43
5.6	Indikace císařského řezu.....	44
6	Zkvalitnění porodní a poporodní péče v České republice.....	46
6.1	Současná situace	46
6.2	Postavení porodních asistentek.....	48
6.3	Domácí porody v České republice	49
6.4	Exkurz do zahraničí	52
II.	Výzkumná část	54
7	Kvalitativní výzkum: Potřeby rodičích žen při porodu.....	54
7.1	Cíle výzkumu.....	54
7.2	Soubor.....	54
7.3	Metodika.....	56
7.3.1	Sběr dat	56
7.3.2	Analýza dat	57
7.4	Výsledky	58
7.5	Zhodnocení výzkumu	72
	Závěr	73
	Seznam použité literatury	74
	Přílohy	86

Seznam obrázků, tabulek a příloh

Seznam obrázků

<i>Obr. č. 1: Běžná praxe 20. století</i>	<i>23</i>
<i>Obr. č. 2: Potřeby před porodem.....</i>	<i>58</i>
<i>Obr. č. 3: Potřeby při porodu.....</i>	<i>58</i>
<i>Obr. č. 4: Potřeby těsně po porodu.....</i>	<i>58</i>

Seznam tabulek

<i>Tab. č. 1: Charakteristika výzkumného souboru</i>	<i>55</i>
<i>Tab. č. 2: Charakteristika jednotlivých respondentek</i>	<i>56</i>

Seznam příloh

<i>Příloha č. 1: Leták k výzkumu</i>	
<i>Příloha č. 2: Příprava na polostrukturovaný rozhovor</i>	
<i>Příloha č. 3: Informovaný souhlas</i>	
<i>Příloha č. 4: Úryvek z transkripce</i>	
<i>Příloha č. 5: Transkripční značky</i>	

Úvod

Okamžik narození lze jen těžko popsat slovy. Je počátkem, který z ničeho nic vyvstane a je. Přítomní cítí, že jsou jeho neoddělitelnou součástí. Vytváří se prostor naplněný hlubokou a čistou radostí, jenž poukazuje na posvátnost tohoto jevu. Takový okamžik se vytvoří, když není narušován nebo ignorován. Z toho důvodu je nutné, aby byli všichni plně přítomni s rodičkou „ted' a tady“. Pečující vztah porodní asistentky a lékařů by měl být založen na porozumění, ohledu a respektu vůči jejím potřebám nebo požadavkům.

Zabezpečování vhodných podmínek k úspěšnému porodu je podvědomou i fyziologickou záležitostí, která ženu velmi intenzivně determinuje. Má přirozenou tendenci si zajistit bezpečné porodní místo s příjemnou atmosférou, které ji umožní být plně sama sebou a nebýt rušena. Vyhledává podporující a pozitivní sociální zázemí, kde se bude cítit uklidněná a připravená. Díky zabezpečení okolních podmínek se posiluje psychická odolnost, vyrovnanost a sebejistota, která se odráží na psychosomatickém stavu rodičky i dítěte. Fyziologické procesy řídící porodní činnost jsou součástí celého psychosociálního kontextu, ve kterém se rodička nachází. Porod tedy není jen odloučením novorozence z matčina těla, ale je komplexnějším celkem ovlivňujícím matku i dítě po celý život.

Tento porodní komplex různých podmínek a jevů je nutné brát i z pohledu prostředí, ve kterém se odehrává, protože tento aspekt má na rodící ženu též významný vliv. Kulturní pozadí porodní péče je často rozhodující pro výběr místa porodu. Současné české porodnictví prochází obrodou a snaží se ve větší míře rodičkám zabezpečit psychické a sociální zázemí přímo v porodnicích.

Tím že okamžik porodu je pro každého člověka zásadní, bych chtěla touto prací zdůraznit hlubší smysl přístupu k rodící ženě, skrze její potřeby a požadavky. V práci jsou detailně identifikovány psychosociální aspekty porodu v souladu se základními potřebami rodiček a novorozenců v rámci celospolečenského porodnického kontextu. V závěru teoretické části představuji exkurz do českého současného porodnictví a jeho snaze zlepšit psychosociální klima v porodnicích, s čímž je spojena i výzkumná část této diplomové práce.

I. Teoretická část

1 Lidský porod

1.1 Vymezení porodu

Lidský porod lze vnímat mnoha rozdílnými pohledy, proto zde uvedu definice, které podle mého jsou zásadními pro vnímání tohoto fenoménu komplexněji.

Jako první uvádím obecné definice porodu:

„Porod je proces, kterým se z plodu stává samostatný jedinec. Je úspěšným ukončením těhotenství. U savců opouští plod dělohu matky a je přerušena pupečnicková šňůra“¹

Porodem se rozumí ukončení těhotenství po 28. ukončeném týdnu těhotenství, když se narodilo dítě delší než 35 cm a těžší než 1000 g.

1.1.1 Porod z pohledu zdravotnictví

Lékařská definice, která dále následuje, vnímá porod jako biologicko-fyziologický proces a nezmiňuje psychický stav rodičky.

„ Porod je fyzický proces, během kterého je plod, plodové obaly, pupeční šňůra a placenta vyloučeny mimo dělohu. Porod nastává biochemickými změnami v pojivové tkáni a s postupným rozšiřováním děložního hrdla v důsledku rytmických děložních kontrakcí s dostatečnou frekvencí, intenzitou a délkou trvání“²

Příčemž fyziologický porod popisuje Ministerstvo zdravotnictví České republika následovně: *„Fyziologický porod je spontánně probíhající porod záhlavím vaginální cestou u donošeného těhotenství, který ve svém průběhu nevyžaduje intervence. Fyziologický porod může kdykoliv ve svém průběhu přejít do nefyziolo-*

¹ Doležal, Antonín. *Od babictví k porodnictví*. Praha: Karolinum, s. 11.

² CHENG, MD, MPH, Yvonne. Normal Labor and Delivery: Definition. In: *Medscape* [online].

gického porodu a komplexní zhodnocení porodu, zda byl či nebyl fyziologický, umožní až výsledný stav novorozence a matky po porodu“³

1.1.1.1 Porodní fáze

Pro lepší orientaci a vysvětlení používaných pojmů je nutné uvést stádia porodu. Vlastní porod se dělí na tři doby porodní, přičemž první doba porodní (otevírací) zahrnuje zmíněné biochemické změny, které iniciují pohyb rozšiřování děložního hrdla a branky. Vlivem stahů a tlaku plodu se branka otevírá na velikost v průměru 10 cm. Tato otevírací fáze může trvat u prvorodiček 10-12 hodin. Druhá doba porodní je popsána jako vypuzovací, ve které je děložní hrdlo otevřeno, vrcholí intenzita kontrakcí a plod v jejím průběhu prostupuje skrze tvrdé a měkké porodní cesty. Odborné vedení porodu je rozpracováno specifickými metodami pro jednotlivé polohy plodu při vypuzování. Poslední fáze je porod lůžka (placenty), která nastává mezi porodem plodu a porodem placenty a plodových blan. Během této fáze se děložní kontrakce snižují bazální průtok krve, což má za následek odtržení placenty od povrchu dělohy a její následné vyloučení z těla. Tento akt trvá většinou deset až třicet minut.⁴

1.1.2 Porod z pohledu psychologie

Psychologické definice porodu jsou dalším rozšířením pochopení a vnímání porodu. Neexistuje jediná, která by obsahovala všechny důležité aspekty, proto jich uvádím několik, které se vzájemně doplňují a utvářejí jednotnou podstatu.

„Porod je situací, která je nová a složitá, neobvyklá i pro ženy, které již rodily... Jak se žena s touto zátěžovou situací vypořádá, to mnoho záleží na její osobnosti, na její odolnosti vůči zátěžovým situacím, vrozených vlastnostech a životních zkušenostech, aktuálním stavu organismu i sociálních skutečnostech.“⁵

³ Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. In: Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2007, roč. 2007, č. 2, s. 21.

⁴ CHENG, MD, MPH, Yvonne. Normal Labor and Delivery: Stages of Labor and Epidemiology. In: *Medscape* [online].

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a doplň. vyd. Praha: Grada, 2014

⁵ RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. s. 58.

„Při porodu se odkrývají ženiny vnitřní charakterové rysy a vlastnosti. Pokud je v harmonii a milující, vše jde plynule a v pořádku, pokud má známky nenávisli, zlosti, vzteku nebo strachu, proces porodu je tímto narušován a protahován.“⁶ Z těchto definic je jasně patrné, že porod a jeho průběh je úzce spjat s psychikou rodičky.

„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; pro ženu vyvrcholení, odkrytí rozporu mezi očekáváním a skutečností, přičemž ideálem je rozpor nulový.“⁷ Zde autor zahrnuje i psychiku dítěte, která je pro jeho následný celkový vývoj zásadní.

Tyto postoje k porodu zastával i francouzský porodník M. Odent. V osmdesátých letech zpopularizoval koncepci přirozeného porodu, která postupně vznikla jako kritika proti stávajícím lékařsky vedeným porodům. Definice zní: „Přirozený porod je porod, který se rozbíhá a probíhá samovolně a probíhá bez vnějších zásahů. Žena podle svých instinktů sama určuje jeho průběh“⁸

Základním stavebním prvkům se budu podrobněji věnovat v následujících kapitolách, protože představují právě psychosociální aspekty porodu. Pro úplnost zde uvedu alespoň jejich výčet:

- Předporodní příprava
- Prostředí a jeho atmosféra
- Interakce matky a porodního personálu
- Porodní asistentka, partner a další osoby u porodu
- Léky (utišující prostředky, mírnění bolesti medikamenty)
- Relaxace (mírnění bolesti jinak než léky)
- Vedení porodu
- Poloha při porodu
- Po porodu

⁶ JONES, Ernest. PSYCHOLOGY AND CHILDBIRTH. *The Lancet*. 1942, vol. 239, issue 6197, s. 695-696.

⁷ HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009

⁸ ŠTROMEROVÁ, BSC., Zuzana. Přirozený porod. *Porodní dům u Čápa* [online].

Přirozeným porodem rozumíme komplexní přístup, který respektuje současné lékařsky zaměřené porodnictví a vychází vstříc rodící ženě, její aktivní účasti na porodu a vnímání přirozenosti její a celého porodu.

1.2 Historie lidské reprodukce

Historické souvislosti lidské reprodukce jsou nutné zmínit, protože dotvářejí souhrnný celek pochopení fenoménu porodu v celých dějinách lidstva.

V průběhu života lidí na zemi se způsoby a vedení porodu značně měnily. Z ryze přírodních porodů bez žádné asistence a těžkých podmínek byly porody podrobeny rozličným kulturním zvyklostem lidských kmenů a ras.

1.2.1 Přírodní porody

Statisíce let bylo potřeba k oddělení člověka od svého opičího příbuzenstva tím, že se vzpřímil, začal chodit po nohou, změnilo se postavení prstů na ruce a především došlo ke změnám v obličejové části hlavy a následný vznik řeči. Stal se pozemským biosociálním tvorem, který byl zcela schopný se odlišit od dosavadního živočišného života zvířat a tvořit základy lidské kultury, společenského života, používat řeč, nástroje, žít podle sociálních, příbuzenských zákonů, domestikace.

V dobách, kdy lidé ještě žili podobným způsobem jako zvířata, byl pro ženu porod, za normálních okolností, běžným a snadno vykonatelným aktem, stejně jako pro samičku zvířete. I když je porod zvířecí samice obvykle snazší než porod ženy, stávalo se velmi zřídka, že by někdo ženě asistoval. Přirozené pudy a síly k porodu a překonání odporu jsou za nikoliv nepřirozených podmínek stejně příznivé jako u zvířecí samičky. I mnohé případy z novodobých antropologických poznatků o porodech domorodých žen naznačují, že přírodní ženy rodí lehce a snáz, než ženy v dnešní civilizaci.⁹

Z těchto dob nejsou známé žádné statistické údaje o porodní úmrtnosti, je však prokazatelné, že pokud nebyly k porodu dostatečně příznivé podmínky, byla

⁹ NEUMANN, Stanislav Kostka. *Dějiny ženy: populárně sociologické, etnologické a kulturně historické kapitoly*. 1. vyd., v nakl. Otakar II. Praha: Knižní klub, 1999, s. 250-252.

úmrtnost plodu, rodičky či obou vysoká, což dokazují dvojhruby matek a novorozenců.

Lidstvo přežívalo za přírodních podmínek a vlivů za cenu velkých ztrát i bez lékařské pomoci. V současnosti by taková úmrtnost byla neúnosná.¹⁰

1.2.2 Porod jako kulturní událost

Porod, jak bylo zmíněno výše, je přirozený fyziologicko-psychický proces, který je všude na světě do značné míry stejný. Každé narození novorozence je determinováno kulturně sociálním prostředím, do kterého přichází.

Antropologické prameny dokazují, že v každé lidské kultuře se vyvinuly specifické názory a postupy prováděné při porodu dětí. Z komparativních studií vyplývá, že každá lidská kultura si vytvořila svébytné názory a postupy, které se provádí při porodu a poporodní péči.¹¹

1.2.2.1 Přechodové rituály

V přirozených lidských společnostech se dodržovaly určité archaické soubory pravidel převážně při příležitostech narození dítěte, přechod dítěte do dospělosti, svatební obřady či pochování mrtvých, které byly především spojeny s uctíváním bohů. Původem těchto rituálů lze označit institucionalizací zažitých prastarých kmenových mytologických i magických obyčejů.¹²

Dodržováním zmíněných svébytných názorů a postupů se vytvářely porodní rituály a obřady, které většinou tvoří jeden celek, ve kterém se nejdříve provádějí odlučovací rituály. Při těchto je těhotná žena vyloučena ze společenství. Nakonec jsou prováděny porodní rituály, které ochraňují rodičku a dítě před zlými

¹⁰ ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 14.

¹¹ JORDAN, Brigitte a Robbie DAVIS-FLOYD. *Birth in four cultures: a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. 4th ed. Prospect Heights, Ill.: Waveland Press, c1993, xxi, s. 3-6

SOUKUP, Martin. Porod jako kulturní konstrukt společnosti. *Česká pozice: Informace pro svobodné lidi* [online].

¹² ČERNÝ, Jiří a Jan HOLEŠ. *Sémiotika*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, s. 295-296.

duchy zajišťují její znovu-začlenění do společnosti, přičemž se vrací v jiném postavení, než odcházela – v postavení matky.¹³

Pro úplné vysvětlení ještě doplním přesný termín přechodového rituálu. Život jedince spočívá v postupném přecházení z jedné životní etapy do druhé. Skládá se z různých milníků, při kterých se zásadním způsobem mění tělo, duše, společenské postavení či posvátná role zasvěcenců. Ke každému se vztahují obřady, jejichž cíl je stejný – nechat jedince přejít z jednoho sociokulturního stavu do jiného.¹⁴

1.2.3 Konkrétní kulturní systémy

V mnohých starověkých kulturách byla rodička považována za nečistou a odcházela porodit mimo společenství, ve kterém žila. Zůstávala většinou v příbytku nebo v chýši ještě několik týdnů po porodu, kde prováděla různé rituály k očištění. Pro ilustraci přechodových rituálů v době těhotenství a porodu je uvedeno několik ukázek vybraných zemí či společenství.

1.2.3.1 Sumer a Babylonie

V okamžiku odtoku plodové vody si porodní Bohyně-rodička nasadí porodní čepec a zahalí si bedra čistou zástěrou, začíná žehnat, zřejmě rodičce pro utišení bolestí, porodní místo vyloží rohožím a vyznačí ho moukou, kam umístí připravenou porodní cihlu. Tento akt značí, že poloha rodičky byla v podřepu nebo před-klonu, nikoliv na lůžku.¹⁵

¹³ KURR VAN GENNEP, Charles-Arnold. *Přechodové rituály: systematické studium rituálů*. Překlad Helena Beguivinová. Praha: Lidové noviny, 1997, s. 46.

¹⁴ Tamtéž s. 13

GROF, Stanislav. *Lidské vědomí a tajemství smrti*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2009, s. 37.

¹⁵ DALLEY, Stephanie. *Myths from Mesopotamia: creation, the flood, Gilgamesh, and others*. Rev. ed. New York: Oxford University Press, 2000, xix, s. 17.

HRUŠKA, Blahoslav. Bohyně-rodičky v sumerské a babylonské mytologii. *Theologická revue: čtvrtletník University Karlovy v Praze-Husitské teologické fakulty*. Praha: Univerzita Karlova v Praze-Husitská teologická fakulta, 2001, roč. 72, č. 3, s. 305-318.

1.2.3.2 Indie

Porod probíhal většinou v domě u rodičů těhotné ženy. Rodilo se ve stoje s podepřením ve výšce hrudníku. Muž nikdy u porodu nebyl, pouze vykonává obřad, který se děje v rodinném kruhu a jeho cílem je vytvořit posilující atmosféru, ve které dítě může plně rozvinout svoji pravou sílu z právě prožitého porodu. Pro rodiče je tento obřad symbolem zodpovědnosti výchovu.¹⁶

1.2.3.3 Severní Amerika

Kmen Kwakiutl je příkladem spolupráce žen s rodičkou. Při hezkém počasí porodní báby venku vyhrabou porodní jámu a vystelou jí měkkou cedrovou kůrou. První bába se posadí za jámu a opře si nohy o protější okraj. Rodící žena se posadí na její nohy a druhá bába si sedne za rodičku, tlačí jí kolena do zad, obejmě ji ramena a ohne ji hlavu k hrudníku. Narozené dítě vypadne do jámy a zůstane tam do doby, že se porodí placenta. Porodní báby dobře ovládají psychologii, ale pokud nastanou jakékoliv komplikace, volá se lékař kmene, který zasáhne svoji moci podobnou šamanismu.¹⁷

1.2.3.4 Česká lidová kultura

Předporodní přípravy se probíhaly několik dnů i týdnů. Před porodem se těhotná žena koupala v horké vaně z mateřídoušky, koní natě, slunečnice, tuřínu, drobných zbytků sena. Koupala se v něm do doby, než ji začaly silné porodní bolesti. V té době byly báby silně věřící, proto k opečování rodičky přidávaly i modlitby a zařikávání. Pro snadný porod udělala ženě na čele křížek, obešla třikrát její postel a dávala jí pít svěcené vody.¹⁸

¹⁶ SHARMA, Rajendra K. *Indian society, institutions and change*. New Delhi, 2004. s. 45.

PRAKASH, Om. *Cultural history of India*. New Delhi: New Age International (P) Limited, Publishers, 2005. s. 303.

¹⁷ MITCHINSON, Wendy. *Giving birth in Canada, 1900-1950*. s. 80.

¹⁸ NAVRÁTILOVÁ, Alexandra. *Narození a smrt v české lidové kultuře*. 1. vyd. Praha 1: Vyšehrad, 2004.

2 Dva rozdílné přístupy v porodnictví

2.1 Klíčová otázka v porodnictví

Jakým nejlepším způsobem mají děti přicházet na svět?

Výše popsané rituály probíhající v různém času a prostoru byly považovány za nezbytné k úspěšnému porodu. Přes různé rozdílnosti každého kulturně konstruovaného porodního systému (dietní tabu, ideální vedení porodu, atp.) byla vždy na prvním místě vnímána rozmanitost a individualita každého porodu.

Nicméně až do průmyslového věku, tj. před cca 250 lety byly porodní kulturní zvyklosti v podstatě kdekoliv relativně stejné. Po celém světě bylo normální, že se ženy mohly volně pohybovat, aby snížily porodní bolesti, jedly a pily cokoliv, co bylo přijatelné a výživné pro matku i dítě. Rodička rodila za přítomnosti většinou blízkých žen a na dobře známém místě obvykle doma nebo v domě příbuzných. Rodily pro ně v nejpříjemnějších polohách, často vertikálně, kde využívaly síly gravitace s tlakem hlavičky na pánevní dno. Vyvinuly různé porodní pomůcky, židle, podpěrky, tyče uchycené nad ženou, které ulehčovaly svislou polohu.

Tyto kulturní adaptace byly běžné až do industrializace, kde se každý porod přesunul z intimního místa každé rodící ženy do nemocnic. Výrazně se také změnil vnímání porodu veřejnosti. Z přirozené životní události se stalo něco, co bylo nutné odloučit od běžného života. Z rodící ženy se stává pacientka a odchází do nemocnice. „Ve skutečnosti to byla industrializace porodu, nikoliv porod samotný, co dala ženám pocit strachu z porodu, který mají dodnes.“¹⁹

Za posledních 40 let vstoupilo do porodnictví Hi-Tech přístroje, které neustále monitorují rodičku i dítě, porod se císařskými řezy přesunul spíše do chirurgické oblasti zdravotnictví a přirozené postupy porodu jsou nám více cizí.

Současná porodnická praxe má jen málo společného se specifiky jednotlivých kultur, ale spíše jsou spojeny s rozdělením na bohaté a chudé. Bohaté rodič-

¹⁹ SELIN, Helaine a Pamela Kendall STONE. *Childbirth across cultures: ideas and practices of pregnancy, childbirth and the postpartum*. New York: Springer Verlag, c2009, xvii, s. 1-22.

ky si mohou připlatit za samostatný a příjemnější pokoj, než chudé, které jsou v první době porodní na dvou až osmi lůžkovém pokoji. V civilizovanějších zemích jsou více pod medikamentózní léčbou, je zaznamenáno více lékařských zásahů než chudších. Tam ovšem ženy podstupují zastaralé procedury a postupy. V zemích s vyššími i nižšími příjmy jsou důležité výsledky porodní a poporodní úmrtnosti než klidný, co nejpřirozenější porod, spokojenost rodičky a zdraví dítěte.

I přes tento industriální boom se rodičky dočkávají zase možnosti jednat podle svých přirozených instinktů. Spoustu porodních asistentek si uvědomuje současné paradigma porodnictví, projevuje velkou snahu o snížení zásahů a vytváření nového prostoru pro přirozené porodnictví.²⁰

2.2 Biomedicínský přístup

„Moderně lékařsky vedený porod (lékařský) ve specializovaném zdravotnickém zařízení, za asistence moderní techniky, vychází z oprávněných obav o matku a dítě, které jsou založeny na empiricko-vědeckých základech“²¹

Při porodu se nesmí zapomínat na fyzické bezpečí, které je pro rodící ženu stejně důležité jako psychosociální. Žena se při porodu nestará jen o své bezpečí, ale především i o svého právě rodícího se potomka. Tato dvojí starost je pro ni nová a o to intenzivnější. Pocity úzkosti a strachu z ohrožení jejího pohodlí vyvolávají vyplavování stresových hormonů, které porod zpomalují či zastavují, ten je většinou ukončen císařským řezem. Císařský řez je spouštěčem komplikací pro novorozence, např. i rutinní separací od matky.

Porod je stále fyziologický proces. Jak bylo výše řečeno, podléhá psychice rodičky, ale vždy může nastat jakýkoliv patologický stav a je nutná lékařská intervence. Dojde-li ke komplikacím má přednost lékařská pomoc, která již zachraňuje životy.

²⁰ Tamtéž s. 1-22.

²¹ Odlišné, alternativní způsoby vedení porodu. *Porodnice.cz* [online].

Dnešní porodnictví je uznáváno za výborné poporodní výsledky a velmi nízkou porodní úmrtností. Hlavním mezinárodním ukazatelem kvality v porodnictví jsou statistiky perinatální mortality. Pro upřesnění vysvětlím, co přesně tento pojem tj. novorozenecká úmrtnost znamená. Perinatální úmrtností myslíme součet mrtvě narozených dětí a zemřelých dětí do sedmi dnů života.

Mrtvorozenost zůstává na stejné úrovni, ale novorozeneckou úmrtnost se úspěšně daří snižovat, díky vysoké úrovni porodnických a neonatologických odborníků, moderního vybavení a mnoha dalšího.²²

2.2.1 Historie lékařsky vedených porodů

Koncentrování porodů (zejména chudinských) do porodnic začalo během 17. století jako důsledek vzniku vědeckého porodnictví.²³

Za otevření první české porodnice se 22. listopadu 1762 v pražské Soukenické ulici zasloužila Marie Terezie. Již v té době byly porodní báby důkladně podrobovány a školeny pro porody v domácnostech, porodnictví se začali věnovat i muži. Domácí porody byly finančně nákladné a v nejstarší pražské porodnici nejdříve rodily svobodné matky. O sto let později se zájem o modernizaci porodů zvýšil i ve vyšších společenských kruzích.²⁴

V porodnicích se vyskytovala horečka, infekce a ženy umíraly v šestinedělích po tisících. Daleko masivnější nárůst porodů prováděných v nemocnicích se zaznamenal až v první třetině 20. století, kde bylo prováděno 50 % porodů s lékařskou intervencí. Masivně se zaváděla zvýšená hygienická a dezinfekční opatření a standardizoval se postup při vedení porodu. Aby se předešlo infekcím, které byly zdrojem horečky omladnic, byly provedeny dezinfekční opatření na veškeré podlahy, stěny a vybavení porodnic. Tímto se infekce likvidovala, ale potírány od prsou až po kolena jódem byly i matky, které si nesměly sahat na

²²Mrtvorozenost a perinatální úmrtnost. *Muni.cz/atlas* [online].

Perinatální mortalita v České republice. *Porodnice.cz* [online].

²³ DOLEŽAL, Antonín. Vznik vědeckého porodnictví a naše území. *Česká gynekologie: časopis České gynekologické a porodnické společnosti*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 1996, roč. 61, č. 4, s. 244.

²⁴ LENDEROVÁ, Milena. FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ UNIVERZITY PARDUBICE. Od magie k porodnici: Porod a porodnictví v období novověku. *Interní medicína pro praxi*. Koniice: Solen, [1999]-, s. 26-31.

své tělo, byl přísný zákaz tělesného kontaktu s novorozencem, rutinním postupem byl klystýr a oholení pubického ochlupení. Desítky let trvaly výzkumy, než dokázaly, že takové opatření s výskytem infekce nemají nic společného.

V Československé republice roku 1929 známý porodník Aleš Roztočil nepochybuje, že spolupráce porodní asistentky a lékaře je nejlepší možností pro zdárný porod a zdraví matky i dítěte. Ovšem kritizuje nízké paušální platy lékařského personálu ve veřejných porodnicích, které ovlivňují kvalitu porodní péče o rodičku i dítě – nikoliv z přesvědčení, že jim nechtějí pomoci. Kritika je podložena tím, že zaměstnání v porodnici je velice zodpovědné, stresové, krátký život a má být jako takové adekvátně honorováno. Je autorem termínu „lékařské vedení porodu“ a vymezuje dva proudy v porodnictví. Prvním je nezasahování do fyziologického průběhu normálního porodu a nazval ho konservativním. Druhý chirurgický, který v jeho době byl stále vyhledávanější a používanější, spočíval v užití analgetik a umělého posílení děložních kontrakcí k urychlení porodu.

V padesátých letech bylo učení I.P. Pavlova velmi populární. Porodníci díky jeho výzkumům zaměřili pozornost na rodičku a její bolest při porodu a následně i předporodní přípravu, které se více věnují ve třetí kapitole. Perinatální úmrtnost klesala, v 80. letech se začal zvyšovat zájem o psychiku žen v době porodu. Důsledkem profylaxe (která již nebyla tak vyhledávaná) se někteří porodníci snažili s rodičkou vytvořit spolupráci a nepřístupovali k ní jako k objektu fyziologického porodu.²⁵

2.2.2 Lékařsky vedený porod v současnosti

Lékařsky řízený porod je veden v souladu se všeobecnými zvyklostmi platnými v konkrétním čase, které se mohou lišit v závislosti na typu, charakteru a tradici konkrétního porodnického zařízení. Lékařsky vedený porod je běžnou normou pro většinu porodů v České republice. Provádějí se ve zdravotnických zařízeních. Rozhodujícím faktorem je poskytnutí okamžité specializované léčby při jakýchkoliv komplikacích (operační ukončení porodu, podání krevních náhrad

²⁵ ŠTEMBERA, Zdeněk. *Historie české perinatologie: přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004.

atp.).²⁶ Tímto způsobem vedený porod stojí na základě aktivního zasahování lékaře do porodního procesu a rodící žena je pasivně pasivním příjemcem.

2.2.2.1 Lékařské intervence při porodu

Moderní technika a postupy ve zdravotnictví učinily porody bezpečnější pro matku i dítě především v rizikovém těhotenství a porodu. V mnoha porodních jsou ovšem tyto postupy používány i při normálním průběhu porodu, protože se z nich staly zažitě zvyky, které se považují za urychlovače celého procesu porodu a plynulosti chodu porodnice.

Bylo provedeno několik průzkumů, jak se odráží rutinní opatření na bezpečí matky a plodu. Výsledkem bylo, že jakékoliv zásahy bez jasné lékařské indikace přispívají ke komplikacím při porodu a nárůstu císařských řezů.

K postupům a zásahům, které jsou minimálně diskutabilní, nebo vedou až ke sporům mezi zastánci přirozených „normálních“ porodů a lékaři, patří:

Preventivní holení se praktikuje ke snížení rizika infekce a následného úmrtí, pokud by při porodu došlo k protržení hráze či jejímu nástřihu. Z průzkumu²⁷ vyplývá, že oholení ochlupení nemá žádný vliv na zvýšené riziko nákazy infekcí. Zaznamenali pouze vedlejší příznaky a to diskomfort matek při dorůstání ochlupení po porodu, zarudnutí, pálení a svědění pokožky.

Klyzma (výplach střev) má urychlovat (prázdna střeva umožňují jednodušší sestup hlavičky) a zjednodušovat porod stimulací děložních stahů, snižovat výskyt infekce případným znečištěním stolice. Dalším účinkem, který je uváděn, je uvolnění křečí teplou vodou ve střevech. Záleží na rodičce, zda tuto proceduru podstoupí. Z průzkumu²⁸, bylo zjištěno, že klystýr před porodem neovlivňuje délku a plynulost porodu. Nepotvrdila ani tvrzení, že klystýr je prevencí před infekcí.

²⁶ Odlišné, alternativní způsoby vedení porodu. *Porodnice.cz* [online].

²⁷ BASEVI, Vittorio a Tina LAVENDER. Routine perineal shaving on admission in labour (Review). *The Cochrane Library*. John Wiley & Sons, Ltd., 2009, č. 4.

²⁸ TZENG, Ya-Ling. CHINA MEDICAL UNIVERSITY. Enema prior to labor: a controversial routine in Taiwan. *Journal of Nursing Research*. 2005, roč. 13, č. 4.

CTG vyšetření neboli kardiokografie (jinak **kontinuální elektronické fetální monitorování**) je bezbolestná vyšetřovací metoda, která se využívá v těhotenství a během porodu. Lékař díky ní může sledovat pomocí mechanického snímače stahy dělohy ženy a pomocí ultrazvuku měřit tepovou frekvenci plodu. Ve valné většině je příčina v nemožnosti pohybu rodičky, což znesnadňuje plynulý postup porodu.²⁹

Poloha rodičky na zádech nebo v polosedu je zažitá vzhledem k používání porodnických křesel a nemocničních lůžek. Podle příručky WHO poloha na zádech během I. doby porodní ovlivňuje průtok krve v děloze a snižuje intenzitu kontrakcí, čímž se zpomaluje průběh porodu. Zato v II. době porodní je častější, že je rodička pouze v jedné poloze na porodnickém křesle s nohama na opěrkách. Tuto polohu prožívají jako méně pohodlnou, více bolestivou a znemožňující jakýkoliv pohyb.

Roztočil doporučuje provést dirupci vaku blan (**časná amniotomie**) pokud v průběhu I. doby porodní nedojde ke spontánnímu odtoku plodové vody a děložní hrdlo je v průměru 2 – 4 cm otevřené.³⁰ Důležitým rozdílem je čas, ve kterém se dirupce provádí. Může se provést jako preventivní opatření nebo v určitém okamžiku porodu, kdy by hrozily komplikace s nepostupujícím porodem, což je vždy na uvážení lékaře.

Tento zákrok může zkrátit porod, má však svá rizika. Odtokem plodové vody se zkracuje čas pro fyziologický porod, a pokud nenastává, je nutné použít umělého oxytocinu, aby se uspíšil.³¹

Intravenózní **infúze oxytocinu** se často používá pro urychlení porodu po spontánním či umělém protržení vaku blan. Při přirozeném porodu je oxytocin

²⁹ Judith A. Safe, Healthy Birth: What Every Pregnant Woman Needs to Know. *Journal of Perinatal Education*. 2009-01-01, vol. 18, issue 3, s. 48-54.

Péče v první době porodní: Poloha a pohyb během první doby porodní. *Hnutí za aktivní mateřství* [online].

³⁰ ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 121.

³¹ O'CONNELL, MD, Nan G. Amniotomy: Background. *Medscape* [online]. 2014

WOLOMBY, Jean-José a Rahma R Tozin TOZIN. Amniotomy for shortening spontaneous labour. RHL COMMENTARY. *The WHO Reproductive Health Library* [online]. Geneva, 2009

Péče v první době porodní: Prevence prodlouženého porodu. *Hnutí za aktivní mateřství* [online].

uvolňován z mozku a při jeho vysoké hladině se začnou uvolňovat hormony štěstí (endorfiny), které ženě pomáhají se zvládnutím bolesti a porod má svůj vlastní průběh. Umělý oxytocin však naruší interakci mezi mozkem a hormony, které se nemohou uvolňovat. Po podání jsou kontrakce silnější, delší a jsou zapotřebí další intervence jako kontinuální snímání, nemožnost pohybu na lůžku. Výsledkem jsou silnější a bolestivější kontrakce a ženy samy řeknou o epidurální analgezii nebo anestézii.

Epidurální analgezie je využívána více než polovinou rodiček. Tento prostředek na tišení bolesti způsobí uvolnění pánevních svalů, které pomůže od bolesti matce, ale zpomalí či zapříčiní nedotočení miminka nebo nesestoupení hlavičkou do pánevního dna. Epidurální analgezie je velmi užitečná při komplikovaných porodech, ale užití u porodů s nízkým rizikem v těhotenství je přinejmenším diskutabilní v rámci přirozeného porodu. Její použití je na lékaři, v jakém okamžiku porodu ji indikuje, nebo ženě doporučí.³²

Řízené tlačení se zadržovaným dechem je běžnou praktikou nejen v českých porodnicích i přesto, že Světová zdravotnická organizace takový postup označuje za jednoznačně škodlivý. Tlačení by mělo být započato v momentě, kdy je děložní čípek plně otevřen a žena v části pánve cítí nutkání tlačit. Do té doby by žena neměla být nikým nucena tlačit. Řízené tlačení se mnohokrát odráží na psychice rodičky pocítěním své nízké sebedůvěry, že neví co má v tento okamžik dělat a musí jí někdo jiný radit. Podle holandsko-kanadského průzkumu je průběh druhé doby porodní výrazně kratší s metodou řízeného tlačení, ale i přesto by výzkumníci doporučovali spontánní tlačení ženám, které by měly být v následování svých pocitů podporovány³³

³² LOTHIAN, Judith A. Safe, Healthy Birth: What Every Pregnant Woman Needs to Know. *Journal of Perinatal Education*. 2009-01-01, vol. 18, issue 3, s. 48-54.

LOTHIAN, PHD, Judith, Debby AMIS, RN a Jeannette CRENSHAW, RN. LAMAZE INTERNATIONAL. *ŠEST ZÁSAD ZDRAVOTNÍ PÉČE PODPORUJÍCÍCH NORMÁLNÍ POROD: Zásady zdravotní péče #4*. 2. dopl. vyd. 2007.

³³ PRINS, M, J BOXEM, C LUCAS a E HUTTON. Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials. *BJOG: An International Journal of Obstetrics*. 2011, vol. 118, issue 6, s. 662-670.

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka: Zpráva technické pracovní skupiny*. Ženeva, 1999.

Pro nastřížení hráze mezi pochvou a konečníkem se využívá latinské označení episiotomie. **Nastřížení hráze** (perinea) Tento zákrok se provádí výlučně během druhé doby porodní k rozšíření vaginálního otvoru. Dobrymi důvody při normálním porodu jsou znaky vykazující poruchu plodu, komplikovaný porod (neběžná poloha plodu), nedostatečný pokrok v porodu nebo nebezpečí trhliny. Poškození hráze je jedním z traumat, kterým ženy v poporodní době často trpí.

V minulosti bylo běžné, že dítě ihned po porodu bylo matce odebráno k umytí, zvážení, změření a vráceno jí bylo po několika i desítkách minut již zabalené. Nedošlo k **žádnému tělesnému kontaktu** ihned po porodu ani při kojení.

2.3 Normální „přirozený“ porod

V současnosti jsou alternativou k lékařsky vedeným porodům koncepty přirozeného nebo normálního porodu. Zvyšuje se počet jejich zastánců z řad laické i odborné veřejnosti. Tento přístup se liší od předchozího v tom, že je primárně zaměřen na konkrétní rodící ženu a její přirozenou schopnost родit sama bez lékařských zásahů.

2.3.1 Humanizace porodu

Přirozený porod se konstituoval myšlenkami mnohých odborníků, organizací a také matek. Největšími průkopníky v humanizaci porodnictví byli dva francouzští porodníci Frederick Leboyer a Michel Odent. Níže uvedu jejich myšlenky k lepšímu pochopení a porozumění současné humanizaci porodů.

2.3.1.1 Šetrný porod podle Fredericka Leboyera

Pokračovatelem francouzské linie a žákem P. Vellaye je francouzský porodník-filozof F. Leboyer, který vytvořil novou metodu tzv. šetrný porod popsanou ve své knize „Porod bez násilí“. Zásadami šetrného porodu jsou:

- Psychologická příprava matky na porod a budování vztahu s dítětem v prenatálním období,
- Šero, ticho a teplo v průběhu porodu
- Přijetí a soustředění se na dítě, popř. ztotožnění se s ním

- Žádné intervence do probíhajícího porodu, především medikace.³⁴

F. Leboyer kritizuje porodnické podmínky, při kterých je porod uskutečňován. Neklidné prostředí, silné světlo na porodním sálu, vynucená poloha při porodu a především okamžité odtržení dítěte od matky zdravotním personálem jsou faktory, které vyvolávají stres u matky i dítěte a přitom nesnižují rizika porodu, spíše naopak. Zdůrazňoval, že první minuty po narození jsou nejdůležitějším okamžikem celého života novorozence, protože si v těchto chvílích vytváří obraz o světě jako bezpečném místě, kde ho lidé milují.

Zaměřením pozornosti na novorozence vnímajícího ostrá světla, nešetné zacházení ihned po porodu a s jeho vyčerpávajícím řevem, který vede k vyděšenému výrazu v jeho obličeji (Obr. č. 1), ukázal lékařům-porodníkům i jiný pohled na nově narozené dítě. Do té doby se lékaři při porodech drželi pouze svého intelektu, naučených a praktikovaných postupů. Leboyer ukázal odborné veřejnosti, že vedení porodu vyžaduje nejen intelekt a racionální uvažování ale také velkou senzitivitu a city. Představil dítě jako lidského tvora, který cítí, slyší, vidí a není pouhým „předmětem neschopným vnímat“. Potřebuje velkou něhu a láskyplnou péči při tak zásadním životním okamžiku. „*Leboyer byl první*



Obr. č. 1: Běžná praxe 20. století

lékař, který nahlas vyslovil to, co mnoho žen o svých dětech intuitivně vědělo, navzdory zaběhaným medicínským radám, které tvrdily opak.“³⁵

Při praktikování šetrného porodu v tichosti, bez zbytečného hluku a v přítomnosti se často stávalo, že dítě dvakrát až třikrát zakřičelo a poté se uklidnilo na matčině břiše. Cítilo se v bezpečí, ale matky se o to víc bály, že je mrtvé, protože nebrečí. Při vysvětlování a ubezpečování Leboyerovi došlo, že je nutné při-

³⁴ LEBOYER, Frederick. Porod bez násilí: kniha, která nás seznamuje se zcela novým způsobem vedení porodu. Praha: Stratos, [1995]. s.4-5

MORAUČÍKOVÁ, Eva. New methods in performing births. 1st ed. Brno, 2013. s. 20-23.

³⁵ ODEMENT, Michel. *Znovuzrozený porod*. Překlad Jakub Florian. Praha: Argo, 1995, s. 31.

pravovat budoucí matky ještě před porodem. Důraz kladl na trpělivost všech účastníků porodu, dokázat být v přítomnosti a nikam nespěchat.

Tento koncept vytváří v matkách pocit síly, láskyplnosti a také schopnost efektivního a instinktivního jednání. Pro dítě znamená porod bez násilí.³⁶

2.3.1.2 Přirozený porod podle Michela Odenta

Michel Odent ovlivnil svou knihou „Reborn birth“ celou Evropu a USA. Jeho inspirací byly zkušenosti z Afriky, kde viděl snahu afrických žen rodit přirozeně vestoje či vsedě. Zaměřuje se na rodící ženu a přikládá větší význam její aktivní roli. V 70. letech se zasloužil o obrat v porodnictví svým přístupem k rodícím ženám a porodu. Tím došlo k tomu, že se vytvářelo domáctější prostředí v samotné porodnici. Nešlo nejen o prostředí, ale hlavně o atmosféru, kterou vytvářejí lidé. Odent a porodní asistentky upravili postupy, inspirovali se Leboyerem a začali vnímat novorozence i matku přirozenějším pohledem nejenom racionálně lékařsky.

Postupně a pomalu se rodí koncept přirozeného porodu. Základním principem přirozeného porodu je schopnost matky porodit své dítě sama bez lékařských intervencí a direktivního vedení. Instinktivní a přirozené mechanismy jsou zcela běžným projevem ženského organismu a je nutné je pouze respektovat. Základními potřebami pro přirozený porod je nerušený klid, teplo, intimita a pocit bezpečí. Pokud se žena necítí v bezpečí, porod se může prodloužit, zpomalit nebo úplně zastavit.³⁷

2.3.2 Filozofie přirozeného porodu

Základem přirozeného porodu je intuice ženy. Pod tímto pojmem se může skrývat výběr místa porodu, kde se žena cítí v bezpečí a chtěla by tam porodit, určování průběhu porodu, jaké chce lékařské zásahy, různost poloh v I. a II. době porodní atd. Nyní se ve vědeckém oboru objevují základní pojmy jako je cit, spokojenost a intuice, které jsou pro většinu odborníků nedůležité a „nevědecké“, ale pro kvalitní péči v porodnictví jsou pokládány za zásadní. Psychika rodičky je pro

³⁶ LEBOYER, Frederick. Porod bez násilí: kniha, která nás seznamuje se zcela novým způsobem vedení porodu. Praha: Stratos, [1995]. s. 17.

³⁷ ODENT, Michel. *Znovuzrozený porod*. Překlad Jakub Florian. Praha: Argo, 1995, s. 31.

fyziologický porod velmi důležitá. Pokud se podaří objevit vlastní energii a vnitřní sílu a dokázat pracovat s vlastním strachem je většinou porod bez komplikací. Sama rodička má vedoucí úlohu, ale pro kvalitní porodní péči často vedle dobré psychické kondice ženy pomáhá aktivně naslouchající, podporující a empatická porodní asistentka a vyčkávající lékař, který nemusí být přítomen, ale je připraven při možných komplikacích odborně zasáhnout. Jejich vztah je založen na důvěře, že probíhající proces instinktivních jednání rodičky nebude narušován. Jediné co je opravdu třeba, je pečlivé pozorování stavu rodící ženy k včasnému zjištění komplikací. Přírozený porod je fyzicky i psychicky vysilující záležitostí a proto je podmínkou vědomá odpovědnost těhotné za svá veškerá rozhodnutí. Vyžaduje a předpokládá určitou připravenost, kterou lze získat předporodními kurzy, kde mobilizuje svoji sílu a intuici, je seznámena s výhodami a nevýhodami různých postupů. Může se jednat např. o tišení bolestí, vedení porodu nebo její poloze při porodu. Tišící prostředky jsou farmakologické nebo nefarmakologické. Žena si může zvolit variantu, jakou potřebuje. Ke zmírnění porodních bolestí může pomoci relaxace, teplá koupel, sprcha, masáž zad, aromaterapie, určitý rytmus dýchání nebo i klidná a příjemná hudba. V poloze při porodu má rodící žena možnost jakékoliv volby. S polohami se může seznámit v předporodních kurzech, ale nejlepší pozicí je ta, do které sama přirozeně dospěje. Měnit polohy je přirozenější a efektivnější protože nedochází ke stlačování cév, pánev se plně pohybuje a využívá se gravitace. Nejčastější je poloha v předklonu nebo ve dřepu. Zajišťuje se maximální přirozený tlak v pánvi a její uvolnění.

Před a při porodu je veškerá péče zaměřena na rodičku a po něm je vhodné se plně postarat o nově narozené dítě. Dopřát mu možnost se adaptovat na vnější svět navázáním tělesného i očního kontaktu s matkou přiložením na břicho ihned po porodu. Při šetrném oddělení dítěte se nechá dotepat pupeční šňůra, která zajišťuje dvojitý přísun kyslíku z dělohy matky i ze vzduchu.³⁸

Přirozeným porodem se rozumí souhra mnoha faktorů (především psychosociálních) současně. Tento způsob volí ženy, které vědí, že dokážou samy překonat svůj strach z bolesti a mají obecně aktivní přístup v péči o vlastní zdraví. Svůj

³⁸ THE INTERNATIONAL CHILDBIRTH EDUCATION ASSOCIATION. *Delayed Cord Clamping*. Raleigh.

porod chtějí prožít podle svého a vnímají překonání fyzické námáhavosti s hlubokým psychickým prožitkem jako důležitou část svého vlastního mateřství.

39

³⁹ ŠTROMEROVÁ, BSC., Zuzana. Přirozený porod. *Porodní dům u Čápa* [online].

3 Psychosociální aspekty porodu z pohledu rodiček

3.1 Psychoprofylaktická předporodní příprava

Těhotenství a porod je pro ženu obdobím výrazných změn⁴⁰ zasahujících do mnoha oblastí jejího života. Dochází u ní k přetváření starých modelů chování a vnímání okolí. Mění, doplňuje své hodnoty a postoje k životu. Je zřejmé, že takto velké množství změn a reorganizace svých dosavadních pocitů vyvolává někdy pocity zmatku, strachu z bolesti, úzkosti a ztracenosti.

Z hlediska odbourání pochopitelného strachu rodičky z porodu by předporodní příprava neměla být opomíjena. Posiluje její vnitřní sílu, přirozené instinkty a klid, který pozitivně ovlivňují její porod. Kvalitní příprava by neměla být omezena pouze na výklad nebo návod jak zvládnout situace, které u porodu mohou nastat, ale spíše jako komplexní a hlubší sebepoznání či zbavení se předsudků a polopravd. Ovšem praktické informace a návody jsou neméně důležitým prvkem předporodní péče. Obě tyto roviny mají důležitý význam ke zmenšení předporodních obav rodičky. Kvalitní přípravou by měli projít oba rodiče.⁴¹

3.1.1 Pojem psychoprofylaxe a jeho vývoj

Pojem psychoprofylaxe je obecně využíván jako příprava na tělesnou a duševní zátěž. V oblasti porodnictví se využívá jako příprava těhotných žen na porod s cílem zmírnit bolest při porodu.

V roce 1933 vznikla nová britská koncepce „přirozeného porodu“ lékaře G. Dick-Reada, kterou nejvíce proslavila jeho kniha z roku 1942 „Revelation of Childbirth“. Základem se staly jeho poznatky z průběhu porodů v Kongu, kde

⁴⁰ tělesných, duševních, psychických a sociálních

⁴¹ RATISLAVOVÁ, Kateřina. Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. s. 16, 49-53.

Průvodce porodnicemi České republiky: ucelený přehled služeb porodnic Čech, Moravy a Slezska s hodnocením: informativní texty o přirozeném porodu doplněné autentickými porodními příběhy. Praha: Argo, 2002

KOPŘIVOVÁ, Darina. Psychoprofylaxe. *Moderní babičtví*. Praha: Levret, 2007, č. 12.

domorodky byly při porodu velmi klidné, na rozdíl od rodiček v Londýně, které se při porodních bolestech křečovitě stahovaly a znesnadňovaly průběh celého porodu. Empirickým výzkumem zjistil, že hlavní příčinou je svalové napětí vyvolané strachem z porodu kvůli neinformovanosti a nedostatečné důvěře k procesům vlastního těla. Také objasnil, že výsledkem duševního napětí a úzkosti je místní nedokrevnost tkáně a následný vznik bolesti.

Věřil, že je velice nutné pracovat s ženami v posledních třech měsících těhotenství ideálně v 6-8 přípravných lekcích. Hlavním principem byl nácvik správného dýchání, svalová relaxace, uvolňovacích cviků, informovanosti, odstraňování předsudků, pozitivní myšlení a aktivace ženy při porodu. Důraz byl také kladen na vlidné a vstřícné prostředí při porodu a empatický přístup porodníka k rodičce.⁴²

Díky publikaci „Accouchement sans douleur“ (Bezbolestný porod) francouzského porodníka Lamaze se psychoprofylaxe rozšířila v západních zemích, kde se uchytil název Lamazova metoda. Jeho cílem byl porod bez bolesti, kdy rodička se naučí reagovat na přicházející stahy odpovídající dechovou a uvolňovací technikou, a tím snižuje nebo zcela odbourává bolest s nimi spojenou.

Francouzský porodník Michel Odent zastává názor, že porod probíhá bez komplikací, pokud se rodička připravuje na porod jako na přirozený proces, při kterém přijímá a respektuje instinktivní pochody spontánních porodních mechanismů. K samovolné produkci potřebných hormonů je nezbytnou součástí jistota v podpoře osoby, která provázela těhotnou při předporodních kurzech a u porodu je jako pečovatel a prostředník v komunikaci s porodním personálem.⁴³

⁴² Porodník by neměl mluvit o „bolestech“ ale o kontrakcích či stazích, v místnosti by se neměly vyskytovat přístroje, u kterých by si rodička mohla asociovat komplikace porodu

KUŽELOVÁ, Monika. Historie přípravy těhotných k porodu. *Moderní babičky*. Praha: Levret, 2003, č. 2. s. 1.

RATISLAVOVÁ, Kateřina. Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. s. 49.

TOMÁŠ, Stanislav. *Bezbolestný pôrod*. Martin: Osveta, c2000, s. 22.

⁴³ *Průvodce porodnicemi České republiky*. 2. dopl. vyd. Aperio, Argo, 2004. s. 17.

RATISLAVOVÁ, Kateřina. Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. s. 51.

Metoda psychoprofylaxe zažila v polovině minulého století největší rozkvět, protože prokazovala značně příznivé účinky různých modifikací Lamazovy metody. Kvantita publikací a přednášek na psychoprofylaktickou přípravu žen na porod závratně rostla a v roce 1960 byla i v Československu uspořádána celostátní konference o této problematice. Od 70. let ovšem nadšení klesá, výsledky tohoto konceptu přípravy a následného bezbolestného porodu nejsou zdaleka tak uspokojivé jak se předpokládalo. Jedním z důvodů byl fakt, že předporodní příprava se prováděla pouze jako formální záležitost – „odškrtnutí na seznamu“ a zápis do statistik.⁴⁴

3.1.2 Současné předporodní kurzy

Díky MUDr. Čepickému a PhDr. Pečené došlo v Československu znovu k rozvoji předporodních kurzů na konci 80. let. Vytvořili vlastní koncept předporodní přípravy pro ženy, který je základem i pro dnešní prenatální kurzy. Smyslem jejich konceptu bylo snížit předporodní strach i úzkost a získat reálný pohled na průběh porodu pochopením souvislostí. Tato psychoprofylaxe je rozdělena na základní a nadstavbovou s tím, že základní by měla být dostupná všem těhotným ženám.

V současnosti předporodní kurzy navazují na různé prvky F. Lamazovy i Dick-Readovy metody. Ideálními základními prvky jsou:

- Podávání informací efektivním způsobem
- Návčik poloh, dechových a relaxačních cvičení (autogenní trénink)
- Podpora aktivity ve volném čase (jóga, plavání, cvičení pro těhotné)
- Nabídka alternativních nefarmakologických metod tlumení bolesti
- Navázání důvěry s porodní asistentkou
- Podpora vztahu rodiče a dítěte – komunikace s plodem
- Seznámení s prostředím porodnice

Splnění všech těchto prvků v prenatálním kurzu vede k redukci strachu, podpoře sebedůvěry a sebevědomí těhotné ženy.

⁴⁴ tamtéž s. 51,

KUŽELOVÁ, Monika. Historie přípravy těhotných k porodu. *Moderní babičtví*. Praha: Levret, 2003, č. 2. s. 3.

Z etnografického výzkumu E. Hrešanové vyplývá, že forma předporodních kurzů pořádaných porodnicí je uzpůsobena hlavnímu cíli, tj. poskytování porodní a zdravotní péče co největšímu počtu klientek.⁴⁵ Smyslem jejich předporodních kurzů je především seznámení se s porodnicí, zjištění zaběhnutých pravidel, aby byl zajištěn hladký průběh celého porodu a ničím nekomplikované a efektivní zvládnutí co největšího počtu příchozích.⁴⁶

3.2 Interakce rodící ženy s okolím

Nejde jen o zajištění určitého komfortu, ale důležitým faktorem spokojenosti rodící ženy je respektující a podpůrná interakce často s lékařským personálem. Nečekané a závažné komplikace, extrémní porodní bolest a lékařské zásahy mají už jen druhotný vliv na spokojenost. Pod pojmem interakce si můžeme představit styl komunikace s rodičkou, podporující sociální oporu, a sebekontrolu nad probíhajícím porodem. Spokojenost s péčí porodní asistentky nebo ošetřujícího lékaře může významně ovlivnit dlouhotrvající zážitek z porodu, naopak vzpomínky na porodní bolesti časem oslabují.

3.2.1 Vnímání sociální podpory rodící ženou

Pro rodičku je zásadní, že jí podporují lidé, kterým věří a zná je. Pro většinu žen jde o blízké a rodinu, jenž zastává jeden z nejdůležitějších úkolů při porodu, tj. chrání soukromí, pohodlí a bezpečí pro bezproblémové narození potomka.

Hlavním psychologickým mechanismem pro subjektivní hodnocení své spokojenosti se sociální oporou je vnímání, tj. sociální percepce, která se vztahuje k prvotním dojmům ze sociálního prostředí (lidé a skupiny lidí), mezi kterými se člověk pohybuje. Tato percepce vychází především z neverbálního jednání a je základem pro poznávání, interpretaci a porozumění sociálních jevů (sociální kognice). Vnímání spokojenosti při porodu je ovlivněno předchozími zkušenostmi přímo s porodníkem nebo podobným prožitou situací v kontextu porodu. Sociální opora je kladně vnímána i díky pozitivnímu sebehodnocení a sebebřijetí (přijetí

⁴⁵ V konzumním a tržním prostředí českého porodnictví jsou porodnice nuceny navzájem společně soupeřit o přízeň klientů cenou i kvalitou svých služeb

⁴⁶ HREŠANOVÁ, Ema. Kultury dvou porodnic: etnografická studie. Vyd. 1. V Plzni: Západočeská univerzita, 2008. s. 69.

v primární rodině, pocit milujícího partnerského vztahu, hloubce a absenci interpersonálních konfliktů v rodině). Subjektivní reakce rodičky na zdravotní péči při porodu závisí i na zkušenosti z její primární rodiny.

Při percepci sociální podpory je nutné vzít v potaz i biologické aspekty charakterizující porod. Silná bolest ve většině případů brání rodičkám plně se soustředit na okolní sociální vjemy a omezuje tedy jejich vnímání i interpretaci. Ke konci první fáze porodní je pro rodičku zcela nemožné verbálně komunikovat se zdravotním personálem a sociální vnímání se mění na útržkovité vjemy. Přesto jsou rodičky velmi vnímavé v rozpoznání hrozícího nebezpečí ze strany jejího okolí, např. stres a napětí přítomného zdravotníka či jiných osob.⁴⁷

3.2.2 Ontogeneze porodních asistentek

Až do počátku 18. století i v Evropě byl porod spíše sociální událostí než lékařskou, jak je tomu v současnosti. Lidé porod vnímali jako přirozenou součást jejich běžného života, protože naprostá většina se odehrávala doma za pomoci porodní báby a několika dalších žen, kdy muž z této události byl vyloučen. Kooperace žen při příležitosti porodu přesahovala příbuzenské vztahy, účastnily se ho přítelkyně, matka, sestry, tchýně i sousedky z okolí byly při prvních bolestech přizvány k pomoci.⁴⁸ Rituály pomáhaly odvrátit strach rodící ženě. Ústřední postavou při porodu byla porodní bába, která zastávala komplexní péči budoucí matce od těhotenství až po šestinedělí.

Od počátku 18. století se porod v rámci medikalizace,⁴⁹ dostal do kompetence lékařsko-mocenské autority, reprezentované vystudovanými lékaři.

Od roku 1730 se začal projevovat trend žen především na francouzském panovnickém prostředí preferovat muže-odborníka než porodní bábu a porodnictví se začalo spojovat s běžnou lékařskou praxí. Nicméně tento francouzský model porodnictví, který narušil několika tisíciletou tradici babictví jako „ženskou zále-

⁴⁷ KODYŠOVÁ, E. Roč jsou některé ženy s porodem nespokojené: psychologické a biologické koreláty percepce sociální opory při porodu. *Psychosom* [online].

⁴⁸ TINKOVÁ, Daniela. Tělo, věda, stát: zrození porodnice v osvícenské Evropě. Vyd. 1. Praha: Argo, 2010. 669 s. Každodenní život; sv. 43. s. 102.

⁴⁹tj. proces, díky němuž se různé oblasti běžného života lidí podrobily lékařským a medicínským teoriím a kontrolám

žitost“, se začal potýkat se zažitými konvencemi a studem žen z nižších vrstev, které stále vyhledávaly asistenci porodních bab, v té době již vzdělaných v babických školách.

Počet lékařských zákroků narůstal, především kvůli rozrůstajícímu vlivu mechanistické filozofie chápající lidské tělo jako stroj fungující podle působení mechanických sil. Hlavním úkolem zdravotníka bylo tento stroj opravit. Lékaři díky svému vyššímu postavení a vzdělání byli přesvědčeni, že báby nejsou schopné pochopit složitější souvislosti tělesných procesů v průběhu porodu, proto byly odsunuty do pozadí a školeny k vedení pouze přirozených porodů s tím, že při jakékoliv komplikaci byly povinny volat lékaře, kterému se musely podřídit.⁵⁰

Převládající vliv mužského a autoritářského pohledu na porody zapříčinilo odklonění se od jeho tradiční ženské přirozenosti a i fyziologické porody byly výrazně častěji a intenzivněji narušovány lékařskými intervencemi. Vytratila se intimita ženského těla a významně se změnila i funkce role asistenta u porodu. Psychicky podporující a empatická osoba v průběhu celého porodu byla nahrazena „technickým pracovníkem“, který v případě nutnosti nápravy vstupuje do procesu porodu.

Do 60. let porody vedly porodní asistentky, které byly zaměstnány v porodnicích, a pro případ potřeby byl lékař na dosah. Následoval převrat do hierarchické podoby kompetencí a řízení, kde vznikly tři vrstvy poskytovatelů péče – lékaři, kteří léčili, porodní asistentky (v té době ženské sestry), které ošetřovaly a vykonávaly rozhodnutí lékaře a rodička-pacientka, od které se neočekával aktivní či vlastní přístup k porodu.⁵¹

V dnešní době je porodní asistentka považována za klíčovou poskytovatelku porodní péče při lékařském i alternativním porodu. V lékařském modelu vedení přichází lékař až ke konci první doby porodní, přičemž asistentka spolupracuje s rodičkou během celého porodního procesu. Zde hraje asistentka důležitou roli v komunikaci mezi lékařem a rodičkou a stává se jakýmsi průvodcem rodičů v pro-

⁵⁰ TINKOVÁ, Daniela. Tělo, věda, stát: zrození porodnice v osvícenské Evropě. Vyd. 1. Praha: Argo, 2010. 669 s. Každodenní život; sv. 43. s. 12.

⁵¹ MAREK, Vlastimil. Nová doba porodní: přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí. 2., upr. a dopl. vyd. [Praha]: V. Marek, 2010

středí porodnice. Nejen v České republice se vedou akademické debaty, výzkumy či spory o kompetence mezi porodními asistentkami a lékaři.⁵² Ústřední otázkou je jaká profese má být primárně odpovědná za vedení porodu a poskytování porodní péče. Mnoho asistentek zdůrazňuje, že primární zodpovědnost mají jejich nadřízení lékaři a jejich snahou je vzájemně kladná spolupráce.

3.2.3 Otec u porodu

Účastnictví a podpora rodičky u porodu se začalo měnit ke konci 80. let, kdy na porodní sály přicházeli oba rodiče. Přítomnost otce u porodu byla novinkou, ale také jakýmsi vstřícným krokem nemocnice ke zlepšení spokojenosti rodičky a snahou o příznivý vliv na průběh porodu.⁵³ Metoda prošla vlnou odporu a kritici se opírali fakt, že jen velmi malý počet otců (pouze 6 %) měl zájem se účastnit porodu, ale také i nepřipravenost nemocničních prostor pro „návštěvy“ na porodních sálech. Po roce 1989, kdy se celkově změnila pozice lékaře vůči rodičce, diskuze utichla a odborná veřejnost se přikláněla k pozitivním stanoviskům.

Mnoho výzkumů prokázalo klidnější a lehčí porod, pokud byl otec u porodu. Nedávná studie uvedla, že přítomnost partnera u porodu, který pomáhá partnerce od bolesti a je s ní ve vzájemné kooperaci, snižuje počet epidurálních analgezií a žena méně často pocítuje panický strach, úzkost či nesnesitelnou bolest. Některé výzkumy pozitivní účinek neprokázaly a v některých případech rodičky cítily větší porodní bolesti při dojmu, že jejich partner jim nijak nepomáhá. Zastávce přirozených porodů M. Odent nemá jednoznačný názor na problematiku otce při porodu. Rizikem je podle něj neschopnost mužů přijmout instinktivní procesy žen při porodu. Definoval několik typů mužů, kteří na rodičku v době porodu působí nepříznivě:

- Muž, který svou přemrštěnou upovídaností zakrývá svou nervozitu a úzkostlivost
- Nadměrně protektivní typ, který nereflektuje ženské potřeby svou přehnanou péčí

⁵² DOLEŽAL, Antonín. *Od babictví k porodnictví*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2001.

⁵³ COPSTICK, S.M., K.E. TAYLOR, R. HAYES a N. MORRIS. Partner support and the use of coping techniques in labour. *Journal of Psychosomatic Research*. 1986, roč. 30, č. 4, s. 497-503.

- Muž pozorující, který se snaží nabádáním udržet ženu v racionálním stavu a sebekontrolovat se⁵⁴

Nejednotnost odborných názorů a výzkumných výsledků může reflektovat rozdílnost a individuálnost v osobnostních rysech partnera i partnerky, ale i dlouhodobé vypětí ve vztahu páru.⁵⁵ Rozhodnutí budoucích rodičů o přítomnosti otce by mělo být oboustranné. Ženy by rozhodně neměly svého partnera nutit. Naopak, pokud mají nepříjemný pocit z jeho přítomnosti u porodu, partner by měl jejich přání respektovat. M. Enkin a kol. upozorňuje, že většina výzkumů o vlivu přítomnosti otců na průběh porodu je determinována především samovýběrem, který následně omezuje interpretace a zobecňování výsledků.⁵⁶

3.2.4 Dula

Dula není ani zdravotní sestra ani lékařka, je většinou ženou, která se snaží vytvořit pro nastávající matku ničím nerušenou, intimní, příjemnou a klidnou atmosféru pro uvolnění při porodu. Má základní vzdělání o klasických lékařských postupech, aby je mohla vysvětlit rodičům, a tím je zbavit jejich obav. Vztah duly a budoucích rodičů začíná již v poslední třetině těhotenství, aby se dula mohla seznámit s jejich představami a přáními ohledně průběhu porodu.

Pro rodičku je největší obavou osamocení a bolest při porodu. Dula stále rodičku ubezpečuje, že se nikam nevzdálí a v případě potřeby si odskočit vždy zařídí, aby s ní byl partner nebo porodní asistentka. Podporuje klientku v jejích přirozených instinktech a ubezpečuje jí, že porod probíhá v pořádku a vše je v normálu.⁵⁷

⁵⁴ ODEMENT, Michel. *Znovuzrozený porod*. Vyd. 1., 1995, s. 25.

⁵⁵ STACHEOVÁ, D. a M. BÖHMOVÁ. Psychologické aspekty přítomnosti otců u porodu. *PSYCHOSOM.* 2010, roč. 8, č. 4, s. 253-278.

⁵⁶ ENKIN, Murray. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2000, xiii, s. 201-202.

ČOUPEK, P.; ŠPORCROVÁ, I. Co přináší přítomnost otce u porodu. *Praktická gynekologie*. 1999, roč. 3, č. 5, str. 31-36

⁵⁷ KLAUS, Marshall H., KLAUS, Phyllis H. a KENNELL, John H. *Porod s doulou: rádce pro rodiče a doprovázející osoby při porodu*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2004. s. 24-29.

3.3 Pocit bezpečí a jistoty

Základní potřebou rodičky je cítit se v bezpečí, aniž by byla pozorována či rušena. Fyziologicky jde tato potřeba vysvětlit vyplavováním hormonů v těle matky (oxytocin, endorfiny, prolaktin, vazopresin, katecholaminy).⁵⁸ Každá složka může převažovat na jinou a při porodu jde o jejich vyvážení. Všichni savci rodí díky náhlému uvolňování klíčového hormonu oxytocinu, který vyvolává a udržuje efektivní děložní stahy, čímž podporuje porod dítěte a placenty. Dalším hormonem, který se objevuje v těle rodící ženy je adrenalin.⁵⁹ Ten se vyplavuje i samičkám v divoké přírodě v momentě, kdy se cítí v nebezpečí, pozorovány nebo je jim zima. Tento proces zabrání zvýšení hladiny oxytocinu a pozdrží porod. Je nutné si uvědomit, že adrenalin funguje jako obranný mechanismus, který brzdí porodní proces tehdy, když je nutné zachovat energii na útok nebo útek. Analogicky lze odvodit, že základní potřebou rodící ženy je být v bezpečí, teplém a klidném prostředí z fyziologických důvodů.

Při fyziologickém porodu hraje velkou roli neokortex, tedy část mozku rodící ženy, který je evoluční jedinečností lidí, zajišťující kognitivní funkce, racionální uvažování i pozdržení porodu.⁶⁰ Odent je přesvědčen, že nejdůležitější je utlumení jeho činnosti pro správné vyplavování oxytocinu, v praxi to vypadá tak, že se rodička odpoutá od okolního světa a zaměří se pouze na sebe.⁶¹

⁵⁸ ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 156.

⁵⁹ Adrenalin je zjednodušené pojmenování celé skupiny adrenalinových hormonů zvaných katecholaminy

⁶⁰ GAZZANIGA, Michael S. *The cognitive neurosciences*. 4th ed. Cambridge, Mass.: MIT Press, c2009, xvii, s. 5-25.

⁶¹ ODENT, Michel. "The instincts of motherhood: Bringing joy back into newborn care". *Early Human Development*. 2009, vol. 85, issue 11, s. 697-700.

4 Vnímání porodu novorozencem

4.1 Novorozenec

Jako fyziologického novorozence lze označit dítě narozené v termínu s tělesnou hmotností 2500 – 4500 gramů a délkou 44 – 55 cm. Novorozenecké (neonatální) období, taktéž nazývané adaptační období, trvá od přestřižení pupečnicku do 28 dne života. Dítě, které se plně přizpůsobuje svému novému okolí, které je zcela odlišné od nitroděložního. Fyziologická adaptace nastává ihned po porodu, kdy začnou pracovat samostatné vitální funkce dítěte, mezi které patří dýchání a oběhová soustava. Prvních několik výkřiků dítěte po narození vypovídá o nasátí vzduchu do plic a počátku samostatného dýchání. Přestřižením pupečnicku dochází k nastartování samostatné oběhové soustavy bez krve z placenty. Dítě fyziologicky udržuje a reguluje svoji tělesnou teplotu, která je o 1-2°C nižší než v děloze. Několik málo minut po narození jsou patrné vyvinuté nepodmíněné základní reflexy pátrací a sací, které jsou potřeba k primární orientaci, přežití, především k hledání a příjmu potravy.⁶²

4.2 Porod z pohledu novorozence

Dětský křik, nepřestávající pláč až do vyčerpání. Lékař je spokojen s provedením porodu, otec je nadšený, že jeho geny pokračují a žijí, matka je po dlouhé fyzické i psychické námaze v bezbolestném klidu. Všichni se dívají na novorozence, spokojeni s jeho křikem a sami se sebou. Dítě je vystrašené a vysílené a nerozumí, co se s ním stalo a kde se nachází. Vnímá všechny vjemy bez rozlišení, jejich ostrost a vyšší intenzitu, než na kterou byl zvyklý z dělohy.⁶³ Takovou situaci z porodního sálu popsal Leboyer, když chtěl přiblížit přehlížení novorozence, jeho potřeby a smyslové vnímání.

⁶² SIKOROVÁ, Lucie. OSTRAVSKÁ UNIVERZITA. *Ošetrovatelská péče v neonatologii: studijní opora*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2014, s. 6, 14-15.

SEDLÁŘOVÁ, Petra. OSTRAVSKÁ UNIVERZITA. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii: studijní opora*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 23.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. OSTRAVSKÁ UNIVERZITA. *Přehled vývojové psychologie: studijní opora*. 2. vyd. Olomouc: Unverzita Palackého v Olomouci.

⁶³ LEBOYER, Frederick. *Porod bez násilí: kniha, která nás seznamuje se zcela novým způsobem vedení porodu*. Překlad Hana Žantovská. Praha: Stratos, [1995], s. 24-30.

4.2.1 Smyslové vnímání

Ještě před narozením dokáže vnímat pohyb, doteky, vůně, chuť, slyší tlukot srdce a rozpozná matčin hlas.

Již v šestém měsíci těhotenství se vyvine sluch. Mají tedy 12 týdnů zkušenosti se zvuky z okolí. Jakmile zvuky netlumí plodová voda, jsou pro dítě náhlé zvuky (křik, pískot apod.) ohrožující, reaguje na ně zvýšeným pulzem, zrychlenou respirací a úlekovým reflexem, dokáže je lokalizovat a otáčí se za nimi hlavou. Bezpečně rozpozná matčin hlas před hlasy jiných žen a preferuje vyšší tóny hlasu. Uklidňujícím je pro dítě zvuk a rytmus bijícího srdce matky, na které je zvyklé po celý svůj dosavadní prenatální život.

Při narození jsou dobře vyvinuty tyčinky a čípky, což jsou nervové buňky zaznamenávající rozdíly v jasnosti a rozlišující barvy, ale ještě není plně vytvořena sítnice uprostřed oka rozpoznávající detaily. Novorozenec se umí zaměřit na podněty, které jsou 18 – 25 cm vzdálené, proto vyhledává ihned po porodu matčinu tvář a dívá se jí do očí. Zaměří pozornost i na pohybující se objekty a dokáže i napodobovat výrazy obličeje.

Kožní kontakt je pro novorozence zřejmě emočně nejvýznamnějším vnímáním. Kvůli zkušenosti z dělohy na lehký tlak tekutiny je přiložení hrubých, studených nebo horkých materiálů na jeho tělo spouštěčem pláče. Uklidňující stimulací je pohlazení a lehké dotyky.

Novorozenec se rychle učí vůně, které jsou spojené s jeho rodinou a především matkou. Chuť je vyvinuta ihned po narození a dává jednoznačně přednost sladké chuti.⁶⁴

4.2.2 Prvotní tělesný kontakt dítěte s matkou

Síla prvotních pocitů po narození je velmi známá. Nic nemůže být pro dítě důležitější a významnější než první zážitky mimo dělohu. Uvítání do lidského světa může ovlivnit jeho vnímání života jako bezpečné nebo nepřátelské, klidné

⁶⁴ WHITE, Marcy. & JOHNSON PEDIATRIC INSTITUTE, L.L.C. Focusing on the Senses: The Amazing "Sensational" Abilities of Newborns. *The International journal of childbirth education: the official publication of the International Childbirth Education Association*. roč. 18, č. 4, s. 14-17.

nebo stresující, příjemné nebo bolestivé, teplé a přívětivé nebo chladné a osamělé. Situace, které se odehrávají kolem porodu, vytvářejí živnou půdu pro formování podvědomých vzorců chování a vnímání, které přetrvávají po celý život. Mnoho dospělých lidí nemá vědomou vzpomínku na rané dětství natož porod či prenatalní život, avšak při hypnotických stavech je možné detailně popsat pocity a vzpomínky na tato období. I když mechanismus, jak může plod nebo novorozenec vytvářet ucelené vzpomínky s plně nevyvinutým mozkem zůstává neznámý, prenatalní realitu a novorozenecké vzpomínky však popřít nelze. David B Chamberlain se zabýval výzkumem vzpomínek z prenatalního života a doby porodu a je přesvědčen o vysoké senzitivitě novorozence, jeho uvědomění a zranitelnosti. Zdůrazňuje sílu spojení matky a dítěte v těhotenství, které se projevuje jejím emocionálním a fyzickým stavem. Důležitost takových poznatků podporuje citlivější zacházení s dětmi při porodu a umožnění co nejpříjemnějšího přechodu z dělohy v souvislosti s tím, že každý raný pocit přetrvává po celý život. Vzhledem k tomu, že je první hodina novorozence velmi důležitá nazývá se „posvátná hodina“. Tento výjimečný moment by měl být oslavou a poctou pro spojení dvou jedinců, kteří byli vybráni sdílet své životy dohromady. Jako nikoho nenapadne rušit při svatbě novomanžele, tak by mělo být samozřejmostí nerušit narozené dítě a jeho rodiče.

V prvním okamžiku se dítě aktivně podílí na vytváření si vztahu s rodičem, především tím, že poskytuje podněty, po kterých jsou rodiče lační. Celé těhotenství si pouze představovali, jak bude jejich dítě vypadat a nyní z něj nemohou spustit oči a jsou plně připraveni s ním komunikovat.⁶⁵

Jaké podmínky pro narozené dítě jsou ideální? Pokud strávilo několik měsíců v děloze, která jim poskytovala absolutní bezpečí, ochranu, kyslík, výživu a těsný kontakt s matčiným srdcem a hlasem je pro něj nejpřirozenějším místem tělo a prsa matky, kde slyší stejný tep srdce a reflexivně hledá příjem potravy. Skin-to-skin kontakt podporuje fyzickou a psychickou stabilitu dítě, kde se cítí znovu bezpečně a v ochraně před okolím. Stabilizuje se dýchání, termoregulace, uklidňuje se pláč a zvyšuje se oxytocin, což podporuje kojení.

⁶⁵ BRAZELTON, T a Bertrand G CRAMER. *The earliest relationship: parents, infants, and the drama of early attachment*. Reading, Mass.: Addison-Wesley, s. 45-46.

Z pohledu dítěte je oddělení od matky život ohrožující, protože vztah matka – dítě je založen na fyzické i psychické závislosti. Izolaci dítě zažívá jako celkovou tenzi a tento stav je velmi podobný abstinčním příznakům drogově závislých. Odloučení prožívá dvoufázově, nejdřív bolest a poté zoufalství. První fáze je provázená pláčem a vysokou aktivitou vyjadřující protest na bytí mimo „přirozené prostředí“, což bylo v děloze anebo v tělesném kontaktu s matkou. Jestliže dojde k delšímu odloučení, nastává druhá fáze zoufalství. Dítě přestane křičet, ustane silná tělesná aktivita a následně se vzdá. Je to instinktivní chování, kdy se zabrání pozornosti predátorů a tělesné funkce zpomalují k dlouhodobějšímu přežití bez matky. Hypotermie, bradykardie a hypoglykémie jsou všechny běžné komplikace novorozenců, které jsou odděleny od svých matek.⁶⁶

Bonding je podporován mnoha zdravotnickými a porodnickými organizacemi a porodnicemi jako nejlepší raná péče o novorozence.

4.2.3 Rooming-in

Rooming-in je společný pobyt matky a dítěte na poporodním oddělení. Nadále by měl být podporován tělesný kontakt při společném spaní, které kladně ovlivňuje regulaci spánku a kojení. Nepřetržitý kontakt podporuje přirozené kojení a umožňuje volný přístup k dítěti podle jeho potřeb.⁶⁷

⁶⁶ PHILLIPS, Raylene. The Sacred Hour: Uninterrupted Skin-to-Skin Contact Immediately After Birth. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 2013, vol. 13, issue 2, s. 67-72.

TAKÁCS, Lea. PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY NOVOROZENCE V KONTEXTU PERINÁLNÍ PÉČE. *Česká gynekologie: časopis České gynekologické a porodnické společnosti*. Praha: Česká lékařská společnost J.E.Purkyně, 2002, roč. 77, č. 1, s. 15-21

⁶⁷ Péče v třetí době porodní. *Hnutí za aktivní mateřství* [online].

Bonding: Porodní bolest - porodní radost. *UNIPA* [online].

MOORE, Elizabeth R, Gene C ANDERSON, Nils BERGMAN, Therese DOWSWELL a Elizabeth R MOORE. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley, 1996-09-01.

5 Psychosomatika matky a dítěte

5.1 Pojem psychosomatika

Psychosomatika je obor, který se zabývá souvislostmi mezi psychickým stavem člověka v zátěžových (vyvolávajících) situacích a reakcemi na ně. Vnímá člověka celostně, tedy jeho duševní a tělesný stav, který je propojeným a navzájem se ovlivňujícím celkem, který vstupuje do interakcí se sociálním okolím.

Psychosomatické souvislosti se objevují i období gravidity a porodu. Pro celkovou představu stručně představím psychosomatické aspekty a komplikace v průběhu těhotenství. Nejčastější komplikací je zvracení těhotných, které psychosomatické teorie připisují osobnostní nezralosti a závislosti na matce. Tradičně bylo považováno za komplikaci spojenou s nevědomým odmítáním gravidity nebo ambivalentním postojem k těhotenství. Další komplikací je předčasný porod. S tím, že není znám spouštěcí mechanismus ani přirozeného porodu, zůstává etiologie předčasného porodu pouhou hypotézou. V současnosti se udává, že zvýšený počet krizových životních situací či chronická úzkostnost během těhotenství je považována za jednu ze spouštěcích složek. Psychosociálními ukazateli zvýšené pravděpodobnosti rizika předčasného porodu jsou ženy rozvedené, ovdovělé, obézní, zneužívající alkohol nebo silné kuřáčky.

5.2 Determinace osobnostních charakteristik rodičky na průběh porodu

Osobnost rodičky má významný vliv na průběh porodu a perinatální výsledek. Jedná se zvláště o její postoje a osobnostní charakteristiky, které předurčují psychosomatický průběh anebo jaký způsob vedení porodu si žena zvolí. V souvislosti s psychickými problémy v těhotenství, především s úzkostnými a depresivními stavy je zvýšené riziko porodních a neonatologických komplikací.⁶⁸

⁶⁸ CHUNG, TK, HF CHIU, AS YIP a TK LAU. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosomatic medicine*. 2001, roč. 63, č. 4, s. 830-834.

MISRI, S., T.F. OBERLANDER, N. FAIRBROTHER, D CARTER a D RYAN. Relation between prenatal maternal mood and anxiety and neonatal health. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2004, roč. 49, č. 4, s. 684-689.

Pozitivní sebepojetí rodící ženy je jedním z faktorů zvyšující pravděpodobnost, že se dítě narodí v předpokládaném termínu s normální váhou. Silně počiťovaná vlastní schopnost a účinnost při porodu snižuje intenzitu porodní bolesti, ale nezaručuje absolutně plynulý průběh porodu nebo vyhnutí se porodním komplikacím.⁶⁹

Joan Raphael-Leff rozpracovala typologii těhotných žen v závislosti jejich postojů k těhotenství a porodu. Charakterizovala 4 kategorie rodiček, které souvisely s možnými porodními komplikacemi. Prvním typem byl *Facilitator*, což označuje ženy, které těhotenství a porod vnímají nejvyšší bod své ženskosti a chtějí prožít porod nejvíce přirozeně bez analgetik a dalších zdravotnických intervencí. Druhou kategorií je *Regulator*, ve které jsou ženy ovládané strachem z porodních bolestí a porodu. Dávají přednost předvídatelnému a plánovanému vedení porodu v rámci nejmodernějších zdravotnických prostředků k zaručení svého bezpečí a minimalizaci rizik. Dalším typem označovaným *Reciprocator* se myslí ženy, které vědí, že je porod psychicky i fyzicky náročnou životní situací, ale přijímají ho s radostí a otevřeností. Připravují se na jakýkoliv průběh porodu. Posledním typem je *Conflicted*. Zde jsou zařazeny ženy, které se pohybují mezi prvními dvěma kategoriemi. Jejich přáním je přirozený porod bez zásahů, ale bojí se nepředvídatelnosti porodu. Nejde o trvalé osobnostní charakterové rysy, ale postoj žen, které se mohou při dalším těhotenství změnit. Tento koncept rozdělení rodiček do kategorií napomáhá určení zvýšené pravděpodobnosti výskytu porodních komplikací.⁷⁰

⁶⁹ BERENTSON-SHAW, Jessica, Kate M. SCOTT, Paul E. JOSE. Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? A longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2009, roč. 27, č. 4, s. 357-373.

⁷⁰ RAPHAEL-LEFF, Joan, Kate M. SCOTT, Paul E. JOSE, D CARTER a D RYAN. POG 00047 Facilitators and Regulators; Participators and Renouncers: Mothers' and Fathers' Orientations towards Pregnancy and Parenthood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics*. 1985, roč. 4, č. 3, s. 169-184.

5.3 Determinace psychosociálních faktorů v průběhu porodu na zdraví matky a dítěte

Psychosociálními aspekty v současné perinatální péči v souvislosti s psychosomatickým vlivem na průběh porodního procesu se zabývala Lea Takács, Jitka Seidlerová a kol. Ve výzkumu jsou jednotlivě rozepsány psychosociální faktory perinatální péče, tj. přístup zdravotního personálu, kvalita komunikace a podávání informací, vstřícnost pravidel fungování porodnice, fyzické pohodlí a služby, kontrola pocíťovaná rodičkou a její podíl na rozhodování, kladné a záporné emoce, celková spokojenost, přítomnost ostatních osob. Z výsledků vyplývá, že s průběhem porodu je úzce spojen přístup zdravotního personálu a jeho chování, především v ohleduplnosti k aktuálnímu stavu rodičky, soukromí rodičky, vnímavost k jejím potřebám a v neposlední řadě respekt.

5.4 Psychosomatické aspekty bolesti při porodu

Při představě porodu si mnoho žen napříč kulturami vybaví nejbolestivější událost svého života. Porodní bolest je normální a neoddělitelnou součástí rození dětí a každá rodičí žena ji pocíťuje individuálně, proto si sama musí zvolit adekvátní zvládání bolesti. Vnímání bolesti může být ovlivněno sociálním prostředím v průběhu porodu. Hlavními faktory je atmosféra při porodu odrážející se od přístupu zdravotnického personálu nebo příbuzných. Pocíťování intenzivnější bolesti může být zapříčiněno osamocněním rodičky nebo naopak přítomností mnoha lidí.⁷¹

V 70. letech se intenzitě bolesti při porodu věnoval i kanadský fyziolog a autor vrátkové teorie bolesti R. Melzack, který byl ve své době považován za významnou autoritu v oblasti výzkumů o bolesti. Zjistil, že i přes individuální rozdíly rodiček patří porodní bolest k nejintenzivnějším. Sledoval analgetický účinek předporodní přípravy těhotných žen. Pokud ženy prošly kvalitní prenatální přípravou, zjistil pokles intenzity bolesti až o 30 %. Ovšem i přes tento pokles by-

⁷¹ PIRDEL, M., L. PIRDEL. Perceived environmental stressors and pain perception during labor among primiparous and multiparous women. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2009, roč. 10, č. 3, s. 217-223.

la bolest velmi silná.⁷² Informovaná žena ví, že porodní bolest je fyziologického původu a není známkou nebezpečí.

Během děložních kontrakcí se díky bolesti objeví napětí, stres a úzkost, která vyvolává jiné fyziologické projevy. Častými jsou zrychlené a prohloubené dýchání (hyperventilace), pláč, třesení se a křečovitě stažení se.⁷³

Tlumení bolesti je dnes již běžná praxe a primárně by měly být k dispozici nefarmakologické metody, které nijak negativně neovlivňují plod. Nejčastější a efektivní metody tišení bolesti je přirozený pohyb, relaxace a masáž beder či relaxační koupel atp. Efektivní metodou tišení bolesti je relaxace. Jak bylo výše zmíněno, bolest může vyvolávat strach z nebezpečí, která produkuje adrenalin neboli „brzdu porodu“. Uvolnit adrenalin zvládne rodičí žena tím, že se sama uklidní, zbaví se zbytečných obav a sama v sobě najde klid a bezpečí. Další možnou metodou je masáž nebo dotyk. Fyzické vyčerpání, napnuté svaly z častých kontrakcí je potřeba uvolnit a rozmasírovat. Masáž není nijak určena, záleží na přáních rodičky.

5.5 Psychosomatické aspekty strachu rodičky

Strach je velkým nepřítelem fyziologického porodu, který negativně ovlivňuje průběh porodu a spontánní porodní činnost rodičky. Strach a úzkost z nastávajícího porodu jsou psychickými překážkami, které se mohou projevit nepostupujícím porodem. Přesto je nejčastější a běžnou emocí těhotných žen.⁷⁴

Strach funguje jako ochrana v ohrožujících situacích. Je tedy užitečnou sebezáchovnou emocí, která se projevuje ve třech dimenzích. Jde o subjektivní prožitek, objektivní fyziologické změny a reakce či chování, které vyvolává. Takto vyvolané jednání je vyhýbavého nebo obranného charakteru.⁷⁵

⁷² MELZACK, RONALD, S. MAGUIRE. The Myth of Painless Childbirth (The John J. Bonica Lecture). *Obstetrical*. 1985, roč. 40, č. 5, s. 297-298.

⁷³ BROWNRIDGE, Peter, CELIK The nature and consequences of childbirth pain. *European Journal of Obstetrics*. 1995, roč. 59, s. 9-S15.

⁷⁴ LEDERMAN, Regina Placzek a Karen WEIS. *Psychosocial adaptation to pregnancy: seven dimensions of maternal role development*. str. 106

⁷⁵ VYMĚTAL, Jan a Karen WEIS. *Speciální psychoterapie: (úzkost a strach)*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 2000.

Nejčastější je zaznamenán strach z neznámého, z bolesti a z komplikací (obavy o své zdraví i dítěte). Často jsou úzce propojeny a odstraněním jedné obavy se často zmírní či odbourají ostatní. Porodní strach chápeme spíše jako kontinuální proces od projektivního až k fobické poruše, která v důsledku končí častou žádostí o císařský řez. Strach z porodu se projevuje častými fyzickými obtížemi, neklidem, pocitem sevření, nočními můrami, snížením soustředění apod.⁷⁶ Působí na stažení svalstva a průtok krve, čímž se snižuje četnost a intenzita kontrakcí.

Nejčastějším předpokladem vzniku strachu z porodu je chybějící zkušenost a úzkostnost těhotné ženy, která je jejím charakterovým rysem určujícím sílu emocí při těhotenství a porodu. Další příčinou je posttraumatická stresová porucha, která má přímý vliv na vnímání porodu. Z výzkumů také vyplývá, že silný emoční prožitek při porodu snadno vyvolává vzpomínky na traumatickou událost.⁷⁷

Strategií jak zmírnit strach před i v průběhu porodu je mnoho, často se využívá podpory sociálního okolí, vyhledávání informací z různých zdrojů, sdílení pozitivních příběhů s matkami, mluvení o svých pocitech nebo zvyšování znalostí o chodu nemocnice. Znalosti mohou být příčinou vzniku i snížení strachu.⁷⁸

5.6 Indikace císařského řezu

Císařský řez je dle historických pramenů jeden z nejstarších porodnických zákroků. Indikace se dělí na primární (plánovaný) a sekundární (akutní, urgentní, krizový). Cílem je zajištění zdraví a fyzického bezpečí matky a dítěte.⁷⁹

Žádné psychologické faktory na straně ženy indikující provedení akutního císařského řezu nebyly zjištěny. Je ovšem možné uspořádat několik kategorií žen s rizikovými sociálními faktory, kterým porod častěji končí „subakutním“ císař-

⁷⁶ WIJMA, K. Why focus on 'fear of childbirth'?. *Journal of Psychosomatic Obstetrics*. 2003, vol. 24, issue 3, s. 141-143.

⁷⁷ ZAR, Margareta, Klaas WIJMA a Barbro WIJMA. Pre- and Postpartum Fear of Childbirth in Nulliparous and Parous Women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*. 2001, vol. 30, issue 2, s. 75-84.

⁷⁸ MELENDER, H, Klaas WIJMA a Barbro WIJMA. Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in finland. *Journal of Midwifery*. 2002, vol. 47, issue 4, s. 256-263.

⁷⁹ HÁJEK, Zdeněk. Indikace k císařskému řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret, 2008, roč. 17, č. 1, s. 19.

ským řezem. První skupinou jsou ženy s jasnou somatickou indikací, např. zúžená pánev apod. Ve druhé převažují ženy se závažnou nepříznivou porodnickou anamnézou, což může být např. prodělaný porod kleštěmi s následkem mokové obrny apod. V tomto případě je tlak na ženu ukončit těhotenství císařským řezem značný, i když žena tuto možnost nevnímá jako jedinou. Další rozsáhlou skupinou jsou ženy s indikací, kde se promítá porodníkův „strach“ z vedení porodu koncem pánevním, ženy po císařském řezu atd. Často objevovaným typem žen je bez jakéhokoliv srozumitelného důvodu. Z velké části takové rozhodnutí vychází z pocíťování předporodního strachu nebo volby jednodušší alternativy. Důvod je iracionální a informace o vaginálním porodu jsou vědomě odmítány nebo nevědomě popírány.

Pokud je během porodu rozhodnuto o císařském řezu, následuje bezprostřední pocit úlevy na straně rodičky, který se vzápětí mění na strach z operace a obavy o své a potomkovo bezpečí. V současnosti jsou běžné i pocity hněvu vůči zdravotnickému personálu. A asi čtvrtina žen viní z akutního císařského řezu sama sebe, svoji neschopnost a osobní selhání. Před plánovaným zákrokem ženy pocíťují úzkost stejně intenzivní jako před jakoukoliv jinou operací. Podpora partnera a kvalitní informovanost mají pozitivní vliv na snížení úzkosti. Vazba matky a dítěte po akutním císařském řezu je méně intenzivní než při fyziologickém porodu. Projevuje se méně častým kojením, očním kontaktem a menší schopnosti se o dítě postarat.⁸⁰

⁸⁰ ČEPICKÝ, P. a Z. LÍBALOVÁ. Psychologie císařského řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret, 2008, roč. 17, č. 1, s. 79-83.

6 Zkvalitnění porodní a poporodní péče v České republice

6.1 Současná situace

České porodnictví se na první pohled zdá bezproblémové, protože se pyšní vynikajícími výsledky perinatální mortality (novorozenecké úmrtnosti) a většina porodnic poskytuje možnosti alternativních postupů a metod při tišení bolesti i způsobů vedení porodního procesu, které ženám zpříjemňují prožitek z porodu. Běžná je tedy situace v porodnici, kde je personál usměvavý, zajišťuje spolupráci na základě porodního plánu, podporuje časný a dlouhodobý tělesný kontakt matky s dítětem. České matky by měly být spokojené.

Situace je ale složitější, nejedná se jen o možná individuální pochybení ale o celkový systémový problém. Spokojené ženy jsou ve většině případů takové, které se příliš na porod nepřipravují a nepožadují nic, co by kolidovalo se zasetými pravidly porodnice. Naopak matky vzdělanější a připravenější s určitou představou porodu, v porodnici často narazí. Mnohým je důrazně vysvětleno, že v zájmu zdraví jejich dítěte je nutné absolvovat daná vyšetření a zákroky. A to i přesto, že nejčastějším požadavkem je umožnění rodit podle nejnovějších porodních doporučení Světové zdravotnické organizace a její příručky pro normální porod. Především svoboda libovolně měnit polohy ve všech dobách porodních, použití medikace v nutných případech na základě informovaného souhlasu, neoddělování dítěte od matky a se vším spojená důvěra, respektování matky a zajištění pocitu bezpečí, vyšší informovanost přístup, kdy rodička není považována za objekt porodu nýbrž za aktivně zúčastněný subjekt. Taková praxe by měla být samozřejmostí. Důsledkem současného stavu porodnictví jsou prožívané pocity rodiček při porodu. Až na několik výjimek českých porodníků není této důležité části porodnické péči věnována patřičná pozornost.⁸¹

Na základě opakujících se požadavků profesních organizací porodních asistentek a ženských organizací ministr zdravotnictví v dubnu roku 2012 zřídil pracovní skupinu. Požadavky se týkaly narovnání vztahů mezi ženou, porodní asis-

⁸¹ SOVOVÁ, Petra. Hnutí ZA AKTIVNÍ MATEŘSTVÍ. *Cesty ke spokojenému porodu: Informace pro volbu zdravotnické péče*. Praha, 2013.

tentkou a lékařem společně s humanizací českého porodnictví a posílení respektu žen, dětí a současné uplatňování nejnovějších vědeckých poznatků v oblasti porodnictví. Cílem bylo vytvoření konsensu mezi majoritní skupinou zdravotních odborníků a laické veřejnosti v následujících bodech.

- Sladění existující legislativy za účelem svobodného výběru poskytovatele porodní péče
- Zařazení soukromých pracovišť porodních asistentek do sítě poskytovatelů ambulantní péče
- Kontinuální péče o těhotné, rodičky a šestinedělky, se samostatným vedením fyziologického porodu porodní asistentkou
- Ambulantní porod, kdy matka opouští porodnici 6-24 hodin po porodu
- Zřízení a provozování porodních domů zajišťující prenatální perinatální a postnatální péči porodními asistentkami
- Svobodné právo ženy rozhodnout se rodit v domácím prostředí
- Zavedení desatera přirozeného porodu v porodnici v rámci projektu přirozený porod v porodnici zpracovaném na základě metodické příručky WHO

82

Úředníci ministerstva vnitra nečekaně vyloučili předsedu pracovní skupiny Prof. MUDr. Aleše Roztočila, porodníka, který byl přístupný změnám v porodnictví a Mgr. Moniku Šimůnkovou, zmocněnkyní vlády pro lidská práva a jednali bez zastoupení porodních asistentek (nelékařské profese). Zbylí zástupci lékařské odborné společnosti (Jaroslav Feyreisl a Vladimír Dvořák z České gynekologické a porodnické společnosti, Martin Čihař z České neonatologické společnosti a Hana Cabrnachová z Odborné společnosti praktických dětských lékařů) a nově zvolený předseda Ferdinand Polák se usnesli, že díky velmi dobrým perinatálním výsledkům není nutná žádná změna na koncepci českého porodnictví.⁸³

Jak je patrné, nejde pouze o spor mezi zastánci domácích a nemocničních porodů, ale o změnu celé koncepce českého porodnictví. Jednotlivé aktéry změny

⁸²NORMÁLNÍ POROD. *Návrhy pro poslaneckou sněmovnu*. Praha, 2013.

⁸³ DORAZILOVÁ, Radmila. Ženy, porodní asistentky a gynekologové - O co vlastně jde v pracovní skupině pro porodnictví na MZ ČR?. *ČKPA* [online]. 2013.

CANDIGLIOTA, Zuzana. Pracovní skupina pro ponižování žen v porodnicích. *Respekt* [online]. 2013.

v českém porodnictví spojuje strach. Ženy, které by rády rodily doma, ale bojí se komplikací, odjíždí do porodnic, kde nenacházejí pochopení a respekt. Lékaři mají strach z podání žaloby při nepodařeném nebo komplikovaném porodu. Naopak ženy, které se bojí porodnických praktik a neadekvátního přístupu personálu, raději zůstávají doma, i přestože je domácí porod riskantnější, protože porodním asistentkám hrozí vysoká pokuta za jakékoliv pochybení s vedením domácích porodů, přičemž zdravotní pojišťovny jim domácí porody nehradí, tudíž je velmi těžké najít registrovanou porodní asistentku.⁸⁴

6.2 Postavení porodních asistentek

Současný ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček ustanovil Radu vlády pro lidská práva, jejíž výstupem je vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, konkretizující zákonnou úpravu v §5, která ustanovuje možnost vedení fyziologického porodu pouze za přítomnosti porodní asistentky bez odborného dohledu na základě zápisu v registru nelékařských zdravotnických oborů Ministerstva zdravotnictví. Porodní asistentka musí mít uzavřený smluvní vztah s porodnicí. Ošetřující porodník musí dát souhlas s vedením porodu pouze asistentkou, ale sám provádí odborné zdravotnické intervence v případě komplikací. Takové řešení umožňuje značné soukromí s možností včasné lékařské péče. Porodní asistentka je kompetentní provázet těhotnou ženu jejím těhotenstvím, diagnostikovat těhotenství, sledovat stav plodu v děloze, provádí, doporučuje a předepisuje vyšetření důležitá pro sledování fyziologického těhotenství. Samostatně vede normální porod v plně zařízených nemocnicích a poskytuje následné ošetření a péči bezprostředně po porodu a provádí návštěvy šestinedělek v domácím prostředí.⁸⁵

Situace v současném porodnictví tak jednoznačná není a existují mnohé odlišnosti mezi klinikami a ostatními porodnicemi i závislosti na jejich geografickém umístění. Podle výzkumu E. Hrešanové moravské porodní asistentky nechtějí

⁸⁴ BEDNÁŘOVÁ, Veronika. Český porod: Proč se u nás pořád rodí jinak než v Evropě. *Reflex: společenský týdeník*. Praha: Ringier ČR, 2014, č. 41, s. 24-31.

⁸⁵ Česko. Vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 55/2011. In: *Sb.* 1. března 2011.

Změny v porodnictví v roce 2014: porod pouze za pomoci porodní asistentky a tzv. ambulantní porod. *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. 2013.

nechat svou zodpovědnost na porodnicích a porodníci se značnou tolerancí neproblematizují nastolenou kooperaci, zatímco v Čechách je situace opačná a za většinu odrozených porodů nesli zodpovědnost porodníci, kteří sami rozhodovali o dělbě práce.⁸⁶

Podle výzkumu L. Takács, J. Seidlerové a kol. byly ženy méně spokojené s lékaři na rozdíl od porodních asistentek, které podle výzkumného vzorku žen byly empatičtější, vstřícnější a ochotnější, měly větší úctu a respekt k rodičkám, přistupovaly k nim citlivěji a braly více ohled na jejich soukromí a stud. Tento výsledek reflektuje pouze výše zmíněnou legislativní úpravu, protože úkolem lékařů není prožívat s rodičkami celý průběh porodu, ale pouze rozhodovat o způsobu vedení porodu při komplikacích a provádění závažnějších intervencí.⁸⁷

Pro získání osvědčení k výkonu samostatného vedení porodu musí porodní asistentka splňovat zákonné požadavky úspěšného dokončení minimálně bakalářského studia oboru Porodní asistentka.⁸⁸

6.3 Domácí porody v České republice

V současném českém porodnictví jsou domácí porody nejkontroverznějším tématem. Domácí porody se uskutečňují asistované s porodní asistentkou anebo „free birth“ bez jakékoliv zdravotnického dohledu. Jejich příznivci uvádějí, že ženy rodící doma mají pocit soukromí, intimity a pohodlí, které jim snižují bolestivost kontrakcí. Odpůrci naopak tvrdí, že není zabezpečená zdravotní péče pro novorozence i matku. Domácí porody jsou jádrem několika soudních sporů, přičemž jednotná legislativa není ustanovena. Ústavní soud České republiky v roce 2013 řešil případ zavinění porodní asistentky, která byla obžalována z ublížení na zdraví při domácím porodu, který byl doprovázený komplikací a následným úmrtím narozeného dítěte. Soud ústavní stížnosti zcela vyhověl a osvobodil ji. Vedlejším výrokem zmíněného ústavního nálezu je stanovisko, že „právo na svobodnou

⁸⁶ HREŠANOVÁ, Ema. *Kultury dvou porodnic: etnografická studie*. Vyd. 1. V Plzni: Západočeská univerzita, 2008. s. 125-138.

⁸⁷ TAKÁCS, Lea a kol. *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví: kvalita perinatální péče očima rodiček: zpráva z výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, 2012. S. 49.

⁸⁸ Česko. Vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 39/2005. In: *Sb.* 11. ledna 2005.

volbu místa a způsobu porodu z hlediska rodičů je limitováno jen zájmem na bezpečném porodu a zdraví dítěte, tento zájem však nelze vykládat jako jednoznačnou preferenci porodů ve zdravotnických zařízeních“⁸⁹

V roce 2014 byl vydán rozsudek Evropského soudu pro lidská práva v případě obžaloby českého státu za porušení čl. 8, práva na respektování soukromého a rodinného života Evropské úmluvy o ochraně lidských práv, konkrétně svobodné volby rodit doma za přítomnosti porodní asistentky. Zastánkyním vadí, že i přes možnost svobodného rozhodnutí k domácímu porodu není garantováno právo na asistenci porodní asistentky. Soud rozhodl, že neumožnění stěžovatelkám porodit v domácím prostředí za přítomnosti porodní asistentky bylo zásahem do jejich soukromí. Tento zásah však měl zákonný podklad, protože porodní asistence při domácím porodu nebyla zákonem povolena, s tím že jeho cílem je legitimní ochrana zdraví a bezpečnosti novorozence a nepřímo i matky. U otázky, zda byl zásah nezbytný, soud vyjádřil stanovisko, že většina vědeckých studií o bezpečnosti domácích porodů dokazuje, že při splnění daných podmínek (nízká rizikovitost v těhotenství, přítomnost asistentky) nevykazují domácí porody oproti nemocničním zvýšené riziko. Soud přesto rozhodl, že k porušení článku 8 nedošlo a tedy zákazem poskytování zdravotní péče porodními asistentkami při domácích porodech Česká republika práva rodiček neporušuje.⁹⁰

Legislativní úprava domácích porodů v České republice zaostává, ale pokud bychom vycházeli z předpokladu, že domácí porody jsou v mnoha státech Evropské unie povoleny, v České republice se musí tato možnost hodnotit jako postup lege artis.

Nezakotvenost v legislativě je spíše důsledkem neshody české odborné i laické veřejnosti. Jednoznačný odpor českých porodníků proti domácím porodům je založen zájmem na zabezpečení zdraví rodičky a dítěte. *„Když se budete ptát jakéhokoliv porodníka, řekne Vám, že s domácími porody rozhodně nesouhlasí, protože nám jde především o zdraví rodičky a dítěte, což se doma nikdy po-*

⁸⁹ Nález Ústavního soudu České republiky č. I. ÚS 4457/12 o posouzení skutkové podstaty ublížení na zdraví při domácím porodu ze dne 23. 7. 2013.

⁹⁰ Dubská a Krejzová proti České republice, rozsudek senátu ESLP ze dne 11. 12. 2014, stížnost č. 28859/11 a 28473/12.

řádně nezabezpečí.“⁹¹ Odkazují se na možné nepředvídatelné komplikace při porodu např. krvácení nebo dušení u novorozenců. Přičemž odkazují na kvalitní perinatální péči v porodnicích dle ukazatelů perinatální úmrtnosti a domácí porody jsou zbytečným krokem zpět.⁹²

Porodům doma by se dalo předejít zlepšením porodní péče v porodnicích, nejen v oblasti odborné zdravotní péče, ale hlavně v psychosociální oblasti, aby nedocházelo k vytváření strachu těhotných žen z nerespektujícího a neadekvátního zacházení s nimi v nemocnicích.

Z výzkumu Michaely Mrowtz o motivech těhotných žen k plánovanému porodu mimo zdravotnická zařízení vyplývá, že hlavním motivem je vyhnutí se traumatickému zážitku z porodní péče a prostředí v porodnicích. Nejsilnějším motivem je nepřerušovaný dlouhodobý kontakt s novorozencem a přirozené vytvoření si mateřské vazby s individuálním režimem pro novorozence. Přičemž 19% žen zažilo dvouhodinový nepřerušovaný kontakt s novorozencem a pouze 2% žen zažilo dvanáctihodinový tělesný kontakt v prostředí porodnice. Po operativních porodech jsou děti masivně odebírány. Tento výsledek značí, že pokud by se zajistila automatická podpora raného kontaktu, ztratil by se největší motiv českých žen rodit v domácím prostředí.

Dalším motivem je touha po zajištění individuálního tempa průběhu normálního porodu, jeho neprogramování a respektu k rodící ženě ze strany zdravotního personálu. Snížení domácích porodů je možné zabezpečit zkvalitněním porodní péče v porodnicích, především zaměřením se na přirozené fyziologické pochody v těle ženy, konkrétně na její psychofyzický stav – péče orientovaná na ženu a následně na dítě.⁹³ Značný prospěch v psychické a fyzické spokojenosti vykazuje kontinuální péče porodních asistentek v průběhu těhotenství, porodu a šes-

⁹¹ Rozhovor s porodníkem MUDr. Jiřím Diepoldem, Praha 9. 4. 2015

⁹² Heger (TOP 09): Domácí porody: pohled ďáblova advokáta. HEGER CSC., Doc. MUDr. Leoš. *Parlamentní listy* [online]. 2014.

⁹³ MROWETZ, Michaela. ORDINACE KLINICKÉ PSYCHOLOGIE A PSYCHOTERAPIE OSTRAVA. *Žen k plánovanému porodu mimo zdravotnická zařízení v ČR*. Ostrava.

šestinedělí podle shrnutí několika výzkumů⁹⁴, kdy je plně zajištěna sociální i psychická podpora a opora. I u žen s rizikovým těhotenstvím je prokázán zdravotní a psychický prospěch díky kontinuální péči doplněné o specializované ošetřování.⁹⁵ Michel Odent dodává, že „Důležité je v budoucnosti vytvářet takové situace, kdy několik možností zůstane otevřených.“⁹⁶

Ambulantní porod je novinkou v českém porodnictví. Je určen matkám, které chtějí odejít z porodnice ihned po porodu do svého sociálního prostředí, tj. dříve než uplyne doporučovaných 72 hodin.⁹⁷ Vydáním metodika ministerstva zdravotnictví se stanovuje doporučený návod pro rodiče, jak po odchodu z nemocnice postupovat při ambulantních novorozeneckých vyšetřeních. Je zajištěná možnost nechat dítě preventivně prohlédnout u pediatra v místě bydliště, který ovšem není povinen zaregistrovat dítě do své ambulance. Odpor přijmout takové dítě do své péče je důsledkem jeho nevyšetření neonatologickými odborníky, na které pediatr nemá odborné vzdělání a speciální zařízení.⁹⁸

6.4 Exkurz do zahraničí

Pro srovnání českého porodnictví s jinými modely evropského porodnictví je v této kapitole uveden systém porodní péče v zahraničí.

Ve Velké Británii je hlavní postavou v porodnictví porodní asistentka, která pečuje o rodičku od těhotenství do šestinedělí. Všechny musí být registrované a očekává se od nich vysoká profesionalita, jejich péče je plně hrazena pojišťovnami. Ženy jsou v daleko větší míře informovány, je jim svěřena odpovědnost za jejich zdravotní stav a mohou si vybrat místo porodu z legálního porodu doma se dvěma asistentkami, porodní centrum, které i bývá součástí porodní kliniky anebo

⁹⁴ PAVLÍKOVÁ, Markéta.

Shrnutí recentních studií zabývajících se péčí porodní asistentky o těhotnou, rodičí a šestinedělní ženu a novorozence.

⁹⁵ PROBLEMATICKÉ POSTUPY V ČESKÉM PORODNICTVÍ. PAVLÍKOVÁ, Markéta. *Biostatistika* [online]. 2014.

⁹⁶ Michel Odent v České republice duben 2013. In: Youtube [online]. 20. 5. 2013.

⁹⁷ Změny v porodnictví v roce 2014: porod pouze za pomoci porodní asistentky a tzv. ambulantní porod. *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. 2013

⁹⁸ Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. In: Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013, roč. 2013, č. 8, s. 2.

porodní oddělení v nemocnici. Jejich volba je plně respektována. Porodní centra vycházejí z koncepce aktivního porodu, tudíž je porod porodními asistentkami spíše doprovázen než veden, lékař je přivoláván pouze v komplikovaných případech. Propuštění do domácího prostředí je běžné po třech dnech, protože porodní asistentka navštěvuje rodičku a dítě doma a kontroluje jejich zdravotní stav. Porod v domácím prostředí je v Anglii je plně legální a podporován. Dvě asistentky zajišťují plynulý průběh porodu, kterému předchází kvalitní a pečlivá organizační, materiální, psychická a fyzická příprava. Tento model porodnictví je nejlevnější a při kvalitním zajištění není nejrizikovější.⁹⁹

Francouzské porodnictví je podobné českému v tom, že žena si vybírá z porodnic v nemocnicích nebo klinikách. V současnosti porodní domy neexistují, ale v rámci dvou let by se jich mělo založit pět zkušebních, kde bude vyhodnocována činnost. Cílem je, aby těhotná byla v péči jedné porodní asistentky po celou dobu těhotenství, porodu a šestinedělí. Zdravotní aspekty porodní péče jsou primární pro většinu rodičích žen, proto dávají přednost rození v porodnicích s maximálním možným moderním vybavením, což dodává pocit jistoty. Kliniky bývají soukromé, komfortnější a dražší než státní porodnice a nejsou plně kryty povinným pojištěním. Jedním aspektem pro rozhodnutí родit na soukromé klinice je lepší kvalita odbornosti i sociální statut. Ovšem jsou méně nakloněny přirozeným porodům, kvůli spolupráci s farmakologickými společnostmi, které podporují medikamenty při porodech. Porody vedou více lékaři, protože náklady na ně jsou vyšší než u porodních asistentek, které většinou pracují ve státních porodnicích. Důvodem je vyšší ziskovost klinik, které se finančně musí zabezpečit samy. Rozdílnost názorů na domácí porody je stejná jako v česku. Obecný názor na ně je spíše negativní a porodní asistentky mají problém získat smlouvy s pojišťovnami na hrazení domácích porodů, z čehož vyplývá, že porody v domácím prostředí nejsou legislativně ukotveny.

⁹⁹ ŠAŠKOVÁ, Helena. SYSTÉM PÉČE POSKYTOVANÉ PORODNÍMI ASISTENTKAMI VE VELKÉ BRITÁNII. PAVLÍKOVÁ, Markéta. *Zdravotně sociální fakulta: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích* [online]. 2013.

II. Výzkumná část

7 Kvalitativní výzkum: Potřeby rodičích žen při porodu

7.1 Cíle výzkumu

Obecný pojem „spokojenost pacientů“ v nemocničních zařízeních je jedním z klíčových ukazatelů kvalitní zdravotní péče. Pacientská spokojenost, což je vnímáno jako multidimenzionální a komplexní konstrukt, je jedním z hlavních prediktorů ochoty vrátit se do stejného zařízení a doporučit ho ostatním. Tento ukazatel má v porodnictví stejnou váhu a naplnění potřeb rodičky je jedním z hlavních kritérií. Oproti jiné zdravotní péči je pro rodičky stejně důležitá především spokojenost s porodním zážitkem, která je úzce propojena s poskytovanou péčí.¹⁰⁰ Avšak spokojené prožití porodního zážitku musíme vnímat jako širší pojem, který v sobě zahrnuje různé faktory porodní zkušenosti, přičemž spokojenost s poskytnutou perinatální péčí je jeho hlavní částí.¹⁰¹

Tento výzkum má za cíl vymezit psychosociální aspekty porodu skrze potřeby rodičích žen. Cílem tedy bylo identifikovat potřeby rodiček v rámci celého průběhu porodu a zjistit, zda psychosociální faktory zakotvené v teorii odpovídají těmto potřebám. Vedlejším úmyslem bylo poskytnout pracovníkům v porodní péči zpětnou vazbu z pohledu rodiček o psychosociálním prostředí porodnic a navrhnout adekvátní doporučení pro zkvalitňování současné praxe.

7.2 Soubor

Výzkumný soubor (viz. Tab. č. 1) tvořilo 13 žen ve věku od 20-44 let, které rodily v českém porodnickém zařízení. Od porodu všech účastnic do provedení osobního rozhovoru neproběhlo více než šest měsíců z důvodu zmapování současné porodní péče. Pro zachování maximální anonymity byla všem účastnicím

¹⁰⁰ GOODMAN, Petra, Marlene C. MACKEY a Abbas S. TAVAKOLI. Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*. 2004, roč. 46, č. 2, s. 212-219.

¹⁰¹ HODNETT, Ellen D., Marlene C. MACKEY a Abbas S. TAVAKOLI. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2002, roč. 186, č. 5, s. 160-172.

přiřazena fiktivní jména podle abecedního pořádku. Všechny ženy podepsaly písemný informovaný souhlas, jehož vzor je zařazen do příloh (viz. Příloha č. 3). Transkripce rozhovorů ani audionahrávky nebyly poskytnuty třetím osobám. Charakteristika jednotlivých respondentek je uvedena v tabulce (viz. Tab. č. 2). Kritériem výběru do zařazení do výzkumného vzorku byla

- Předchozí porodní zkušenost ve zdravotnickém zařízení v ČR
- Porození živého a zdravého novorozence
- Od okamžiku porodu neuběhala doba delší než šest měsíců.

Respondentky byly vybrány na základě využití několika nepravděpodobnostních metod výběru vzorku: metody samosběru, prostým záměrným výběrem a záměrným výběrem přes instituce¹⁰² poskytující porodní péče, konkrétně oddělení šestinedělí, kde proběhly čtyři rozhovory. Metoda samosběru byla provedena přes internetové fórum pro matky www.emimino.cz, kde jsem zveřejnila inzerát s letákem (viz. Příloha č. 1) o probíhajícím výzkumu. Na tuto výzvu reagovalo sedm žen, přičemž pouze se třemi se uskutečnil osobní rozhovor.

Počet respondentek	13
Průměrný věk respondentek v době porodu	30,5
Počet prvorodiček	8
Počet druhorodiček	4
Počet víceroďiček	1
Císařský řez	3
Vzdělání SŠ/VŠ	6/7

Tab. č. 1: Charakteristika výzkumného souboru

¹⁰² MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, s. 138

	Věk	Vzdělání	Prvorodička/druhorodička	Místo porodu	Věk dítěte	Fyziologický/císařský řez
Anežka	27	VŠ	prvorodička	Neratovice	5 měsíců	fyziologický
Bára	20	SŠ	Prvorodička	Havířov	3 měsíce	fyziologický
Cilka	25	SŠ	prvorodička	Praha	3 měsíce	císařský řez
Daniela	33	VŠ	druhorodička	Praha	1,5 měsíce	císařský řez
Eliška	42	VŠ	prvorodička	Praha	2 měsíce	fyziologický
Františka	32	SŠ	druhorodička	Praha	3 měsíce	císařský řez
Gábina	26	VŠ	prvorodička	Kadaň	2 měsíce	fyziologický
Helena	29	VŠ	prvorodička	Benešov	6 měsíce	fyziologický
Ilona	44	VŠ	třetírodička	Mladá Boleslav	4 měsíce	fyziologický
Jitka	31	VŠ	druhorodička	Ostrava	1 týden	fyziologický
Kamila	26	SŠ	prvorodička	Ostrava	5 dní	císařský řez
Laura	29	SŠ	druhorodička	Ostrava	5 dní	fyziologický
Marie	33	SŠ	druhorodička	Ostrava	3 dny	fyziologický

Tab. č. 2: Charakteristika jednotlivých respondentek

7.3 Metodika

Pro výzkum byla zvolena kvalitativní metoda, ve které „jde o to do hloubky a kontextuálně zakotveně prozkoumat určitý široce definovaný jev a přinést o něm maximální množství informací.“¹⁰³ Základem je induktivní logika, kdy výzkumník pátrá po pravidelnosti dat v nasbíraném dostatečném množství informací. Formuluje předběžné závěry podložené v dalších datech.

Záměrné zvolení kvalitativního výzkumu bylo především z důvodu nepředvídatelnosti individuálních potřeb, hlubšího porozumění těmto potřebám a pocitům při fyzicky i psychicky náročné situaci jakou je porod.

7.3.1 Sběr dat

Byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru, který umožňuje zachycení širokého rozsahu odpovědí v rámci předem daných oblastí. Vytváří prostor pro respondenty vypovídat o svých individuálních potřebách a výzkumníkovi dovoluje adekvátně reagovat doplňujícími nebo sondujícími otázkami. U

¹⁰³ ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, s. 24

dvou respondentek probíhalo interview v domácím prostředí a u čtyř na oddělení šestinedělí v porodnici, přičemž z důvodu anonymity není název instituce uveden.

Pro přehlednost byla struktura rozhovoru rozdělena do tří částí podle průběhu porodu. Aby bylo možné reflektovat různé potřeby v konkrétních fázích porodního procesu v celkovém kontextu.

Před uskutečněním každého rozhovoru byly účastnice seznámeny s cíli výzkumu, předpokládaným průběhem, strukturou interview a nutností pořízení audio nahrávky s následným zpracováním dat. Audio nahrávky ani transkripce nebyly poskytnuty třetím osobám.

7.3.2 Analýza dat

K analýze dat byly využity techniky zakotvené teorie, konkrétně se použilo otevřené kódování a vytváření kategorií.

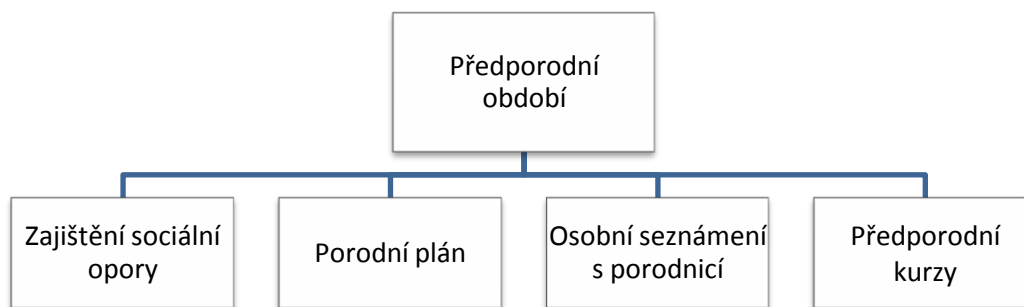
V souladu se Straussovým selektivním přepisem shromážděných dat byla první polovina audio nahrávek doslovně přepsána a následně celá analyzována metodou barvení textu. „*Toto počítačnické kódování poskytuje, ..., jakousi podporu pro všechny následující rozhovory nebo pozorování.*“¹⁰⁴ Zbýlé rozhovory nahrané na diktafonu byly přepsány selektivně, vybrány byly podstatné pasáže pro rozvíjející se teorii. V případech dodatečné hlubší analýzy byly rozhovory opět analyzovány opakovaným poslechem, a důležité související úryvky byly doslovně přepsány.

Nejprve bylo provedeno otevřené kódování a konceptualizace podobných pojmů. Při otevřeném kódování byly vyznačeny podstatné úryvky související s cíli výzkumu. Následně jim byly přiřazeny obecné pojmy, které vystihovaly to, co respondentky vyjádřili konkrétními slovy. Stejně tematické vytvořené koncepty se sdružily do kategorií. Tyto kategorie byly vytvořeny v každé ze tří částí rozhovoru.

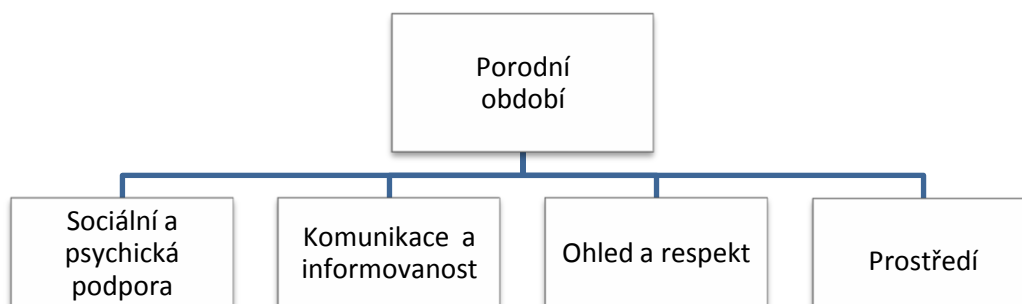
¹⁰⁴ STRAUSS, Anselm. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1999, s. 19.

7.4 Výsledky

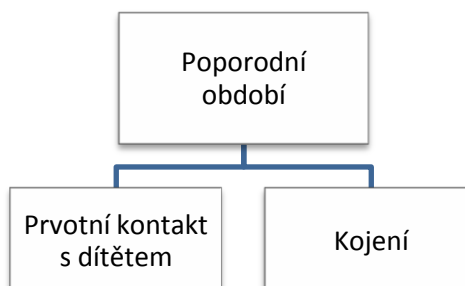
Na základě kvalitativní analýzy polostrukturovaných rozhovorů vyplynulo, že potřeby rodiček v „předporodním období“ a „porodním období“ lze rozčlenit na čtyři kategorie obsahující několik užších pojmů. (Obr. č. 2 a Obr. č. 3). Ve třetí části „poporodní období“ jsou potřeby rozděleny do dvou kategorií (Obr. č. 4).



Obr. č. 2: Potřeby před porodem



Obr. č. 3: Potřeby při porodu



Obr. č. 4: Potřeby těsně po porodu

Předporodní období

Předporodní příprava těhotné ženy často souvisela s její představou o spokojeném a hladkém průběhu porodu. U všech žen se objevovala potřeba jistoty mít již předem zajištěné vhodné podmínky, prostředí a sociální okolí v průběhu porodu.

Zajištění sociální opory

V rámci pocitu jistoty se o někoho opřít nebo ze strachu cizích lidí a prostředí, jakým porodnice bezesporu je, si ženy bez výjimky předem zařizovaly doprovod blízkého člověka. Využijí slov Anežky, která to popsala v souladu i s ostatními.

„Partner tam hraje důležitou roli, že jo, že mít prostě toho partnera, o kterého se můžeš opřít a jako spolehnout se na něj.“ (Anežka)

„Já jsem hlavně chtěla, aby tam byl proto, kdyby se něco dělo, tak vím, že on tam je a bude se snažit udělat maximum pro to, aby jsem dostala opravdu to, co potřebuju.“ (Helena)

Partner ve dvou případech nebyl klíčovou osobou zajišťující pocit klidu a bezpečí. Ženy si zařídili i osobní porodní asistentku, se kterou byly v kontaktu již v těhotenství. Hlavním kritériem výběru porodní asistentky byly vzájemné sympatie, podobnost názorů na porod, empatie a lidskost.

„Tak jsme se sešly, no a prostě jsem z toho byla tak nadšená, že jsem se automaticky rozhodla pro ni. Takový sluníčko, dodávala energii. Byla to prostě jasná volba.“ ... „Mít svoji asistentku mě drželo v klidu“ (Anežka)

Porodní asistentka v ženách představovala osobu, která s nimi bude cítit a prožívat, pomůže jim při tišení bolestí a dokáže je i uklidnit díky své profesionálnosti a bohatým znalostem a zkušenostem s vedením porodů.

„Klíčová pro mě byla ta porodní asistentka, protože už jsem s ní byla v kontaktu před porodem, sice jsme se znaly jenom krátce, ale cítila jsem, že mi sedla, že jako rozumí tomu řemeslu, a že mi sedla lidsky.“ (Eliška)

Porodní plán

Porodním plánem se zabývalo pět respondentek. Anežka si ho vypracovávala s pomocí své porodní asistentky, která ji usměrňovala v radikálních návrzích na porodníky. Bára a Gábina si ho sepisovaly samy.

„Já jsem tam jela s tím, že jsem měla sepsanej porodní plán, co jsem chtěla...Bylo toho tam toho dost napsáno, byly to asi dvě strany papíru. Našla jsem to na internetu, pozměnila jsem si to podle sebe“ (Gábina).

Cilka nad ním pouze uvažovala do doby, než zjistila, že bude muset jít císařským řezem. Porodní plán všechny vnímaly jako prostředek k informování lékaře o své představě porodu. Předpokládaly, že při porodu nebudou schopné vše vyjádřit přesně tak, jak by chtěly. Jednalo se především o popsání 2. doby porodu.

„Ohledně té první doby porodní tam toho moc není, ale ohledně toho samotného porodu a to po porodu, o tom to je, no.“ ... Tam se sešel jenom klystýr, že byl, jinak nic. ((smích)).“ (Bára)

Eliška v průběhu těhotenství změnila názor na porodní plán. Díky svému porodníkovi došla k názoru, že je pro rodičku přítěží, protože by lpěla na nedůležitých věcech a nebyla by otevřená různým situacím při porodu, které při porodu mohou nastat.

„Já jsem tohle hodně řešila, protože jsem měla takovou představu, že si to musím namyslet, a že aby to všichni respektovali, ale postupem času jsem pochopila, že to je úplně mimo, že to je prostě úplně mimo, jo? Že stejně, když jste v té situaci, tak máte sice nějakou představu, ale co pro mě bylo jediný důležitý, abych tam měla toho člověka, kterej mi v tu chvíli kvalifikovaně poradí.“ (Eliška)

Osobní seznámení s porodnicí a předporodní kurzy

Důležitým faktorem zmírňující nejistotu před porodem bylo znát prostředí a personál porodnice, kde bude porod probíhat.

„Jsem si říkala, že nechci ty velký porodnice, že je mi to nesympatický, že bych se tam necítila, a že mi to přijde jak továrna na děti. Takže jsme jeli do Neratovic se podívat, a na mě to tam tak hezky zapůsobilo.“ (Anežka)

Helena svou návštěvu odůvodnila takto:

„Jako já jsem tam šla hlavně kvůli tomu, že jsem chtěla vidět ten prostor, chtěla jsem vědět, do čeho jdu, co mě vůbec čeká a jestli vůbec prostě je to pro mě stravitelný.“ (Helena)

Na otázku zda ji tato návštěva uklidnila a pomohla, odpověděla:

*„No přiznám se, že se strachem jsem jela tam, a možná ještě s větším vod-
tad', protože mi řekli, že se může stát tohle, tohle, tohle, kdyby náhodou nastalo
tohle. Jakoby začneš mít takový ty pochybnosti, co kdyby se to náhodou fakt sta-
lo.“ ... „Je to o tom shonu tý porodnice, není to o tom, že bys je zajímala jako ty,
jako pacientka.“ (Helena)*

U tématu porodní přípravy přímo v porodnici se shodla i s Bárrou. Tvrdily, že nijak silný pocit jistoty nezajistí a nepomohla by ani se zlepšením komunikace s personálem, jak to retrospektivně popsala Bára.

*To by nepomohlo, kdybych chodila na přípravu a tak, protože nakonec při
tom porodu, ať jsem chodila nebo nechodila na přípravu, ten porod by byl třeba
takový, jaký byl. Tam na tom sále stejně berou jen odsad' dolů (ukázala od břicha
směrem dolů) a je jedno jestli tě znají“ (Bára)*

Předporodní příprava v porodnicích se neseťkávala s velkou oblibou, ale předporodní kurzy v soukromých centrech nebo cvičení byly pro rodičky přínosnější více, protože si samy prakticky mohly všechno vyzkoušet. Druhorodičky a vícerodičky přípravu nijak neřešily, většinou neměly možnost vyhradit si prostor pro předporodní kurzy, protože se musely starat o své starší dítě. Ale navštěvovaly je u předchozího porodu.

*„... ale co mě nejvíc zajímalo, bylo to cvičení při druhým dítěti určitě. Ta-
kový to to příprava na porod. Touhle fází jsem si prošla, takový to, vyzkoušet si to,
ohmatat, to pro mě bylo taky důležitý. A u toho druhýho mi to hodně pomohlo, že
jsem se soustředila sama na sebe, co se týče dýchání. ... A teďka to třetí jsem si
říkala, jo je to v pohodě, nechám to úplně volně běžet. Nechodila jsem už nikam“
(Ilona)*

*„A s druhou, to už jsem nechodila nikam, protože na to nemám čas. Takže
žádný kurz, ani ten co je v porodnici, tam jsem taky nebyla, protože jsem to tak
ňák všechno věděla.“ (Františka)*

Fyzickou praktickou přípravu spatřovala i Gábina jakou důležitou, protože cítila, že by porod do vody zvládla, pokud by znala správnou techniku tlačení a dýchání.

„Což jako беру факт jako мінус, že jsem měla jít na nějaký porodní kurz, kde se učí to dechání a tak, všechno jak tlačit. On je jeden jako povinej, to se tam přijde, ona tam vypráví jenom o těch porodních dobách, takový jako obecný věci v tý porodnici, ..., ale takový to jako praktický jsem se nikde nenaučila, což jako byla chyba.“ (Gábina)

Gábina považovala za důležitou psychickou připravenost žen k porodu.

Porodní období

Žena může rozbíhající porod vnímat dřív, než začne, lékař může začínající porod rozeznat kvalifikovaným odhadem a vyšetřením, ale není to pravidlem a mnohdy se stalo, že neinformovanost, nepřítomnost partnera nebo porodní asistentky dostalo rodičku do permanentního stresu. Pokud nenastal plánovaný průběh porodu, potřeby zajistit si podmínky pro spokojený porod zintenzivňují a nastupuje strach.

Psychická a sociální podpora

„Jediný, co mě probíhalo hlavou, bylo, ne dneska, ne, ještě prostě nechci, já jsem to prostě měla naplánovaný, že to bude ten a ten den a prostě já jsem to ještě nechtěla. Protože ten den Pavel musel odjet do Prahy a jestli on tam nebude moct být se mnou, já tu zůstanu sama, teď to přijde a já tu nechci prostě zůstat sama.“ (Helena)

Stejně první chvíle porodu prožívala i Anežka, ale se svoji porodní asistentkou.

„Jediné prostě, co se mi honilo hlavou, že prostě jako prostě bez Haničky né, že prostě nemůžeme dřív, že to takhle jako nejde. Na druhou stranu jsem byla ráda, že to bylo v době, kdy Honza byl doma. Nemusela jsem řešit, že bych byla sama, že to bylo takový dost nepříjemný, no. (Anežka)

Vstup do porodnice bez partnera a adekvátní informovanosti o jejím zdravotním stavu a situaci vyprávěla Františka.

„Manžel byl s dcerou a nestíhal tak rychle přijet. Tady bych jí [porodní asistentku] potřebovala víc, aby tam se mnou možná někdo byl. ... Jako já jsem se tady začala rychle bát. Všichni tam tak jako pobíhali, připadala jsem si taková nezařazená, taková a všichni na tom takhle byly, všechny rodičky.“ (Františka)

Opačnou pozitivní situaci zažily při nástupu do porodnice respondentky, které také neměly u sebe partnera, ale díky vlídnému přijetí porodních asistentek a lékařů jim tato skutečnost nevadila.

„Tentokrát mi bylo úplně jedno, že tam není, tentokrát se komunikovalo a neměla jsem potřebu tam mít někoho. Ten personál mi dodal odvahu, že prostě cokoliv, tak mi poradili, řekli. Když je tam dobrá porodní asistentka, tak to plně zastoupí.“ (Marie)

„Přítel byl v práci, ten o mě nevěděl 48 hodin... takže jsem prošla přípravou, sestřičky byly úplně úžasný. ...No a za hodinu jsem si řapala na sál po svejch“ (Cilka)

Spokojenost s podporou jak psychickou i sociální vyzdvihovala větší část respondentek. Velkou roli hrál klid a pozitivní naladění. Nepocit'ovaly jiné další potřeby, k tomu aby byly spokojené s porodem.

„Všichni tam byli takoví klidní“ (Gábina)

[porodní asistentka] „Byla příjemná, pomohla mi se vším, ohleduplná, sympatická, že nic nebyl problém, lidská. U toho porodu, nemůžu říct nic špatného. Všichni byli pozitivní, příjemní, ohleduplní.“ (Laura)

Na rozdíl od Báry, která bohužel měla smůlu na doktorku, která jí naháněla strach. U porodu byla přítomna i matka a partner, přičemž maminka byla jediná uklidňující a podporující osoba.

„Doktorka, tak kolem pětatřiceti, brýle měla, vypadala přísně, takový hluboký hlas, hrubý, no prostě jsem z ní měla nahnáno a bála jsem se pípnout před ní.... Nejvděčnější jsem byla za tu mámu.“ (Bára)

Jitka měla v porodnici svoji švagrovou - lékařku, které plně důvěřovala a vnímala pouze sama sebe. Eliška měla svého porodníka i porodní asistentku, kteří ji dodávali pocit jistoty a informovali ji o jejím stavu. Cítila adekvátní, profesionální přístup.

„Tím, že jsem věděla dopředu, že mě bude rodit ona, tak jsem sem šla stím, tak nějak srovnaná, že jsem věděla, že to proběhne v pořádku. Hodně mi to pomohlo.“ (Jitka)

„Tak myslím, že díky té porodní asistentce, že jsem se na ní úplně spolehla, že mi říkala, co mám dělat a že tam byl ten porodník, takže to proběhlo dobře, protože pak jsem měla trošku komplikaci, ale cítila jsem u obou, že vlastně, že mám maximum nějaké jakoby podpory. To mě zbavovalo strachu a nejistoty.“ (Eliška)

Překvapila ji ovšem svoje reakce vůči manželovi při příjezdu do nemocnice.

„Když mě začaly ty bolesti, tak jsem mu řekla, ať jde pryč, což mě samotnou překvapilo. Že mě to spíš jako nebylo příjemný.“ (Eliška)

Odmítavou reakci ke svým partnerům při kontrakcích zažily ještě další dvě respondentky.

„No tak když jsme tam jeli, tak můj přítel, kterej je takovej docela ukecanej, furt něco mlel, tak jsem mu říkala, ať je zticha, takhle při těch kontrakcích. Hlavně jsem potřebovala ticho a hlavně ať na mě nikdo nesahá.“ (Gábina)

„Já jsem ho tam nevnímala, on se dvakrát pokusil na mě sáhnout, když mě to bolelo, jsem ho vyprovodila. Tak tam seděl, vůbec jsem nevnímala, že tam je, jenom mi nosil, když jsem řekla napít, tak mi dal napít.“ (Bára)

Komunikace a informovanost

Komunikace s personálem velice souvisí s předešlou kategorií. Vlídňá, respektující komunikace vytváří bezpečný vztah, který rodičky při fyzické zátěži 1. doby porodní potřebují a vyhledávají. Spokojenost s komunikací projevilo devět žen. Kamila oddělila strach z porodu a atmosféru, jaká se odehrávala před porodem.

„Strašně jsem se bála, ale ne lidí, jako takových. Všichni byli ochotní, hodní. Já jsem takhle jako s personálem byla spokojená. Tady všichni takoví milí a hodní. Jakože, nemám žádnou reklamaci ((smích)).“ (Kamila)

*„Tam bylo velice příjemný, že se mě ihned ujali, prostě úplně v pohodě, tajdle to a támhle to a vždycky když jsem něco řekla, tak mi to vysvětlily a řekly.“
„Sestřičky příjemný, povídali jsme si, laškovali jsme.“ (Ilona)*

*„Pro mě byla základem ta sestra, která fakt celou dobu se mnou komu-
kovala, furt na mě mluvila, to bylo tak jako pro, takovej jako pevněj bod, že jsem
si říkala, že fakt jako super, nemusím se bát.“ (Helena)*

Eliška komunikovala skrze porodní asistentku, přes kterou plynula veškerá komunikace s okolím.

*„Pak to šlo přes ní, a proto jsem to chtěla, abych nemusela řešit nějaký
formality.“ (Eliška)*

Daniela a Helena shodně popsaly situaci, kdy v personálu jim jedna sestra nebo doktorka lidsky nesesdla, v obou případech odseknutím nebo neempatickým přístupem.

*„Když jsem tam přijela, doktor byl fajn, sestra byla fajn, ale organizovala
to tam sanitárka. A první co bylo, tak na mě ve dveřích spustila, co tady zase děl-
ám, když jsme vám ráno řekli, že to bude za tři čtyři dny. Což mě jako trošku
odrovnalo.“ (Helena)*

*„Na porodním sále je sestra, která je na pravém místě. Mluvila
s člověkem, uvolněte se, jste v pohodě, já jsem ji nakonec šla poděkovat, protože
byla supr, podržela mě tam, mluvila se mnou úplně v klidu. ... Jestli je tam třeba
patnáct sestřiček, tak je jasný, že nemůže být všech patnáct sympatických pro kaž-
dou.,, (Daniela)*

Bára a Františka byly vysloveně nespokojené s chováním personálu. Bára to přisuzovala komplikacím při porodu, přičemž jí nikdo o ničem neinformoval. Františku mrzelo, že přístup byl neprofesionální, nerespektující. Rodících žen se sešlo víc a lékaři neměli čas ohleduplně informovat Františku o jejím stavu. Cítila, že má jiné a intenzivnější bolesti, než u prvního porodu, byla ve velkém strachu, a proto využila možnosti epidurální anestezie. Při aplikaci se setkala s podrážděností sestry, která ji odsekla. V tu chvíli však potřebovala někoho citli- vého, který ji uklidní.

„ Prostě mohla bejt radši zticha. Tohlencto udělala vlastně jenom, aby mě naštvála. To bylo vlastně jenom zlý. Tam na tom nebylo nic dobrýho, nic co by mě uklidnilo nebo něco neutrálního čím by mě mohla jako umlčet. To bylo pro mě hrozný. A vím, že jsem ji tam pak už nechtěla. Brala jsem ji tam jako vetřelce takovýho. ... Potřebovala jsem podporu, a já jsem jim i vysloveně řekla, potřebuju abyste na mě byli jako na dítě, já vás budu poslouchat, já udělám všechno, co chcete, já potřebuju, aby na mě byli hodní. (Františka)

Další nepříjemný zážitek přišel vzápětí, když cítila, že bolesti jsou jiné než u předchozího porodu a přála si císařský řez. Porodní asistentka ji vysvětlila, že to nejde takhle jednoduše, tak si alespoň vyžádala prohlídku doktorem.

„No tak přišel doktor, a takovej jako, já jsem pak slyšela o něm, že už přes dvacet let tam dělá jako porody. No a ten mi řekl, že, vlastně já jsem tam brečela, že mě to hrozně bolelo, říká mi nejdřív, tak na takovouhle hysterii nemám vůbec čas a chtěl odejít.“ (Františka)

Neodešel a navíc zjistil, že při vstupní prohlídce nikdo nezjistit, že je miminko otočeno koncem pánevním, což je indikace k císařskému řezu. Takovéhle momenty Františku vystresovaly a vystrašily, necítila v nikom z personálu žádnou jistotu. Porod byl pro ni hrozným zážitkem, především z důvodu neohleduplné, neempatické komunikace se špatnou informovaností o poloze dítěte.

Bára o komunikaci se svými porodníky vyprávěla tak, že ještě po třech měsících bylo vidět, že stále nechápe, proč se s ní bavili takovým způsobem. Potřebovala být informovaná o svém stavu, k čemu ovšem nedošlo.

„Oni furt, že nic se neděje, že to nejde, nejde, nejde, netlačte, to bylo jediné, co se mnou nějak bavili. To bylo čtyři hodiny. ... Já jsem se prostě říkala, co mi děláte, co mi to dáváte, co to je? Neodpověděli ani se na mě nepodívali. Pak už jsem je jen prosila, že je mi to už jedno, jen ať už to přestane, to mi řekla doktor-ka, že nemám být hysterická, že tady nejde vůbec o mě, ale o ní [novorozeně]. ... Já jsem nevěděla, že to bylo extraktorem, já jsem nevěděla co se tam děje, neřekli mi to ani.“ (Bára)

Často se respondentky shodly, že je to hodně o člověku, jaký je. Chápali, že je to pro personál dost náročné, ale vybrali si ho a měli by se chovat profesionálně.

Desinformace personálu se objevovala v několika případech. Nejčastěji bylo nerozpoznání začínajícího porodu, kvůli čemuž jela Helena, Ilona a Laura do porodnice nadvakrát do několika hodin.

„Takže tři čtyři dny, bylo pár hodin, no.“ (Helena)

Daniele sestra povolila jídlo, přičemž jí po obědě doktor vytkl, že jíst nesměla kvůli podání oxytocinu.

„Tohle mě třeba jako naštvalo, protože jsem se bála, že mi bude špatně a ještě k tomu, to člověk nepotřebuje.“ (Daniela)

Ohled a respekt

Při porodu žena cítí, že se děje něco zvláštního, unikátního až zázračného a chtěla by, aby jí tak vnímalo i okolí.

„Že to je jako taková intimní záležitost ten porod, že to není, jako když jdu na operaci kolene.“ (Gábina)

„To, že cítím, že ty sestry a lékaři si myslí, že prožívám něco vyjíměčného. Tohle bych chtěla.“ (Františka)

Dva případy, kdy ve velkých porodnicích, nebo při komplikacích ženu nevnímají jako ženu a nerespektují její integritu při v tak choulostivé situaci.

„Byla jsem taková ztracená, a potřebovala jsem se cítit větší. Přišla jsem si tam hrozně maličkatá, na to co vlastně mě všechno čekalo. Já mám prostě slzy v očích. V tu chvíli si myslím, že jsem žena, velká, že jsem se chtěla tak i cítit prostě, protože to byla velká věc.“ „Neříkám, aby mě tam jako oslavovali, nebo něco, ale prostě ..., ať to není jako kdyby nic.“ (Františka)

„...a potom přešli na to, že tam nejsem jakoby, jsem tam prostě nebyla. Jsem se cítila fakt hrozně, jak kdybych tam vůbec nebyla, jak to tělo nepatřilo vůbec mě, jak kdyby vůbec nebylo důležité, co si měla. Jako ta doktorka mluvila, no a připíchněte jí ještě trochu toho, a teď tady to, teď tam něco podala a říkala, no to jí tam taky dej.... Si tam se mnou dělali, co chtěli prostě.“ (Bára)

Děsivou praktikou nerespektující ženské tělo bylo přikurtování nohou k porodnímu stolu, které zažily dvě respondentky. Báře musela její maminka držet jednu nohu nahoře při lehu na boku pro sestup miminka.

„Nejvíc mě vadilo, když mě kurtovali, že vám přikurtujou ruce, nohy, abyste sebou netrhala, když jste v tý anestezii.“ (Cilka)

„Vlastně mě museli přivázat nohy, těma takovejma pásama, koženýma já nevím nebo co, ... protože jsem s nima asi hrozně hejbala, ... to byla věc, který jsem se strašně bála, nebo přišlo mi to strašný. Jako přivazování nohou, ta bezmoc. ... To jsem jen stačila říct, nepřivazujte mi ty nohy, a doktorka odpověděla, to ale musíme. Nemohla jsem nic dělat, to byla rychlovka., (Františka)

Respektující přístup k rodičce, podporování vlastní síly porodit byla zjevná u ostatních. Pro spokojenost s porodním zážitkem často stačila ohleduplnost a respekt k přáním rodičky.

„Netlačili mě do žádných poloh, mohla jsem zkusit podle sebe. To bylo fajn.... Až do poslední chvíle dávali prostor, což jsem fakt ocenila.“ (Anežka)

„Snažili se pořád o fyziologický porod, který jsem chtěla, ale nakonec jsem řekla, jo chci císaře. A nebyl problém“ (Daniela)

Intenzivní faktor, co si ženy při pobytu v porodnici uvědomovaly, bylo, zda se o ne personál stará a neodbývá je. Důvodem bylo množství rodících žen ve stejný okamžik a shon či ruch nemocnice, který doléhal na všechny přítomné.

„Bylo vidět, že to neodbývá. Už tam za ním byla právě ta porodní asistentka, taková ráznější, a že prostě vedle, že ho tam potřebujou...a on jo jo jo, šil dál, přišla zase, jo až to dodělám, přijdu. Že to bylo supr, že mě neodbyl.“ (Anežka)

„Byla v klidu v pohodě, ale to bylo hlavně tím, že tam maj málo rodiček. ... Měli na nás čas a mohli se nám věnovat. Není tam tlak.“ (Gábina)

„Byla jsem tam jediná, ... Takže i to má vliv, podle mě, že měli na mě čas a prostě mohli se mi věnovat.“ (Ilona)

Že to bylo osobní, že jsem věděla, že je tam někdo k dispozici mě. (Eliška)

Pokud je personál pod tlakem a ve stresu, přenáší se tento pocit i na rodičky, kterým komplikuje porod a vyvolává v nich větší strach. Tlak může vyvolávat osobní nespokojenost, ale i komplikovaný porod nebo velký shon v porodnici.

„Přišlo tam strašně moc doktorů, jeden mi ležel na břichu, aby se nevracela zpátky, a další, já nevím deset lidí, nasvítili si to tam všechno, roztříhli mě až

k prdeli. Potom už přešli na to, že tam nejsem, jako bych tam prostě nebyla. Prostě jsem se cítila fakt hrozně, jak kdybych tam vůbec nebyla, jak kdyby to tělo vůbec nepatřilo mě. Jak kdyby nebylo vůbec důležité co si myslím.“ (Bára)

„Bylo tam strašně moc rodiček a co bylo hrozný, že tam byla taková malá místnost asi jeden na jeden a půl metru. A to byla převlíkárna pro všechny. To pro mě bylo hrozně divný. To tam bylo docela hektický. ... Začla jsem najednou brečet, a od té doby jsem vlastně pořád brečela, protože jsem najednou dostala strach. ... Já chápu, že toho tam měli taky hodně, ale v tu chvíli to nebylo zorganizovaný dobře. Byla jsem tam taková ztracená.“ (Františka)

Prostředí

Prostředí vnímaly respondentky citlivě. Spokojené a v bezpečí se cítily na porodních sálech-pokojích, jejichž součástí byla toaleta, sprcha. Pojmenovaly takový prostor jako útulný nebo intimní, což jim vyhovovalo a uklidňovalo je.

„To je takový porodní pokoj, ten sál, tam jsou křesla pro mamku, je tam vlastní sprcha, záchod, aj si tam můžou kafe uvařit, ale na to neměli čas vůbec. Je to tam zařízené, a celou dobu se tam je. Je to tam takové fajn, útulné.“ (Bára)

„Příjemná místnůstka, menší, ty kóje takový uzavřený, s křeslem, teplo, příjemno, útulno. To prostředí na mě působilo dobře. Má to něco do sebe.“ (Ilo-na)

„Já jsem tam byla s přítelem sama v tý místnosti.... Já jsem celou dobu byla ve vodě. Přítel mě sprchoval, měla jsem napuštěnou vanu, i mi tam někde kápli nějakéj olejíček, aby to tam vonělo, byla tam docela tma. Mohla jsem si tam vzít i CD“ (Gábina)

„Co mi tam chybělo, bylo soukromí. Pro mě je to hrozně důležitý. Při prvním porodu si pamatuju, jak nám tam sestřička ztlumila světlo. Je to opravdu příjemný.“ (Františka)

Prostředí porodního sálu může taky vyvolat strach, tak jak se to stalo Cilce, která nakonec zvolila celkovou anestezii při císařským řezu.

„Chtěla jsem u toho bejt, u toho porodu. Bohužel strach zvítězil, příznám se, strach zvítězil, jsem přišla na sál a viděla jsem tam těch šest zarouškovanejch lidí a ten smrad z tý dezinfekce. Tak jsem říkala, že to asi nedám.“ (Cilka)

Poporodní období

Po narození svého potomka, cítila každá respondentka úlevu. Úlevou mohlo být ustání bolestí, psychického a fyzického náporu, ale i to, že dítě pláče, že je zdravé.

„Jsem porodila, oni mi ho takhle ukázali [zvedla ruce dlaněmi nahoru], tím že jsem slyšela jak pláče a tak, v tu chvíli jsem si jakoby ulevila. Jsem si říkala je to dobrý.“ (Helena)

Prvotní kontakt s dítětem

Prvotní kontakt se lišil dvěma hlavními faktory. Prvním byl císařský řez. V tomto případě maminka viděla své dítě až po probrání, což většinou bylo tak dvě hodiny po porodu.

„Po probuzení jsem se ptala sestřičky, kde mám dítě, odpověděla, že je v pořádku. ... Doktorka přišla, vysvětlila mi, co se všechno dělo a to mě uklidnilo.“ (Cilka)

„Po tom císaři to je někdy záhul, po tom prvním to byl, po tom druhým už jsem si ho sama nosila a všechno“ (Daniela)

„Byla jsem tak zesláblá, byla jsem ráda, že se můžu vyspat“ (Františka)

Druhým faktorem bylo i nastavení pravidel a systém porodnice v souvislosti s vyšetřením novorozence.

„Pro mě bylo divný, že si odvezli malýho a nechali si ho tam do druhýho dne na tom dětském oddělení. ... Oni mi řekli, že tam prostě bude do druhýho dne, než se já se trochu uklidním. Myslím si, že by mi ho nedali, kdybych ho chtěla. Protože doktorka, že musej udělat všechny ty vyšetření, a že si myslí, že je dobrý, abych si odpočinula... „ (Helena)

I fyziologický porod je velká fyzická zátěž, kde maminky rády využijí komfortu porodnice a první noc je o jejich novorozence postaráno. Důležité pro všechny byly první okamžiky po porodu.

„Chtěla jsem,(aby mi) ji přiložili na prsa, ale oni ji odnesli. Ale mě to ani nevadilo, já jsem ji ani nechtěla, já jsem byla ráda, že si odpočinu chvíli. ... Pak až odešli za roh, zvážit jí a takhle, tak začala teprve křičet. Takže mě to nakonec ani nevadilo. Tři, čtyři hodiny jsem tam ležela a ona byla u nás.“ (Gábina)

„Tady mi ji ještě s pupeční šňůrou mi ji položili jakoby ke mně, prostě měla jsem ji u sebe, a to bylo úžasnej pocit, že člověk si může ošahat si ji, poňuňat. Takže to bylo super. A je fakt, že nemyly to dítě hned, nechaly mi ji, jak dlouho jsem chtěla. ... Já jsem ji držela a soustředila jsem se na ní.“ (Ilona)

„A pak mi ji hned dali na tělo, no a to jsem furt jenom opakovala, miláčku, ty jsi tak krásná. Furt jsem to opakovala. To bylo hrozně pěkný. Tak to si pořád připomínám.“ (Eliška)

Kojení

Respondentky, které měly možnost bondingu, neměly problémy s následným kojením.

„Přicucla se ihned, ještě na porodním sále, byla úplně v klidu.“ (Ilona)

I přesto, že Gábina začala kojit až následný den, neměla problém. Hůř rodičky snášely striktně daný systém kojení po třech hodinách praktikovaný v mnoha nemocnicích.

„Byla jsem vystresovaná z tlaku porodnice a jejich systému, že jsem neměla moc mléka. ... Až doma jsem měla paní, která mi pomohla a rozkojila jsem se.“ (Eliška)

„Ze začátku kojení mi vůbec nešlo, narazila jsem na sestru, která mi ho přivezla, a říká mi: Tak tady ho máte a každý tři hodiny ho budete kojit. A nazdar. Jenže on nechtěl. ... Změnila se směna, ... sestřička mi to vysvětlila a během hodiny začal pít. Fakt úplně skvělá sestřička.“ (Helena)

Po císařském řezu bylo rozkojení náročnější, ale díky podporujícím laktančním poradkyním Františka, Cilka, Daniela a Laura, Marie i Kamila kojily během jednoho dne.

„Co mě strašně překvapilo a za co jsem strašně ráda, že hned přišly laktanční poradkyně a začaly mi odebírat mlezivo a nosily jí to. Takže ona nebyla na umělý výživě. Já díky tomu, dneska plně kojím. To je bezva, to je úplná paráda.“ (Cilka)

7.5 Zhodnocení výzkumu

Z výsledků vyplynulo, že jednotlivé dílčí potřeby rodiček jsou individuální, přičemž směřují k naplnění jediné základní potřeby bezpečí. V předporodním období si zajišťují veškeré vnější záležitosti potřebné k hladkému porodu různými prostředky. Některé prvorodičky neměly potřebu v průběhu těhotenství navštěvovat jakýkoliv kurz předporodní přípravy a pro jiné návštěva kurzu byla uklidňujícím prvkem, který snižoval jejich strach. Přičemž pro zmíněné nepřipravující respondenty dodávalo jistotu něco jiného, nejčastěji souhlas partnera s účastí u porodu. Ujistění blízké osoby bylo pro každou velmi zásadní spolu s vyhledáním své porodní asistentky, protože dokáže zajistit celkové psychosociální bezpečné klima. Při rozběhlém porodu sílila potřeba po podpoře, uklidnění a ubezpečení, že je všechno v pořádku. V tomto období se potřeby sjednotily a v různých formách se projevy jako touha po respektujícím a ohleduplném prostředí. Jedním z několika běžných projevů bylo, že respondenty prvorodičky si nebyly jisté a nevěděly, zda jde o porod nebo „poslíčky“. Personál, který byl ochotný a respektující, vše rodičce v klidu vysvětlil a tím snížil její stres a strach. Ovšem nerespektující sestry a lékaři, kteří byli schopni v takovou chvíli označit rodičku za „histerku“ jí pouze vyděsili, vystresovali a nikomu neprospěli. Žena tímto cítila silnější potřebu ochrany a podpory partnera, který byl v mnohých případech vystresovaný stejně, proto se cítila ztracená a sama. U problematiky nepřátelského prostředí v porodnicích se shodly všechny ženy na jednom názoru, že v případech shonu a prací pod tlakem mají pro zdravotníky pochopení, ale každý si vybírá povolání podle svého uvážení a měli by si uvědomit jednu zásadní věc, že rodící žena je zranitelnější a citlivější právě na sociální okolí, ve kterém se nachází. Obecně platilo ve všech případech, že pokud jakákoliv potřeba nebyla naplněna, velmi rychle zesílila a často se projevovala i psychickou nevyrovnaností, strachem a panikou. Což jsou indikace pro komplikovanější a delší porod.

Již v těhotenství se setkáváme s potřebou zajištění bezpečí při porodu, které nemizí ani v následujících obdobích, ba naopak zintenzivňuje. Potřeba bezpečí a jistoty provází ženu celým porodním procesem, pokud žena v jakékoliv formě najde pocit bezpečí, projeví se to na její spokojenosti a plynulosti porodu.

Zajištěním základní lidskosti v porodní péči by pomohlo mnohým ženám rodit s pocitem vlastní sebejistoty a ženství.

Závěr

Skrze porod se stává dívka ženou a matkou. Jedná se o zásadní milník v ženském životě. O prožitcích z porodu se často nemluví, protože jsou vnímány jako něco, co je nutné přežít a přečkat. Posílením ženské integrity a sebejistoty lze i takto fyzicky a psychicky náročný zážitek vnímat jako jeden z nejkrásnějších v životě.

Pomocí vymezení kontextu porodu ve společnosti a dvou rozdílných přístupů k vedení porodu si lze vytvořit ucelený pohled na porod jako fenomén zasahující velkou měrou do celospolečenského života lidí. Spojením lékařského a přirozeného přístupu by se zabezpečily zdravotní i psychosociální aspekty, čímž by přístup k rodičce byl komplexní a všezahrnující.

Identifikací konkrétních psychosociálních aspektů porodu v souvislosti s potřebami rodiček a novorozenců je detailně představena důležitá stránka porodu, která se ve zdravotnických zařízeních někdy opomíjí. Rodička má jednu základní potřebu, kterou je bezpečí, což je poskytováno především sociálním okolím, fyzickou odolností a psychickou vyrovnaností. Propojenost těchto systémů je jednoznačně prokazatelná v souvislosti s psychosomatickým stavem rodičky v průběhu porodu. Pokud jsou všechny oblasti zabezpečené, žena se cítí v klidu a připravená porodit.

V interakci s rodící ženou by mělo být primárně zabezpečeno respektující a ohleduplné jednání s podporou její sebedůvěry a ženskosti. Nejelementárnějším pravidlem v přístupu k rodící ženě je lidskost.

Větší zřetel by se měl brát i na novorozence, který má také své potřeby a neměly by se mu upírat. Zajištění plynulého a klidného vstupu do světa lidí, bez zbytečných zásahů, by mělo být primárním cílem neonatologické péče.

Současná česká situace v porodnictví se rozvíjí v souvislosti s podporováním a zajišťováním psychosociálních aspektů porodu s pro-aktivním přístupem k rodičce. Vždy lze najít výjimečné situace, které jsou ovšem důsledkem dlouhodobých systémových nastavení v rámci celého sociokulturního porodního pozadí.

Seznam použité literatury

1. BASEVI, Vittorio a Tina LAVENDER. Routine perineal shaving on admission in labour (Review). *The Cochrane Library*. John Wiley & Sons, Ltd., 2009, č. 4. Dostupné z:http://croatia.cochrane.org/sites/croatia.cochrane.org/files/uploads/Basevi_Lavender_Routine-perineal-shaving-on-admission-in-labour.pdf
2. BEDNÁŘOVÁ, Veronika. Český porod: Proč se u nás pořád rodí jinak než v Evropě. *Reflex: společenský týdeník*. Praha: Ringier ČR, 2014, č. 41, s. 24-31.
3. BERENTSON-SHAW, Jessica, Kate M. SCOTT, Paul E. JOSE, D CARTER a D RYAN. Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? A longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2009, roč. 27, č. 4, 357-373 s. DOI: 10.1080/02646830903190888. Dostupné z:<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646830903190888>
4. BRAZELTON, T a Bertrand G CRAMER. *The earliest relationship: parents, infants, and the drama of early attachment*. Reading, Mass.: Addison-Wesley, c1990, xix, 252 s. ISBN 02-011-0639-6.
5. BROWNRIDGE, Peter, CELIKThe nature and consequences of childbirth pain. *European Journal of Obstetrics*. 1995, roč. 59, S9-S15. DOI: 10.1016/0028-2243(95)02058-Z. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/002822439502058Z>
6. COPSTICK, S. M., K. E. TAYLOR, R. HAYES a N. MORRIS. Partner support and the use of coping techniques in labour. *Journal of Psychosomatic Research*. 1986, roč. 30, č. 4, s. 497-503. DOI: 10.1016/0022-3999(86)90089-9. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0022399986900899>
7. ČEPICKÝ, P. a Z. LÍBALOVÁ. Psychologie císařského řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret, 2008, roč. 17, č. 1, s. 79-83.
8. ČERNÝ, Jiří a Jan HOLEŠ. *Sémiotika*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 363 s. ISBN 80-717-8832-5.
9. Česko. Vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 39/2005. In: *Sb.* 11. ledna 2005.

10. Česko. Vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 55/2011. In: *Sb.* 1. března 2011.
11. ČOUPEK, P.; ŠPORCROVÁ, I. Co přináší přítomnost otce u porodu. *Praktická gynekologie*. 1999, roč. 3, č. 5, str. 31–36.
12. DALLEY, Stephanie. *Myths from Mesopotamia: creation, the flood, Gilgamesh, and others*. Rev. ed. New York: Oxford University Press, 2000, xix, 339 s. Oxford world's classics (Oxford University Press). ISBN 01-928-3589-0.
13. DOLEŽAL, Antonín. Vznik vědeckého porodnictví a naše území. *Česká gynekologie: časopis České gynekologické a porodnické společnosti*. Praha: Česká lékařská společnost J.E.Purkyně, 1996, roč. 61, č. 4, s. 244.
14. DOLEŽAL, Antonín. *Od babictví k porodnictví*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2001, 144 s. ISBN 80-246-0277-6.
15. Dubská a Krejzová proti České republice, rozsudek senátu ESLP ze dne 11. 12. 2014, stížnost č. 28859/11 a 28473/12. Dostupné z: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-148632>
16. ENKIN, Murray. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2000, xiii, 525 s. ISBN 01-926-3173-X.
17. GAZZANIGA, Michael S. *The cognitive neurosciences*. 4th ed. Cambridge, Mass.: MIT Press, c2009, xvii, 1294 s. ISBN 02-620-1341-X.
18. GOODMAN, Petra, Marlene C. MACKEY a Abbas S. TAVAKOLI. Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*. 2004, roč. 46, č. 2, 212-219 s. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2003.02981.x>
19. GROF, Stanislav. *Lidské vědomí a tajemství smrti*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2009, 373 s., xxiv s. obr. příl. ISBN 978-80-257-0177-5.
20. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a doplň. vyd. Praha: Grada, 2014, 538 s. ISBN 978-802-4745-299.
21. HÁJEK, Zdeněk. Indikace k císařskému řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret, 2008, roč. 17, č. 1, s. 19-25.
22. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009, 774 s. ISBN 978-807-3675-691.

23. HODNETT, Ellen D., Marlene C. MACKEY a Abbas S. TAVAKOLI. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2002, roč. 186, č. 5, S160-S172. DOI: 10.1016/S0002-9378(02)70189-0. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937802701890>
24. HREŠANOVÁ, Ema. Kultury dvou porodnic: etnografická studie. Vyd. 1. V Plzni: Západočeská univerzita, 2008. 216 s. ISBN 978-80-7043-749-0.
25. HREŠANOVÁ, Ema. Kultury dvou porodnic: etnografická studie. Vyd. 1. V Plzni: Západočeská univerzita, 2008. 216 s. ISBN 978-80-7043-749-0.
26. HRUŠKA, Blahoslav. Bohyně-roděčky v sumerské a babylonské mytologii. *Theologická revue: čtvrtletník University Karlovy v Praze-Husitské teologické fakulty*. Praha: Univerzita Karlova v Praze-Husitská teologická fakulta, 2001, roč. 72, č. 3, s. 305-318.
27. CHUNG, TK, HF CHIU, AS YIP a TK LAU. Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosomatic medicine*. 2001, roč. 63, č. 4, s. 830-834.
28. JONES, Ernest. PSYCHOLOGY AND CHILDBIRTH. *The Lancet*. 1942, vol. 239, issue 6197, 695-696 s. DOI: 10.1016/S0140-6736(00)70239-X. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067360070239X>
29. JORDAN, Brigitte a Robbie DAVIS-FLOYD. *Birth in four cultures: a cross-cultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. 4th ed. Prospect Heights, Ill.: Waveland Press, c1993, xxi, 235 s. ISBN 08-813-3717-X.
30. Judith A. Safe, Healthy Birth: What Every Pregnant Woman Needs to Know. *Journal of Perinatal Education*. 2009-01-01, roč. 18, č. 3, 48-54 s. DOI: 10.1624/105812409X461225. Dostupné z: <http://openurl.ingenta.com/content/xref?genre=article>
31. KLAUS, Marshall H., KLAUS, Phyllis H. a KENNELL, John H. *Porod s dulou: rádce pro rodiče a doprovázející osoby při porodu*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2004. 277 s. ISBN 80-86356-34-5.

32. KOPŘIVOVÁ, Darina. Psychoprofylaxe. *Moderní babičtví*. Praha: Levret, 2007, č. 12. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-12/?pdf=39>
33. KURR VAN GENNEP, Charles-Arnold. *Přechodové rituály: systematické studium rituálů*. Překlad Helena Beguivinová. Praha: Lidové noviny, 1997, 201 s. Mythologie, sv. 1. ISBN 80-710-6178-6.
34. KUŽELOVÁ, Monika. Historie přípravy těhotných k porodu. *Moderní babičtví*. Praha: Levret, 2003, č. 2. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-12/?pdf=39>
35. LEBOYER, Frederick. *Porod bez násilí: kniha, která nás seznamuje se zcela novým způsobem vedení porodu*. Překlad Hana Žantovská. Praha: Stratos, [1995], 56 s. ISBN 80-859-6204-7.
36. LEDERMAN, Regina Placzek a Karen WEIS. *Psychosocial adaptation to pregnancy: seven dimensions of maternal role development*. 3 vyd. New York: Springer, c2009, xv, 324 s. ISBN 14-419-0288-0.
37. LENDEROVÁ, Milena. FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ UNIVERZITY PARDUBICE. Od magie k porodnici: Porod a porodnictví v období novověku. *Interní medicína pro praxi*. Konice: Solen, [1999]-, s. 26-31. Dostupné z: www.solen.cz/pdfs/int/2003/03/17.pdf
38. LIEBERMAN, E. Unintended effects of epidural analgesia during labor: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2002, roč. 186, č. 5, 31-S68 s. DOI: 10.1067/mob.2002.122522. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S000293780221460X>
39. LOTHIAN, PHD, Judith, Debby AMIS, RN a Jeannette CRENSHAW, RN. LAMAZE INTERNATIONAL. *ŠEST ZÁSAD ZDRAVOTNÍ PÉČE PODPORUJÍCÍCH NORMÁLNÍ POROD: Zásady zdravotní péče #4*. 2. dopl. vyd. 2007. Dostupné z: www.lamazeinternational.org/d/do/254
40. MAREK, Vlastimil. *Nová doba porodní: přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí*. 2., upr. a dopl. vyd. Praha: V. Marek, 2010, 270 s. ISBN 978-80-254-9398-4.
41. MELENDER, H, Klaas WIJMA a Barbro WIJMA. Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in finland. *Journal of Midwifery*. 2002,

- roč. 47, č. 4, 256-263 s. DOI: 10.1016/S1526-9523(02)00263-5. Dostupné z:<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1526952302002635>
42. MELZACK, RONALD, S. MAGUIRE. The Myth of Painless Childbirth (The John J. Bonica Lecture). *Obstetrical*. 1985, roč. 40, č. 5, 297-298 s. DOI: 10.1097/00006254-198505000-00008. Dostupné z:<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage>
 43. MISRI, S., T.F. OBERLANDER, N. FAIRBROTHER, D CARTER a D RYAN. Relation between prenatal maternal mood and anxiety and neonatal health. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2004, roč. 49, č. 4, 684-689 s.
 44. MITCHINSON, Wendy. *Giving birth in Canada, 1900-1950*. Buffalo: University of Toronto Press, c2002, xii, 430 s. ISBN 08-020-8471-0.
 45. MOORE, Elizabeth R, Gene C ANDERSON, Nils BERGMAN, Therese DOWSWELL a Elizabeth R MOORE. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley, 1996-09-01. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub3. Dostupné z:<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003519.pub3>
 46. MORAUČÍKOVÁ, Eva. New methods in performing births. 1 vyd. Brno: Tribun EU, 2013. 116 s. Librix.eu. ISBN 978-80-263-0533-0.
 47. MROWETZ, Michaela. ORDINACE KLINICKÉ PSYCHOLOGIE A PSYCHOTERAPIE OSTRAVA. *Žen k plánovanému porodu mimo zdravotnická zařízení v ČR*. Ostrava. Dostupné z: www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=87959
 48. Nález Ústavního soudu České republiky č. I. ÚS 4457/12 o posouzení skutkové podstaty ublížení na zdraví při domácím porodu ze dne 23. 7. 2013. Dostupné z: http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=1-4457-12_1
 49. NAVRÁTILOVÁ, Alexandra. Narození a smrt v české lidové kultuře. 1. vyd. Praha 1: Vyšehrad, 2004. 416 s. ISBN 80-7021-397-3
 50. NEUMANN, Stanislav Kostka. *Dějiny ženy: populárně sociologické, etnologické a kulturně historické kapitoly*. 1. vyd., v nakl. Otakar II. Praha: Knižní klub, 1999, 1077 d. ISBN 80-242-0249-2.

51. NORMÁLNÍ POROD. *Návrhy pro poslaneckou sněmovnu*. Praha, 2013. Dostupné z: http://normalniporod.cz/wpcontent/uploads/2012/09/Navrhy_pro_PS_Porodnictvi_pri_MZCR.pdf
52. ODENT, Michel. "The instincts of motherhood: Bringing joy back into newborn care". *Early Human Development*. 2009, roč. 85, č. 11, 697-700 s. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2009.08.053. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378378209001819>
53. ODENT, Michel. *Znovuzrozený porod*. Vyd. 1. Překlad Jakub Florian. Praha: Argo, 1995, 152 s. ISBN 80-857-9469-1.
54. PALMO, Translated and compiled by Ani Jinba, Edited by Michael TWEED a Forewords by the Dalai Lama ... [et]. *Brilliant moon: the autobiography of Dilgo Khyentse*. 1 vyd. Boston, Mass: Shambhala, 2010. ISBN 978-159-0307-632.
55. PAŘÍZEK CSC, Doc. MUDr. Antonín. GYNEKOLOGICKO-PORODNICKÁ KLINIKA 1. LÉKAŘSKÉ FAKULTY UK A VFN V PRAZE. *Porod nemusí až tak bolet: ...o tlumení porodních bolestí... aneb analgezie na míru*. 2011.
56. PAVLÍKOVÁ, M. *Shrnutí recentních studií zabývajících se péčí porodní asistentky o těhotnou, rodičí a šestinedělní ženu a novorozence*. Dostupné z: <http://www.biostatisticka.cz/wp-content/dokumenty/Shrnuti-zahranicnich-studii-Pavlikova.pdf>
57. PHILLIPS, Raylene. The Sacred Hour: Uninterrupted Skin-to-Skin Contact Immediately After Birth. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 2013, roč. 13, č. 2, 67-72 s. DOI: 10.1053/j.nainr.2013.04.001. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1527336913000299>
58. PIRDEL, M., L. PIRDEL. Perceived environmental stressors and pain perception during labor among primiparous and multiparous women. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2009, roč. 10, č. 3, s. 217-223.
59. PRAKASH, Om. *Cultural history of India*. New Delhi: New Age International (P) Limited, Publishers, 2005. ISBN 978-812-2415-872.
60. PRINS, M, J BOXEM, C LUCAS a E HUTTON. Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a sys-

- tematic review of randomised trials. *BJOG: An International Journal of Obstetrics*. 2011, roč. 118, č. 6, 662-670 s. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2011.02910.x. Dostupné z:<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1471-0528.2011.02910.x>
61. Průvodce porodnicemi České republiky. 2. dopl. vyd. Aperiio, Argo, 2004.
 62. RAPHAEL-LEFF, Joan, Kate M. SCOTT, Paul E. JOSE, D CARTER a D RYAN. POG 00047 Facilitators and Regulators; Participators and Renouncers: Mothers' and Fathers' Orientations towards Pregnancy and Parenthood. *Journal of Psychosomatic Obstetrics*. 1985, roč. 4, č. 3, 169-184 s. DOI: 10.3109/01674828509019581. Dostupné z:<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/01674828509019581>
 63. RATISLAVOVÁ, Kateřina. Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
 64. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-802-4719-412.
 65. SEDLÁŘOVÁ, Petra. OSTRAVSKÁ UNIVERZITA. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii: studijní opora*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 248 s. ISBN 978-802-4716-138.
 66. SELIN, Helaine a Pamela Kendall STONE. *Childbirth across cultures: ideas and practices of pregnancy, childbirth and the postpartum*. New York: Springer Verlag, c2009, xvii, 314 s. Science across cultures. ISBN 90-481-2598-7.
 67. SHARMA, Rajendra K. *Indian society, institutions and change*. New Delhi: Atlantic, 2004. ISBN 81-715-6665-0.
 68. SIKOROVÁ, Lucie. OSTRAVSKÁ UNIVERZITA. *Ošetrovatelská péče v neonatologii: studijní opora*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2014, 79 s. ISBN 978-80-7464-634-8.
 69. SOVOVÁ, Petra. HNUTÍ ZA AKTIVNÍ MATEŘSTVÍ. *Cesty ke spokojenému porodu: Informace pro volbu zdravotnické péče*. Praha, 2013.

70. STACKEOVÁ, D. a M. BÖHMOVÁ. Psychologické aspekty přítomnosti otců u porodu. *PSYCHOSOM.* 2010, roč. 8, č. 4, 253-278 s. Dostupné z: http://www.psychosom.cz/?page_id=1245&print=pdf
71. SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka: Zpráva technické pracovní skupiny.* Ženeva, 1999. Dostupné z: <http://normalniporod.cz/wp-content/uploads/2012/08/pece-u-porodu-WHO.pdf>
72. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. OSTRAVSKÁ UNIVERZITA. *Přehled vývojové psychologie: studijní opora.* 2. vyd. Olomouc: Unverzita Palackého v Olomouci, 2008, 175 s. ISBN 978-802-4421-414.
73. ŠTEMBERA, Zdeněk. Historie české perinatologie: přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004, 270 s. ISBN 80-734-5021-6.
74. TAKÁCS, Lea a kol. *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví: kvalita perinatální péče očima rodiček: zpráva z výzkumu.* Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, 2012. 119 s. ISBN 978-80-7308-431-8.
75. TAKÁCS, Lea. PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY NOVOROZENCE V KONTEXTU PERINATÁLNÍ PÉČE. *Česká gynekologie: časopis České gynekologické a porodnické společnosti.* Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2002, roč. 77, č. 1, 15-21 s.
76. THE INTERNATIONAL CHILDBIRTH EDUCATION ASSOCIATION. *Delayed Cord Clamping.* Raleigh. Dostupné z: <http://www.icea.org/sites/default/files/Delayed%20Cord%20Clamping-PP-FINAL.pdf>
77. TINKOVÁ, Daniela. Tělo, věda, stát: zrození porodnice v osvícenské Evropě. Vyd. 1. Praha: Argo, 2010. 669 s. Každodenní život; sv. 43. ISBN 978-80-257-0223-9.
78. TOMÁŠ, Stanislav. *Bezbolestný pôrod.* Martin: Osveta, c2000, 104 s. ISBN 80-806-3040-2.
79. TZENG, Ya-Ling. CHINA MEDICAL UNIVERSITY. Enema prior to labor: a controversial routine in Taiwan. *Journal of Nursing Research.* 2005, roč. 13, č. 4. Dostupné

z:http://www.researchgate.net/publication/7399367_Enema_prior_to_labor_a_controversial_routine_in_Taiwan

80. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. In: Praha: *Ministerstvo zdravotnictví ČR*, 2007, roč. 2007, č. 2, s. 21.
81. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. In: Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013, roč. 2013, č. 8, s. 2. ISSN 1211-0868. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2013_8527_2793_11.html
82. VYMĚTAL, Jan a Karen WEIS. *Speciální psychoterapie: (úzkost a strach)*. Vyd. 1. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 2000, 481 s. ISBN 80-861-2315-4.
83. WELLINGTON HOSPITAL. *Managing pain in labor*. 2013.
84. WIJMA, K. Why focus on 'fear of childbirth'?. *Journal of Psychosomatic Obstetrics*. 2003, roč. 24, č. 3, s. 141-143. DOI: 10.3109/01674820309039667.
85. ZAR, Margareta, Klaas WIJMA a Barbro WIJMA. Pre- and Postpartum Fear of Childbirth in Nulliparous and Parous Women. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*. 2001, roč. 30, č. 2, s. 75-84. DOI: 10.1080/02845710121310. Dostupné z:<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02845710121310>

Použité elektronické zdroje

1. Bonding: Porodní bolest - porodní radost. UNIPA. *UNIPA* [online]. [cit. 2015-04-21]. Dostupné z: http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=135:bonding&catid=42:porod&Itemid=124
2. CANDIGLIOTA, Zuzana. Pracovní skupina pro ponižování žen v porodnicích. *Respekt* [online]. 2013 [cit. 2015-04-22]. Dostupné z: <http://candigliota.blog.respekt.ihned.cz/c1-59753360-pracovni-skupina-pro-ponizovani-zen-v-porodnicich>
3. Heger (TOP 09): Domácí porody: pohled ďáblova advokáta. HEGER CSC., Doc. MUDr. Leoš. *Parlamentní listy* [online]. 2014 [cit. 2015-04-22]. Dostupné z: <http://www.parlamentnilisty.cz/politika/politici-volicum/Heger-TOP-09-Domaci-porody-pohled-dablova-advokata-350339>
4. CHENG, MD, MPH, Yvonne. Normal Labor and Delivery: Definition. In: *Medscape* [online]. [cit. 2015-04-21]. Dostupné z: <http://emedicine.medscape.com/article/260036-overview#aw2aab6b3>
5. CHENG, MD, MPH, Yvonne. Normal Labor and Delivery: Stages of Labor and Epidemiology. In: *Medscape* [online]. [cit. 2015-04-21]. Dostupné z: <http://emedicine.medscape.com/article/260036-overview#aw2aab6b4>
6. KODYŠOVÁ, E. Roč jsou některé ženy s porodem nespokojené: psychologické a biologické koreláty percepce sociální opory při porodu. *Psychosom* [online]. [cit. 2015-04-21]. Dostupné z: http://www.psychosom.cz/?page_id=3183
7. Mrtvorozenost a perinatální úmrtnost. *Muni.cz/atlas* [online]. [cit. 2015-04-21]. Dostupné z: http://atlas.muni.cz/atlas/novo/atl_cz/main+novorozenec+novormrtvorozperinatmort.html
8. Obecné aspekty péče při porodu: Porodní bolesti. *Hnutí za aktivní mateřství* [online]. [cit. 2015-04-21]. Dostupné z: http://www.iham.cz/prirucka-who/prirucka_who_2.php#2.6

- O'CONNELL, MD, Nan G. Amniotomy: Background. *Medscape* [online]. 2014 [cit. 2015-04-21]. Dostupné z:<http://emedicine.medscape.com/article/1997932-overview>
9. Odlišné, alternativní způsoby vedení porodu. *Porodnice.cz* [online]. [cit. 2015-04-21]. Dostupné z:<http://lekari.porodnice.cz/odlisne-alternativni-zpusoby-vedeni-porodu>
 10. Péče v první době porodní: Poloha a pohyb během první doby porodní. *Hnutí za aktivní mateřství* [online]. [cit. 2015-04-21]. Dostupné z: http://www.iham.cz/prirucka-who/prirucka_who_3.php#3.2
 11. Péče v první době porodní: Prevence prodlouženého porodu. *Hnutí za aktivní mateřství* [online]. [cit. 2015-04-21]. Dostupné z: http://www.iham.cz/prirucka-who/prirucka_who_3.php#3.5
 12. Péče v třetí době porodní. *Hnutí za aktivní mateřství* [online]. [cit. 2015-04-21]. Dostupné z: http://www.iham.cz/prirucka-who/prirucka_who_5.php
 13. Perinatální mortalita v České republice. *Porodnice.cz* [online]. [cit. 2015-04-21]. Dostupné z:<http://lekari.porodnice.cz/perinatalni-mortalita-v-ceske-republice>
 14. PROBLEMATICKÉ POSTUPY V ČESKÉM PORODNICTVÍ. PAVLÍKOVÁ, Markéta. *Biostatistická* [online]. 2014 [cit. 2015-04-22]. Dostupné z: <http://www.biostatisticka.cz/problematicke-postupy-v-ceskem-porodnictvi/>
 15. SOUKUP, Martin. Porod jako kulturní konstrukt společnosti. *Česká pozice: Informace pro svobodné lidi* [online]. [cit. 2015-04-21]. Dostupné z: http://ceskapozice.lidovky.cz/porod-jako-kulturni-konstrukt-spolecnosti-fel-recenze.aspx?c=A140527_195241_pozice-recenze_lube
 16. ŠAŠKOVÁ, Helena. SYSTÉM PÉČE POSKYTOVANÉ PORODNÍMI ASISTENTKAMI VE VELKÉ BRITÁNII. PAVLÍKOVÁ, Markéta. *Zdravotně sociální fakulta: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích* [online]. 2013 [cit. 2015-04-22]. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20120504145841214037.pdf>
 17. ŠTROMEROVÁ, BSC., Zuzana. Přirozený porod. *Porodní dům u Čápa* [online]. [cit. 2015-04-21]. Dostupné z:<http://www.pdcap.cz/Texty/Versus/AktivniPorod.html>

18. WOLOMBY, Jean-José a Rahma R Tozin TOZIN. Amniotomy for shortening spontaneous labour. RHL COMMENTARY. *The WHO Reproductive Health Library* [online]. Geneva, 2009 [cit. 2015-04-21]. Dostupné z: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/CD006167_Wolombyj_com/en/
19. Změny v porodnictví v roce 2014: porod pouze za pomoci porodní asistentky a tzv. ambulantní porod. *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. 2013 [cit. 2015-04-22]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zmeny-v-porodnictvi-v-roce-2014porod-pouze-za-pomoci-porodni-asistentky-a-tzv-_8532_2778_1.html

Přílohy

Příloha č. 1: Leták k výzkumu

Zlepšování
porodní péče
v porodnicích



Dobrý den,

jsem studentkou Pražské vysoké školy psychosociálních studií a **provádím výzkum o pocitech rodičích žen při naplnění či nenaplnění jejich požadavků, přání nebo potřeb v průběhu porodu.**

Cílem výzkumu je zjistit potřeby rodičí ženy v závislosti na psychosociálních faktorech porodní péče v porodnici a pomoci tím zlepšit kvalitu perinatální péče především v psychosociální sféře.

Hledám proto maminky (s maximálně ročním dítětem), které by byly ochotny se zúčastnit polostrukturovaného rozhovoru trvajících maximálně hodinu. Anonymita je zcela zaručena!

Byla byste ochotná přispět svými zkušenostmi, osobním porodním příběhem a pomoci tím zkvalitnit porodní péči v porodnicích?

Kontaktujte mě:
Bc. Hana Svatoňová
Tel: 737 433 796
Email: sv.hana2@gmail.com



Příloha č. 2: Příprava na polostrukturovaný rozhovor

Příprava na polostrukturovaný rozhovor

Potřeby rodiček při porodu
Diplomová práce

Úvod

Představení výzkumu a výzkumníka

Zjištění sociometrických údajů

- Věk matky (do 20 let, od 21 do 25 let, od 25 do 30 let, nad 30)
- Místo porodu (kraje a město sídla porodnice)
- Prvorodička x druhorodička

Předporodní období

1. Jaké byly Vaše potřeby v těhotenství v souvislosti s blížícím se porodem?
2. Jak jste se na porod připravovala?

Doplňující otázky / alternativní otázky:

- Jak intenzivní byla tato potřeba?
- Z jakého důvodu jste měla takovou potřebu?
- Byla naplněna? Jak jste se cítila poté, co byla naplněna/nenaplněna?
- Chtěla byste to znovu či nikoliv a z jakého důvodu?

Porodní období

3. Co jste potřebovala při začínajícím porodu (při příjezdu do nemocnice?)
4. Co bylo pro Vás nejdůležitější při samotném narození?

Doplňující otázky / alternativní otázky:

- Jak intenzivní byla tato potřeba?
- Z jakého důvodu jste měla takovou potřebu?
- Byla naplněna? Jak jste se cítila poté, co byla naplněna/nenaplněna?
- Chtěla byste to znovu či nikoliv a z jakého důvodu?
- Jaká byla Vaše reakce na splnění/nesplnění Vaší potřeby?
- Dala jste svoji potřebu nějak najevo svému okolí? A jakým způsobem?
- Co jste cítila při projevení své potřeby?
- Jak jste se cítila? Jak jste se cítila po naplnění/nenaplnění své potřeby?
- Na koho jste se spoléhala, že Vám pomůže k jejímu dosažení?
- Byla Vaše potřeba v rámci okolností a možností porodnice naplnitelná?

Poporodní období

5. Co jste potřebovala po porodu svého dítěte? Co jste cítila?
6. Šlo by udělat něco jinak, abyste se cítila spokojená? (z dneš. pohledu?)

Doplňující otázky / alternativní otázky:

- Jak intenzivní byla tato potřeba?
- Z jakého důvodu si myslíte, že jste měla takovou potřebu?
- Byla naplněna? Jak jste se cítila poté, co byla naplněna/nenaplněna?
- Chtěla byste to znovu či nikoliv a z jakého důvodu?
- Jaká byla Vaše reakce na splnění/nesplnění Vaší potřeby?
- Dala jste svoji potřebu nějak najevo svému okolí? A jakým způsobem?
- Co/Jak jste cítila při projevení své potřeby?
- Jak jste se cítila? Jak jste se cítila po naplnění/nenaplnění své potřeby?

Příloha č. 3: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas pro účastnice výzkumu diplomové práce Psychosociální aspekty porodu

Vážená respondentko,

svým podpisem stvrzujete **souhlas s účastí na výzkumu a se zpracováním poskytnutých údajů** pro účely diplomové práce Bc. Hany Svatoňové s názvem Psychosociální aspekty porodu, pod vedením Mgr. Jaroslava Jirmana, Ph.D., Pražské vysoké školy Psychosociálních studií.

Cílem výzkumu je zjistit a prozkoumat potřeby rodičí ženy v závislosti na psychosociálních faktorech porodní péče v porodnici a pomoci tím zlepšit kvalitu perinatální péče především v psychosociální sféře.

Za tímto účelem by mělo být kontaktováno přibližně 10 - 15 respondentek, s nimiž bude proveden zhruba hodinový rozhovor, který bude nahráván na diktafon. Veškeré údaje pak budou zpracovány anonymně a v souladu se Zákonem č.101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

Z výzkumu máte právo kdykoli, podle svého uvážení, vystoupit.

V Dne
podpis

V případě dotazů mne neváhejte kontaktovat:

Bc. Hana Svatoňová

Tel: 737 433 796

Email: sv.hana2@gmail.com

Příloha č. 4: Úryvek z transkripce

T: Takže to ani pro něj nebylo nic příjemného.

F: Nó, tak jako že to bylo jako takový divný, že spíš mu to bylo blbý kvůli těm rodičkám, kvůli těm maminkám. No, a že tam seděl a vedle něj seděl taky nějak tatínek, že tam tak oba seděli a byli zticha. Prostě, no hmm, .. jakože byli zticha ((úsměv)) .. jakože teda oba čekáme, nebo něco. A vlastně oni tam seděli na takovém místě, to bylo takový rohový a tady ((ukazuje rukou směrem vpravo před sebou)) byla váha, kde vlastně, když se narodilo to dítě, tak přišli, tady to dítě zvažily, nahatý vlastně, řvalo, že jo, jako tohle. Takže to si myslím, že pro ty tatínky taky asi není úplně, jo vlastně hezký no, že jako kdyby viděli jenom to svoje dítě, tak asi jo, ale. Právě to co říkal manžel, to bylo, tam přivezli ...

[zvuk zprávy z mobilu]

(mluví dítě): Tatínek?

F: Ne, ne, ne, to strejda Lúďa, mě prozvání, víš. ..., vlastně oni tam, přišli s dvěma dětma, zvažili je, todlečno, oni je očistěj, že jo, prostě vysajou (jim) z nosu a všechno takhle. No a zabalej je, popíšou je tou fixou a tohle. Tak a tomu tatínkovi jednomu mu řekli, ten si prostě vzal dítě, pochoval a někam s ním teda šel. No a můj manžel tam seděl, a tam prostě, tam leželo jedno dítě

[(mluví dítě): Mami, koukej se.]

F: Co tam máš? Puzzle, nebo co?

T: Puzzle, no.

F: Jo výborně, to je dobrej nápad. Tak si nějaký sestav, jo?

(mluví dítě): Koukni.

F: já se na to podívám, až to sestaviš. No a, ... a normálně, oni odešli. Zůstalo tam to dítě a můj manžel tam seděl, nikdo s ním nemluvil a to dítě tam asi deset minut brečelo. Pak přišla ta moje asistentka a říká mu, no to je vaše. No a manžel, ((má slzy v očích)) ...3... ((šeptá)) brečel, úplně dva dny prostě, že tam prostě byl a vlastně nebyl.

[(mluví dítě): Akde je kousíček? Tady ho mám!]

F: Že prostě mu to nikdo neřek, protože mluví anglicky, prostě a nikdo mu nedal prostě to dítě do ruky... .hhh ((šeptá a má stále slzy v očích))... tam deset minut seděl, hhh ... já tomu sama, já jsem to ještě vůbec totiž ještě nikomu neřekla, protože na to vůbec nechci myslet jako, ale přijde mi to hrozný třeba.

T: Hmm...

F: Že tam ležela prostě na tom pultu prostě zabalená.

[(mluví dítě): Tady je kostička.]

F: A jako sice, ale jako sama, prej deset minut tam řvala, prostě. Třeba to manželovi přišlo dlouhý, ale mě to přijde úplně hrozný. A pak přišla a řekla, no, to je to, to je vaše.

T: Ty jo. ((překvapení)) . Ale zvládl jste to, . společněma silama?

F: jo, jo. To jo.

Příloha č. 5: Transkripční značky

Transkripční značky

A	A, B, C, D, ...	Označení respondentky, podle přiřazeného jména
T	T	Označení tazatele
[]	C: Byl tam prostě takový [shon] [T: ruch]	Text v hranaté závorce označuje místo, v němž se proslov aktuálně mluvícího překrývá s proslovem někoho jiného
()	On chtěl jít do () s ním.	Prázdné kulaté závorky označují místo, kde přepisující nebyl schopen rozpoznat, co bylo řečeno.
(slovo)	Obmotaly ho takovou (hadrou)	Slovo v kulaté závorce označuje pravděpodobně řečené slovo.
((slovo))	((smích))	Poznámky autora.
Slovo ...	A potom přišla ...	Tři tečky označují nedokončenou větu.
Slo-	Myslím, že jsem kři-	Pomlčka uprostřed slova označuje nedokončené slovo
(mluví dítě)	(mluví dítě)	Označení promluvy dítěte
Hmm.	Hmm	Přítakací responzní zvuk
.	Bylo to . strašné.	Krátká pauza v promluvě
..	Myslela jsem, že .. to nezvládnou	Střední pauza v promluvě (zaváhání)
.hhh	.hhh Tak dobře, tedy.	Tečka s navazující řadou h označuje nádech a počet h jeho délku.
hhh	A pak mi ho přinesly hhh	Řada hhh označuje výdech a počet h jeho délku.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Autor:	Bc. Hana Svatoňová
Instituce:	Pražská Vysoká škola psychosociálních studií, s.r.o.
Studijní program:	Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
Název práce:	Psychosociální aspekty porodu
Počet stran:	85
Počet stran příloh:	5
Počet publikací:	105
Počet titulů české literatury	61
Počet titulů zahraniční literatury	44
Počet internetových článků:	19
Vedoucí práce:	Mgr. Jaroslav Jirman, PhD.
Rok obhajoby	2015

**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Hana Svatohřová
 Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
 Název práce: Psychosociální aspekty porodu
 Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Jirman, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 85
 Počet stránek příloh: 5
 Počet titulů v seznamu literatury: 85

0	1	2	3	4
---	---	---	---	---

Vyber tématu

	1			
--	---	--	--	--

Závaznost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjádření, zvládnutí odborné terminologie)

		3		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafraze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití vyzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

0				
---	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešení problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílu práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části
v daném tématu

		2		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Hyman

Datum, podpis:

Navrhovaná klasifikace: vyborně

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Studentka si vybrala aktuální téma, které je diskutované ve sdělovacích prostředcích a získává si širokou publicitu. Často je pojednáváne vyhraněně tendenčně nebo kontroverzně. Nesmírně si cením její píle, kterou věnovala rozsáhlému odbornému studiu zvoleného tématu. Díky tomuto úsilí je její práce seriózní a vyvážená. Nedopouští se povrchnosti a není poplatná tendenčně vyhraněným názorům. Opirá se o množství odborných výzkumů, sleduje cestu, jak se jejich výsledky staly součástí metodik a následně ovlivňovaly legislativu. Vychází z důkladné znalosti variability přístupu k porodu na místní i Evropské úrovni. Její výzkum zaměřený na potřeby rodiček při porodu považuji za nesmírně důležité. Dovedu si představit, že podobný dotazník, jako podklad pro polostrukturovaný rozhovor, by mohl sloužit jako vzor pro každé porodnické zařízení. Jeho zpracování by mohlo poskytovat důležitou zpětnou vazbu těm, kdo při porodu asistují a těm, kdo mají odpovědnost za celý systém péče při porodu. Ale to již možná pracuji za studentku, která to mohla rozvést v závěru. V práci jsou stylistické chyby. Je škoda, že formální stránce nebyla věnována větší péče.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Co bylo pro vás osobně největším ziskem při práci na daném tématu?
Dovedete si představit, jakou službu, nebo služby by mohl poskytovat sociální pracovník v systému porodnictví?

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

			1	
--	--	--	---	--

Vhodnost prezentace závěru práce (publikace, referát, apod.)

			1	
--	--	--	---	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Hana Svatoňová
 Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
 Název práce: Psychosociální aspekty porodu
 Oponent práce: Mgr. Johana Růžičková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 73
 Počet stránek příloh: 5
 Počet titulů v seznamu literatury: 85

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

	1			
--	---	--	--	--

Závaznost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	2			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjádření, zvládnutí odborné terminologie)

	2			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafraze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití vyzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	2			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešení problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

0				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

			1	
--	--	--	---	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

			1	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

1. Kde vidíte na základě Vašeho výzkumu největší slabinu české porodnické praxe? Změnil se nějak Váš pohled v důsledku provedených rozhovorů?
2. Jak by se dalo s tématem dál pracovat, kde vidíte prostor pro další zkoumání?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka zvolila téma porodu v jeho psychosociálních souvislostech. Teoretická část popisuje lidský porod z pohledu zdravotnictví a psychologie, stručně nastiňuje podobu porodu v různých historických obdobích a kulturách, věnuje se i různým přístupům v novodobém porodnictví. Největší prostor je věnován psychosociálním aspektům porodu, a to jak z pohledu rodičky, tak z pohledu novorozenceho dítěte. Nakonec na několika stranách dostává prostor současná porodnická praxe v České republice. Celý text je vyvážený, autorka nezapomíná na žádné z důležitých témat. Kapitoly jsou řazeny logicky, text je vnitřně konzistentní a solidně napsaný. Autorka pracuje s odbornou literaturou, její záber je více než dostačující.

Praktická část práce zdátne navazuje na kapitoly z teoretické části. Autorka zvolila kvalitativní design výzkumu pro zkoumání potřeb rodičů žen. Výzkum je zvládnut bez problémů, jedinou výtikou je opomenutí diskuse k výzkumy, která by zahrnovala úvahu o možných omezení výzkumy i jeho možném rozšíření v budoucnu.

I z hlediska formálních požadavků je práce v pořádku, stylisticky dobře zvládnutá. Spíše výjimečně, o to však nápadnější, jsou chyby pravopisné („histerka“!).

Samotný předmět diplomové práce je zajímavý a aktuální, jeho zpracování pak považuji za velmi zdařilé.

Doporučení k obhajobě: doporučuji!

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: