



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Ústav ošetrovatelství, porodní asistence a neodkladné péče

Bakalářská práce

# Alternativní metody v porodnictví v České republice a v Polsku

Vypracovala: Paulina Agata Podulka  
Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice 2016

## Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tématem alternativních metod v porodnictví ve dvou sousedních zemích, v České republice a v Polsku. Alternativní metody v porodnictví jsou v dnešní době velmi oblíbené. Po letech medikalizace a klasických postupů v porodnictví ženy znovu objevují tajemství přirozeného porodu. Nejdůležitější myšlenkou alternativního porodnictví je návrat k přirozenému porodu a k respektování přání rodičky. Když hovoříme o alternativních metodách, máme na mysli hlavně ty, které mohou přirozeným způsobem usnadnit rodičce a jejímu dítěti porodní proces. Jedná se o nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí, jako jsou masáže, aktivita, úlevové polohy, sprcha nebo relaxační koupel, využívání tepla či chladu, používání relaxačních pomůcek. Další alternativou je poloha při samotném vypuzení dítěte, zde může žena volit jakoukoliv porodní polohu, ve které se bude cítit pohodlně.

První část práce – teoretická – se zaměřuje na témata fyziologického porodu, alternativního porodnictví, přirozeného porodu, rozmanitých úlevových poloh a nefarmakologických metod tlumení bolesti. V této části se také věnujeme vertikálním polohám u porodu, porodům do vody, homeopatii u porodu a porodnímu plánu. Jsou zde popsány alternativní metody v porodnickém systému v Polsku a v České republice. Druhá – výzkumná část práce – se zabývá praktickým srovnáním alternativních metod a průběhu porodu v obou zemích. Bakalářská práce měla dva cíle. Prvním bylo zjistit alternativní metody používané v porodnictví v ČR a v Polsku. Druhým cílem bylo porovnat rozdíly ve způsobu vedení porodu v ČR a v Polsku. Na základě těchto cílů byly vytvořeny tři výzkumné otázky: 1. „Jaké alternativní metody jsou používané v porodnictví v ČR a v Polsku?“; 2. „Jaké jsou rozdíly ve způsobu vedení porodu v ČR a v Polsku?“; 3. „Jaký mají přístup k alternativním metodám porodní asistentky v ČR a v Polsku?“

Výzkumné šetření bylo provedeno kvalitativní metodou formou individuálních, hloubkových rozhovorů s porodními asistentkami. Sběr informací byl proveden u porodních asistentek vykonávajících svou praxi na porodních sálech v obou zemích. Rozhovory probíhaly s porodními asistentkami z České republiky a z Polska, osobně

nebo telefonicky, během měsíce dubna 2016. Účast na výzkumu byla dobrovolná. Informovaný souhlas od všech respondentek byl získán pouze ústně. Rozhovory byly nahrány a následně zpracovány metodou obsahové analýzy. Získané informace byly následně analyzovány, barevně označeny a rozděleny do jednotlivých kategorií a podkategorií. Výsledky výzkumného šetření byly v diskuzi porovnávány s literárními zdroji.

Z výzkumu vyplynulo, že v obou zemích je k dispozici velká škála alternativních metod. Porodní asistentky jmenovaly nefarmakologické metody tišící bolest, jako jsou např. masáže, hydroterapie, aromaterapie, TENS či užívání pomůcek k zaujímání úlevových poloh. V neposlední řadě byl zmiňován pozitivní vliv doprovodu. Jak v Polsku, tak v ČR ženy mohou porodit do vody v porodnicích, které se na to specializují. Metody nabízené v obou zemích se zdají být srovnatelné. Rozdíl jsme našli v přístupu porodních asistentek. Například spontánní volba porodní polohy je víc umožňována v Polsku. Polské rodičky mohou častěji zvolit porodní polohu. Nepřetržitý kontakt matky s dítětem – bonding – je podobně podporován v obou zemích.

Další výzkumná otázka zkoumala rozdíly ve způsobech vedení porodu v obou zemích. Zjistili jsme, že v Polsku neprobíhá příprava k porodu, která je naopak v ČR běžnou součástí. V České republice je dostupnější epidurální analgezie než v Polsku. V ČR je také dostupná větší škála farmakologických metod k tišení bolestí. Respondentky v obou zemích popřely rutinní nástřih hráze, nicméně v Polsku se snaha nenastřihávat hráz ani u primipar zdá větší. Možnost porodu ve spontánní poloze ve II. době porodní se jeví víc podporovaná na polských porodních sálech. Polské porodní asistentky jsou toho názoru, že vertikální poloha je k porodu nejlepší polohou, ve které se riziko porodního poranění naprosto minimalizuje. Většina českých respondentek se také domnívá, že vertikální polohy mohou být vhodnější pro porod.

Poslední otázka zkoumala názory porodních asistentek z obou zemí na alternativní metody obecně. České respondentky měly k alternativním metodám převážně kladný vztah, zazněly ale také odpovědi, které vyjadřovaly strach nebo obavu z alternativních metod anebo negativní postoj. Polské respondentky se vyjadřovaly o alternativních metodách s nadšením a otevřeností.

Práce může být využita jako informační materiál pro ženy hledající informace o alternativách v porodnictví. Může také posloužit jako informační materiál pro studentky porodní asistence a porodní asistentky, které se zajímají o to, jak vypadá porodnická péče v jiných zemích.

**Klíčová slova:** alternativní metody, nefarmakologické metody tišení bolesti, porodní asistentka, přirozený porod

## **Abstract**

The Bachelor's thesis covers the topic of alternative methods in obstetrics in two neighbouring countries; the Czech Republic and Poland. Alternative birthing methods have become rather popular. After years of medication and classical methods in obstetrics women discover the magic of natural childbirth again. The core idea of the alternative approach is the return to natural childbirth and respect to the mother's personal wishes. Speaking about alternative birthing, we mean particularly those methods that may naturally make the delivery easier for both the mother as well as the child. These include non-pharmacological methods of labour pain relief such as massage, activity, relieving positions, shower or relaxing bath, use of warmth or cold, relaxing aids. Another alternative is the maternal birthing position being selected by the mother herself in order to feel comfortable.

The first – theoretical – part concentrates on the topic of physiological birth, alternative birthing, natural childbirth, various relieving positions and non-pharmacological methods of pain relief. This part also covers vertical positions, water birth, usage of homeopathics and a birth plan. It describes alternative methods in obstetrics in Poland and the Czech Republic. The second – research – part deals with practical comparison of alternative obstetrics and childbirth processes that are used in these countries. The thesis has two main objectives: first, to determine alternative methods used in obstetrics in the Czech Republic and Poland, and, second, to compare differences in birth management in the Czech Republic and Poland. Based on these objectives three research questions have been formulated: 1. “Which alternative methods are used in the Czech Republic and Poland?”; 2. “What are the differences in birth management in the Czech Republic and Poland?”; 3. “What is the attitude of midwives to alternative methods in the Czech Republic and Poland?”.

The research was pursued using the qualitative method in the form of individual, in-depth interviews with midwives. The information was obtained from midwives working in delivery rooms in both countries. Interviews were conducted with midwives from the Czech Republic and Poland, either in person or via a telephone, during April 2016.

Participation in the research was voluntary. The informed consent of all respondents was obtained in the oral form. The interviews were recorded and subsequently processed using the method of content analysis. The information was analyzed, marked in colours and divided into individual categories and subcategories. Results of the research were compared with sources in literature.

The research has shown that in both countries a broad range of alternative methods is available. Midwives named various non-pharmacological pain relief methods such as massage, hydrotherapy, aromatherapy, TENS or usage of aids for birthing positions. The positive influence of accompaniment was also mentioned. Both in Poland and in the Czech Republic women may give birth in water in specialized hospitals. Methods that are available in these two countries seem to be comparable. What is different is the attitude of midwives. Spontaneous choice of birthing position, for instance, is more common in Poland. Polish mothers are allowed to select the position they prefer more often. The undisturbed contact between the mother and child – bonding – is supported in both countries.

The second research question examined differences in birth management in the mentioned two countries. We have found that in Poland there is no labour preparation. In the Czech Republic, on the contrary, this is an integral part of the process. The epidural analgesia is available more in the Czech Republic than in Poland. The Czech Republic also offers a broader range of pain relief pharmacological methods. Respondents in both countries denied routine episiotomy, however, in Poland the effort to avoid surgical incision of the perineum, even in the case of primiparas, seems to be higher. The spontaneous choice of birthing position during the second stage of labour seems to be more supported in Polish delivery rooms. Polish midwives are of the opinion that vertical position is the best because the risk of injury is minimal. Majority of Czech midwives also believe that vertical positions during labour are more appropriate.

The last question explored opinions of midwives from the two mentioned countries related to alternative birthing methods in general. The attitude of Czech respondents was mainly positive, however, some of them expressed fear or concern in this respect or even

a negative standpoint. Polish respondents talked about alternative methods enthusiastically and openly.

The thesis may be used as a reference material for women seeking information related to alternatives in obstetrics. It may be also used by students in the field of birth assistance and midwives, who are interested in various approaches toward childbirth in other countries.

**Key words:** alternative methods, non-pharmacological methods of pain relief, midwife, natural childbirth.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 17. 8. 2016

.....

Paulina Agata Podulka



## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala PhDr. Drahomíře Filausové za vedení bakalářské práce. Její cenné rady a konzultace byly pro mě velmi podnětné a inspirativní.

# Obsah

|  |    |
|--|----|
| Úvod.....  | 13 |
| 1 Současný stav.....   | 14 |
| 1.1 Fyziologický porod .....                                 | 15 |
| 1.2 Doby porodní .....                                       | 17 |
| 1.2.1 První doba porodní.....                                | 17 |
| 1.2.2 Druhá doba porodní.....                                | 19 |
| 1.2.3 Třetí doba porodní.....                                | 20 |
| 1.2.4 Čtvrtá doba porodní.....                               | 21 |
| 1.3 Alternativní porodnictví .....                           | 22 |
| 1.4 Volba místa porodu.....                                  | 23 |
| 1.4.1 Porod v porodnici .....                                | 24 |
| 1.4.2 Ambulantní porod.....                                  | 25 |
| 1.4.3 Porod v porodním domě .....                            | 26 |
| 1.4.4 Porod doma.....  | 27 |
| 1.5 Spontánní porod .....                                    | 29 |
| 1.5.1 Polohy během I. doby porodní.....                      | 30 |
| 1.5.2 Polohy během II. doby porodní .....                    | 31 |
| 1.5.3 Porod do vody .....                                    | 33 |
| 1.6 Nefarmakologické metody tišení bolesti.....              | 34 |
| 1.6.1 Hydroanalgezie .....                                   | 34 |
| 1.6.2 Homeopatie .....                                       | 35 |
| 1.6.3 Aromaterapie, fytotherapie.....                        | 36 |
| 1.6.4 Transkutánní elektrická nervová stimulace – TENS ..... | 38 |

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1.6.5 | Audioanalgezie .....   | 39 |
| 2     | Cíle práce a výzkumné otázky .....                               | 40 |
| 2.1   | Cíle práce .....   | 40 |
| 2.2   | Výzkumné otázky.....   | 40 |
| 3     | Metodika .....   | 41 |
| 3.1   | Metodika a technika výzkumu .....                                | 41 |
| 3.2   | Charakteristika výzkumného souboru.....                          | 42 |
| 4     | Výsledky .....   | 43 |
| 4.1   | Výsledky výzkumného šetření u polských porodních asistentek..... | 43 |
| 4.2   | Výsledky výzkumného šetření u českých porodních asistentek ..... | 56 |
| 5     | Diskuze .....  | 66 |
| 6     | Závěr .....  | 80 |
| 7     | Seznam informačních zdrojů .....                                 | 82 |
| 8     | Přílohy.....   | 86 |
| 8.1   | Seznam příloh.....   | 86 |

## Seznam použitých zkratek

ČR – Česká republika

TENS - Transkutánní elektrická nervová stimulace

PPHL – Poloha podélná hlavičkou

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

např. – například

mg. – miligram

amp. – ampule

m.jedn. – mezinárodní jednotka

st. – stupeň

min. – minut

PA – porodní asistentka

## Úvod

*„První porodní asistentky nahrazovaly rodičkám jejich matky. A matka chápe a ochraňuje nejlépe, jak dokáže. Snaží se dobře vycítit potřeby svého dítěte a podle možností pomáhat dítěti s jejich naplňováním. V krásném a náročném období počátků mateřství od nás porodních asistentek ženy očekávají právě takovýto postoj. Není snad krásné chtít být matkou matce? Pokusme se nově objevit podstatu povolání porodní asistentky.” (Irena Chohuj)*

Porod dítěte je nezapomenutelnou chvílí v životě ženy. I po mnoha letech ženy dovedou líčit se zarudlými tvářemi své porodní příběhy do nejmenších detailů. Dokonale si pamatují atmosféru v porodní místnosti, jak na ně působila přítomnost ostatních osob. Tyto jedinečné porodní emoce jsou najednou zpátky. Ženy se dokonale dovedou vcítit v tyto porodní okamžiky stejně dobře, jako by to bylo včera. Jedinečné emoce, které zůstávají v nás po celý život. Proto je tak důležité zajistit každé ženě co nejlepší porodní podmínky, podporu, individuální přístup, adekvátní péči, citlivost a něžnost. Porodní asistentka je pro rodičku nejdůležitější osobou, je její pomocníkem a průvodcem. Je to velký úkol a zodpovědnost. Pokud je žena zdravá a gravidita probíhá fyziologicky bez problémů, porod by měl probíhat přirozeně, bez medicinských zásahů.

Alternativní metody mnohokrát pomáhají ženám ustát porodní rytmus. Úkolem porodní asistentky je ženě tyto metody aktivně nabídnout. Doporučit v pravý okamžik změnu polohy. Ukázat, která aktivita nebo poloha bude nejvhodnější pro tuto porodní fázi. Nabídnout úlevu v podobě hydroterapie nebo masáže. Proškolit partnera jak masírovat, aby ženino tělo lépe zvládalo porodní stahy. Škála alternativních metod na porodních sálech je široká, tyto metody mnohdy usnadňují ženě usměrnit své pocity a emoce během porodu. A díky těmto metodám ženy často zvládnou porodit bez medikace.

Alternativní metody jsou zajímavým, doplňujícím článkem současného porodnictví. Tato tematika je mi blízká, jako matce a budoucí porodní asistentce. Jelikož jsem Polka

a v mém životě se proplétá Česká republika s Polskem, přišlo mi zajímavé porovnání nabídky alternativních metod a přístupu k nim v obou zemích.

# 1 Současný stav

## 1.1 Fyziologický porod

*„Porodem (partus) nazýváme každé ukončení těhotenství narozením živého nebo mrtvého novorozence. Za narození živého dítěte se považuje úplné vypuzení nebo vynětí plodu z těla matčina, bez ohledu na délku trvání těhotenství, jestliže plod po narození dýchá nebo projevuje alespoň jednu ze známek života. Za známky života se považuje srdeční činnost, pulzace pupečnicku nebo nesporný pohyb kosterního svalstva bez ohledu na to, zda byl pupečník přerušen nebo placenta připojena“ (Hájek, 2014 s. 175).*

Podle ukončeného týdne těhotenství označujeme porod jako předčasný, v termínu a opožděný (potermínový). Předčasným porodem (partus praematurus) definujeme porod do konce 37. týdne těhotenství. Včasným porodem neboli porodem v termínu (partus maturus) nazýváme porod, ke kterému dojde mezi 38. až ukončeným 41. týdnem těhotenství. Ukončení těhotenství po 42. týdnu těhotenství pojmenováváme jako opožděný porod. V moderním porodnictví z důvodu nárůstu komplikací nepřipouštíme porod po 42. týdnu těhotenství, tento termín je nepřekročitelný. Cílem porodníků je zamezit patologickému přenášení (Beránková, Moravcová, 2007; Hájek, 2014; Roztočil, 2008).

Fyziologický porod považujeme za spontánně vyvolaný porod s nízkým rizikem na počátku I. doby porodní. Dítě se narodí spontánně hlavičkou v termínu porodu. Po porodu je matka a dítě v dobrém stavu. Roztočil uvádí, že fyziologický porod probíhá působením přirozených porodních mechanismů za pomoci a nikoliv zásahu personálu porodního sálu (Beránková, Moravcová, 2007; Roztočil, 2008).

V polské vyhlášce ze dne 12. září 2012, je fyziologický porod popisován jako spontánní porod, který je provázen nízkým rizikem po celou dobu svého trvání, výsledně se rodí novorozenec v poloze podélné hlavičkou mezi ukončeným 37. a 42. týdnem těhotenství, po porodu je matka a novorozenec v dobrém stavu (Dziennik ustaw<sup>1</sup>, 2012).

---

<sup>1</sup> Překlad do češtiny: Vyhláška.

Odent (2004) popisuje průběh porodu jako nedobrovolný proces, kterému se nedá napomáhat. Podle něj je hlavním úkolem zdravotníka porod nenarušovat, vyzývat rodící ženu k intuitivní důvěře ke svému tělu, svým pocitům, k obrácení se ke svému nitru. Doporučuje rodící ženě volný pohyb. Při přirozeném přístupu k porodu je nejdůležitější nevyrušovat rodičku, nedávat jí příkazy a nezatěžovat otázkami. To vše může rodičku vyrušovat v porodním rytmu, který si našla (Iwanowicz-Palus, 2012; Odent, 2004).

Rodička by se měla uzavřít v sobě před okolním světem. Soustředit se do svého nitra a naslouchat svému vnitřnímu hlasu, celá by se měla ponořit do porodního procesu. Tímto způsobem se může rodička začít chovat zcela intuitivně. Čím více se žena cítí bezpečně a uvolněně, tím lépe běží porodní hormonální proces a kontrakce se stávají efektivnější (Iwanowicz-Palus, 2012).

Mnoho žen prochází před vlastním začátkem porodu obdobím tzv. přípravných stahů, což jsou děložní kontrakce definované jako dolores praesagientes neboli poslíčci. Žena je vnímá jako slabší bolesti v podbřišku a kříži, které nejsou pravidelné a nemají otevírací efekt na dolní děložní segment. Asi měsíc před porodem začíná být děloha více dráždivá vlivem zmnožení myometrálních receptorů pro oxytocin a zvýšenou sekrecí prostaglandinů. V posledním měsíci se snižuje děložní fundus, dochází ke změně tvaru, uložení a konzistenci děložního hrdla. Jestliže se pootevře zevní branka, odchází často z děložního hrdla hlenová zátka, což je hustý cervikální hlen, který může být s příměsí krve. Odchod hlenové zátky občas nastupuje několik dní před začátkem porodu, signalizuje otevírání cervikálního kanálu a rozvíjení dolního děložního segmentu (Beránková, Moravcová, 2007; Hájek, 2014; Roztočil, 2008).

Spouštěcí mechanismy porodu nejsou stále zcela objasněny. Vyvolávající příčiny jsou multifaktoriální. Porod často začíná děložní činností, která způsobí rozvíjení dolního děložního segmentu, děložního hrdla a branky. Kontrakce jsou silnější než poslíčci, mohou se podobat menstruačním bolestem v podbřišku nebo je může žena cítit v dolní části zad či na vnitřní straně stehů. Ze začátku frekvence kontrakcí nepřesahuje 1-2 stahy během 10 minut. Není možné předem určit, jak dlouho porod bude probíhat. Délku porodu ovlivňuje mnoho faktorů, jako třeba síla a frekvence děložních kontrakcí, stav děložního hrdla před tím než se porod rozběhne, vztah velikosti plodu k pánvi matky,



postavení a naléhání plodu a v neposlední řadě také psychický stav rodičky. V 10-15 % začíná vlastní porod spontánním odtokem plodové vody. Pokud není bezprostředně následován nástupem děložních kontrakcí (do jedné hodiny), mluvíme o předčasném odtoku plodové vody (Balaskasová, 2010; Hájek, 2014).

## **1.2 Doby porodní**

Porod se tradičně rozděluje do několika fází, které jsou pojmenované jako porodní doby. Každá porodní doba je něčím jedinečná a charakteristická.

### **1.2.1 První doba porodní**

Nástupem pravidelných kontrakcí začíná první doba porodní - otevírací. Zkracuje se a otevírá děložní hrdlo, tím se vytváří porodní kanál. Pravidelně stahující se děložní sval tlačí plod směrem dolů, tím se cervix maximálně roztahuje a poté natahuje směrem nahoru. Děložní kontrakce se stávají silnější, delší a interval mezi nimi se začíná zkracovat. Tato doba bývá někdy poměrně dlouhá a často pro rodičku vyčerpávající. U primipar trvá první doba porodní obvykle 6-7 hodin, ale není neobvyklé i delší trvání, až 12 hodin. I to je stále považováno za fyziologické. U multipar bývá délka první doby porodní kratší, obvykle 3-4 hodiny. První doba porodní končí zánikem branky (Agrawal, 2008; Gregora, 2013).

První děložní kontrakce mohou být více či méně bolestivé, ale mohou být i velmi mírné, podobající se menstruačním bolestem. Děložní stahy vnímá každá žena jinak. I stejná žena může vnímat bolesti velmi rozdílně při různých porodech. Každá kontrakce přichází jako vlna – přichází, vrcholí a odchází. Než přijde další stah, rodička může odpočívat. Některé ženy popisují stahy jako návaly energie, nejsilnější jsou na svém vrcholu a mohou být v tomto bodě vnímané jako bolestivé (Balaskasová, 2010).

Během I. doby porodní je porodní asistentka s rodičkou v úzkém kontaktu. Průběžně kontroluje celkový stav rodičky, hodnotí ozvy plodu po 15 minutách, intermitentně provádí CTG – zpravidla po přípravě k porodu, dále po 2-3 hodinách nebo dle ordinace lékaře. Sleduje a hodnotí děložní činnost, měří fyziologické funkce, sleduje močení, kontroluje progresi porodu. Porodní asistentka podává rodičce informace o prostředí, porodním ději, vyšetřovacích metodách (Beránková, Moravcová, 2007).

V přirozeném procesu jakým je porod, lze pozorovat nové způsoby zvládnání bolesti. Rodička zkouší intuitivně a spontánně zaujímat různé polohy, dýchá podle svého rytmu. Je mobilní tak dlouho, jak je to jen možné. Rodička si může najít vlastní způsoby zvládnání kontrakcí, například vykonáváním jedné stejné činnosti. Pokaždé v okamžiku počátku kontrakce se uchyluje na stejné místo na porodním sále nebo vyžaduje od partnera nebo doprovodu ulevující masáž. Jednoduše z chování ženy můžeme vypočítat, jak se sama snaží dokonale zvládnout porodní proces. Porodní asistentka pomáhá rodičce najít nejlepší způsoby zvládnání bolesti a svalového napětí. Povzbuzuje rodičku k pohybu, k zaujmutí dalších úlevových poloh. Rodička je nejdůležitější osoba. Porodní asistentka ji podporuje a vede díky svým znalostem a zkušenostem, partner – manžel ji podporuje fyzicky a psychicky (Iwanowicz-Palus, 2012).

V některých zdrojích bývá zmiňována tzv. přechodná doba. Přechodná doba je období, které nastává od zániku branky do nástupu vypuzovacích kontrakcí, tedy do chvíle, kdy má žena pocit, že nutně musí tlačit. Hlavička plodu bývá v této době v hlubině pánevní, dorotovaná nebo téměř dorotovaná. Tato doba naznačuje přechod z fáze otevírací do fáze vypuzovací a většinou netrvá déle než 5 až 25 kontrakcí. Porodní asistentka si může všimnout změny chování rodičky, která si může stěžovat, že je unavená, že nezvládne porodit a vyhledává úlevovou polohu. Organizmus rodící ženy ji připravuje k tlačení, může se objevit třes celého těla, pocit na zvracení. Klasické moderní porodnictví většinou tuto dobu pomíjí. Stává se, že zdravotnický personál na rodičky spěchá, aby rychle vytlačily dítě ven. Důvodem je fakt, že časové rozmezí druhé doby porodní považované za fyziologické je do jedné hodiny (Štromerová, 2010; Janiuk 2010).

### 1.2.2 Druhá doba porodní

Druhá doba porodní bývá označovaná jako vypuzovací, na konci této doby dojde k vypuzení plodu z matčina těla. Prvním projevem začátku druhé doby porodní je rozevření konečníku. Znamená to, že plod se nachází v pánevním dnu. Porodní cesty jsou otevřené a hlavička plodu může sestupovat porodními cestami k zevním rodidlům. Děložní stahy jsou častější, silnější a trvají déle. Dítě je tlačeno nejen silou děložních kontrakcí, ale zároveň aktivní spoluprací pacientky, která pociťuje vypuzovací reflex. Vypuzovací reflex je zcela mimovolný, může nastoupit rychle nebo trvá nějakou dobu, než začne. Nutí rodičku používat břišní lis a vytlačovat dítě ven. Kontrakce posouvají plod do pánevního kanálu a připravují jej k porodu. Plod za průchodu porodním kanálem provádí sérii pasivních pohybů, které nazýváme porodní mechanismus. Tyto pohyby jsou vynucené tvarem porodních cest. Porodní mechanismus vykonává hlavička plodu. Pasivní pohyby probíhají za neustálé progresse plodu. První fází porodního mechanismu je flexe hlavičky, brada plodu se přitahuje k hrudníku. Ve druhé fázi se hlavička otáčí o 90°, je to vnitřní rotace, která je vyvolána tvarem pánevních rovin a jejich průměry. Třetí fází je deflexe, hlava plodu se opře záhlavím o dolní okraj stydké spony. Potom se hlava otáčí tak, že se přiklání vzhůru ke sponě a flexe se mění na deflexi. Zároveň s deflexí se rodí temeno, čelo, obličej a brada dítěte. Čtvrtým mechanismem je zevní rotace. Když je porozená celá hlavička, dítě se otáčí záhlavím na stranu, kde má hřbet a obličejem na stranu opačnou. Po porodu hlavy dochází k porodu ramének, trupu a hýždí (Roztočil, 2008).

Délka druhé fáze bývá různá, většinou trvá do jedné hodiny. Na mnoha porodnických odděleních se rodičky slovně povzbuzují k tlačení, jinde dávají přednost zcela spontánnímu chování. Ve II. době porodní je plod ohrožen nedostatkem kyslíku, děložní dutina se stahuje a tím se snižuje okysličování tkání a prokrvení placenty. Právě z toho důvodu se v některých porodnicích monitoruje ve II. době porodní srdeční činnost plodu kontinuálně, povinně pak vždy po každé děložní kontrakci. I v průběhu II. doby porodní by si žena měla zvolit polohu, která jí nejvíce vyhovuje. Ta musí být výsledkem dohody

mezi matkou, porodní asistentkou a porodníkem, kteří ženě budou při porodu pomáhat. Pozice rodičky má zásadní vliv na délku a účinnost této porodní fáze (Gaskin, 2010; Pařízek, 2008; Stadelmann, 2009).

Podstatou II. doby porodní je aktivní spolupráce mezi rodičkou, doprovodem a porodní asistentkou. Zvýšený hlas porodní asistentky je rozporuplný a zcela nevhodný. Péče porodní asistentky by měla být citlivá a pro rodičku motivující. Samotný porodní akt probíhá v poloze pohodlné pro rodičku. V poloze ve dřepu, v kleku, na speciální porodní stoličce anebo v poloze v polo-sedě s podporou partnera zezadu. Během každého okamžiku porodu porodní asistentka a partner projevují rodičce ochotu pomoci. (Iwanowicz-Palus, 2012).

Na konci II. doby porodní rozpíná rodící se hlavička porodní cesty a vždy více nebo méně traumatizuje měkké porodní cesty. Porodní asistentka nebo lékař chrání hráz a někdy z důvodu prevence jejího poranění mohou provést episiotomii. Episiotomie neboli nástřih perinea je i nadále nejčastější porodnickou operací. Výhodou episiotomie je prevence nekontrolovaného porodního poranění a to především nejobávanější komplikace, jakou je ruptura pochvy III. a IV. stupně, která zasahuje anální svěrač a střevní mukózu. Nástřih se provádí na vrcholu kontrakce, když kůže hráze zbělá a hrozí ruptura. Episiotomie by se u fyziologického porodu neměla provádět rutinně, jenom v opodstatněných případech. V polských standardech porodnické péče je uvedeno, že episiotomie se doporučuje jenom v lékařsky odůvodněných případech (Gaskin, 2010; Gregora, 2013; Roztočil, 2008).

### **1.2.3 Třetí doba porodní**

Třetí doba porodní začíná porodem dítěte a končí vypuzením placenty a plodových obalů. Během této doby se děloha stahuje, děložní stahy odlučují placentu od stěny děložní a následně je placenta z dělohy vyloučena. Třetí doba porodní většinou trvá kolem 10 minut, neměla by však přesáhnout 1 hodinu. Jako podporu včasného odloučení placenty a prevenci zbytečné krevní ztráty moderní porodnictví doporučuje tzv. aktivní

vedení III. doby porodní intravenózním podáním oxytocinu (2 až 5 jedn.) nebo metylergometrinu (0,3 mg) ihned po porodu plodu. Balaskasová (2012) doporučuje vzpřímenou pozici, aby se placenta dobře oddělila a děloha zbavila nepotřebných tekutin. Důležité je trpělivě vyčkávat spontánního odloučení placenty. Hájek (2014) uvádí, že je třeba přísně dbát na to, aby proces odlučování placenty probíhal vlastními silami. Porodník musí vynaložit značnou trpělivost, vyčkat spontánního porodu placenty. Choňuj (2008) uvádí, že proces odlučování placenty probíhá zcela spontánně a automaticky vlivem oxytocinu. Doporučuje se rané přiložení novorozence k prsu pro podporu vylučování přirozeného oxytocinu, který dává podnět k odlučování placenty. Placenta by se měla rodit pomalu, její váha napomáhá odloučení porodních blan. Porodník nebo porodní asistentka sleduje známky odlučování lůžka, hodnotí množství krevní ztráty. Po porodu placenty hodnotíme její celistvost, velikost, případné anomálie nebo patologické změny (Balaskasová, 2012; Hájek, 2014; Choňuj, 2008).

#### **1.2.4 Čtvrtá doba porodní**

Některé zdroje pojmenovávají dobu poporodní jako čtvrtou dobu porodní, je to dvouhodinové období po porodu placenty, kdy je žena nejvíce ohrožena časným poporodním krvácením (Roztočil, 2008).

Po porodu placenty následuje revize porodního poranění, ošetření episiotomie nebo ruptur suturou. Po uložení ženy do klidové polohy kontroluje porodní asistentka fyziologické funkce, retrakci dělohy a množství krevní ztráty (Hájek, 2014).

Mezi odborníky se vedou spory, zda je „IV. doba porodní“ ještě součástí porodu nebo už první fázi šestinedělí. Čtvrtá doba porodní je doba ohraničená, počínající porodem placenty a trvající dvě hodiny po porodu placenty. V této době musí být žena neustále sledována z důvodu ohrožení poporodním krvácením. V průběhu IV. doby porodní zůstává žena na porodním sále, pokud je to možné společně s partnerem a s novorozencem. Porodní asistentka ji informuje o vhodné poloze a odpočinku, sleduje

výšku děložního fundu, krvácení z rodidel a celkový stav ženy. Kontroluje základní životní funkce, kterými jsou tlak rodičky, tepová frekvence a teplota těla (Pařízek, 2008).

*„Děloha těsně po porodu může dosahovat 1 prst nad pupek, postupně dochází k involuci, kdy fundus dělohy se nachází v úrovni pupku nebo těsně pod pupkem. Důležitá je nejenom involuce dělohy, ale i tonus dělohy. Tento tonus musí být pevný. S tím souvisí i sledování krvácení“ (Peschout, 2007 s.1).*

Je žádoucí podporovat děložní retrakci včasným přiložením novorozence k prsu. Tím také podpoříme nástup laktace a úspěšné kojení. Lze říci, že v tomto období vznikají vazby mezi rodičkou a novorozencem na celý život. Z psychologického hlediska je důležité zajistit nové rodině intimní prostředí, aby mohla trávit čas společně. Na konci této doby je nutné se přesvědčit o vyprázdnění močového měchýře, žena může s dopomocí vstát a spontánně se vymočit (Iwanowicz-Palus, 2012; Peschout, 2007).

Když se dítě narodí, můžeme pozorovat, jak jsou novorozenec a matka velmi aktivní, bdělí. Adrenalin způsobuje, že jsou bdělí oba, ochotní navázat nový vztah, poznávat se navzájem. Žena objímá novorozence, mluví na něj, chce ho přiložit k prsu. Novorozenec má často doširoka otevřené oči, vnímá matku. Na matčině hrudi se rychle zklidní. V krvi novorozence je v tuto dobu hodně adrenalinu a endorfinu. V matčině náručí je dítě v bezpečí po velkých zážitcích a stresu, které prožilo během porodu (Iwanowicz-Palus, 2012).

### **1.3 Alternativní porodnictví**

Většina porodnických zařízení se tlakem společnosti rychle mění k lepšímu. Po roce 1989 pozorujeme narůst zájmu v oblasti alternativních postupů v porodnictví. Ženy se nechtějí pouze pasivně podvolit vůli zdravotníků. Chtějí mít možnost spolurozhodovat o sobě a dítěti a v mnoha situacích se jim zdravotníci snaží vyjít vstříc. Je brán větší ohled na potřeby rodiček, což vede k zásadnímu zlepšování porodního prostředí. Mnoho porodnic vyvíjí snahu zajistit ženám klidnější a intimnější prostředí. Více se bere ohled na skutečnost, že hormony, které stimulují a upravují porodní proces, a které ženské tělo

přirozeně vytváří, se snadněji vylučují v příjemném prostředí, kde se žena cítí dobře. Čím lépe se dokáže žena při porodu uvolnit, tím snadněji se bude moci vypořádat s tímto silným zážitkem bez použití léků. Je vhodné, když ženy umí používat relaxační techniky, které mají nacvičené již z období těhotenství. Tyto techniky mohou použít pro lepší zvládnání bolestí v průběhu porodu (Balaskasová, 2012; Roztočil, 2008).

Alternativní porodnictví chápeme jako protipól klasického nemocničního porodnictví. Alternativní znamená jiný než standardní. Alternativní porodnictví v dnešní době klade důraz na individuální přístup, respektování přání rodičky a jejího partnera. Jde o snahu vytvořit pro ženu takové porodní podmínky, aby mohla vzpomínat na okamžik zrození svého dítěte jako na významný životní zážitek a ne jako na nepříjemnou, bolestivou epizodu. Komplexní přístup k vedení porodu znamená respektovat obecné principy porodnictví a používat moderní techniku, ale také vycházet vstříc osobnosti těhotné ženy a umožnit jí aktivní roli při porodu. Je nutné zajistit klientkám dostatek soukromí a intimní prostředí. Aktivně lze navrhnout rodičce vertikální polohy. Samozřejmostí je umožnit přítomnost blízké osoby. Pozitivní vliv má také příjemné prostředí, pastelové barvy a domácí nábytek. Pomůcky k relaxaci jako třeba masážní strojky, balony či žebřiny jsou kdykoliv v průběhu porodu k dispozici a jsou součástí vybavení porodního sálu. Dále může být využito hydroanalgezie v dobře přístupné vaně nebo ve sprše. Je nezbytné umožnit rodičce chování podle jejích přirozených instinktů. To vše zahrnujeme do základních metod alternativního porodnictví (Balaskasová, 2012; Pařízek, 2008).

#### **1.4 Volba místa porodu**

Těhotná žena se na základě získaných, běžně dostupných informací může dobrovolně rozhodnout, kdo povede její těhotenství a kde přivede na svět své dítě. Muže si vybrat poskytovatele péče v těhotenství – lékaře nebo porodní asistentku. V Polsku i v České republice je tradicí, že těhotné ženy chodí do těhotenské poradny spíše k lékaři než

k porodní asistentce. Porodní asistentka je ze zákona v obou zemích osobou oprávněnou vést nekomplikované těhotenství (Marczak, 2015).

V roce 2012 byla v Polsku vydaná vyhláška Ministerstva zdravotnictví, která je podrobnou právní úpravou doporučených postupů v průběhu fyziologického těhotenství, porodu, poporodního období a péče o novorozence. Tato vyhláška vstoupila v platnost 12. 9. 2012 a legislativně upravuje práva ženy a také povinnosti zdravotnického personálu. Cílem této vyhlášky je zlepšení porodnické a neonatologické péče. Doporučené postupy, obsažené v této vyhlášce, jsou založeny na zásadách moderní vědy a na medicíně založené na důkazech. Tato vyhláška se vztahuje na všechna polská zdravotnická zařízení. Vyhláška zaručuje ženě možnost volby. Podle tohoto zákona má žena možnost zvolit si místo porodu, může rodit jak v porodnici, tak v porodním domě nebo doma. Tento dokument je právním garantem volby pro ženy. Zajišťuje komfort jak pro ženu, tak pro porodní asistentku. Žena si rovněž může sama zvolit, kdo ji provede těhotenstvím, zda porodní asistentka či lékař. Je zde také uvedeno, že v případě jakýchkoliv patologických příznaků a to jak v průběhu těhotenství tak i při porodu, péči o pacientku přebírá lékař, specialista v porodnictví a gynekologii. Účelem zavedení této vyhlášky je zlepšení kvality perinatální péče a zjednodušení a standardizace stávajících postupů a zavádění nových postupů tak, aby došlo k výrazné změně stávající praxe k lepšímu (Marczak 2015; Dziennik ustaw 2012).

Ve většině evropských zemích, včetně Polska, může těhotná žena volit mezi porodnicí, porodním domem a porodem doma. Vyhláška garantuje možnost volby. V České republice si v současné době může žena vybrat porodnici, ve které chce rodit. Pro porody doma ani pro porodní domy nejsou v České republice vytvořeny právní podmínky (Štromerová, 2010).

#### **1.4.1 Porod v porodnici**

V současné době je samozřejmostí možnost porodu ve zdravotnickém zařízení. Nejvíce těhotných volí právě tuto možnost. Jak v Polsku, tak v České republice není volba



porodnice vázána na místo bydliště. Těhotné ženy vybírají porodnici podle vzdálenosti od svého bydliště, kvality porodnické a neonatologické péče i vybavení porodního sálu. Mnohdy se rozhodují na základě názoru kamarádek, příbuzných, žen, které už rodily nebo na základě doporučení lékaře, který vede těhotenství. Žena má při volbě výběru porodnice úplnou svobodu. V současné době se snaží porodnice nabízet ženám pokoje připomínající domácí prostředí. Mnoho žen očekává farmakologické tlumení bolesti v průběhu porodu, které by samozřejmě všechna porodnická zařízení měla umožňovat. V poslední době proběhly v porodnictví v mnoha směrech změny k lepšímu, samozřejmostí je intimita či bonding. Doprovod u porodu je také běžnou záležitostí, nejčastěji je to manžel či partner rodičky nebo dula. Některé těhotné přicházejí do porodnice s porodním plánem, jedná se o písemný seznam přání a požadavků, které by žena chtěla v průběhu porodu dodržet. Jsou zde informace na téma, jak si přeje rodička mírnit bolest, jaké polohy upřednostňuje, co je pro ni nejdůležitější během porodu. Jelikož jakékoliv zákroky v oblasti péče o zdraví se mohou konat jenom za souhlasu ženy, žena má také právo vyjádřit dopředu svoje očekávání ohledně porodu. Porodní plán, který donese rodička, by se měl stát součástí její zdravotnické dokumentace (Štromerová, 2010; Roztočil, 2008).

Roztočil (2008) uvádí, že ve většině z 94 českých porodnic jsou umožněny téměř všechny alternativní metody porodu. Všechny výkony prováděné během porodu se mohou odehrávat pouze za souhlasu ženy. Běžně je na odděleních šestinedělí zaveden systém roaming-in, kde je matka nepřetržitě v kontaktu s novorozencem (Gregora 2013; Pařízek 2015; Roztočil 2008).

#### **1.4.2 Ambulantní porod**

Ambulantní porod je alternativou domácího porodu. Žena opouští zdravotnické zařízení několik hodin po porodu. Podle Pařízka (2015) vychází vstříc přání rodičů, kteří se chtějí vyhnout pobytu v porodnici. Podmínkou pro ambulantní porod je zcela fyziologický porod a nekomplikovaný zdravotní stav matky a novorozence. Hlavním problémem je zdravotním systémem nezorganizovaná poporodní péče o dítě během

prvních 72 hodin po porodu v domácím prostředí. Rodiče si musí sami předem domluvit pediatrickou pomoc. Ambulantní porod také klade zvýšené nároky na matku, která sama musí sledovat novorozence. Je vhodné když si matka domluví pomoc v domácnosti, aby se mohla věnovat výhradně sobě a dítěti (Pařízek, 2015).

Od ledna 2014 Ministerstvo zdravotnictví ČR stanovilo jasnější pravidla průběhu ambulantního porodu, tzn. situaci, kdy chce žena několik hodin po porodu odejít z porodnice domů. Žena využívá porodnického prostředí jen pro samotný porod, čili nejrizikovější období. Pokud je zcela v pořádku ona i novorozenec, několik hodin po porodu odcházejí domů (Roztočil, 2008).

V Polsku žena může odejít z porodnice nejdříve 24 hodin po porodu, jinak musí podepsat negativní revers. Doma šestinedělku navštíví komunitní porodní asistentka. Každá šestinedělka má k dispozici v rámci pojištění 6 návštěv porodní asistentky po dobu 8 týdnů po porodu (Marczak, 2015).

### **1.4.3 Porod v porodním domě**

Porodní dům je nestátní zdravotnické zařízení, kde porody vedou samostatné porodní asistentky podobně jako v domácím prostředí. Je to zařízení, které se specializuje na fyziologické, nekomplikované porody. V mnoha zemích existují porodní domy jako alternativa porodnic. V případě jakýchkoliv komplikací je zajištěn převoz do nemocnice. Smyslem porodního domu je umožnit přirozený porod v prostředí připomínající prostředí domácí, za minimálního použití zdravotnického vybavení. Porodní dům je ambulantním porodnickým zařízením, žena odchází s dítětem několik hodin po porodu domů. Podle Iwanowicz-Palus (2012) porodní dům tvoří důležitý článek systému perinatální péče (Iwanowicz-Palus, 2012; Štromerová, 2005).

V České republice zatím neexistuje porodní dům, kde by žena mohla porodit. Nezisková organizace porodní asistentky Zuzany Štromerové „Porodní dům u Čápa“ nabízí poradenskou a konzultační činnost, předporodní kurzy, těhotenskou poradnu a doprovod u porodu v porodnici nebo asistenci u porodu doma. V tomto porodním domě

není možné родit, protože to v České republice legislativa zatím neumožňuje. (Štomerová, 2016)

V Polsku existují dva porodní domy, oba v okolí Varšavy. Porodní dům – „Dom Narodzin“ ve Varšavě je součástí největší varšavské porodnice - perinatologického centra. Ženy zde mohou родit zcela zdarma a v případě komplikací jsou na dosah podmínky k poskytnutí neodkladné péče. Na základě polských zdravotnických standardů o péči při fyziologickém těhotenství a porodu, jsou stanoveny zdravotní kontraindikace k porodu v porodním domě. Těhotná žena musí projít kontrolní návštěvou v 36. týdnu těhotenství, během které lékař a porodní asistentka rozhodnou, zda může být kvalifikována k porodu v porodním domě. V tomto porodním domě pracuje dohromady 12 porodních asistentek ve směnném provozu. V roce 2015 se zde narodilo 756 dětí. Druhý porodní dům „Dom narodzin Świętej Rodziny” se nachází několik kilometrů od Varšavy. Na svých webových stránkách nabízí přirozený porod v jakémkoliv porodní poloze, příjemnou domácí atmosféru (svíčky, hudba), doprovod podle vlastního přání. Rodička si také může zvolit porodní asistentku. V tomto porodním domě se rodí několik desítek dětí za rok (Chołuj, 2008; Marczak 2015; Centrum Medyczne „Żelazna“ 2016)

#### **1.4.4 Porod doma**

Některé ženy věří vlastnímu tělu, chtějí prožít nerušený porod v intimním prostředí svého domova. Tyto ženy vnímají intenzivně svou schopnost porodit dítě. Ženy, jejichž těhotenství probíhá fyziologicky, se nacházejí ve skupině nízkého rizika zdravotnických komplikací a porod doma v jejich případě není kontraindikován. Zahumenský (2006) uvádí, že u 20 % žen, které jsou v těhotenství označeny za rodičky s potenciálně nízkým rizikem, se během porodu náhle vyvine situace, která je vysoce riziková z hlediska nepříznivého perinatálního výsledku. Čepický (2009) píše, že porodnické komplikace bezprostředně ohrožující život mohou nastat zcela neočekávaně i u zcela nerizikové rodičky s fyziologickým těhotenstvím a až do okamžiku zvratu se zcela fyziologickým průběhem porodu (Čepický, 2009; Zahumenský, 2006).

Iwanowicz -Palus (2012) popisuje domácí porod jako aktivní, přirozený fyziologický proces. Žena svobodně mění polohy, naslouchá instinktu, necítí se bezmocná, pozorována okolím. Může se soustředit výhradně na porodní proces. Pocit bezpečí, který poskytuje důvěrně známé prostředí domova, umožňuje ženě chovat se podle instinktivního stavu vědomí. Zastánci domácích porodů zdůrazňují významnou roli, jakou hraje schopnost plně se uvolnit během porodu. Žena tím může dosáhnout správné hormonální rovnováhy a nachází se ve změněném stavu vědomí. V průběhu přirozeného porodu v mozku převládají alfa vlny, jako při orgasmu nebo při přechodu do spánku. V takto změněném stavu vědomí rodička nemusí vnímat bolest. Nejčastěji žena rodí s porodní asistentkou, kterou zná již z těhotenství (Iwanowicz-Palus, 2012).

Česká lékařská společnost J.E. Purkyně a Česká asociace sester vydala dne 29. 8. 2012 stanovisko k plánovaným porodům doma v ČR. Lékařská společnost se jednoznačně vyjádřila, že domácí porody neplánuje legislativně podporovat (Pařízek, 2012).

Porody doma tvoří malé procento ze všech porodů na území celého Polska. V Polsku chodí k domácím porodům přibližně 18 soukromých porodních asistentek. Asi sedm PA pracuje v okolí hlavního města. Většina z nich je sdružená kolem organizace „Dobře narození“. Tato organizace sdružuje soukromé PA, a na jejich stránkách může žena najít porodní asistentku blízko místa svého bydliště. PA sdružené v této organizaci vyvinuly seznam postupů – guidelines, kterými se řídí při vykonávání praxe v komunitním prostředí. Vypracován byl také jednotný model zdravotnické dokumentace a smlouva mezi klientkou-rodíčkou a PA. Podle statistik odvedly v roce 2015 soukromé porodní asistentky 136 domácích porodů. Ze zdravotních důvodů nebylo 27 porodů kvalifikováno k domácímu porodu a z důvodu komplikací bylo během porodu 21 rodiček převezeno do porodnice. Zajištění bezpečí u domácího porod je v první řadě řádnou kvalifikací k porodu, proto diskvalifikaci je hodně. Nejčastějšími důvody přesunu z domácího prostředí do porodnice byl nepostupující porod v I. době porodní, předčasný odtok plodové vody bez nástupu děložní činnosti do 12-18 hodin, patologický průběh III. nebo IV. doby porodní, horší poporodní klinický stav matky nebo dítěte. V Polsku porod doma

není hrazen zdravotní pojišťovnou, rodiče musejí počítat s výdaji přibližně kolem 15 tisíc korun (Romanowska, 2016).

V současné době v Polsku v okolí Varšavy pracuje 6-7 porodních asistentek, které nabízejí asistenci u porodu doma. Je to tým porodních asistentek, které se společně starají o své klientky. I těhotenství může být vedeno porodní asistentkou, která bude následně asistovat u porodu. Poskytovaná péče je kontinuální a individuální. Porodní asistentky před porodem navštíví ženu doma v místě bydliště, kde plánuje porod. Všechny porodní asistentky, které asistují u varšavských domácích porodů, spolupracují s největší varšavskou porodnicí – Centrum Medyczne „Żelazna“. S touto porodnicí mají porodní asistentky domluvu pro případ jakýchkoliv komplikací v průběhu porodu. V případě jakýchkoliv komplikací může porodní asistentka ženu odvézt do porodnice, kde porod dokončí. Porodní asistentky také spolupracují s laboratorii, kam mohou odvézt odběry krve 24 hodin denně a telefonicky pak zjistit výsledky. Každá porodní asistentka má podepsanou smlouvu o sterilizaci nástrojů a likvidaci biologického odpadu. U porodu jsou vždy dvě zkušené porodní asistentky s dlouholetou praxí na porodním sále. Během porodu doma není možnost pořizovat CTG záznam, ale provádí se tzv. „virtuální CTG záznam“, to znamená, že se poslouchají ozvy plodu nepřetržitě během 10 minut. Tímto způsobem se vyhodnocuje pravidelnost srdeční akce plodu před, v průběhu a po děložní kontrakci. V případě potřeby podání oxytocinu nebo provedení dirupce vaku blan je žena převezena do zdravotnického zařízení. Po porodu porodní asistentka vyhodnocuje novorozeně podle Apgar skóre, váží ho, provádí první ošetření, podává vitamín K, odebírá krev na novorozenecký screening. Během šestinedělí porodní asistentka kontroluje ženu ještě nejméně dvakrát (Romanowska, 2016).

## **1.5 Spontánní porod**

Během spontánního porodu rodička může svobodně zaujmout polohu, ke které sama dospěje. Vyhledává takové polohy, které jí v daném okamžiku poskytují největší úlevu. Rodička se může aktivně pohybovat: kroužení boků, břišní tanec, pohupování v rytmu

hudby, chůze, stání. V první době porodní to mnohdy urychlí vnitřní rotaci hlavičky. Mezi kontrakcemi se rodička snaží efektivně odpočívat, maximálně využívat přestávky mezi děložními stahy k plnému uvolnění a zklidnění dechu. Aktivní porod je náročný, důležité je snažit se uvolnit po dobu trvání stahu a mezi stahy odpočívat (Iwanowicz-Palus, 2012; Odent, 2010).

### **1.5.1 Polohy během I. doby porodní**

V průběhu I. doby porodní žena může zaujímat rozmanité polohy, které přinášejí uvolnění a které jí jsou pohodlné. Většina porodnic jak v České republice, tak v Polsku, umožňuje během I. doby porodní volný pohyb. Na porodních sálech jsou běžně dostupné pomůcky jako míč, porodní vak, lano, žebřiny, které lákají rodičku k aktivitě. Vertikální polohy podporují intenzitu kontrakcí a schopnost dilatace hrdla a následně branky. To vše v konečném důsledku znamená zkrácení doby porodu. Doporučuje se chodit a při kontrakcích se předklánět dopředu, například se o něco opírat. Je vhodné rozkročit nohy do pohodlné vzdálenosti, pokrčít mírně kolena a kroužit boky nebo se jinak volně pohybovat. Některým ženám je příjemné opřít se o partnera – fyzický kontakt s partnerem umocňuje pocit - „nejsem na to sama.“ Sed na míči v I. době porodní podporuje uvolnění pánevního dna, zejména spojí-li ho žena s pohupováním či jiným podobným pohybem (Marczak, 2015).

Štomerová (2010) uvádí, že málokterá žena vydrží v jedné poloze déle než 20 – 30 minut. Porodní asistentka by měla podpořit ženu v intuitivním vyhledávání úlevových poloh. Chołuj (2008) doporučuje tanec společně s partnerem, krouživé pohyby pánví. Tím se uvolňuje a protahuje oblast křížové páteře a pánve. Iwanowicz-Palus (2012) popisuje tanec jako naprosto fantastický prostředek během aktivního porodu. Při poslechu příjemné hudby rodička relaxuje a pohybuje pánví. Během stahů doporučuje ženě sednout si do dřepu, přičemž chodidla mají být celými ploškami přitisknuta k podlaze. Poloha ve dřepu poskytuje největší prostor pánví. Chołuj (2008) doporučuje tuto polohu jako velice prospěšnou při každé etapě porodu. Vybízí k jejímu pravidelnému procvičování během

těhotenství. Je to nejvíce fyziologická porodní poloha. O'Marová (2013) píše, že dřep rozšiřuje pánevní otvor až o 25 % a plod tedy může snadněji postupovat porodními cestami (Iwanowicz-Palus, 2012; Chołuj, 2008; O'Mara, 2013; Štromerová, 2010).

Ženy, které během porodu chodí nebo mění polohy, mívají kratší porody, účinnější kontrakce, cítí větší pohodlí a menší potřebu farmaceutické analgezie při porodu. Pohyb je vynikajícím prostředkem stimulujícím porodní kontrakce. Chołuj (2008) klade důraz na odpočinek během I. doby porodní, doba mezi kontrakcemi je delší než kontrakce samotná (Chołuj, 2008; Štromerová, 2010).

Iwanowicz-Palus (2012) uvádí, že během vertikálních porodů se snižuje u rodiček hladina úzkosti. Aktivní rodičky se vnímají jako plně schopné, zdravé a více si věří. Hájek (2014) píše, že poloha ženy na zádech může způsobit poruchy prokrvení dělohy, placenty a druhotně tedy i plodu. Tato poloha může být také příčinou nepravidelnosti sestupu plodu porodními cestami. Pokud žena pociťuje únavu, je vhodný leh na boku. Je dobré, aby měla podložené horní koleno polštářem nebo složenou dekou (Iwanowicz-Palus, 2012; Hájek, 2014; Marczak, 2015).

### **1.5.2 Polohy během II. doby porodní**

V průběhu II. doby porodní neboli vypuzovací fáze si žena sama může zvolit porodní polohu. Mohou to být polohy ve dřepu, v mírném podřepu s oporou, vkleče nebo vsedě na nízké porodní stoličce s oporou zezadu. Může to být také poloha na všech čtyřech, která usnadňuje porod velkých plodů. Klečení účinně snižuje bolest, zejména v zádech. Sed na nízké porodní stoličce podporuje rozšíření porodních cest, rychlejší průchod plodu porodním kanálem a obvykle se ženě lépe tlačí. Chołuj (2008) doporučuje v přestávkách mezi kontrakcemi vstát a odpočinout si. Podle Iwanowicz-Palus (2012) se rodička instinktivně potřebuje nacházet blízko země, čímž se úzkost, kterou pociťuje, stává mírnější a snesitelnější. Rodička může využít poloh, ve kterých působí gravitace a může se tak plně poddat potřebám svého těla. V takovýchto polohách žena nemusí vynakládat tak velké úsilí při tlačení jako během porodu vleže nebo v polo-leže. V těchto aktivních

polohách se zkracuje délka trvání vypuzovací fáze. Volný pohyb pánve výrazně napomáhá průchodu dítěte. Vsedě nebo ve stoje se mění anatomické poměry v pánvi rodičky. Porodní asistentka může ženě doporučit změnu polohy nebo nabídnout určitou polohu, kterou je vhodné použít, jestliže porod postupuje velice pomalu nebo naopak velice překotně. Mezi stahy může žena stát nebo chodit, v okamžiku stahu rodička cítí potřebu něčeho se držet nebo jí může někdo zezadu podpírat. Pokud hlavička postupuje velmi pomalu, je důležité pozice měnit. Je vhodné zavěsit se celou vahou a poddat se síle stahu. Jakmile stah odezní, rodička se zase může volně pohybovat. Když hlavička dosáhne pánevního dna, může už rodička tlačit podle potřeby. U vícerodiček můžeme občas pozorovat, jak plod sestupuje sám bez výrazné pomoci matky. Preferujeme pomalý šetrný sestup plodu, aby nedošlo k poranění porodních cest nebo hráze. Chołuj (2008) popisuje, že ve vertikálních polohách není potřeba tlačit, doporučuje rychlé dýchání, „foukání“, aby se snáze odolávalo potřebě tlaku, plod sestupuje sám (Iwanowicz-Palus, 2012; Chołuj, 2008; Štromerová, 2010).

Pařízek popisuje, že zkušenosti mnoha porodnic, kde je možné rodit ve vertikálních polohách, ukazují na vyšší nárůst porodních poranění konečníku. Roztočil (2008) rovněž zmiňuje nárůst porodních poranění. Dále je toho názoru, že pokud necháme ženu svobodně si zvolit polohu, bude instinktivně volit nejméně bolestivou a nejpohodlnější polohu a ta ve většině případů nebývá přísně vertikální. Chołuj (2008) a Iwanowicz-Palus (2012) s tím nesouhlasí, popisují, že žena sama se instinktivně zvedá a že je jí nepohodlné tlačit v nepřírozené poloze vleže. Vyjmenovávají mnohé výhody vertikálních poloh, např. lepší výměnu plynů, což způsobuje dobré prokrvování placenty a tím pádem má plod i matka dostatek kyslíku (nedochází k tlaku na dolní dutou žílu), dále může rodička svobodně dýchat a lépe tak může přizpůsobit svůj dech silným kontrakcím. Ve vertikální poloze se zlepšuje účinnost stahů, jsou silnější, ale žena je většinou vnímá jako méně bolestivé, než v poloze vleže, z čehož také vyplývá méně častá potřeba farmakologického tlášení bolesti. Dalším pozitivem při této poloze je, že se kostrč během průchodu dítěte pánví může lépe oddálit, čímž dojde ke zvětšení prostoru malé pánve. Žena většinou nemusí vynakládat tak velké úsilí při tlačení a riziko porodních poranění je menší.



Možnost spontánně si volit polohu bývá pro ženu motivující a zlepšuje to víru ženy v samu sebe, což má příznivý vliv na postup porodu (Iwanowicz-Palus, 2012).

### 1.5.3 Porod do vody

Porod do vody je způsob vedení porodu, při kterém vypuzovací fáze probíhá pod úrovní vodní hladiny. Roztočil (2008) uvádí, že teplá voda má příznivý účinek na cévní a svalový systém, snižuje odpor dolního děložního segmentu a porodního kanálu, zvyšuje práh bolestivosti a snižuje psychické napětí rodičky. V teplé vodě rodička zažívá psychosomatickou relaxaci, dochází ke snížení pocitů strachu a stresu. Voda nadnáší, snižuje tak hmotnost ženy a umožňuje jí snazší nalezení pohodlné polohy. Rodička může využít jednu z vertikálních poloh jako sed nebo polosed. Hájek (2014) i Pařízek (2015) píšou o zvýšené relaxaci porodních cest a analgezií ve vodě a s tím spojené zkrácení I. i II. doby porodní. (Hájek, 2014; Pařízek, 2015)

V České republice byl vypracován doporučený postup pro porod do vody. V doporučeném postupu jsou stanoveny podmínky, za kterých lze v České republice akceptovat vedení porodu ve vodě. Těhotná, která se pro porod do vody rozhodne, musí být zcela zdravá a její těhotenství musí probíhat fyziologicky, porod musí nastat v termínu. Porodnický nález a CTG záznam při přijetí rodičky k porodu musí být fyziologický. Jednou s podmínek je nezatížena osobní porodnická anamnéza. Porod do vody se nesmí provádět při výskytu jakékoliv patologie v průběhu I. nebo II. doby porodní, při podání analgetik nebo epidurální analgezie. V situaci známé infekce rodičky např. hepatitis, HIV porod do vody je kontraindikován. (Gogela, 2007, Pařízek, 2015)

Podle Roztočila (2008) je v České republice možnost zvolit si porod do vody ve všech dobře vedených porodnicích. Uvádí, že zájem rodiček je přibližně v 1 % porodů. (Roztočil, 2008).

Ve vodě rodička zažívá psychosomatickou relaxaci. Takový způsob porodu je pro ni šetrný. Žena se lépe během porodních fází fyzicky uvolní, tím je také schopná se uvolnit psychicky a soustředit svoje úsilí na proces porodu. Voda masíruje celé tělo a umožňuje

vyplavení endorfinů, hormonů, které snižují bolest. Chołuj (2008) uvádí, že ve vodě dochází k relaxaci tkáně hráze, která je více poddajná a lépe se roztáhne, díky čemuž dochází k mnohem menšímu procentu porodních poranění. Uvádí také, že obvykle jsou ve vodě porodní kontrakce méně časté, ale účinnější. Je nutné kontrolovat teplotu vody a čas pobytu ve vodě. Štromerová (2010) doporučuje teplotu 37-38 °C. Rodičce musí být ve vodě příjemně, některé ženy preferují chladnější vodu, některé teplejší. Teplota v místnosti by měla být kolem 26 °C. V průběhu porodu hlavičky nejlépe nesaháme na hráz a nemotivujeme k tlačení. Často se stává, že rodička plánující porod do vody, během posledních kontrakcí vyjde z vany ven a porodí vedle vany nebo jinde. Marczak (2015) uvádí při porodech do vody lepší adaptaci novorozence na vnější prostředí. Porod do vody je bezpečný, pokud jsou dodrženy zásady bezpečnosti a nezbytná pravidla (Chołuj, 2008; Marczak, 2015; Štromerová, 2010).

## **1.6 Nefarmakologické metody tišení bolesti**

Nefarmakologické metody tišení bolesti jsou způsoby, které bez vedlejších, negativních účinků plynoucích z medikace, poskytují rodičkám úlevu od bolesti. Existuje celá škála nefarmakologických způsobů, jak lze mírnit porodní bolesti.

### **1.6.1 Hydroanalgezie**

Pařízek (2015) uvádí jako jednu ze základních metod hydroanalgezií, u porodu relaxační koupel. Koupel navazuje na analgezií a relaxaci a snižuje se při ní produkce katecholaminů. Rodička je vodou příjemně nadlehčována. Při relaxační koupeli lze jen intermitentně sledovat ozvy plodu, nelze natáčet záznam CTG, proto se doporučuje pouze pro fyziologické porody. Dlouhé koupele se nedoporučují především na začátku porodu (do branky 5 cm), jelikož mohou porod prodloužit. Pokud jsou v průběhu běžícího porodu účinné stahy, branka více než 4-5 cm, rodička může trávit ve vaně až jednu hodinu,

přičemž by jí měla porodní asistentka doporučit i několik kontrakcí mimo vanu. Koupel na začátku porodu nebo pobývání ve vodě déle než 1 hod. může zpomalit děložní kontrakce a být tedy důvodem prodlužování porodu. Naopak během aktivní fáze I. doby porodní koupel zrychluje otevírání děložní branky (Pařízek, 2015; Simkin, 2014).

Ve většině porodnicích v České republice a v Polsku mají rodičky k dispozici sprchu. Z důvodu jednoduchého způsobu desinfekce jde o nejčastější způsob využití hydroanalgezie v nemocničním prostředí. Žena ve sprše může stát či sedět a teplotu vody musí pociťovat jako příjemnou. Často rodičky cítí úlevu, když si nahřívají teplou vodou podbřišek nebo křížovou oblast páteře, především v případě křížových bolestí. Teplá voda významně snižuje stres během porodu (Chołuj, 2008).

## 1.6.2 Homeopatie

Homeopatie je metoda léčby pomocí malých dávek přírodních léků, kterou rozpracoval německý lékař a profesor farmakologie Samuel Hahnemann (1755-1843). Tento německý profesor farmakologie došel k závěru, že léky, jejichž symptomatický obraz se nejvíce podobá obrazu dané nemoci, s největší pravděpodobností vyvolají léčebnou odezvu potřebnou k uzdravení. Homeopatické prostředky se připravují z rostlin, zvířat, kovů, nerostů a původců nemocí.

Podle Stadelmannové (2009) se homeopatie zakládá na tom, že se lék a symptomy nemoci kryjí, tak jako určitý klíč pasuje jen do určité klíčové dírky. K použití se nabízejí neškodná léčiva bez vedlejších účinků. Jsou obzvláště vhodná v těhotenství, během porodu a při kojení, nepoškodí totiž ani matku ani dítě. Homeopatie je celostní terapie, která pozoruje celého člověka se všemi jeho tělesnými i duševními symptomy. Nemoc je vnímána jako oslabení životních sil a léčba jako posílení. (Moskowitz, 2008; Stadelmann, 2009)

Stadelmannová (2009) také uvádí velmi pozitivní zkušenosti s používáním homeopatických léků při obtížích v těhotenství i při porodu. Iwanowicz-Palus (2012) píše, že homeopatické léky zdolávají překážky, které se nacházejí v mechanismech

kontrolujících navrácení rovnováhy organismu. I tato autorka popisuje blahodárný vliv homeopatik na potíže v období těhotenství jako nechutenství, zvracení, při problémech s dýcháním nebo trávením, při onemocnění močových cest nebo chudokrevnosti. Doporučuje také tuto metodu při otocích často postihujících těhotné nebo při vysokém krevním tlaku. (Stadelmann, 2009; Iwanowicz-Palus, 2012)

Vhodně zvolené homeopatické léky dokážou ženu podpořit, aby mohla porod prožít a zvládnout. Nemůžeme homeopatickými léky tišit porodní bolesti při stazích, ale můžeme zvolit vhodné léky pro posílení rodičky a podporu normálního průběhu porodu. Léky, které napomůžou uvolnění, předejdou vyčerpání rodičky. Podle Formánkové (2008) můžeme vhodnými homeopatickými léky posílit děložní činnost, podpořit otevírání děložního hrdla v I. době porodní nebo pomoci při nepravidelných nebo neúčinných stazích. Sušická (2002) varuje, že není možné používat homeopatii preventivně „na usnadnění porodu“, jak se bohužel často považuje za běžné. Podání homeopatického léku musí vycházet z konkrétního stavu nebo situace rodičky (Sušická, 2002; Formánková, 2008).

Možnosti využití homeopatie v porodnictví jsou velmi široké. V Evropě se homeopatie využívá především v Německu, Anglii a Francii (Iwanowicz-Palus, 2012).

### **1.6.3 Aromaterapie, fytoterapie**

Aromaterapie je přírodní léčebná metoda. Základním léčícím nástrojem této metody jsou éterické oleje a extrakty ze silic. Tyto přírodní látky mají silné vlastnosti ovlivňovat fyzický, psychický a emoční stav člověka. Je to přírodní věda stará více než 5000 let. Zmínky o aromaterapii nalezneme už v Bibli. (Noe 2014; Samková 2011)

Aromaterapie spočívá v cíleném, terapeutickém využití čistých, přírodních éterických olejů a extraktů z rostlin. Éterické oleje se aplikují přes kůži formou masáže, inhalace, léčebné koupele či jako obklad. K éterickým olejům se musí vždy přimíchávat emulgátor jako např. rostlinný olej, aby mohly lépe působit přes kůži. Většina olejů totiž nemůže přijít přímo do styku s kůží (Samková, 2011).

Vonné esence působí na dvou úrovních – fyzické a psychické. Pokud jde o fyzické působení, může být tato metoda pomocná při zvládání bolestí nebo nevolností. Po psychické stránce nám oleje pomáhají při vyrovnávání se s často nesnadnou životní situací, jakou může být porod, osvěžují nás, pomáhají při koncentraci. Těhotné jsou velmi citlivé na vůně, doporučované jsou menší dávky vonných esencí. Samková (2011) popisuje, jak tato metoda může být velice účinná při fyziologických změnách, které těhotenství přináší. Může pomoci při různých obtížích, nicméně není to metoda, která zabrání vzniku gestační hypertenze nebo preeklampsie. Nabízí nám možnost jak se vypořádat přirozeným způsobem s přirozeným stavem, kterým těhotenství v naprosté většině je. Werwoodová uvádí mnohostranné použití aromaterapie při mnoha drobných těhotenských problémech, jako jsou bolesti zad, oteklé nohy, pálení žáhy, trávicí potíže nebo nespavost (Stadelmann, 2009; Samková 2011; Werwood 2009).

Iwanowicz-Palus (2012) označuje aromaterapii jako léčbu vůněmi. Využívá se jako nefarmakologická metoda porodnické analgezie v mnoha světových porodnicích. Při vdechování či inhalování z aromalampy se esence dostávají do průdušek, plicních sklípků, krevních kapilár, a tímto způsobem do krevního oběhu a do jednotlivých orgánů. Působí na cévy a svaly, zklidňují, navozují relaxaci nebo vyrovnávají, osvěžují či podporují koncentraci. Vonné esence stimulují lymfu, regulují nervový systém. Jemně ale účinně působí na naše mozková centra zodpovědná za vznik emocí a následně i na tvorbu a uvolňování různých hormonů. Vlivem éterických olejů se v organismu uvolňují endorfiny a encefaliny. Iwanowicz-Palus (2012) popisuje, že na porodním sále můžeme využít aromalampy, aromatickou koupel nebo umístit talířek s několika kapkami vybraných éterických olejů. Samková (2011) doporučuje aromaterapii především ve formě masáže, podporuje uvolnění nejen těla u porodu, ale hlavně psychiky, která je většinou za průběh porodu nejvíce zodpovědná. Hájek uvádí nízkou analgetickou účinnost aromaterapie v průběhu porodu (Iwanowicz-Palus, 2012; Samková, 2011; Hájek, 2014).

#### 1.6.4 Transkutánní elektrická nervová stimulace – TENS

Tato analgetická metoda se používá v medicíně od 70. let XX. století. V porodnictví byla poprvé použita ve Švédsku. Využívá pulzní proudy o nízké intenzitě, podobné intenzitě fyziologických proudů. Tato metoda v porodnictví využívá čtyři elektrody, první pár v oblastech Th<sub>10</sub> – L<sub>1</sub> pro I. dobu porodní a druhý pár na úrovni S<sub>2</sub> – S<sub>4</sub> pro II. dobu porodní. Impulzy elektrického proudu nízké intenzity jsou vysílány přes přenosný stimulator. Rodička cítí příjemné brnění v oblasti umístění elektrod. Metoda je nejvíce účinná, pokud je použita už od rané fáze I. doby porodní, kdy bolest začíná ženu obtěžovat. Proud funguje díky inhibici citění bolesti a stimulaci endogenních opiátů. TENS zeslabuje citění bolesti, způsobuje snížení počtu signálů odesílaných nervy k mozkové kůře. Stimulace sensorických nervů v místě bolesti významně zeslabuje bolestivé podněty vedené k mozku, což způsobuje zeslabené vnímání bolesti. Mozek, který přijímá sensorické podněty, nestíhá zpracovávat podněty bolestivé, čímž dochází k zeslabenému vnímání bolesti. Doporučuje se, aby si žena vyzkoušela tuto metodu ještě před porodem. Je to bezpečná metoda jak pro matku, tak pro dítě. Tato metoda se nesmí využít pouze u žen, které mají kardiostimulátor (Iwanowicz-Palus, 2012).

Pařízek (2012) uvádí, že je to jednoduchá analgetická metoda, která spojuje psychologický i somatický účinek a napomáhá redukovat potřebu farmak. Úlevu pocítuje 40-80 % rodiček (Pařízek, 2012).

V Polsku je tato metoda velmi populární, hlavně mezi ženami, které si přejí vyhnout se farmakologickým metodám. Některé porodnice nabízí vlastní TENS k použití během porodů, jinde si rodička musí donést vlastní. Tuto nefarmakologickou metodu tlumení bolesti nabízí třeba porodní dům ve Varšavě. Přístroj TENS je dostupný i v České republice. Pařízek (2012) doporučuje TENS jako část širokého spektra porodnické analgezie každého porodnického zařízení (Chołuj, 2008; Pařízek, 2012).

### **1.6.5 Audioanalgezie**

Audioanalgezie spočívá v poslechu příjemné hudby v průběhu porodu. Při poslechu hudby rodička začíná jinak vnímat bolesti na základě změny aktivity v mozkové kůře. Může to být například relaxační hudba, která navodí ženě uvolněnou atmosféru. Žena si může dopředu připravit oblíbené skladby. Pařízek (2012) doporučuje audioanalgezii jako vhodný doplněk pro všechny ostatní druhy metod porodnické analgezie, včetně epidurální (Pařízek, 2012).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

V rámci bakalářské práce „Alternativní metody v porodnictví v České republice a v Polsku“ byly stanoveny dva cíle:

Cíl 1: Zjistit alternativní metody používané v porodnictví v ČR a v Polsku.

Cíl 2: Porovnat rozdíly ve způsobu vedení porodu v ČR a v Polsku.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Ze stanovených cílů vyplynuly tři výzkumné otázky.

Výzkumná otázka 1:

Jaké alternativní metody jsou používané v ČR a jaké v Polsku?

Výzkumná otázka 2:

Jaké jsou rozdíly ve způsobu vedení porodu v ČR a v Polsku?

Výzkumná otázka 3:

Jaký mají přístup k alternativním metodám porodní asistentky v ČR a v Polsku?



## 3 Metodika

### 3.1 Metodika a technika výzkumu

Pro zpracování výzkumného šetření byla použita kvalitativní metoda. Sběr dat byl proveden technikou polostrukturovaných, individuálních, hloubkových rozhovorů. (Švaříček, Šed'ová, 2007). Rozhovory probíhaly s porodními asistentkami z ČR a z Polska, osobně nebo telefonicky (z důvodu větší vzdálenosti), během měsíce dubna 2016. Účast na výzkumu byla dobrovolná. Respondentky byly ujistěny o zachování anonymity a o sběru údajů pouze pro účel výzkumu v rámci bakalářské práce. Všechny účastnice výzkumu odpovídaly ochotně i na doplňující otázky. Informovaný souhlas od všech respondentek byl získán pouze ústně. Respondentky byly označeny následovně: polské porodní asistentky R1-R10, české porodní asistentky PA1-PA8.

Rozhovor obsahoval deset základních otázek (viz Příloha 1), pro upřesnění odpovědí byly použity doplňující otázky. V první části rozhovoru byly pokládány otázky sloužící k identifikaci respondentek. Dále byly otázky zaměřeny na průběh porodu v dané porodnici, použití alternativních metod a názor respondentek na tyto metody.

Trvání každého rozhovoru bylo v rozmezí 20-40 minut. Po odsouhlasení respondentkou byl každý rozhovor zaznamenán na diktafon, následně přepsán a vytištěn. Jednotlivé rozhovory s respondentkami byly očíslovány. V textu jsou na tato čísla uvedeny odkazy, např. R1 (Respondentka 1). Rozhovory byly následně zpracovány metodou obsahové analýzy. Získané informace byly následně analyzovány, barevně označeny a rozděleny do jednotlivých kategorií a podkategorií (Švaříček, Šed'ová, 2007). Byly vytvořeny dvě základní kategorie: Průběh porodu a Alternativní metody. První kategorie pak obsahuje čtyři podkategorie (První doba porodní, Druhá doba porodní, Třetí doba porodní a Čtvrtá doba porodní). Druhá kategorie Alternativní metody obsahuje dvě podkategorie (Používané metody a Názor na alternativní metody).

### 3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Rozhovory byly prováděny s porodními asistentkami v ČR a v Polsku. Pro výběr těchto výzkumných souborů byla zvolena metoda záměrného výběru, zvoleny byly pouze porodní asistentky pracující v porodnicích na porodních sálech. První výzkumný soubor tvořilo 10 porodních asistentek z Polska. Z důvodu zachování anonymity byly respondentky označené v textu R1-R10. Tyto porodní asistentky jsou zaměstnány na porodních sálech v nemocničních zařízeních ve městech Warszawa, Szczecin, Białystok, Katowice, Łódź, Wrocław, Poznań, Pszczyna, Sulechów, Świdnik. Jedna porodní asistentka byla zaměstnána zároveň v porodním domě, který je součástí porodnice. Výzkumný soubor v České republice tvořilo 8 porodních asistentek pracujících na porodních sálech v Praze, Písku, Karlových Varech, Klatovech, Krnově, Hořovicích, Rakovníku a Strakonících. Délka praxe v oboru porodní asistence se pohybovala od 4 do 30 let. Roční počet porodů ve zdravotnických zařízeních byl v rozmezí 120 – 8000.

## 4 Výsledky

### 4.1 Výsledky výzkumného šetření u polských porodních asistentek

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentek

| Identifikační údaje  | R1             | R2   | R3   | R4  | R5  | R6   | R7   | R8   | R9  | R10 |
|--|----------------|------|------|-----|-----|------|------|------|-----|-----|
| Délka praxe  | 17             | 30   | 29   | 25  | 32  | 10   | 24   | 27   | 32  | 26  |
| Počet porodů ve zdravotnickém zařízení, kde pracuje PA (za 1 rok). | 6750/<br>756 * | 2000 | 2000 | 120 | 700 | 3000 | 8000 | 1000 | 800 | 700 |

Zdroj: Vlastní

\*porodnice/porodní dům

Tabulka znázorňuje délku praxe porodních asistentek z Polska a také počet porodů za rok ve zdravotnickém zařízení, kde praxi vykonávají. Z tabulky vyplývá, že výzkumu se zúčastnilo 10 polských porodních asistentek s délkou praxe od 17 do 32 let. Počet porodů ve zdravotnických zařízeních, kde pracují, se pohybuje od 120 do 8000 porodů za rok.

#### Rozdělení kategorií a podkategorií

Na základě rozhovorů a údajů z nich získaných byly pro výzkumné šetření stanoveny dvě kategorie a šest podkategorií. Byla vytvořena kategorie Průběh porodu, která byla dále rozdělena do čtyř podkategorií: První doba porodní, Druhá doba porodní, Třetí doba

porodní a Čtvrtá doba porodní. Druhá kategorie byla pojmenována Alternativní metody a je rozdělena do dvou podkategorií: Používané metody a Názor na alternativní metody.

### **Kategorie 1: Průběh porodu**

V této kategorii jsme věnovali pozornost tomu, jak popisovaly polské porodní asistentky průběh porodu. Od příjmu na porodní sál až po propuštění na oddělení šestinedělí. Rozdělili jsme tuto kategorii do čtyř podkategorií podle po sobě jdoucích porodních dob.

#### **Podkategorie 1: I. doba porodní**

V této podkategorii je popsána péče porodní asistentky v I. době porodní v polských zdravotnických zařízeních. Všechny polské respondenty (R1-R10) uvedly, že v I. době porodní vůbec neprovádějí klasickou přípravu k porodu, vysvětlovaly to tím, že tělo samo se před porodem čistí - častějším vyprazdňováním, a že je naprosto zbytečné podávat klystýr. Všechny respondenty (R1-R10) uvedly, že neprovádějí klyzma ani holení, a tento postup se ani rodičkám nenabízí. R4 a R10 dodávají, že se poskytuje pouze na výrazné přání rodičky, nebo v případě hmatné plné rektální ampuli při vnitřním vyšetření nebo přetrvávající zácpě. R8 odpověděla: *„Koncem těhotenství působí ženský peptidový hormon – relaxin, který způsobuje samočištění organismu před porodem. Ženino tělo se přirozeně připravuje k porodu tím, že žena dostane průjem, vůbec není potřeba zasahovat a podávat klystýr.“* R4 k tomu dodává: *„Pokud si žena sama nežádá, děláme klystýr spíše ojediněle u spontánního porodu.“* Na dotaz týkající se holení, se všechny respondenty (R1-R10) shodly, že se vůbec neprovádí. Respondenty uvádějí (R4): *„Pubické ochlupení vůbec porodu nevadí, v případě potřeby nástřihu je možné oholit pouze konkrétní místo na hrázi.“*; (R5): *„...vůbec si nemohu vzpomenout, kdy jsem naposledy držela v ruce holicí strojek.“*

V další odpovědi na dotaz o přítomnosti partnera, dudy nebo jiné blízké osoby v průběhu I. doby porodní se všechny respondenty (R1-R10) naprosto shodly.

Přítomnost blízké osoby podle volby rodičky je naprostou samozřejmostí ve všech dobách porodních a ve všech zdravotnických zařízeních. Respondentky kladou důraz na rodinný charakter porodů. Jedna z porodních asistentek (R9) uvádí: *„Přirozeného porodu se často účastní partner nebo někdo blízký. Úkolem porodní asistentky je také pomoci doprovodu, naznačit, co lze udělat, jak rodičku podpořit a projevit jí lásku.“* Dvě respondentky uvádí (R3, R8), že přítomnost blízkých osob je z prostorových důvodů omezena pouze na 1 osobu. Respondentka (R3) konstatuje, že *„tyto osoby se mohou vyměnit, pokud by se partnerovi například udělalo nevolno, může ho nahradit jiný člen rodiny podle volby rodičky.“* V ostatních zdravotnických zařízeních, je podle výpovědi respondentek (R1, R2, R4, R5, R6, R7, R9, R10) možný počet 1-3 osob podle domluvy se zdravotnickým personálem. R4: *„Neexistují žádná doporučení týkající se počtu doprovázejících osob u porodu, ale vzhledem k velikosti porodních pokojů nejsou vhodné davy...“*

Z rozhovorů vyplynulo, jaký je způsob vedení I. doby porodní. Všechny porodní asistentky (R1-R10) se shodly na tom, že doporučují a podporují pohyb a změny poloh v průběhu celé této porodní doby. Jedna porodní asistentka (R4) popisuje: *„Rozhodně doporučujeme veškerou aktivitu, rodička může využívat veškeré pomůcky, které se nachází na porodním sále jako například míč, žíněnky, žebřiny a hydroterapii ve sprše nebo ve vaně.“* Ve výpovědích šesti respondentek (R1, R3, R4, R5, R7, R8, R10) zaznělo, že pohyb způsobuje, že významně méně vnímáme bolest. R8 naznačuje: *„Pokud porod probíhá fyziologicky, vybízíme ženu k pohybu a k hledání pozic, které jí mohou přinést úlevu.“* R7 uvádí: *„Na našem porodním sále je dostatek prostoru a intimity k tomu, aby rodička mohla zaujímat různé polohy podle svého přání. Muže klečet nebo být na všech čtyřech na pohodlných matracích a nemusí se obávat, že spadne z postele. Aktivita pomáhá otevírání porodních cest, rodička má úplnou svobodu pohybu po celou dobu porodu.“*

Podle výpovědí polských respondentek ve všech zdravotnických zařízeních využívají vstupní CTG. Při vstupním CTG se natáčí obvykle záznam 20-30 minut. Dvě porodní asistentky (R2, R7) uvedly, že používají kontinuální sledování plodu v průběhu porodu, R2 uvádí: *„Používáme telemetrický kardiokograf, který vůbec neomezuje rodičky*

v jakémkoliv pohybu“. Porodní asistentka (R7), která pracuje v největší porodnici v Polsku, uvádí: „Na našem porodním sále máme 8 porodních pokojů, využíváme centrální monitorovací systém srdeční aktivity plodu, který nám umožňuje sledovat více rodiček najednou. I když je rodička připojena ke CTG, nabízíme jí možnost pohybu a zaujímání úlevových poloh. To, že je připojena, nenutí rodičku ležet.“ Osm porodních asistentek (R1, R3, R4, R5, R6, R8, R9, R10) se shodlo v tom, že využívají intermitentní sledování plodu. Ozvy plodu poslouchají každých 15-20 minut, CTG záznam je natáčen 2-4 hodiny. Porodní asistentka (R5) uvádí: „CTG natáčíme podle situace a dynamiky porodu, v případě fyziologického nálezu většinou intermitentně posloucháme ozvy 15-20 minut.“ R1 popisuje, jak vypadá sledování plodu v porodním domě: „V porodním domě obvykle natáčíme jeden CTG záznam při příjmu, v dalším průběhu porodu sledujeme ozvy plodu pouze poslechem intermitentně.“

Dále z rozhovorů vyplynulo, jaké nefarmakologické metody jsou nejčastěji využívány v I. době porodní. Devět z deseti porodních asistentek (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R10) uvedlo mezi prvními aktivitu, masáž prostřednictvím blízké osoby a hydroterapii. Šest z deseti porodních asistentek (R1, R2, R4, R6, R9, R10) uvedlo, že se na porodním sále nachází vana a rodičky mohou použít relaxační koupel. Všechny dotazované uvedly (R1-R10), že rodičky mohou využít také sprchu. R9 uvedla: „Ženy mají velmi v oblibě relaxační koupel, vlivem teplé vody se dokáží krásně uvolnit a porod pak dobře postupuje.“ R2 popsala: „Často ukazujeme partnerům jak masírovat křížovou oblast, rodičkám trpícím na křížové bolesti to přináší značnou úlevu.“ R4 zmínila: „Aktivita je nejlepší způsob proti porodní bolesti, především pohyb a snaha najít co nejúčinnější úlevovou polohu.“

Všechny porodní asistentky (R1-R10) se shodly v tom, že porodnice, kde pracují, nabízejí velké množství pomůcek, které rodičky mohou používat v průběhu porodu. Graf č.1 (viz Příloha 2) znázorňuje, jaké metody a pomůcky jsou nabízeny a používány k tišení bolesti na polských porodních sálech podle odpovědí porodních asistentek. Na všech porodních sálech mají ženy k dispozici sprchu, teplé/studené obklady a gymnastický míč. Většina z dotazovaných porodních asistentek hovořila o tom, že na jejich sále má rodička k dispozici žíněnky, na kterých může volně zaujmout libovolnou úlevovou polohu.

Další odpovědi charakterizující I. dobu porodní se týkaly farmakologických metod používaných v průběhu porodu. Dvě PA (R1, R3) uvedly, že na porodním sále využívají k tlumení bolesti pouze epidurální analgezií. R1: *„Kdysi jsme také používali jiné metody jako například entonox, ale novorozenci po něm nebyli zcela fit, ačkoliv se nejednalo o novorozence, kteří by potřebovali resuscitaci, ale zkrátka nebyli na celých 10 bodů ... dolargan nepoužíváme, používáme pouze epidurální analgezií jako jedinou bezpečnou metodu jak pro matku, tak pro novorozence.“* Dvě porodní asistentky (R9, R10) z menších porodnic uvádějí, že epidurální analgezie není dostupná. R10 hovoří o tom, že: *„Těhotné ženy jsou již na předporodních kurzech informovány, že tato forma analgezie není k dispozici. Někdo se rozhodne pro jinou porodnici, někdo po absolvování celého kurzu pocítí důvěru ke svému tělu a emoční podporu ze strany porodních asistentek, a představa porodu s epidurálem je odsunuta na vedlejší kolej.“* Dvě porodní asistentky (R4, R5) uvedly, že na jejich porodním sále se používá entonox a epidurální analgezie pro farmakologické tlumení bolesti. Vysvětlují, že pokud se jedná o začátek porodu, nabízejí epidurální analgezií, a když už se porodní děj chýlí ke konci, spíše už jen entonox. Čtyři porodní asistentky (R2, R6, R7, R9) uvedly, že k tlumení bolesti se používá také Dolsin. R7: *„Preferujeme nefarmakologické metody, které nenarušují porodní rytmus, nenabízíme aktivně farmakologické metody, ale v případě potřeby máme k dispozici epidurální analgezií, Nalbufin, paracetamol, Dolsin a entonox.“* Všech deset porodních asistentek (R1-R10) zmiňovalo také spasmolytika jako farmakologické metody, například Buscopan nebo Spasmopan, dále oxytocin k posílení stahů, samozřejmě pouze pokud rodička souhlasí.

## **Podkategorie 2: II. doba porodní**

Tato podkategorie popisuje II. dobu porodní v polských porodnicích. Na úvod byla porodním asistentkám položena otázka na možné polohy během druhé doby porodní. Čtyři porodní asistentky (R1, R2, R6, R9) uvedly, že v jejich porodnici existuje porodní vana a rodička může porodit do vody. Na otázku, v jaké porodní poloze může rodička porodit v jejich porodnici, se všech deset porodních asistentek (R1-R10) shodlo, že může

porodit v jakékoliv spontánní poloze, ke které sama dospěje. Respondentky potvrdily, že rodička nemusí být na porodním lůžku. Šest porodních asistentek hovoří o alternativě k porodním lůžkům, jakou jsou porodní stoličky, které poskytují fyziologickou polohu a zajišťují rodičce pohodlí. Dvě porodní asistentky (R3, R8) popisují, jak vyloženě aktivně doporučují rodičkám vertikální polohy. Porodní asistentka pracující jak v porodním domě, tak na porodním sále uvádí (R1): *„V naší porodnici jak na porodním sále, tak v porodním domě může rodička porodit v libovolné poloze, na porodní stoličce, do vody, nebo třeba na velkém tvarovacím vaku. Samozřejmě je to také o spolupráci rodičky s porodní asistentkou, stává se, že plod lépe vstupuje do pánve v konkrétní poloze, tak doporučujeme právě tu polohu...“*. *„Chodím také k domácím porodům, takže umím ženu odrodit v jakékoliv poloze. Bohužel je hodně žen, které spíše volí porodní lůžko, cítí se na něm bezpečně, třeba pro případ, že by měly omdlít, jsou již na posteli....“*, říká R3. R6 k tomu dodává: *„Žena může porodit v libovolné poloze, ve stoje, zavěšena na laně, na porodní stoličce, bohužel pouze 10 ze 40 porodních asistentek pracujících u nás na sále je připraveno přijmout porod v jiné poloze než klasicky na porodním lůžku.“*

Rutinní nástřih hráze – další specifický problém, se kterým se setkáváme v průběhu II. doby porodní. Všech deset porodních asistentek (R1-R10) se shodlo na tom, že se vůbec neprovádí rutinní nástřih hráze, ani u primipar. Tři respondentky (R1, R2, R10) vyjmenovávají k tomu tématu: poddajnost tkáně, anatomické podmínky, velikost dítěte a trpělivost rodičky. Dvě porodní asistentky (R2, R7) naznačují důležitost spolupráce rodičky s porodní asistentkou. R3 se k tomuto tématu vyjadřuje takto: *„Ženy jsou v současné době velmi dobře informované, velmi jim záleží na chránění hráze. Bohužel se stává, že ke konci porodu jim dochází trpělivost, porod bez nástřihu hráze znamená pro primiparu kolem 8 porodních stahů navíc...“* R8: *„Rutinně chráníme hráz z principu. Na rozhodnutí o nástřihu hráze má obzvlášť vliv chování rodičky, pokud je rodička hodně rozrušená a nespolupracuje s porodní asistentkou. Podstatou ochrany hráze je to, aby se hlavička rodila velmi pomalu, k tomu je potřeba trochu času. Pokud spojíme sílu stahu a tlaku, který rodička vyvíjí, je občas velmi obtížné udržet hlavičku plodu v bezpečném tempu při postupování hrází.“*



Dalším dotazem jsme zjišťovali, kdo určuje, v jaké poloze bude žena родit. Všechny porodní asistentky (R1-R10) souhlasně tvrdily, že žena určuje polohu, ve které chce porodit. Čtyři respondentky (R1, R4, R5, R10) dodávají, že je to po domluvě s porodní asistentkou, eventuálně po domluvě s lékařem. R1: *„V případě, že porod krásně běží a všechno probíhá fyziologicky, žena rodí v absolutně libovolné poloze v porodním domě i v porodnici. Někdy porodní poloha vyplývá z rozhodnutí porodní asistentky, nikoliv pro její pohodlí, ale z důvodu, že dítě určitým způsobem rotuje v porodním kanále, tudíž doporučujeme konkrétní polohu. (...) Občas prosíme ženu, ať si zkusí sednout do dřepu, protože tak hlava plodu nejlépe vstupuje do porodního kanálu. Někdy je porodní poloha dána průběhem porodu, ale všeobecně platí pravidlo, že vedeme porody ve všech možných polohách.“* Jiná respondentka (R7) naznačuje, jak je důležité, když je žena uvědomělá a chce porodit jinak než v klasické poloze: *„Rodička může zaujmout polohu podle své volby, polohu, ke které sama dospěje. Bohužel se stává, že ženy nevědí, že mohou porodit jinak než v klasické poloze, jsou úzkostlivé, často je musíme vést, doporučit, ukázat, že to jde také jinak.“* Podle respondentky (R6): *„V polohách vertikálních má žena možnost se volně pohybovat. Ona volí jakou polohu zaujmout. Porodní asistentka může doporučit, co by v dané situaci mohlo být dobré, ale rozhoduje zde žena sama. Při poloze vleže je žena v pasivní pozici, porodní asistentka nebo lékař jsou ti, kteří řídí celý proces.“* Šest porodních asistentek (R2, R3, R5, R6, R8, R10) vidělo největší problém v tom, jaký postoj k výběru poloh rodičkou má lékař, který je přítomen u porodu. R8: *„Pokud je lékař hodně otevřený k přání rodičky, pak nic nenamítá, pokud žena chce být mimo porodní lůžko, chce si kleknout, nebo být v pozici na všech čtyřech či na porodní stoličce. Jiní bohužel ženu přesvědčují, aby zaujala klasickou polohu, a jelikož mají silnou přesvědčovací schopnost a autoritu, rodička se nejčastěji nepouští do dlouhých diskuzí a zaujme takovou polohu, jakou jí lékař doporučuje. Především když doktor říká, že takhle to bude snazší.“*

Poslední dotaz v této podkategorii byl směřovaný na názor porodních asistentek na vliv polohy na porodní poranění. Vzhledem k dlouholeté praxi porodní asistentky uvedly, že všechny mají bohaté zkušenosti s porody ve vertikálních polohách. Devět respondentek z deseti (R1, R2, R3, R4, R6, R7, R8, R9, R10) jsou názoru, že vzpřímená

poloha znamená menší riziko poškození hráze, hráz se rozvíjí rovnoměrně, kladen je důraz na pomalý proces rodící se hlavy plodu. Pět respondentek (R1, R6, R7, R8, R10) k tomu dodává, že ve vertikálních polohách není potřeba hráz chránit, tkáň se lépe adaptuje, je vyvíjen rovnoměrný tlak na celou hráz a rodička má větší šanci porodit úplně bez poranění nebo s menším poraněním. Zajímavá je výpověď R8: *„Ve vertikálních polohách dochází k daleko lehčím poraněním hráze a je mnohem menší potřeba hráz nastříhávat. V poloze pololežící nebo ležící, obzvláště pokud jsou paty výše než hýždě, je napětí na dně hráze velmi silné a je velmi těžké chránit hráz v této poloze, i když je lépe vidět. Zatímco když chodidla spustíme níže a budou ležet pod úrovní hýždí, bude napětí v hrázi tak malé, že pokud dojde k prasknutí, poranění většinou nebývá veliké. Většinou je to poranění, které stačí zašít 2-4 stehy. Zasaženými místy jsou nejčastěji poševní předsín, samotná kůže, málokdy se stává, že se děje něco zneklidňujícího uvnitř pochvy a je potřeba chirurgické intervence v samotné pochvě.“* R6: *„Ve vertikálních polohách méně nastříháváme hráz. Za prvé je to technicky těžší, za druhé také využíváme vertikálních poloh proto, abychom se tomu vyhnuli. Vertikální polohy jsou nejlepšími možnými polohami při porodu. Pokud se díváme na porodní kanál, měly by způsobovat co nejmenší porodní poranění.“* Porodní asistentka R5 doporučuje různé polohy, ale ne vždy vertikální: *„Odmítám tvrzení, že vertikální polohy jsou prospěšné k ochraně hráze, jsem názoru, že například v poloze ve dřepu žena může mít větší poranění hráze než v poloze na všech čtyřech nebo při porodu v poloze na boku“.*

### **Podkategorie 3: III. doba porodní**

Tato podkategorie popisuje, jak vypadá porodní péče ve III. době porodní. První dotaz v této podkategorii jsme směřovali k rutinnímu podávání oxytocinu, tj. k aktivnímu vedení III. doby porodní. Pět porodních asistentek (R1, R2, R3, R9, R10) potvrzuje fakt rutinního podávání oxytocinu k odloučení placenty, standardně se podává 5 j. oxytocinu. Porodní asistentka (R2) udává, že oxytocin se podává rutinně všem, ale pokud si to žena nepřeje, tak jej samozřejmě nedostane. Pět zbylých respondentek (R4, R5, R6, R7, R8) udává používání oxytocinu jen občas, striktně individuálně, v případě potřeby. R8:

*„Vůbec nepoužíváme oxytocin k porodu placenty. Nesetkávám se s takovou praxí již delší dobu, kdysi se podával oxytocin a methylergometrin, dnes už se to nedělá. Stává se, že oxytocin používáme, ale v průběhu IV. doby porodní, pokud není děloha retrahovaná, a krvácení je příliš velké. Nejčastěji tato situace nastává, když žena u sebe nemá novorozence z toho důvodu, že se jedná například o nedonošené dítě nebo o dítě s vrozenými vadami.“ R1: „K podávání oxytocinu přistupujeme individuálně, nicméně Polská gynekologická a porodnická společnost doporučuje podávat oxytocin na začátku III. doby porodní.“*

Z rozhovorů dále vyplynulo, kdo nejčastěji ošetřuje porodní poranění vzniklé u porodu. Čtyři respondentky (R2, R6, R7, R8) uvedly, že porodní poranění šijí pouze lékaři. Ostatní porodní asistentky (R1, R3, R4, R5, R9, R10) se vyjádřily tak, že porodní poranění šijí jak porodní asistentky, tak lékaři, kromě poranění 3. a 4. stupně, které šijí pouze lékaři. R4: *„Vzhledem k tomu, že porody vedeme šetrným způsobem, perineální traumata jsou obvykle malá, šijeme je samy v lokální anestezii“*. R10: *„Menší poranění hráze šijeme samy, u větších prosíme o ošetření lékaře.“*

#### **Podkategorie 4: IV. doba porodní**

Další oblast, na kterou jsme se zaměřili, je IV. doba porodní. Naše snaha se soustřeďuje na zjištění průběhu této doby porodní, zkoumáme specifika této doby, jako jsou bonding, pozdější přerušení pupeční šňůry, přítomnost partnera nebo délka pobytu rodičky na porodním sále.

Ptali jsme se na průběh prvního kontaktu dítěte s matkou, zda porodnice podporuje plný, nepřerušovaný dvouhodinový bonding. Osm porodních asistentek (R1, R2, R4, R5, R6, R8, R9, R10) deklaruje nepřerušovaný kontakt matky s novorozencem. Porodní asistentka R5 uvádí: *„Vstupní pediatrické vyšetření se koná na břiše ženy. Novorozenec je v nepřerušovaném kontaktu skin-to-skin, lékař poslouchá novorozence fonendoskopem a obvykle oznamuje rodičům, že se dítě narodilo v dobrém stavu, je v pořádku, není ho v tuto chvíli třeba vyrušovat a že přijde za dvě hodiny.“* R8: *„Novorozenec je nepřetržitě na břiše u matky, vysvětlujeme rodičkám jak je tento kontakt, seznamování se, nesmírně*

*důležitý. Přesvědčujeme rodiče, že na výsledky míry a váhy dítěte mohou počkat, dozvědí se to až po dvou hodinách. Novorozenec je měřen a vážen až na oddělení.*“ Zbylé porodní asistentky (R3, R7) hovoří o brzkém přiložení k prsu, žena je s dítětem v nepřetržitém očním kontaktu, novorozenec je vážen na stejném porodním pokoji. Nicméně nepřetržitý kontakt není plně umožněn. R7, porodní asistentka, která vykonává praxi v největší nemocnici v Polsku, kde se rodí od 20 do 30 dětí denně: *„Většinou po delším prvním kontaktu po porodu novorozence na chvíli odneseme, aby mohlo proběhnout první krátké ošetření, měření a vážení. Novorozenec je opravdu za několik minut zpátky u matky. Snažíme se, aby toto odloučení bylo opravdu co nejkratší. Rodiče jsou s dítětem v nepřetržitém očním kontaktu.*“ Sedm porodních asistentek (R1, R2, R3, R5, R6, R8, R9) deklaruje přestřižení pupeční šňůry až po dotepání. Tři (R4, R7, R10) hovoří o tom, že je jednáno podle aktuální situace na sále a přání matky. R9: *„Vždy po porodu odebíráme krev z pupečnickové žíly a arterie na vyšetření krevních plynů a vnitřního prostředí, z toho důvodu nečekáme dlouho s přerušением pupečníku, ale na přání rodičky čekáme až pupečník dotepe.*“ Dále všechny asistentky (R1-R10) uvádí, že partner samozřejmě může být přítomen společně s rodičkou v průběhu celé IV. doby porodní. R10: *„Oba rodiče mají možnost seznamovat se s novorozencem, obdivovat ho, zamilovat se do něj a od prvních vteřin navazovat rodičovský vztah.*“ Devět porodních asistentek z deseti (R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10) mluví o dvouhodinovém pobytu po porodu na porodním sále. Porodní asistentka, pracující v porodním domě i na klasickém porodním sále uvádí shodnou dobu 2-4 hodin, kdy rodička zůstává na porodním sále a je sledována.

## **Kategorie 2: Alternativní metody u porodu**

Tato kategorie ukazuje alternativní metody, jaké jsou používány na porodních sálech v Polsku. V neposlední řadě také představujeme názory porodních asistentek na tyto metody.

## Podkategorie 1: Používané metody

V této podkategorii představujeme alternativní metody, které zazněly ve výpovědích polských porodních asistentek. Všechny respondentky (R1-R10) se shodly, že přítomnost doprovodu podporujícího rodičku je naprostou samozřejmostí. Tři respondentky (R1, R2, R5) zmiňují přítomnost dudy. R1 hovoří: „*Již od příjmu na porodní sál může být neustále přítomen partner nebo dula společně s rodičkou až do konce jejího pobytu*“. Všechny respondentky (R1-R10) odpovídaly, že v prostorech porodního sálu rodičky mohou se volně pohybovat a také, že pohyb je doporučován. R4 uvedla: „*Pokud má sama rodička chuť k pohybu, jsme pro, občas když to situace vyžaduje, naznačujeme některou vhodnou polohu nebo pohyb, který může usnadnit průběh porodu*.“ Co se týká nefarmakologických metod tlumení bolesti, všechny respondentky (R1-R10) uváděly aktivitu, masáže partnerem, blízkou osobou nebo dulou. Všechny také hovořily o blahodárných účincích hydroterapie, na všech pracovištích jsou rodičkám k dispozici sprchy. Šest z deseti porodních asistentek (R1, R2, R4, R6, R9, R10) může nabídnout rodičkám relaxační koupel. Čtyři porodní asistentky (R1, R2, R6, R9) hovořily o tom, že rodička může porodit do vody. Graf č.1 (viz Příloha 2), znázorňuje, jaké metody a pomůcky jsou nabízeny a používány k tišení bolesti na polských porodních sálech. Všechny respondentky (R1-R10) se shodly, že žena může porodit v jakékoliv spontánní poloze, pokud nechce, nemusí být na porodním křesle. Respondentky potvrdily, že vedou porody ve vertikálních polohách, devět respondentek (R1, R2, R3, R4, R6, R7, R8, R9, R10) je názoru, že vzpřímené polohy vedou k menším porodním poraněním. Jedna porodní asistentka (R5) zastává názor, že šetrnější k porodnímu kanálu jsou polohy na všech čtyřech nebo na boku. Nepřetržitý poporodní kontakt matky s dítětem potvrzuje osm z deseti respondentek (R1, R2, R4, R5, R6, R8, R9, R10). Ostatní dvě (R3, R7) hovoří, že dítě je odloučeno jen na první ošetření, na nezbytnou, krátkou dobu.

## Podkategorie 2: Názor na alternativní metody

Tato podkategorie popisuje, jak odpovídaly respondentky na poslední dotaz v našem rozhovoru, který jsme směřovali na jejich názor na alternativní metody v porodnictví. Bez váhání můžeme jednoznačně říct, že všechny respondentky (R1-R10) vyjádřily svůj kladný, velmi vstřícný vztah k alternativním metodám. Níže citujeme ty nejzajímavější. Ve výpovědích porodních asistentek se opakují tato témata: svoboda volby a možnost vyhnout se medikaci.

R9: *„Jako jedna z prvních jsem zavedla změny na porodním sále. Ze začátku bylo těžké vysvětlit lékařům, že nechceme vstupovat do jejich kompetencí, že pouze chceme zajišťovat rodičkám pohodlí. Pokud byl lékař toho názoru, že to není dobré, snažila jsem se přesvědčit ho, že rodiče je takto dobře, je vidět, že jí vyhovuje tato poloha a přináší jí potřebnou úlevu. Jsem toho názoru, že žena by měla být aktivní, ať využívá tu formu aktivity, která jí nejvíce vyhovuje. Výběr pomůcek je velký a tak je to správné, žena musí vědět, že může použít všechny pomůcky nebo jen ty, které jí nejvíce vyhovují. Má možnost volby.“* Respondentky R6 a R8 hovoří o přítomnosti doprovodu u porodu, jak může rodiče pomoci, ale také nemusí. R8: *„Jsem toho názoru, že nejlepší věc, jakou bylo možné vnést na porodní sál, je doprovod k porodu. Také chodí často se ženami k porodu dudy, které je podporují v průběhu porodu. Tyto ženy daleko lépe zvládají celý porodní proces. Od doby, kdy můžeme používat na porodních sálech sprchu, míče, využíváme podporující manžely a dudy, spotřeba léků k tišení bolesti významně klesla. Naštěstí díky možnosti používat alternativních metod už nepoužíváme opiáty na porodním sále, kdysi to byla naprosto běžná záležitost. Žena díky všem těmto možnostem může snadněji ovládat své vlastní tělo, své pocity, emoce...může klidněji vnímat porodní proces. Podepisuji se oběma rukama za to, že je můžeme používat, protože vidím výsledky. Když jsem začínala před 27 lety, porodnice byla uzavřena, ženy ležely, nemohly si ani dojít na toaletu, musely močit na mísu, ženy křičely, byly nepřičetné, byla nutnost používat celou škálu léků. V průběhu času, jak se nastartovaly inovační změny na porodních sálech, použití léků rozhodně kleslo a ženy díky různým možnostem porod lépe zvládají.“* R7: *„ Je skvělé, že existují alternativní metody a že je můžeme používat. Musíme se snažit o to, aby žena měla*

možnost volby. Na prvním místě - místo porodu, na druhém – způsob, jakým chce porodit.“ R2: „Jsem pro, dává to ženě vždy možnost volby. Ženě a také porodní asistentce.“ Porodní asistentka s 29letou praxí, v roce 2001 se stala nejlepší porodní asistentkou roku, R3: „Jsem příznivkyní alternativních metod a přirozených porodů. Je to můj velký koníček. Všechny porody by se měly odehrávat tak, jak si žádá ženino tělo. Žena by se měla zaposlouchat do svého těla. Její tělo by jí mělo samo ukázat, jak má porodit.“ R5: „Bez alternativních metod už si vůbec nedovedu představit současné porodnictví. Jsem toho názoru, že ženy by měly mít ještě více možností. Porodní sály by měly nabízet ženám bohatou výbavu, lana, žebřiny, míče, vodu, vanu, zkrátka bohatý výběr. Čím více má žena možností, tím lépe porod postupuje.... Ještě přeji všem otevřenější přístup lékařů, část jich je bohužel uzavřená v takové podobě porodnictví, kdy oni sami rozhodují a všechno vědí nejlépe... Absolutně si nemohu představit návrat k porodnictví před mnoha lety, kdy ženy rodily vleže, nemohly chodit, to by už opravdu nebylo možné.“ R10: „Jsem pro všechny alternativní metody. I když jsou různé názory na toto téma. Vidím, že tento přístup přináší výsledky, ženy lépe zvládají porodní proces. Ženy se mohou pohybovat, zaujímat různé úlevové polohy. Například polohou můžeme ovlivnit průběh porodu, opravit porodní proces, znovu nastavit na fyziologii. Pokud můžeme přirozeně něčemu pomoci, žena si pak může odnést vědomí, že to sama zvládla. Takto žena pocituje, že všechno závisí na ní, ona to zvládne a může z toho následně čerpat sílu. Důležitá je také empatie porodní asistentky.“

## 4.2 Výsledky výzkumného šetření u českých porodních asistentek

Tabulka 2 Identifikační údaje respondentek

| Identifikační údaje  | PA1  | PA2 | PA3 | PA4 | PA5 | PA6  | PA7 | PA8 |
|--|------|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|
| Délka praxe  | 2    | 22  | 8   | 4   | 13  | 10   | 8   | 15  |
| Počet porodů ve zdravotnickém zařízení, kde PA pracuje (za 1 rok). | 6500 | 900 | 850 | 800 | 800 | 1500 | 450 | 750 |

Zdroj: vlastní

Tabulka ukazuje délku praxe českých porodních asistentek a počet porodů ve zdravotnických zařízeních, ve kterých pracují. Z tabulky vyplývá, že této části výzkumu se zúčastnilo celkem 8 porodních asistentek. Délka jejich praxe byla v rozmezí od 2 do 22 let. Počet porodů v českých porodnicích, ve kterých byly porodní asistentky zaměstnány, se pohybuje od 800 do 6500 porodů ročně.

Výsledky výzkumu byly rozděleny na 2 kategorie a 6 podkategorií. V první kategorii popisujeme odpovědi respondentek na téma průběhu porodu, ve druhé se zaměřujeme na alternativní metody a názory na ně.

### **Kategorie 1: Průběh porodu**

Tato kategorie ukazuje, jak české respondenty popisují průběh porodu v zařízení, kde vykonávají praxi.



## Podkategorie 1: I. doba porodní

V této podkategorii je popsán průběh I. doby porodní v českých zdravotnických zařízeních. Šest porodních asistentek (PA1, PA2, PA3, PA4, PA6, PA8) tvrdilo, že se provádí klasická předporodní příprava – klyzma a holení – v případě potřeby. PA4: *„Pouze tyto možnosti nabízíme, téměř všechny ženy však souhlasí.“* Porodní asistentky PA3, PA4, PA6, P8 uvádějí, že doporučují rodičkám podstoupit předporodní přípravu. PA6 hovoří: *„Když žena striktně odmítá, tak ji nenutíme. Nicméně doporučuje se to a většina žen souhlasí.“* Respondentky PA5 a PA7 informují, že k přípravě přistupují velmi individuálně a že rodičky často chodí s porodním plánem, kde je uvedeno, zda s přípravou souhlasí. PA7 uvádí: *„Když mají ženy jednu kontrakci za druhou tak už se snažíme rušit jen minimálně. Příprava je individuální, pokud ta žena si to nepřeje, tak na tom netrváme, u rodiček, které chtějí rodit do vody, těm dáváme klyzma, také u žen, které mají zácpu a nebyly na toaletě několik dnů, holení je podle na jejich přání.“*

Další dotaz jsme směřovali na přítomnost doprovodu u porodu. Čtyři z osmi porodních asistentek (PA2, PA5, PA6, PA7) se shodlo, že partner nebo jiná blízká osoba může být po celou dobu přítomna u porodu. Čtyři respondentky (PA1, PA3, PA4, PA8) hovořily o tom, že partner nebo jiný doprovod může být s rodičkou neustále, ale až po její přípravě. Ve všech porodnicích je přítomnost doprovodu, většinou do 2 osob, naprostou samozřejmostí. PA1: *„Partner může být s rodičkou hned po přípravě, není úplně prostor na to, aby mohl být přítomen již od začátku.“* Tři respondentky (PA1, PA5, PA7) zmiňují jako doprovod také dluhu.

Z rozhovorů vyplynulo, že všech osm (PA1-PA8) porodních asistentek doporučuje aktivitu během I. doby porodní. Ve všech porodnických zařízeních je rodičkám umožněn během této doby volný pohyb. Respondentka PA6 uvádí, že ženy mohou zaujímat jakoukoliv jim příjemnou úlevovou polohu, mohou se volně pohybovat, v této oblasti nejsou vůbec omezovány. PA8 tvrdí, že aktivita ženy podporuje přirozený postup porodu. PA4: *„Žena po příjmu musí zůstat na porodním sále, ale pohyb v tomto prostoru není nijak omezován. Sprcha a WC je součástí sálu, vanu může také využít, jen pohyb z vany a do vany je s doprovodem.“* S volným pohybem během I. doby porodní úzce souvisí

využití rozmanitých pomůcek, které se nachází na porodním sále. Porodnice velmi často nabízejí možnost využít míč, sprchu, vanu, žíněny. Respondentky (PA2, PA3, PA5, PA6) se shodují v tom, že všechny tyto nefarmakologické metody pomáhají ženě najít vlastní porodní rytmus a lépe snášet porodní bolesti. K tomu dodávají, že žena sama instinktivně vyhledává polohy podle toho, jak jí to je příjemné. PA4: „*Celou dobu je ženě na porodním sále k dispozici sprcha, vana, míč, aromaterapie a hudba dle vlastního výběru. Doprovod může samozřejmě být celou dobu u ní.*“ Porodní asistentky (PA1, PA5) ve svých odpovědích zmiňují hydroterapii, aromaterapii, pohyb na míči, muzikoterapii, masáže. Respondentka PA5 k tomu dodává „*Tvoření hormonu podporujeme klidem a tmou v porodní místnosti.*“ Většina porodnic nabízí větší množství nefarmakologických metod, které mohou ženě pomoci zvládnout porodní proces. Všechny respondentky (PA1-PA8) zmiňují hydroterapii, ve všech porodnicích rodičky mohou využít sprchu s teplou vodou. Respondentka PA7 to popisuje následovně: „*Pokud porod hezky běží tak rodičky v ničem neomezujeme, úlevové polohy necháváme na nich, v které poloze je jim dobře, mohou se neomezeně pohybovat, mohou se zavěsit na lano visící dolů, pánev a křížová oblast se tím uvolní. Mohou použít vanu, sprchu, máme aromaterapii, mixujeme aromaterapeutické směsi podle toho, zda chceme posílit kontrakce nebo aby se nám trochu rodička zklidnila nebo aby to mělo trochu analgetické účinky. Využíváme muzikoterapii, mohou si donést svoji relaxační hudbu nebo využít naši. Jsou k dispozici masáže porodní asistentkou nebo partnerem, většinou rychle proškolíme partnera a on potom masíruje. Používáme také nahřívací vaky gelové nebo termofory, suché teplo na podbřišek a na kříž.*“

Graf č. 2 (viz Příloha 2) zobrazuje, jaké metody a pomůcky jsou využívány k tišení bolestí na českých porodních sálech. Sprcha a velký gymnastický míč byly v průběhu rozhovorů zmiňovány nejčastěji. Více než polovina respondentek uvádí možnost relaxační koupele ve vaně nebo použití vonných olejů - aromaterapii. Polovina porodních asistentek může nabídnout rodičkám relaxační koupel. Ve třech porodnických zařízeních z osmi je lano k zavěšení.

Dále jsme zjišťovali, jak je sledován plod během porodu. Zajímalo nás, zda zdravotníci preferují intermitentní nebo kontinuální sledování u fyziologického porodu.

Všech osm porodních asistentek (PA1-PA8) se shodlo, že 20-30 minutový záznam CTG je natáčen ihned při příjmu. PA3: „*Při příchodu se natáčí vstupní monitor, a když je vše v pořádku, pak se točí po dvou hodinách a mezitím se jen poslouchá.*“ Sedm z osmi porodních asistentek (PA1, PA2, PA4, PA5, PA6, PA7, PA8) uvádí, že při fyziologickém porodu se točí krátký 20minutový záznam každé 2 hodiny a mezitím se poslouchají ozvy plodu každých 15 minut. PA5: „*Ozvy sledujeme podle standardů, každé 2 hodiny natáčíme krátký 20minutový záznam, rodičky s tím musejí počítat. Pozitivní na tom je, že máme telemetrické přístroje, rodičky tedy mohou sedět na baloně, vkleče nebo ve vaně a nemusí být připoutané, stačí, když si přidrží sondu na břicho.*“ Jedna porodní asistentka (PA3) hovoří o tom, že na pracovišti preferují kontinuální CTG záznam: „*Rodička nemusí ležet na zádech, může se klidně pohupovat na míči, jsme zvyklí na to, že provádíme kontinuální monitoring u všech rodiček. A pokud chce jít do sprchy, tak jí samozřejmě na tuto dobu odpojíme a pak přistoupíme k intermitentnímu poslechu.*“

Náš další dotaz směřoval k farmakologickým metodám, používaným k tišení bolesti v průběhu I. doby porodní. Všechny porodnice nabízejí rodičkám větší výběr farmakologických metod tišení bolesti. Podle výpovědí respondentek ve všech zařízeních může rodička využít epidurální analgezii. PA5: „*Aktivně nenabízíme léky na tlumení bolesti, podporujeme rodičku v tom, aby zvládla porod bez farmakologických prostředků, ale pokud to situace vyžaduje a rodička potřebuje úlevu, může využít epidurální analgezie.*“ Pět porodních asistentek (PA1, PA2, PA4, PA6, PA7) uvádí možnost použití inhalační analgezie, směsi rajského plynu – Entonox. PA1: „*Kdy už není čas na epidurál a rodička si žádá úlevu, je možno píchnout injekci z Nalbuphinu do svalu nebo také nabízíme Entonox.*“ Šest respondentek (PA1, PA2, PA3, PA6, PA7, PA8) mluví o možnostech využití Nalbuphinu, PA7 k tomu dodává: „*Snážíme se začít tím nejmírnějším, což je Entonox, rajský plyn, který máme ověřený, že opravdu nemá žádné vedlejší účinky na novorozeně. Tím začínáme, potom nabízíme Nalbuphin, silnější analgetikum, tento lék ženu často uklidní a zrelaxuje, i když spasmolytické účinky nemá. Působí na uvolnění a vypnutí. Trochu tlumí miminko. Epidurál dáváme minimálně, nejčastěji ho využívají ženy bez porodních přání, které nechávají porodní postup na nás.*“ Dvě porodní asistentky (PA1, PA8) uvádí použití Dolsinu na porodním sále. PA1: „*Případně máme k*

*dispozici Dolsin, ale moc se ho již nevyužívá.*“ Jedna respondentka (PA8) uvádí použití Plegomazinu. Dále všechny respondentky hovoří o používání spasmolytik (Buscopan, Spasmopan).

## **Podkategorie 2: II. doba porodní**

Tato podkategorie uvádí, jaké polohy jsou umožněné rodičkám během doby vypuzovací v českých porodnicích. Zda si rodička sama může zvolit polohu, případně kdo o poloze rozhoduje. Pět z dotazovaných (PA1, PA2, PA3, PA4, PA8) popisuje, jak rodička většinou rodí v poloze na zádech nebo vpolosedě. Odlišné polohy od klasické jsou spíš ojedinělé a žena musí výrazně trvat na tom, že chce tak porodit. Porodní polohu nejčastěji určuje porodník. PA6 k tomu dodává: *„Zpočátku si polohu rodička volí sama, obvykle začínáme tlačit vestoje nebo na boku. Ke konci II. doby porodní ale více než 90 % rodiček tlačí na zádech a vpolosedě. Polohu, ve které bude žena výsledně rodit, téměř vždy určuje porodník.“* Na dotaz, zda si rodička může zvolit porodní polohu pět respondentek (PA1, PA2, PA3, PA4) uvádí, že spíš se jedná o výjimky a žena musí říct, že takto chce rodit, jinak se rodí rutinně v polosedě.

Z výzkumného šetření vyplývá, že pouze tři porodní asistentky (PA5, PA6, PA7) potvrzují možnost spontánní porodní polohy, ke které dospěje rodička sama. Rodička může porodit vleže, vleže na boku nebo na porodní stoličce, nemusí být na porodním lůžku. Respondentky PA5 a PA6 hovoří o tom, jak ženám se obvykle vsedě lépe tlačí a jak sáhnutí na rodící se hlavičku přidává energii na poslední okamžiky. Respondentka PA7 odpovídala takto: *„Pokud všechno běží v pořádku, není důvod k většímu sledování nebo polohování, může rodička zaujmout polohu, jakou chce. V jiných polohách většinou rodí porodní asistentka, rodíme ve dřepu, na boku, vleže, na všech čtyřech, na porodní stoličce, vestoje, jak to ta maminka zrovna cítí, když někdo opravdu nechce na porodním křesle tak, opravdu nemusí. Když je porod překotný, tak často doporučujeme polohu na všech čtyřech.“* Z rozhovoru vyznělo, že dvě porodnická zařízení jsou vybavena porodní vanou, do které mohou rodičky také porodit. Respondentky PA7 a PA5 popisují pozitivní,

relaxační vliv teplé vody na rodičku. PA7 udává: „*Teplá voda napomáhá k uvolňování svalů, působí relaxačně a mnohdy může pomoci předejít nástřihu hráze.*“

Dvě respondentky (PA5, PA7) informují, že na jejich sálech se využívá alternativní porodní systém určený pro porody v alternativních polohách. PA5: „*Díky alternativnímu porodnímu systému se může rodička přidržet lana, opřít se zezadu o partnera a porodit vsedě nebo skoro vkleče ... jak jí to vyhovuje. Všechny polohy, které vyhovují rodičce, jsou možné. Pokud má žena zájem o některou z alternativních možností, tak jí vyjdeme vstříc.*“

Dále jsme se zaměřili na chirurgický zákrok specifický pro II. dobu porodní, jakým je nástřih hráze. Všech osm respondentek (PA1-PA8) popřelo rutinní nástřih hráze u všech rodiček. Šest respondentek (PA1, PA2, PA3, PA4, PA6, PA8) zmiňuje téměř rutinní nástřih hráze u primipar. PA4: „*Většina porodních asistentek jej neprovádí rutinně, ale téměř všichni lékaři jej provedou u primipary bez ohledu na to, jak hráz vypadá. Stále častěji ale přicházejí ženy s porodním plánem, a pokud v něm mají uvedeno, že „trénovaly“ s Epinem či Aniballem, nástřih neprovádíme.*“ Respondentky PA5 a PA7 uvádí nástřih hráze jenom v případě nutnosti, dodávají, že se snaží doporučit ženám takovou polohu, aby minimalizovala nutnost intervence. Zdůrazňují trpělivost jak ze strany rodičky, tak ze strany porodní asistentky, jelikož родit bez nástřihu často znamená několik kontrakcí navíc. PA7: „*Porodní asistentka stříhá výjimečně, chráníme, nahříváme hráz, lékaři se to také snaží omezovat, říkají, že radši zašijí menší trhlinku než volit episiotomii. Už v poradně se snažíme ženy edukovat k péči o hráz, doporučujeme masáž hráze.*“

Poslední dotaz v této podkategorii jsme směřovali na názor porodních asistentek na vliv polohy vzhledem k porodnímu poranění. Chtěli jsme zjistit, jaké jsou zkušenosti respondentek, zda mohou posoudit, jak porodní poloha rodičky ovlivňuje následné poranění. Pět respondentek (PA1, PA2, PA3, PA4, PA8) hovořilo, že nemají moc zkušenosti s odlišnými, vertikálními polohami, nicméně se domnívají, že hráz v těchto polohách je méně napjatá a tudíž může docházet k menším poraněním než obvykle. PA4: „*Nemohu to objektivně posoudit, protože téměř vždy rodíme na zádech, ale v poloze na všech čtyřech není na hráz takový tlak, takže předpokládám, že se riziko porodního*

*poranění minimalizuje.“ Dvě respondentky (PA5,PA6) tvrdí, že rodí v jiných než klasických polohách, a jsou názoru, že ve spontánních polohách dochází k menším poraněním. PA6: „Když se na stoličce tlačí pomalu, je často poranění menší, než když se chrání hráz na lůžku.“. Poslední respondentka PA7 je toho názoru, že v polohách vertikálních může dojít k většímu poranění, popisuje to takto: „Je to hrozně individuální, je to o tkáních, o velikosti dítěte, o spolupráci rodičky. Trochu se bojíme těch stoliček, když tam je žena dlouho, tak ty tkáně jsou nateklé, stoličku dáváme až na ten konec. Vkleče nebo ve dřepu i vestoje jsou trochu větší poranění. Je to souhra spousty okolností, ale jak tu hráz člověk může méně chránit, a porod jde rychle, tak ta poranění jsou trochu větší. Občas na to rodičky upozorňujeme, ale ony stejně chtějí rodit ve vertikálních polohách a bez nástřihu“.*

### **Podkategorie 3: III. doba porodní**

Tato podkategorie je zaměřena na popis průběhu porodu ve III. době porodní. III. doba porodní je doba na lůžku, kdy dochází k odloučení a porodu placenty spolu s porodními blánami. Šest respondentek (PA1, PA2, PA3, PA4, PA6, PA8) popsalo aktivní vedení III. doby porodní. Hovořily o tom, že preventivně proti krvácení a pro hladký průběh odloučení placenty podávají oxytocin samotný, nebo spolu s methylergometrinem. PA4: „Aplikujeme 5 m. jedn. oxytocinu a k tomu 1 amp. methylergometrinu po porodu hlavičky, dále ještě podporujeme odloučení lůžka přísátím dítěte. PA8: „Podává se methylergometrin, na placentu čekáme půl hodiny.“

Porodní asistentka PA7 popisuje, že vedou III. dobu porodní podle přání rodičky: „Pokud žena má napsáno v porodním přání, že si nepřeje oxytocin ve III. době, tak pokud je všechno v pořádku, nekrvácí, tak nepodáváme. Rodičky, které nemají porodní přání, dostanou klasický 2 j. do žíly.“

Jedna respondentka (PA5) uvedla, že se oxytocin podává jen v případě přetrvávajícího krvácení v situaci, kdy je porod naprosto fyziologický, oxytocin k porodu placenty nepoužívají. PA5: „V případě potřeby promasírujeme dělohu a ona se více

*stáhne. Nevedeme III. dobu porodní aktivně, jsou to umělé hormony, které žena a kojenný novorozenec vůbec nepotřebují.“*

Následný dotaz směřoval na šití porodního poranění. Šest z osmi porodních asistentek (PA2, PA4, PA5, PA6, PA7, PA8) uvedlo, že porodní poranění šijí jak lékaři, tak porodní asistentky, podle toho, kdo vedl porod. Všechny porodní asistentky (PA1-PA8) hovořily o tom, že poranění větší než 2. stupně vždy šijí lékaři. PA4: *„V zrcadlech prohlíží ten, kdo rodí. Ruptury 1. st., lacerace a epiziotomie šijí porodní asistentky, větší poranění šije vždy lékař.“* Dvě porodní asistentky (PA1, PA3) uvedly, že poranění šijí čistě jen lékaři. PA1: *„U nás prohlíží v zrcadlech a šijí jen lékaři, porodní asistentka jen asistuje a podává šicí materiál podle potřeby.“*

#### **Podkategorie 4: IV. doba porodní**

V této podkategorii jsme se nejdříve zaměřili na poporodní kontakt matky s dítětem. O možnosti nepřerušovaného plného bondingu hovoří pět respondentek (PA2, PA4, PA5, PA6, PA7) z osmi. Dvě respondenty (PA2, PA4) k tomu dodávají, že ne všechny ženy si přejí bonding. PA4: *„Bonding si přeje zhruba jen polovina žen, ostatní chtějí dítě nechat vedle v postýlce, chodíme jej pomáhat přikládat k prsu.“* Respondentky PA7 a PA5 popisují průběh plného bondingu na jejich pracovišti, kdy novorozenec zůstává v nepřerušovaném kontaktu s matkou. PA5 uvádí: *„Po porodu je novorozenec hned u maminky, položíme ho na její břicho, nechá se dotepat pupečník, první vyšetření dělá dětská sestra na břichu u rodičky, miminko se označí. Napojí se na saturační přístroj, abychom věděli, jak se mu daří. Přikryjeme ho červenými nahřátými ručníky. Toto jsou nejdůležitější chvíle pro novou rodinu. Po dvou hodinách, když jde rodička do sprchy, se tatínek vysleče a položí si dítě na hrud’.“* Respondentky PA1, PA3, PA8 informují o možnosti jenom částečného bondingu.

Další dotaz směřoval na délku pobytu na porodním sále. U této problematiky se všechny respondenty (PA1-PA2) shodly, že ve všech zařízeních je standardní doba pobytu na porodním sále 2 hodiny. PA4: *„Rodička zůstává u nás na sále 2 hodiny,*

*kontrolujeme po 30 minutách FF a krvácení a výšku děložního fundu. Zároveň provádíme observace u novorozence.*“

## **Kategorie 2: Alternativní metody**

Tato kategorie nám ukazuje, jaké alternativní metody zmiňovaly české respondentky během výzkumného šetření a také jaký je jejich názor na tyto metody.

### **Podkategorie 1: Používané metody**

Tato podkategorie uvádí, které alternativní metody porodní asistentky používají nejčastěji. Nejčastěji respondentky zmiňovaly přítomnost blízké osoby, která je standardem. Polovina respondentek uvádí možnost neustálé přítomnosti doprovodu, druhá polovina naznačuje, že rodička může být spolu s doprovodem, ale až po přípravě. Tři porodní asistentky (PA1, PA5, PA7) zmiňují jako doprovod také dlu. Všechny respondentky jednoznačně doporučují aktivitu během I. doby porodní, hovoří o vyhledávání úlevových poloh, střídání poloh, využití rozmanitých pomůcek. Graf č. 2 (viz Příloha 1) názorně představuje metody a pomůcky využívané k tišení bolesti na porodních sálech v ČR. Sprcha a gymnastický míč se používají nejčastěji. O teplých/studených obkladech, muzikoterapii, polohování na žíněnkách respondentky hovoří velmi často. Dostupnost aromaterapie vyslovuje pět respondentek. Dále tři porodní asistentky uvádí možnost spontánní polohy ve vypuzovací porodní době. Dvě české porodnice z osmi nabízejí možnost porodu do vody. O možnosti plného bondingu, hovoří pět respondentek (PA2, PA4, PA5, PA6, PA7) z osmi.

### **Podkategorie 2: Názor na alternativní metody**

Tato poslední podkategorie popisuje názory porodních asistentek na alternativní metody v porodnictví. Dvě respondentky (PA5, PA7) vyjádřily velmi pozitivní postoj plný nadšení k alternativním metodám. PA7 uvádí: *„Pokud se porod vede přirozeně*



*a zbytečně se do něj nezasahuje, když opravdu všechno běží fyziologicky, tak je to super, krásný, že ta žena má z toho obrovskou radost, že všechno jakoby sama zvládla, a my také máme dobrý pocit, že také jsme do ní nedávali zbytečné věci, které nejsou potřeba. Je to daleko přirozenější, méně násilný a moc hezký.“* Tři respondentky (PA2, PA3, PA4) vyjádřily svůj kladný vztah, jedna dodává, že alternativní metody se staly spíše už standardem, který je běžně využíván. PA4: *„Nevím, co se dnes považuje za alternativu ... aromaterapie u nás funguje dobře, máme volnou ruku při objednávání olejů, takže je už spíše rutinou. Hydroterapie to samé, koupeme prakticky všechny rodičky. Úlevové polohy nabízíme, hudbu si ženy mohou přinést, jakou chtějí, takže jako alternativní metody už nic z toho nevidím, spíš jsem zvědavá, kam se posuneme dál? Akupunktura? Homeopatie?“* Dvě porodní asistentky (PA6, PA8) vyjádřily kladný vztah, ale také poněkud obavu z alternativních metod, jako třeba naznačuje tato výpověď, PA2: *„Mám kladný postoj. Ale jen do určité míry, pokud je vše ohledně dítěte a matky v pořádku, jsem ochotná родit alternativně. Když se objeví nějaké komplikace, jdou všechny alternativy stranou. A co se týče neošetřování porodních poranění, pojidání placenty atd., tak to odmítám.“* Jedna respondentka (PA1) vyslovila spíš negativní postoj PA1: *„Ženy chodí s porodními plány, s představami, jak to bude, a stejně to dopadne úplně jinak. Často je samotný porodní proces překvapí. Ty alternativní ženy si často nenechají poradit. Třeba někdo potřebuje epidurál a po hodině a půl má po porodu....., ale když se stále všemu brání, tak potom ještě skončí na císaři, když si dřív nenechá poradit.“*

## 5 Diskuze

V dnešní době se stále častěji hovoří o alternativním porodnictví, jenomže málokdo umí odpovědět na otázku, co si vlastně pod tímto pojmem představujeme. Trendem současnosti je soustředění se na individuální přání ženy a jejího partnera. Podle Hanákové (2015) přirozený porod je porod bez jakéhokoliv zásahu do porodního procesu. Rodička naslouchá svému tělu, intimní prostředí podporuje intuitivní chování rodičky. Zdravotnický personál dohlíží na bezpečí jak plodu, tak matky, pokud je vše v pořádku, do porodu nezasahuje. Rodička k tlumení bolesti používá vodu, úlevové polohy, aromaterapii, hudbu, masáže od blízké osoby. (Hanáková, 2015)

Porod jako fyziologický proces se nemění po tisíciletí, zatímco se mění podmínky, ve kterých probíhá, zvyky a význam, jaký se mu přiřkládá. V současnosti porod popisujeme pomocí mnoha přídavných jmen: porod přirozený, aktivní, rodinný. Takový způsob pojmenování porodu ukazuje na porod probíhající úplně jinak než tzv. normální porod, vyskytující se u většiny žen v západní kultuře (Iwanowicz-Palus, 2012).

Nové porodní techniky umožňují ženě realizaci instinktivních potřeb a také jí zajišťují autonomní pocit po celou dobu trvání porodního procesu. Každá žena touží porodit dítě sama, proto by jí měl zdravotnický personál především podporovat, a ne jí rušit v přirozeném porodním rytmu (Iwanowicz-Palus, 2012).

Bakalářská práce je zaměřená na pozorování průběhu porodu a alternativních metod používaných v porodnictví ve dvou sousedních zemích, v České republice a v Polsku. Naším cílem bylo získat odpovědi na výzkumné otázky: „Jaké alternativní metody jsou používané v porodnictví v České republice a jaké v Polsku?“; „Jaké jsou rozdíly ve způsobu vedení porodu v České republice a v Polsku?“; „Jaký mají přístup k alternativním metodám porodní asistentky v České republice a v Polsku?“ Celkový soubor dotazovaných byl 18 porodních asistentek, z toho 10 z Polska a 8 z České republiky. V České republice největší skupinu tvořily porodní asistentky s praxí od 2 do 15 let. V Polsku byly nejpočetnější skupinou porodní asistentky s praxí od 24 do 32 let. Mohli bychom z toho usoudit, že v Polsku na porodních sálech jsou zaměstnané spíše zkušenější porodní asistentky, s delší praxí. Kritériem výzkumného šetření bylo vybrat

porodní asistentky pracující na porodních sálech, které nám mohou poskytnout informace o průběhu porodů a o využívání alternativních metod. Na začátku každého rozhovoru jsme zjišťovali údaje - délku praxe a počet porodů v daném porodnickém zařízení. V další části už jsme se zabývali alternativními metodami, jejich využitím v praxi a názorem porodních asistentek na tyto metody.

Výsledky výzkumného šetření byly rozděleny do dvou hlavních kategorií. První kategorie byla rozdělena do čtyř podkategorií a jejím cílem bylo zjistit průběh porodu v porodnici, kde porodní asistentky pracují. Druhá kategorie byla rozdělena do dvou podkategorií a mapovala používané metody v porodnictví a názory porodních asistentek na alternativní metody obecně.

Zajímalo nás, zda se nějak výrazně liší péče porodní asistentky v průběhu I. doby porodní v Polsku a v ČR. První dotazy byly směřovány na specifika této doby. Porodní příprava – klyzma a holení – je mnohdy součástí začátku pobytu rodičky na porodním sále. Štomerová (2010) doporučuje klystýr jen v situaci, kdy se žena už delší dobu nevyprázdnila, porodní stahy jsou krátké a hlava dítěte není v dobrém kontaktu s pánví matky. Píše, že plná střeva mohou bránit plodu ve správném předklonu a sestupu níže. Všechny polské respondentky (R1-R10) uvedly, že se neprovádí klyzma ani holení a ani se rodičkám nenabízí. R9 uvádí: „*Pokud funguje přirozený proces, kdy se tělo samo před porodem čistí, je naprosto zbytečné podávat klystýr.*“ Dodávají, že klystýr se poskytuje pouze na výrazné přání rodičky nebo v případě, když je při vnitřním vyšetření hmatná plná rektální ampule. Šest z osmi českých porodních asistentek (PA1, PA2, PA3, PA4, PA6, PA8) uvedlo, že se rutinně provádí klasická předporodní příprava – klyzma a holení – v případě potřeby, pouze dvě respondentky (PA5, PA7) uvedly, že ji provádí spíše jen na přání rodičky. V publikaci WHO (1999) týkající se péče v průběhu fyziologického porodu, jsou popsány rutinní postupy - klystýr a holení, jako naprosto zbytečné. Klystýr může být pro rodičku nepříjemnou záležitostí, jelikož mnohdy žena už v tu dobu pocítuje silné porodní stahy. Často se ženy přitom cítí trapně. Podle WHO (1999) nebyly zjištěny žádné účinky na trvání porodu nebo na neonatální infekci či na infekci vzniklou poraněním hráze. Rutinní holení by mělo snižovat riziko infekce a usnadňovat případné sešití episiotomie. I když publikace WHO uvádí, že opak je pravdou, holení může

zvyšovat riziko infekce. Hájek (2014) zmiňuje přípravu (klyzma, sprcha) jako potřebnou, porod bez přípravy vnímá jako rizikový, z důvodu nebezpečí vzniku puerperální a neonatální infekce. Naproti tomu Choňuj (2008) jednoznačně nedoporučuje klyzma nebo holení při spontánním porodu. Z odpovědí respondentek vyznělo, že rutinní příprava se v Polsku již nedělá, naopak v České republice většina porodních asistentek hovořila o tom, že ano.

Podpora doprovázejících osob u porodu se stala v dnešní době naprostou samozřejmostí. Podle Hájka (2014) může mít doprovod kladný vliv na psychický stav rodičky. Iwanowicz-Palus (2012) zmiňuje větší pocit bezpečí, snížení pocitu úzkosti a osamocení díky přítomnosti blízké osoby u porodu. Dochází ke snížení bolestivých porodních vjemů. Všechny dotazované respondentky, jak polské, tak české, se shodly, že doprovodná osoba může být přítomna u rodičky na porodním sále po celou dobu. Ovšem čtyři české porodní asistentky (PA1, PA3, PA4, PA8) dodávají k tomu, že doprovod může být přítomen neustále, ovšem ale až po přípravě rodičky. Přítomnost doprovodu se jeví více podporován v Polsku. Choňuj (2008) píše, že nejdůležitější vlastností partnera, který se účastní porodu je to, že zná dobře svoji ženu, zná její způsob neverbální komunikace, ví jak reaguje, umí rozpoznat její emocionální stavy, potřeby a očekávání dříve, než je vysloví. Je u porodu proto, aby ženu podporoval, projevoval jí lásku, obdivoval její porodní úsilí. Partner je také velmi nápomocen k zaujímání rozmanitých úlevových poloh rodičky.

Pohyb v I. době porodní je jednoznačně doporučován jak Hájkem (2014), tak Roztočilem (2008). Hájek (2014) doporučuje relaxaci pánevního dna, například vsedě na míči. Uvádí, že vertikalizace rodičky mnohdy urychlí vnitřní rotaci hlavičky. Všechny, jak české, tak polské porodní asistentky, uvedly možnost spontánního pohybu během I. doby porodní. R8 uvedla: „*Pohyb způsobuje, že významně méně vnímáme bolest. Pokud porod probíhá fyziologicky, vybízíme ženu k pohybu a k vyhledávání pozic, které jí mohou přinést úlevu.*“ V obou zemích je aktivita v průběhu I. doby porodní plně podporována v podobné míře.

Většina zdravotnických zařízení se rozhoduje pro intermitentní sledování plodu v situaci fyziologické gravidity a porodu. Roztočil (2008) doporučuje v případě

fyziologického průběhu porodu intermitentní monitorování stavu plodu a děložní činnosti během I. doby porodní. Ve II. době porodní se autoři Hájek (2014) a Roztočil (2008) přiklánějí ke kontinuálnímu sledování. Kardiotokografický záznam je uznáván za zlatý standard v diagnostice intrapartální hypoxie plodu. Autorky Marczak (2015) a Chołuj (2008) se shodují, že pokud nejsou známky jakéhokoliv rizika, jeví se intermitentní sledování jako naprosto dostačující jak v I., tak v II. době porodní. Všechny porodní asistentky, jak polské, tak české, se shodly na tom, že se při příjmu natáčí vstupní 20-30 min. CTG záznam. Dále dvě polské asistentky (R2, R7) uvedly, že v průběhu porodu využívají kontinuální sledování plodu, ostatní informovaly o intermitentním sledování. Frekvence poslouchání ozev byla závislá na dynamičnosti porodního děje, v praxi se poslouchá každých 15-20 min., záznam CTG se natáčí každé 2-4 hodiny. V porodním domě se točí vstupní CTG záznam, potom se poslouchají ozvy jenom intermitentně. Sedm českých respondentek (PA1, PA2, PA4, PA5, PA6, PA7, PA8) se shodlo, že při fyziologickém porodu se natáčí krátký 20minutový záznam každé 2 hodiny a mezitím se poslouchají ozvy plodu každých 15 minut. Dle praxe porodních asistentek je intermitentní sledování běžné v průběhu fyziologického porodu. Chołuj (2008) vidí riziko kontinuálního sledování v imobilizaci ženy na lůžku. V současnosti, kdy jsou dostupné telemetrické přístroje, neznamena kontinuální sledování vždy připoutání k lůžku. Sledování plodu probíhá podle stejných pravidel v obou zemích. Z rozhovorů jsme se dozvěděli, že v jak v Polsku, tak v ČR je výrazně častější intermitentní způsob sledování.

Zajímavé bylo zjištění, jaké nefarmakologické metody se využívají v průběhu I. doby porodní. Všechny respondentky hovořily o hydroterapii, nejrozšířenější je využívání sprchy v I. době porodní. V obou zemích je rozšířena relaxace na míči a sprcha. Velký gymnastický míč v porodnicích je běžně dostupný, pomáhá uvolňovat pánevní dno v průběhu porodu. Hanáková (2015) doporučuje relaxaci na míči ve sprše, která se v obou zemích běžně praktikuje. V Polsku je rozšířenou metodou používanou také v porodnicích elektrostimulace - TENS. Podle Janiuk (2010) tato metoda patří k nefarmakologickým, bezpečným způsobům tlumení bolesti. Elektrické impulzy aktivují periferní senzory receptory, způsobují brnění nebo štípání a díky těmto pocitům rodička přestává vnímat bolest v plné síle. Hájek (2014) uvádí účinnost kolem 20 %. Mander (2014) je názoru, že

tato metoda neúčinkuje pro všechny rodičky. Její výhoda je v tom, že pokud by byla neúčinná, nestala se žádná škoda a tělo se nemusí zbavovat žádných chemických látek. Rodičky mohou používat TENS v porodním domě ve Varšavě. České porodní asistentky se o této metodě nezmiňují. V České republice je oproti tomu více rozšířená aromaterapie a podle výpovědí respondentek často i porodnice objednávají vonné oleje a nabízejí je klientkám. Všechny porodní asistentky (R1-R10, PA1-PA8) v obou zemích informovaly o podpoře a umožnění pohybu během I. doby porodní. Podle Roztočila (2008) se ve vertikálních polohách, kdy působí zemská gravitace, porodní stahy stávají méně časté, ale přesto intenzivnější a jejich působnost na dolní děložní segment je větší než v poloze horizontální. Téměř všechny polské respondentky uvedly jako další aktivitu, masáž blízkou osobou a hydroterapii jako nejúčinnější způsoby zvládnání bolesti. Rodičky mají prostor k aktivitě a k dispozici mají rozmanité porodní pomůcky k zaujímání úlevových poloh. Grafy č. 1-2 (viz Příloha 2) názorně ukazují, jaké pomůcky jsou využívány na porodních sálech. Jak v ČR, tak i v Polsku porodní asistentky nabízejí a používají teplé či studené obklady, poslech hudby, kterou si žena přinese sama nebo jí PA nabídne hudbu dostupnou na daném porodním sále, dále žíněnky k zaujímání úlevových poloh, vana k relaxační koupeli, sedací vaky, aromaterapie nebo lano k zavěšení. Choľuj (2008) doporučuje, aby se rodička nebála měnit polohy a dále, aby dýchání soustředila na výdech.

V oblasti farmakologických metod analgezie se polské porodní asistentky vyjadřují podobně jako české, každá z porodnic nabízí různé metody k tlumení porodních bolestí. Jednou z nejrozšířenějších forem analgezie je epidurální analgezie. Všechny české respondentky ji uvádějí jako jednu z používaných metod. Dvě polské porodní asistentky (R9, R10) z menších porodnic uvádějí, že epidurální analgezie není dostupná. České respondentky informují o dostupnosti i v menších porodnicích. Česká respondentka (PA4) uvádí: „*Farmaka používáme spíše výjimečně, nejčastěji ženy využívají Entonox a epidurál.*“ V této oblasti bylo zajímavé zjištění, totiž že epidurální analgezie je běžně dostupná k porodu v ČR, ale v Polsku bohužel ne. Dvě české porodní asistentky (PA1, PA8) a čtyři polské (R2, R6, R7, R9) hovoří o podávání petidinu. Dolsin, účinná látka petidin, který spadá do skupiny opiových alkaloidů, je syntetická látka s analgetickým

účinkem. Podle Hájka (2014) porodní bolesti tlumí poměrně slabě a může negativně účinkovat jak na matku, tak na dítě. Autoři Hájek (2014) a Roztočil (2008) upozorňují na možný útlum dechu u matky a plodu. U novorozence mohou nastat dráždivé reakce a horší adaptační proces. Jinak než inhalační analgetikum nebo nefarmakologické metody tlumení bolesti, kterých přísun do organismu je možné kdykoliv ukončit, petidin zůstává v organismu několik hodin. Dle Roztočila (2008) namísto očekávaného efektu vymizení bolesti se mohou u ženy objevit hypotenze, nauzea a zvracení. Nicméně Dolsin se nadále používá k tlumení bolestivých porodních kontrakcí. Další analgetikum, které se používá v porodnické praxi je Nalbuphin. Uvádí jej jako jedno z farmak jediná polská respondentka (R7) a až šest českých dotazovaných (PA1, PA2, PA3, PA6, PA7, PA8). Jak vidíme z výzkumného šetření, jeho používání je mnohem víc rozšířené v ČR. Nalbuphin je léčivým přípravkem, který patří do skupiny léků tišících bolest. Podle Hájka (2014) neovlivňuje dýchací centrum matky jako petidin, také nemá negativní účinky na hladké svalstvo trávicího a močového traktu. Hájek (2014) řadí v porodnictví Nalbuphin ke vhodným prostředkům k tišení bolesti. V případě doporučeného dávkování nebyl prokázán tlumící účinek na novorozeně nebo problémy s kojením. Podle WHO (1999) všechna léčiva k celkové aplikaci, která se používají pro zmírnění bolesti, prostupují placentou a mohou ovlivnit respirační funkce dítěte a způsobit neonatální abnormality v chování, včetně odmítání kojení.

Zajímalo nás, jaké polohy mohou zaujmout rodičky ve II. době porodní. Zda si mohou ženy zvolit jakoukoliv porodní polohu, ke které spontánně dospějí. Ptali jsme se, kdo rozhoduje o poloze, ve které bude žena rodit? Bohužel často je nemocniční realita taková, že je žena nucena rodit v předem určené poloze. Podle WHO (1999) v několika studiích byly ženy dotázány, které poloze dávají přednost, a bylo zjištěno, že ženy upřednostňují vzpřímenou polohu, která pro ně představuje menší porodní bolesti a navíc dává pocit autonomie. Poloha na porodním lůžku s nohama v opěrkách byla prožívána jako méně pohodlná a více bolestivá, navíc bránila v pohybu. Ženy, které rodily v této pozici, by si chtěly v budoucnu vybrat vzpřímenou polohu. Hanáková (2015) doporučuje zvolit si pro II. dobu porodní takovou polohu, která je pro ženu nejpohodlnější. Na otázku, v jaké porodní poloze může rodička porodit v jejich porodnici, se všech deset polských

porodních asistentek (R1-R10) shodlo, že může porodit v jakékoliv spontánní poloze, ke které sama dospěje. Respondentky potvrdily, že rodička nemusí být na porodním lůžku. Několik asistentek dokonce uvedlo, že aktivně vybízejí ženy k vertikálním polohám. Porodní polohu si může žena zvolit sama, ale také mnohdy spoléhá na doporučení porodní asistentky. Polské porodní asistentky podporují polohu, kterou si rodička zvolí. Z výzkumného šetření mezi českými respondentkami vyplývá, že jen tři porodní asistentky (PA5, PA6, PA7) z osmi potvrzují možnost spontánní porodní polohy, ke které dospěje sama rodička. Porodní asistentky více hovoří o tom, že porodní polohu určuje lékař. V jejích výpovědích zaznělo, že mají málo zkušeností s vertikálními polohami. Česká porodní asistentka (PA3) to formuluje takto: „Žena si může zvolit polohu, jakou uzná za vhodnou, pokud to její stav dovolí a porodník bude souhlasit, ale nejčastěji rodíme na zádech.“ Nebo (PA1): „Pacientka si může zvolit polohu, ale většinou ji vysvětlíme, že je pro ni lepší poloha vpolosedě, že tak umíme porodit lépe a v případě potřeby jí pomoci s vypuzením dítěte.“ Górska (2013) uvádí, jak je velmi důležitá trpělivost při porodech ve vertikálních polohách. Porod bez lékařských zásahů může být pomalejší. To vyžaduje od zdravotnického personálu zvýšenou bdělost, citlivost na všechny signály přicházející od rodičky. Porodní asistentka musí být více „zaposlouchána“ do fyziologických rytmů. Při porodu na zádech je pozornost přenesena na technické aspekty, více ženu motivujeme k tlačení, informujeme o postupu porodu, začínáme ji řídit.

Respondentky často zdůvodňují polohu rodičky na zádech na porodním lůžku tím, že mají dobrý přístup k hrázi a je možno jí aktivně chránit. PA1 popsala: „Doporučujeme spíše polohu na zádech. V jiné poloze by totiž nešlo chránit účinně hráz. Porodní asistentka se k hrázi nedostane a nemůže jí ochraňovat.“ Polská respondentka (R5) vypovídá tímto způsobem: „Vertikální polohy jsou nejlepšími možnými polohami při porodu, a pokud se díváme na porodní kanál, měly by způsobovat co nejmenší porodní poranění.“ K této problematice uvedla R8: „V poloze pololežící nebo ležící, obzvláště pokud jsou paty výše než hýždě, je napětí na dně hráze velmi silné a je velmi těžké chránit hráz v této poloze, i když je lépe vidět. Zatímco když chodidla spustíme níže a budou ležet pod úrovní hýždí, bude napětí v hrázi tak malé, že pokud dojde k prasknutí - poranění,



*většinou nebývá veliké.*“ Toto dokládá, že můžeme tedy pozorovat různé názory, snahu za každou cenu chránit hráz v poloze méně fyziologické nebo nechat ženu porodit v poloze, ke které sama dospěje, snažit se porod vést pomalu, aby hráz měla čas přizpůsobit se a roztáhnout. Podle WHO (1999, s. 25) „*Míra pozitivního účinku vertikální polohy závisí na schopnostech osoby asistující u porodu a jejich zkušenostech s jinou polohou, než je poloha vleže na zádech.*“ Souhlasím s tímto názorem. Svobodná volba porodní polohy je přístupnější v Polsku.

Čtyři polské porodní asistentky (R1, R2, R6, R9) uvedly, že v jejich porodnici existuje porodní vana a pokud rodička chce, může porodit do vody. Z rozhovoru s českými asistentkami vyznělo, že dvě porodnická zařízení z osmi jsou vybavená porodnickou vanou s možností porodu do vody. Chołuj (2008) popisuje výhody porodu do vody - ve vodě rodička lépe spolupracuje se svým tělem, je více uvolněná, pokud již klesá na mysl, její psychická kondice se dokáže zlepšit. Děložní hrdlo se rychleji otevírá, hlava plodu snadněji sestupuje, tím je postup porodu lepší. Zkracuje se doba jeho trvání. Teplá koupel umožňuje psychickou a fyzickou relaxaci. Iwanowicz-Palus (2012) popisuje porodní vanu jako specifické útočiště před medicínskými zásahy v průběhu porodu. Když se rodička ponoří do teplé vody, její tělo se stává jejím vlastním teritoriem.

Rozhovorem s porodními asistentkami bylo dále zjišťováno, zda je nástřih hráze i nadále běžnou praxí na porodních sálech. Nástřih hráze by se měl vykonávat pouze v opodstatněných případech při riziku vzniku rozsáhlého poškození tkání nebo v situaci, kdy je potřeba rychle ukončit porod, plodu se nedaří. Doporučení WHO (1999) udávají rutinní použití nástřihu hráze jako bezdůvodné. Podle Iwanowicz-Palus (2012) nástřih hráze je stresujícím zásahem pro rodičku a dopady tohoto zásahu může cítit žena ještě mnoho let po porodu. Je to velký zásah do intimní sféry ženina těla, přispívá k subjektivnímu zhoršení sexuální satisfakce a může vyvolávat pocit zmrzačení. Rutinní využití tohoto zásahu, pokud není lékařsky odůvodněno, je uznáno jako iatrogenní poškození. Všech deset polských respondentek (R1-R10) se shodlo na tom, že neprovádí rutinní nástřih hráze, ani u primipar. R1 uvedla: „*Záleží na poddajnosti tkáně, na velikosti dítěte a trpělivosti rodičky.*“ Také všech osm českých respondentek (PA1-PA8) popřelo

rutinní nástřih hráze u všech rodiček, nicméně šest českých respondentek (PA1, PA2, PA3, PA4, PA6, PA8) zmiňuje téměř rutinní nástřih hráze u primipar.

V období II. doby porodní se porodní asistentky vyjadřovaly k názoru na vliv porodní polohy na následné poranění. Polské respondentky hovořily o menších poraněních v přirozených, spontánních polohách. Zaznělo tvrzení, že žena rodí v jiné poloze než v polosedě na lůžku také proto, aby se vyhnula nástřihu a pokusila se porodit bez poranění. R8 popisuje: „*Ve vertikálních polohách dochází k daleko lehčím poraněním hráze a je mnohem menší potřeba hráz nastřihávat.*“ Polské porodní asistentky uvedly menší riziko poranění ve spontánně rodičkou zaujatých, mnohdy vertikálních polohách. V situaci, kdy porod vedeme šetrným způsobem, se hlavička prořezává pomalu. K tomu uvedla R6: „*Vertikální polohy jsou při porodu nejlepšími možnými polohami. Pokud se díváme na porodní kanál, měly by způsobovat co nejmenší porodní poranění.*“ Ptali jsme se, jaké jsou zkušenosti českých respondentek, zda mohou posoudit, jak poloha rodičky ovlivňuje následné porodní poranění. PA4 uvedla: „*Nemohu to objektivně posoudit, protože téměř vždy rodíme na zádech, ale v poloze na všech čtyřech není na hráz takový tlak, takže předpokládám, že se riziko porodního poranění minimalizuje. Na druhou stranu jsem viděla rupturu třetího stupně u porodu ve dřepu. Určitě hraje svou roli i šikvost porodníka.*“ Roztočil (2008) doporučuje při péči během přirozeného porodu v porodnici ponechat na rodičce volbu polohy během celého porodního děje. Souhlasím s názorem, že je důležité, aby si žena mohla spontánně zvolit polohu, a pokud to situace dovoluje, vést porod pomalu, šetrně, bez řízeného tlačení.

V další podkategorii jsme se věnovali III. době porodní. Zda se využívá aktivní vedení III. doby porodní a kdo ošetřuje porodní poranění. Polská vyhláška ze dne 12. září 2012, která obsahuje doporučení týkající se vedení fyziologického porodu, doporučuje aktivní nebo vyčkávající způsob vedení III. doby porodní. Roztočil (2008) píše, že se III. doba porodní zpravidla vede aktivně, což spočívá v aplikaci uterotonik intravenózně po porodu hlavičky plodu. Tím se urychlí odloučení a vypuzení placenty a intenzivnější kontrakce myometria přispějí k menší ztrátě krve. Zatímco vyčkávající způsob znamená přirozený porod placenty, bez zásahu, bez zbytečné aktivity zdravotnického personálu (Chołuj, 2008). Autorky Štormerová (2010) a Chołuj (2008) doporučují nesahat na

dělohu, netahat za pupečník, vytvořit rodičce intimní atmosféru, čímž se podpoří vylučování oxytocinu. Pět polských porodních asistentek (R1, R2, R3, R9, R10) potvrzuje fakt rutinního podávání oxytocinu k odloučení placenty, standardně se podává 5 j. oxytocinu. Šest z osmi českých porodních asistentek (PA1, PA2, PA3, PA4, PA6, PA8) uvedlo aktivní vedení III. doby porodní. Hájek (2014) jednoznačně doporučuje zabránit zbytečným krevním ztrátám podáním oxytocinu 2-5 j. nebo methylergometrinu 0,3 mg ihned po porodu plodu.

Šití porodního poranění je mnohdy přenecháno lékařům. Šest českých respondentek (PA2, PA4, PA5, PA6, PA7, PA8) uvedlo, že porodní poranění šijí jak lékaři, tak porodní asistentky, podle toho, kdo vedl porod. Všechny porodní asistentky hovořily o tom, že větší poranění než 2. stupně vždy šijí lékaři. Dvě české porodní asistentky (PA1, PA3) uvedly, že šijí pouze lékaři. Rovněž čtyři polské respondentky (R2, R6, R7, R8) uvedly, že porodní poranění šijí pouze lékaři. Ostatní porodní asistentky se vyjádřily tak, že porodní poranění šijí jak porodní asistentky, tak lékaři.

V další části výzkumného šetření byly respondentky dotazovány na průběh IV. doby porodní, na bonding, přítomnost partnera a délku pobytu po porodu na porodním sále. Podle Hanákové (2015) bonding, jinak připoutání, nalepení se, je vytvořením raného spojení matky (rodičů) během prvních hodin až dnů po porodu. Tento proces do značné míry ovlivňuje způsob, jakým se matka bude v budoucnu o dítě starat. Mrowetz (2011) uvádí, že bondingu napomáhá položení nahého novorozence ihned po porodu, na nahou matčinu kůži v oblasti břicha a prsou. Novorozence na matčině těle přikryjeme teplou přikrývkou nebo nahřátými ručníky. Takto uložený novorozenec se seznamuje s okolím a matkou, je klidný, bdělý, nepláče, pomalu se přesouvá k matčině bradavce, očíhává ji, olizuje a směřuje k samostatnému přísátí. Mrowetz (2011) doporučuje odložit všechny rutinní procedury jako vážení, měření a očištění dítěte na pozdější dobu, klidně o dvě hodiny nebo i o celý den a tím zajistit matce a dítěti ničím nerušený kontakt. O možnosti nepřerušovaného, plného bondingu hovoří šest českých respondentek (PA2, PA4, PA5, PA6, PA7, PA8) z osmi. V některých porodnicích není poskytován vždy, ale na přání rodičky. Česká respondentka (PA5) krásně popisuje jak bonding po 2 hodinách přebírá otec: „Po dvou hodinách, když jde rodička do sprchy, se tatínek vysvleče a položí si dítě

*na hrud'.*“ V případě komplikací ve III. nebo IV. době porodní může převzít bonding i otec. Polská vyhláška ze 12. září 2012 obsahuje následující: „Hned po narození je potřeba umožnit novorozenci nepřerušovaný kontakt s matkou „kůže na kůži“, který bude dlouhý alespoň dvě hodiny po porodu.“ Osm polských porodních asistentek (R1, R2, R4, R5, R6, R8, R9, R10) deklaruje nepřerušovaný dvouhodinový kontakt matky s novorozencem. Porodní asistentka R5 uvedla: „*Vstupní pediatrické vyšetření se koná na břicho ženy. Novorozenec je v nepřerušovaném kontaktu skin-to-skin, lékař poslouchá novorozence fonendoskopem a obvykle oznamuje rodičům, že se dítě narodilo v dobrém stavu, je v pořádku, není ho v tuto chvíli třeba vyrušovat a že přijde za dvě hodiny.*“

Přítomnost doprovodu i v této porodní době byla naprostou samozřejmostí. V obou zemích není problém přítomnost partnera nebo jiné blízké osoby či dudy v období porodu. Pokud má rodička emocionální a psychickou podporu v podobě blízké osoby, lépe snáší porodní úskalí. Chołuj (2008) uvádí, že první otcové v porodnicích v Polsku se mohli účastnit porodu kolem roku 1983. Otcové se připravovali k této události na prvním předporodním kurzu v Polsku, který vedl proslulý profesor W. Fijałkowski. Po několika letech dobrých zkušeností byla přítomnost doprovodu u porodu oceněna. Od této doby se doprovod stal nedílnou součástí týmu podporujícího rodičku.

Dále jsme zjišťovali délku pobytu po porodu na porodním sále. I na tuto otázku dotazované z obou zemí odpovídaly shodně. Dvě hodiny je standardní doba, kdy rodička zůstává na pozorování na porodním sále. PA4 uvedla: „*Rodička zůstává na porodním sále 2 hodiny, kontrolujeme po 30 minutách FF a krvácení. Zároveň provádíme observace u novorozence.*“

V této práci jsme odpověděli na tři výzkumné otázky. Zajímalo nás, jaké alternativní metody jsou běžně používány na porodních sálech v ČR a v Polsku a jaké jsou rozdíly ve způsobech vedení porodu v těchto sousedních zemích. V neposlední řadě jsme získali také odpověď na otázku ohledně přístupu porodních asistentek k alternativním metodám.

V obou zemích je široká, srovnatelná nabídka alternativních metod. Všechny porodní asistentky hovořily o masážích, hydroterapii, podpoře doprovázejících osob. Porodních sálů v obou zemích jsou bohatě vybaveny, jsou dostupné míče, sprchy, aromaterapie, žebřiny, lana, někde i porodní stoličky. V podobné míře jsou nabízeny porody do vody.

Rozdíly v široké škále alternativních metod a pomůcek využívaných k tišení bolesti na porodních sálech se zdají být nepatrné. Větší rozdíl je patrný v přístupu k volbě porodní polohy. Všechny polské respondentky (R1-R10) hovořily o svých zkušenostech ve vedení porodů v různých polohách a shodly se na tom, že žena může porodit v jakékoliv poloze, ke které spontánně dospěje. Oproti tomu, české respondentky se zdají mít menší zkušenosti s vedením porodů ve vertikálních polohách a jsou méně ochotné volbu polohy rodičce poskytnout. Jenom tři z osmi (PA5, PA6, PA7) respondentek hovoří o svobodné volbě porodní polohy.

V poslední výzkumné otázce jsme zjišťovali, jaký postoj k alternativním metodám mají dotazované v obou zemích. Jak přistupují porodní asistentky k velké škále možností alternativních metod, které byly popsány v této práci.

Ve skupině polských respondentek byly porodní asistentky s dlouholetou praxí kolem 30 let. Bylo zajímavé naslouchat, jak dotazované vzpomínaly na to, jak vypadalo porodnictví před lety. V té době se používalo mnoho farmak, ženy musely po celou dobu ležet, nikdo z rodiny k nim nesměl. Takové porodnictví bylo nehumánní a od té doby se hodně změnilo ve prospěch žen a neustále se mění. Z výpovědí těchto zkušených porodních asistentek vyznělo, jak jsou rády za alternativní metody a za to, že mají co nabídnout rodičkám, které mohou díky tomu zvolit to, co jim vyhovuje nejvíce. Polské respondentky jsou charakteristické ve výpovědích odvahou a nadšením. Vnímají alternativní metody jako něco navíc, jako šanci na lepší porodnictví, také jako doménu porodních asistentek. R5 uvedla: *„Bez alternativních metod už si vůbec nedovedu představit současné porodnictví. Jsem toho názoru, že ženy by měly mít ještě více možností. Porodní sály by měly nabízet ženám bohatou výbavu, lana, žebřiny, míče, vodu, vanu, zkrátka bohatý výběr. Čím více má žena možností, tím lépe porod postupuje....(…) Absolutně si nemohu představit návrat k porodnictví před mnoha lety, kdy ženy rodily vleže, nemohly chodit, to by už opravdu nebylo možné.“* R10 uvedla: *„Jsem pro všechny alternativní metody. I když jsou různé názory na toto téma. Vidím, že tento přístup přináší výsledky, ženy lépe zvládají porodní proces.(…)“*

Většina českých porodních asistentek má kladný vztah k alternativním metodám, jenom jedna respondentka vyjadřovala svůj spíš negativní postoj. V rozhovorech

vyjmenovávají hydroterapii, aromaterapii, úlevové polohy, hudbu. Přesto jejich výpovědi jsou ve větší míře stručné a zdrženlivé. V jejich výpovědích je kladen důraz na rozumový přístup, a jak popisuje PA2 : „...*když přijdou komplikace tak jde všechno stranou.*“ V jejich odpovědích je poněkud málo víry ve fyziologický porodní proces. Spontánní porod je považován trochu jako dočasná absence patologie. A6: „*Pokud žena je na to nastavená, má jasnou představu, co by k porodu chtěla, tak proč jí v tom bránit. Jsou maminky, které si přinesou aromaterapii, připravená homeopatika, když jim to pomůže, tak proč ne. (...) Blbý je potom když se té alternativy striktně drží, a když nastane problém, tak se personál musí těžko domlouvat a vysvětlovat potřebu zasáhnout.*“ Ale jsou také porodnice podporující přirozený porod. Takto to popisuje jedna porodní asistentka (PA7): „*Pokud se porod vede přirozeně a zbytečně se do něj nezasahuje, když opravdu všechno běží fyziologicky, tak je to super, krásný, a ta žena má z toho obrovskou radost, že všechno jakoby sama zvládla, a my také máme dobrý pocit, že také jsme do ní nedávali zbytečné věci, které nejsou potřeba. Je to daleko přirozenější, méně násilný a moc hezký.*“ Stejná respondentka popisuje zajímavé, dobré zkušenosti se spoluprací s externími porodními asistentkami ze svého pracoviště. Je to jedna z mála porodnic, která se otevřela ke spolupráci s komunitními porodními asistentkami. Jsou to porodní asistentky, které mají s porodnicí smlouvu a mohou zde vést porody svých klientek. Soukromé porodní asistentky z terénu si tak mohou vyměňovat zkušenosti s kolegyněmi pracujícími v porodnici a naopak, obě strany se mohou od sebe učit a čerpat nové zkušenosti. Respondentka (PA7) to popisuje takto: „*Děvčata, co k nám chodí, jsou opravdu pečlivé a zkušené porodní asistentky a s nimi rádi spolupracujeme a musím říct, že se od nich také učíme, ony jak jsou v tom terénu, mají jiné zkušenosti, které my pak nemáme. Ony se učí od nás řešení komplikací a my se zase od nich učíme ten přirozený děj, přirozený průběh, kdy můžete jenom přihlížet, nezasahovat, máme to takové vzájemné. Máme opravdu hezkou spolupráci.*“

Na závěr bychom rádi zmínili téma spokojenosti z porodu. Alternativní metody mohou být cestou k dobrému porodu, ze kterého žena může mít dobrý zážitek, ale také nemusí. Domníváme se, že jedním z nejdůležitějších faktorů je vstřícná porodní asistentka. Polská respondentka (R7) to hezky shrnula slovy: „*Měla by být k dispozici*

*velká škála možností, která by byla opravdu tak široká, aby každá žena našla svůj způsob porodu, aby rodila takovým způsobem, jakým chce, s pomocí možností, které nabízí moderní medicína. Anebo zcela přirozeně. Aby jí ten její způsob opravdu porod usnadnil a aby potom mohla o porodu hovořit jako o něčem krásném. Aby byl pro ni porod úžasným zážitkem. To je nejdůležitější úkol pro porodní asistentky.“*

## 6 Závěr

Alternativní metody hrají důležitou roli v současném porodnictví. Dávají ženě možnost volby, umožňují jí najít individuální, vlastní způsob porodu. Chtěli bychom, aby ženy navzdory bolesti a úsilí, které zažijí u porodu, mohly vnímat narození dítěte jako něco krásného a nezapomenutelného. Narození dítěte je pro ženu průlomovým momentem a tato událost má trvalý vliv na to, jak žijeme.

Tato práce se zabývá tématem alternativních metod v porodnictví v Polsku a v ČR. V teoretické části jsme představili přehled používaných metod a specifických záležitostí týkajících se přirozených porodů. Ve výzkumné části byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit alternativní metody používané v porodnictví v ČR a v Polsku. Druhým cílem bylo porovnat rozdíly ve způsobu vedení porodu v obou zemích. Na základě těchto cílů byly stanoveny tři výzkumné otázky, které byly zodpovězeny. První otázka mapovala, jaké alternativní metody jsou běžně používány v České republice a v Polsku. Z výzkumu je patrné, že v obou zemích je široká nabídka alternativních metod. V průběhu rozhovorů byly mnohokrát zmíněny nefarmakologické metody tišící bolest, jako jsou masáže, hydroterapie, pomůcky k zaujímání úlevových poloh – míče, žebřiny, lana. Aromaterapie je častou nabídkou na českých porodních sálech. Porodní asistentky objednávají oleje, samy míchají směsi. V Polsku některé porodnice nabízejí TENS, který je součástí zařízení porodního sálu. V neposlední řadě byl zmiňován pozitivní vliv doprovodu. V obou zemích ženy mohou porodit do vody v porodnicích, které se na to specializují. Metody nabízené v obou zemích se zdály být podobné. Rozdíl jsme našli v přístupu porodních asistentek. Například svobodná volba porodní polohy je více umožněna v Polsku. Polské rodičky si mohou častěji zvolit polohu u porodu. Nepřetržitý kontakt matky s dítětem - bonding - je podobně podporován v obou zemích. Výzkum ukázal, že postupy uznávané za alternativní, už často takové nejsou, staly se běžnou praxí na porodních sálech.

Další výzkumná otázka se zabývala zjišťováním rozdílů ve způsobech vedení porodu v obou zemích. Zajímavé nám přišlo zjištění, že v Polsku se nedělá příprava k porodu, která se naopak v ČR zdá být běžnou praxí. V ČR je běžně dostupná epidurální analgezie,



kteřá v menších porodnicích v Polsku je stále vizí budoucnosti. V ČR je také dostupná větší škála farmakologických metod k tišení bolesti, Nalbupfin zazněl pouze v jediné výpovědi polské respondentky. Rutinní nástřih hráze popřely všechny respondentky, nicméně české respondentky přiznaly téměř rutinní nástřih u primipar. V polských porodnických zařizeních se více chrání hráz a nenastřihává se také u primipar. Možnost porodu ve II. době porodní ve spontánní poloze je více podporována na polských porodních sálech, podle vyjádření zdejších porodních asistentek mají s těmito alternativami bohaté zkušenosti. České respondentky nemají takové zkušenosti a u porodu častěji doporučují klasickou polohu.

Poslední otázka zkoumala názory porodních asistentek na alternativní metody v obou zemích. České respondentky k nim vyjádřily kladný vztah, ale také zazněly odpovědi, ve kterých jsme zaznamenaly strach nebo obavu z alternativních metod anebo negativní postoj. Polské respondentky se vyjadřovaly o alternativních metodách s nadšením a otevřeností.

Tato bakalářská práce může posloužit jako informační materiál pro ženy, které by se rády dozvěděly o alternativních metodách v porodnictví. Může být také využita jako informační materiál pro studentky porodní asistence a porodní asistentky, které zajímá, jak vypadá porodnická péče v jiných zemích.

## 7 Seznam informačních zdrojů

1. AGRAWAL, Preeti. PREETI AGRAWAL. *Odkrywam macierzyństwo: ciąża, poród, pológ i opieka nad noworodkiem w harmonii z naturą*. Wyd. 3 popr. Wrocław: [Gabinet Ginekologiczny, Preeti, Agrawal ], 2008. ISBN 978-839-2433-545.
2. BALASKAS, Janet. *Aktivní porod: stručný průvodce přirozeným porodem*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2010, 223 s. ISBN 978-80-257-0178-2.
3. BALASKAS, Janet. *Jóga v těhotenství a příprava na porod*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2012, 280 s. ISBN 978-80-257-0682-4.
4. BERÁNKOVÁ, Světlana a Markéta MORAVCOVÁ. *Základy ošetrovatelské péče o rodičku v průběhu fyziologického porodu*. Vyd. 1. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2007, 70 s. ISBN 978-80-7395-011-8.
5. FORMÁNKOVÁ, Kateřina, Miriam KABELKOVÁ a Ilona LUDVÍKOVÁ. *Poznáváme homeopatii: Jak se léčit šetrně*. Praha: Grada, 2008. Zdraví. ISBN 978-80-247-2736-3.
6. GASKIN, Ina May. *Zázrak porodu*. 1. vyd. Doubice: One Woman Press, 2010, 475 s. ISBN 978-808-6356-488.
7. GOGELA, Jiří a Zdeněk MALÝ. *Alternativy vedení porodnické péče: 2. díl* [online]. [cit. 2016-08-12]. Dostupné z: <http://www.nasedetatko.com/index.php?popis=21&detail=ano&id=956>
8. GOGELA, Jiří a Zdeněk VEBERA. *Podmínky, za kterých lze akceptovat porod do vody na pracovištích, která se k takové alternativě rozhodnou. Moderní gynekologie a porodnictví*. Supplementum, 2007, Roč. 16, č. 1, s. 147-150. ISSN: 1214-2093.
9. GÓRSKA, Małgorzata Katarzyna. *Wpływ pozycji wertykalnych na przebieg porodu i stan noworodka*. Białystok, 2013. Diplomová práce (Mgr.). Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Vedoucí práce Prof. dr hab. Sławomir Jerzy Terlikowski.
10. GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Čekáme dítětko*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2013, 373 s. ISBN 978-80-247-3781-2.
11. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, xxiii, 538 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

- 12.** HANÁKOVÁ, Taťána, Magdalena CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ a Pavla VOLNÁ. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. aktualizované vydání. Brno: CPress, 2015. ISBN 978-80-264-0755-3.
- 13.** CHOŁUJ, Irena. *Urodzić razem i naturalnie: informator - poradnik porodowy dla rodziców i położnych*. Mszczonów: Fundacja Źródło Życia, 2008. ISBN 9788387895853.
- 14.** IWANOWICZ-PALUS, Grażyna J. Red. Nauk. *Alternatywne metody opieki okołoporodowej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2012. ISBN 9788320036466.
- 15.** JANIUK, Ewa a Emilia LICHTENBERG-KOKOSZKA. *Domowe narodziny.: Fanaberia szaleńców czy powrót do normalności?.* 1. Kraków: Oficyna Wydawnicza "Impuls", 2010. ISBN 9788375873672.
- 16.** Kolektiv autorů, Centrum Medyczne "Źelazna". *Centrum Medyczne "Źelazna": Przyszpitalny Dom Narodzin* [online]. 2016 [cit. 2016-08-12]. Dostupné z: <http://szpital.szpitalzelazna.pl/poloznictwo/przyszpitalny-dom-narodzin>
- 17.** LUNNY, Vivian. *Vůně života: aromaterapie pro těhotenství a zdravý životní styl*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2005, 273 s. ISBN 80-863-5640-X.
- 18.** MANDER, Rosemary. *Těhotenství, porod a bolest: [základní problematika pro porodní asistentky a budoucí matky]*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-810-8.
- 19.** MARCZAK, Iwona. *W Kórniku czy w malinach.: Narodziny na przełomie wieków*. 1. Poznań: eMPi2, 2015. ISBN 978-83-65149-06-0.
- 20.** MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ. *Bonding - porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?.* Praha: DharmaGaia, 2011. Šťastné dítě. ISBN 978-80-7436-014-5.
- 21.** NOE, Marie. *Aromaterapie do kapsy: malá encyklopedie éterických olejů*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2014, 299 s. ISBN 978-80-86356-49-5.
- 22.** ODENT, Michel. *Znovuzrozený porod*. Vyd. 1. Překlad Jakub Florian. Praha: Argo, 2004, 152 s. ISBN 8085794691.
- 23.** O'MARA, Peggy a Jane MCCONNELL. *Přirozený rodinný život*. Vyd. 1. Praha: Malvern, 2013, 421 s. Adam a Eva. ISBN 978-80-87580-53-0.

24. PAŘÍZEK, Antonín a Jane MCCONNELL. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2012, xxxii, 427 s. Adam a Eva. ISBN 978-80-7262-893-3.
25. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén, 2015, 337 stran. ISBN 978-80-7492-216-9.
26. PAŘÍZEK, Antonín. Stanoviska ČLS JEP, Z.S. *Stanovisko k porodům doma: plánovaný porod doma v České republice* [online]. 2012, 1 [cit. 2016-08-12]. Dostupné z: <http://www.cls.cz/stanovisko-k-porodum-doma>
27. PESCHOUT, Radek. *Čtvrtá doba porodní. Moderní babičtví: odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*. Praha:Levret, [2003]-. 2007, č. 14, s. 17-22. ISSN: 1214-5572.
28. POLSKO. *Dziennik ustaw Rzeczypospolitej Polskiej: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20.9.2012. In:Dz. U. Nr 112, poz.654*. Warszawa, 2012. Dostupné z:[http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/rozpoopnadnoworodk\\_201209211353.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/rozpoopnadnoworodk_201209211353.pdf)
29. ROMANOWSKA, Maria. *Organizacja porodu w domu w Warszawie* [online], [cit. 2016-08-07]. Dostupné z: [http://czlowiekodrodzenia.pl/?page\\_id=25](http://czlowiekodrodzenia.pl/?page_id=25)
30. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
31. SAMKOVÁ, Aneta. *Aromaterapie jako pomocník porodní asistentky. Moderní babičtví: odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*. Praha:Levret, [2003]-. 2011, s. 24-29. ISSN: 80-903183-5-5.
32. SIMKIN, Penny. *Partner u porodu: vše, co potřebujete vědět, abyste mohli ženě při porodu pomoci*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2000, 245 s. ISBN 80-7203-308-5.
33. SIMKIN, Penny a Ruth ANCHETA. *Udany poród. Jak wcześnie zapobiec dystocji i ją leczyć*. 1. Varšava: Wydawnictwo lekarskie PZWL, 2014. ISBN 978-83-200-4443-0.
34. STADELMANN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestineděním a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů*. 3. přeprac. vyd. Praha : One Woman Press, 2009. ISBN: 978-80-86356-50-1.

35. SUŠICKÁ, Petra a Aleš SUŠICKÝ. *Homeopatická materia medica a repertorium pro období těhotenství, porodu a šestinedělí*. Brno: Homeopatická fakulta s klinikou, 2002, 108 s. ISBN 80-238-8776-9.
36. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2010, 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3.
37. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Další „proč“ kolem porodů*. Zdravotnické noviny, 2010, roč. 59, č. 39, s. 20-21. ISSN: 1805-2355.
38. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Porodní dům U čápa: Služby, které Porodní dům U čápa nabízí* [online]. [cit. 2016-08-12]. Dostupné z: <http://www.pdcap.cz/Texty/PDS/Sluzby.html>
39. ŠVARŤÍČEK, R., K. ŠEĎOVÁ a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. 384 s. ISBN: 978-80-7367-313-0.
40. WHO, *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka: Zpráva technické pracovní skupiny* [online]. Ženeva: Světová zdravotnická organizace, 1999, 1-44 [cit. 2016-08-07]. Dostupné z: [http://www.aperio.cz/data/1/WHO\\_Pece\\_v\\_prubehu\\_normalniho\\_porodu.pdf](http://www.aperio.cz/data/1/WHO_Pece_v_prubehu_normalniho_porodu.pdf)
41. WORWOOD, Valerie Ann. *Voňavá lékárna*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2009, 583 s. ISBN 978-80-86356-47-1.
42. ZÁHUMENSKÝ, Jozef, Michael HALAŠKA a Dušan KOLAŘÍK, et al. *Porody mimo zdravotnická zařízení*. Česká gynekologie. 2006, 71(1), 13-16. ISSN 1210-7832.

## **8 Přílohy**

### **8.1 Seznam příloh**

Příloha 1 – Otázky rozhovoru s respondentkami

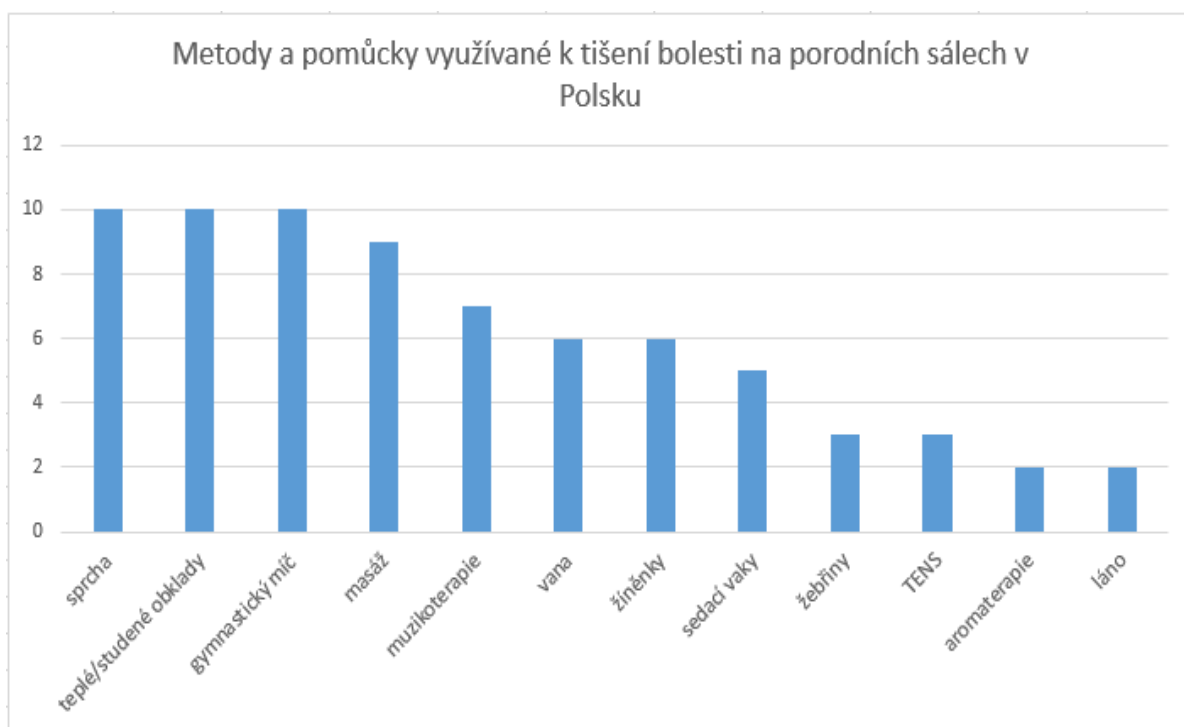
Příloha 2 – Grafy

## **Příloha 1 – Otázky k rozhovorům s respondentkami**

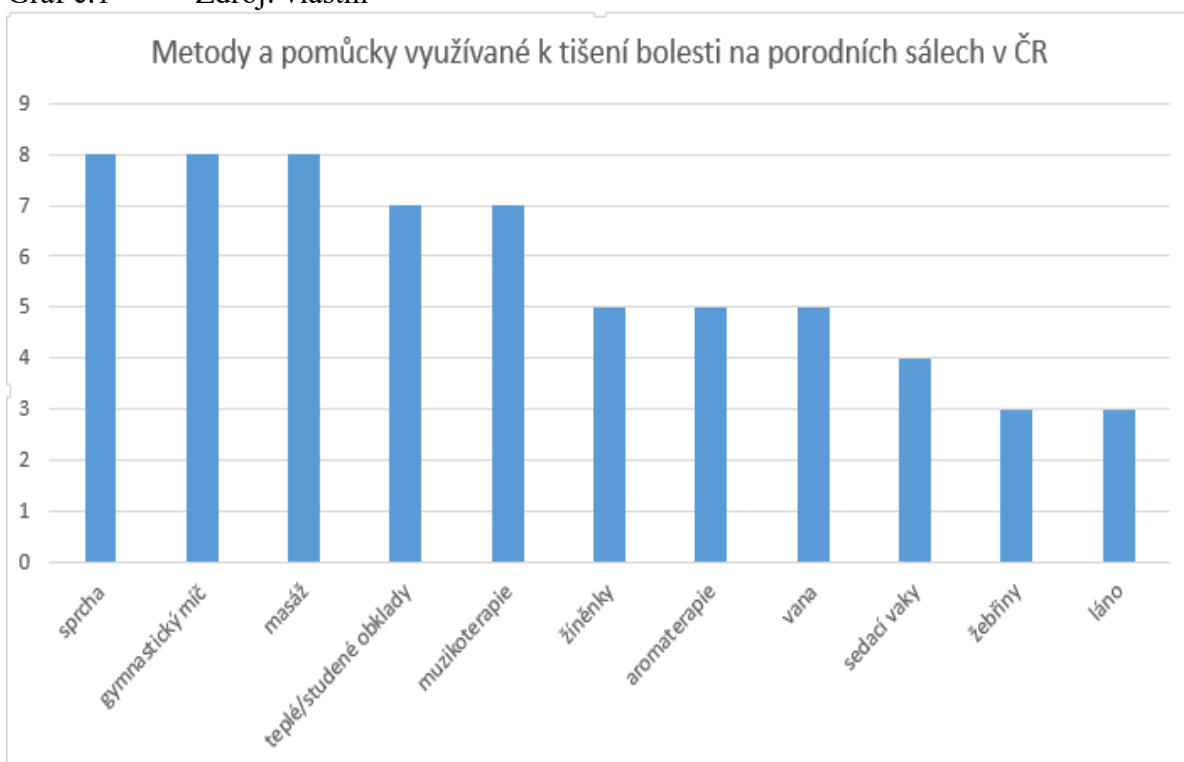
Zdroj: vlastní

1. Jak dlouho pracujete jako porodní asistentka?
2. Kolik porodů je ročně ve vaší porodnici?
3. Můžete mi popsat průběh I. doby porodní ve vaší porodnici? (příprava – klyzma, holení; přítomnost partnera - doprovodu; úlevové polohy; pohyb; sledování plodu – CTG)
4. Jaké nefarmakologické metody využíváte v I. době porodní?
5. Jaké farmakologické metody využíváte v I. době porodní?
6. Můžete mi popsat průběh II. doby porodní ve vaší porodnici? (polohy, nástřih hráze, sledování plodu; kdo určuje, v jaké poloze bude žena rodit?; může si žena zvolit jakoukoliv polohu?)
7. Jaký máte názor na vliv polohy k porodnímu poranění? A jaký máte názor na vertikální polohy a porodní poranění – jaká je Vaše zkušenost?
8. Jak probíhá III. doba porodní? (aktivní vedení III. doby porodní; ošetření porodních poranění)
9. Jak probíhá IV. doba porodní? (bonding; partner; jak dlouho zůstává rodička na porodním sále)
10. Jaký máte názor na alternativní metody u porodu?

## Příloha 2 – Grafy



Graf č.1 Zdroj: vlastní



Graf č.2 Zdroj: vlastní