

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Katedra antropologie a zdravotní vědy

Bc. Jolana Uvázlová

V. ročník – kombinované studium

Obor: Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední odborné školy

DULA – POMOCNICE U PORODU

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Jana Majerová

Olomouc 2011

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené literatury.

V Olomouci dne 14. 5. 2011

PODĚKOVÁNÍ

Moje poděkování patří vedoucí práce Mgr. Janě Majerové za metodologickou pomoc při přípravě a vyhodnocení výzkumného šetření. Děkuji odbornému konzultantovi MUDr. A. Nevrlvi, primáři gynekologicko – porodnického oddělení Nemocnice Prostějov za vstřícný a profesionální přístup. Dále děkuji všem respondentům a porodním asistentkám za názory.

OBSAH

1 ÚVOD	7
2 CÍLE A ÚKOLY PRÁCE	9
2.1 Cíle práce	9
2.2 Úkoly práce	9
3 TEORETICKÉ POZNATKY	10
3.1 Fyziologický porod	10
3.1.1 Definice porodu	10
3.1.2 Mechanismus porodu v poloze záhlavím	10
3.1.3 Mechanismus první porodní doby	11
3.1.4 Mechanismus druhé porodní doby u plodu v poloze záhlavím	12
3.1.5 Mechanismus třetí porodní doby a poporodní období	13
3.1.6 Poporodní období	14
3.1.7 Doba poporodní	14
3.2 Bolest za porodu	15
3.3 Metody porodnické analgezie	15
3.3.1 Nefarmakologické způsoby porodnické analgezie	15
3.3.2 Farmakologické metody porodnické analgezie	16
3.4 Léky a bolest	16
3.5 Psychika ženy v těhotenství a za porodu	17
3.5.1 Vliv psychiky na průběh těhotenství a porodu	17
3.5.2 Faktory ovlivňující psychiku těhotné ženy	17
3.5.3 Psychické změny v těhotenství	18
3.5.4 Psychické změny za porodu	19
3.5.5 Psychologické metody ovlivnění porodu	19
3.5.6 Psychologická příprava k porodu	20

3.6 Dula	21
3.6.1 Definice	21
3.6.2 Význam duly	21
3.6.3 Citlivost ke kulturním zvyklostem	22
3.6.4 Relaxace, vizualizace a autohypnóza pro těhotenství a porod	22
3.7 Otec u porodu	23
3.7.1 Úloha otce.....	23
3.7.2 Klady přítomnosti otce za porodu pro matku	23
3.7.2.1 Psychická podpora.....	23
3.7.2.2 Fyzická podpora	24
3.7.3 Výhody přítomnosti otce u porodu pro otce.....	24
3.7.4 Nevýhody přítomnosti otce za porodu.....	24
3.7.5 Může být otec duloú?	24
3.8 Česká asociace dul	25
3.9 Zkušenosti s dulaúmi v ČR a zahraničí	26
4 METODIKA PRÁCE	27
4.1 Popis vzorku	27
4.1.1 Popis vzorku z roku 2005	27
4.1.2 Popis vzorku z roku 2010	27
4.2 Užité metody výzkumu	28
4.3 Pilotní průzkum	29
4.4 Organizace šetření	29
4.5 Statistické zpracování	30
4.6 Výsledky šetření rok 2005, 2010 včetně srovnání a diskuze	30
5 ZÁVĚR	73
Souhrn	76
Summary	76
Seznam literatury	77

Seznam tabulek a grafů..... 81

Přílohy 84

Anotace

1 Úvod

V posledních letech se dostává do stále většího rozporu pokrok medicínské vědy s disponibilními zdroji, které jsou jednotlivé národní ekonomiky schopny vytvořit na její využití v běžné zdravotnické praxi. V Evropě existují různé systémy zdravotního pojištění a různé způsoby garantující dostupnost zdravotní péče. Jedno mají, ale všechny systémy společné – a tím je všeobecný pocit nedostatku prostředků ve zdravotnictví. Všechny evropské země musí optimalizovat ekonomické zdroje s poptávkou po zdravotních službách. Tato optimalizace – či v mnoha svých projevech spíše úspory se projevují i v České republice. Týkají se poměrně výrazným způsobem i stanovení systematizovaných počtů zdravotnického personálu na jednotlivých odděleních, což přináší na jedné straně ekonomickou rovnováhu, na druhé straně představují pro zdravotníky značnou zátěž a zdroj stresu. Také porodní asistentky pracují pod velkým tlakem a čelí nedostatku času, který je třeba věnovat rodičce. Snižuje se jejich hladina empatie, upřednostňují se somatické potřeby rodičky a plnění medicínských ordinací před psychosociálními potřebami rodiček.

Řešením pro zaplnění mezery v ošetrovatelské péči mohou být služby duly. Termín dula pochází z řečtiny a znamená pomocnici u porodu. Může jí být porodní asistentka nebo zkušená žena v dané problematice, která absolvovala speciální proškolení v kursech pro duly. Je psychickou i fyzickou oporou rodičce při zvládnání období předporodního, porodu a poporodního. Vedením porodu se nezabývá, to zůstává v pravomoci lékaře a porodní asistentky porodnického oddělení. Studie ze Spojených států amerických, kde jsou se službou duly letité zkušenosti, prokázaly, že nepřetržitá podpora duly má vliv na snížení počtu císařských řezů, délky porodu, užití léků proti bolesti, a žádostí o epidurální analgezi. Dané výzkumy o přínosu duly potvrzují, že podpora duly přispívá k pohodě matek, vede ke snížení počtu lékařských zásahů při porodu a v konečném důsledku i šetří finance. Ne každá žena by si přála dulu u porodu, ale měla by mít možnost volby, zda její péči zvolí či nikoliv.

Pro svoji závěrečnou diplomovou práci jsem si vybrala téma dul, které je v České republice málo známé. Tématem jsem se zabývala již v roce 2005, kdy jsem prováděla první výzkumné šetření a nyní ověřuji opakovaně zjišťovaná data a srovnávám oba soubory. Cíle, které jsem si stanovila, jsou zjištění informovanosti žen v okrese Prostějov o dulech, zmapování zájmu o služby dul u porodu, v péči předporodní, poporodní a názorů dotazovaných žen na vzdělání dul. Dále jsem zjišťovala, zda jsou budoucí matky ochotny

uhradit platbu za služby duly a v případě, že se pro dula u porodu rozhodnou, kde budou hledat kontakt. Věřím, že jsem ve své práci zúročila zkušenosti z práce na porodnickém oddělení i ženy, která provázela nemálo rodiček porodem jako dula. Provedeným výzkumným šetřením jsem se chtěla ujistit, že podpora fyzické i psychické pohody dula je správný směr při doplnění ošetrovatelské péče u porodu i v předporodním a poporodním období.

2 Cíle a úkoly práce

2.1 Cíle práce

Hlavním cílem empirické části práce je zjistit u těhotných žen zda mají zájem o dula u porodu.

Dalšími dílčími cíli jsou:

- zmapovat znalost pojmu dula včetně náplně práce,
- zjistit názory těhotných žen na odbornost duly,
- ověřit co ovlivňuje těhotné ženy při výběru duly,
- zmapovat zájem žen o služby duly v předporodním a poporodním období,
- analyzovat jakou částku jsou ochotny dule za její služby uhradit.

2.2 Úkoly práce

Prvním a zároveň stěžejním úkolem práce je studium dostupné literatury a jiných zdrojů informací o této problematice. Dalším úkolem je nastudované poznatky srozumitelně zaznamenat do teoretické části práce. Úkolem této práce je sepsání odborně přesné, ale zároveň srozumitelné práce, která bude obsahovat mimo stěžejních kapitol o dule a jejím významu u porodu, také kapitoly o průběhu porodu, bolesti u porodu, metodách porodnické analgezie a psychice ženy v těhotenství a za porodu.

Dalším úkolem je provedení praktického průzkumu pomocí dotazníkového šetření. Hlavním úkolem empirické části práce je stejně jako v roce 2005, kdy bylo výzkumné šetření provedeno poprvé, provedení dotazníkového šetření u těhotných žen. Dalšími dílčími úkoly praktické části práce je dotazníky rozdat většímu počtu respondentek než v roce 2005 z důvodu vyšší statistické průkaznosti, dále dotazníky vyhodnotit a výsledky srovnat s výzkumným šetřením z roku 2005. Srovnání je provedeno včetně statistického zpracování cílů práce. Před samotným zahájením průzkumu provedeme pilotní průzkum na dvaceti těhotných ženách.

3 Teoretické poznatky

3.1 Fyziologický porod

3.1.1 Definice porodu

Porodem (partus) nazýváme každé ukončení těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec o minimální hmotnosti 500g, nebo přežije-li novorozenec i s menší hmotností alespoň 24 hodin. U mrtvě narozeného plodu je podmínkou porodu minimální hmotnost 1000 g. Ukončení těhotenství po narození plodů o nižších než uvedených hmotnostech označujeme jako potrat (abortus) (Roztočil a kol., 2001).

3.1.2 Mechanismus porodu v poloze záhlavím

Na konci těhotenství je zahájen proces biologické přípravy těhotné i plodu k porodu. Tento multifaktoriální děj se projevuje pozvolným nárůstem děložní dráždivosti, který vede k rozvoji kontrakční činnosti, označované jako Braxtonovy-Hicksovy kontrakce. V průběhu tohoto období se snižuje děložní dno. Mění se tvar, konzistence i uložení děložního hrdla. Rovněž se zvyšuje tlak dělohy distálním směrem. Pokud se pootevře zevní branka, odchází z děložního hrdla hlenová zátka. Všechny tyto faktory a řada dalších, se uplatňují na rozvoji děložních kontrakcí, které rozvíjejí dolní děložní segment a zahajují tak počátek I. porodní doby.

Vlastní porod dělím na:

- I. porodní dobu – otevírací,
- II. porodní dobu – vypuzovací,
- III. porodní dobu – porod lůžka a plodových blan (Roztočil a kol., 2001).

3.1.3 Mechanismus I. porodní doby

Porod je zahájen počátkem děložní činnosti, která vede k rozvíjení dolního děložního segmentu, děložního hrdla a branky. Frekvence otvíracích kontrakcí zpočátku nepřesahuje 1-2 / 10 min. V 10-15 % začíná porod spontánním odtokem plodové vody. Dráždivost svalů děložního a aktivita jsou podmíněny změnou klidového potenciálu svalové buňky na kritický potenciál (Roztočil a kol., 2001).

Ozvy plodu musí být během I. doby porodní kontrolovány po 15min. Odteče-li v průběhu této doby plodová voda, zjišťujeme její kvalitu a kontrolujeme rodičku vaginálně pro nebezpečí výhřezu pupečníku. Rodička musí být v intimním prostředí, ale pod dohledem. Poloha v první době porodní i pohyb rodičky, jsou vedeny podle zvyklostí ústavu. Je prokázáno, že při vertikální poloze jsou stahy děložní intenzivnější a vstup hlavičky je usnadněn, k tomu je třeba zajistit bezpečnost. To umožňují metody tonometrické kontroly. Nejdůležitější zásadou lékařského vedení porodu je **udělat si na rodičku čas**, žena by neměla mít pocit, že je izolovaná. Pozitivně zde může působit přítomnost manžela nebo někoho z příbuzných, pokud je aktivně zapojen a je instruován. Klíčem k normálnímu porodu jsou dobře se rozvíjející děložní kontrakce. Při vedení porodu je třeba zajistit vždy porodnické minimum. Palpací na straně, kde jsou uloženy malé části plodu, sledujeme kontrakce, přičemž napětí má být takové, aby během nich nebyly končetiny hmatné. Kontrakce mají být alespoň 3 do deseti minut, během vaginálního vyšetřování – cca po 60-90 min – sledujeme rozvíjející se branku a postup hlavičky. Jsou-li **tři** kontrakce do minuty, posloucháme ozvy po 10 min, vždy mimo stah a pak na jeho konci. Osvědčuje se monitorování kardiokardiografií zabraňující nerozpoznání tísně plodu. Pozornost porodníka je upřena z velké části na prevenci a včasnou diagnostiku hypoxie plodu. Po celou dobu porodu dbáme na zachování pravidel porodnické asepse. Po odtoku plodové vody každé vaginální vyšetření nese s sebou nebezpečí vstupu infekce. Rodička si má v první době porodní uchovat co nejvíce sil pro dobu vypuzovací. Kumuluje se nevyspalost, netrévanost, vzniká negativismus, obranné reakce, hysterický neklid. Nutno odlišovat pociťování bolesti od hysterické nástavby. Dýchání rodičky má být v souladu s vynaloženou námahou, varujeme jak před zadržováním dechu, tak před hyperventilací. Po celou I. dobu porodní sledujeme rozevírání branky, kontrakce, odtok plodové vody, vstup naléhající části plodu do porodního kanálu a ozvy plodu (Zwinger, A. et al., 2004).

V průběhu I. doby porodní se děložní hrdlo rozevívá a začíná se přesouvat kraniálním směrem přes dolní pól plodového vejce, posouvá se vnitřní branka k zevní brance a děložní hrdlo se zkracuje. V určitém okamžiku vnitřní branka a děložní hrdlo zachází. Branka se postupně zvětšuje, až z ní zbývá úzký lem, po jehož vymizení branka zaniká. Průměrné trvání I. porodní doby se pohybuje u prvorodiček kolem 6 -7 hodin, u vícerodiček 3 - 4 hodiny (Roztočil a kol., 2001).

3.1.4 Mechanismus II. porodní doby u plodů v poloze záhlavím

Doba vypuzovací začíná okamžikem zániku branky a plod v jejím průběhu prostupuje tvrdými i měkkými porodními cestami.

Faktory, které určují průběh mechanismu II. porodní doby:

- děložní kontrakce,
- břišní lis, který je reflektoricky vyvolán stimulací receptorů při tlaku hlavičky na pánevní dno,
- vzájemné odlišnosti průměrů jednotlivých pánevních rovin,
- konkavita porodních cest, podepřených svalstvem pánevního dna, ohraničených vpředu sponou stydkou a vzadu vyhloubením kosti křížové a kostrčí,
- tvar hlavičky plodu (Čech a kol., 2006).

Parametry mechanismu porodu hlavičky při poloze záhlavím:

- prostupující obvod – suboccipitobregmatický,
- vedoucí bod – malá fontanela,
- hypomochlion – subokciput,
- konfigurace hlavičky – dolichocefalická

Mechanismus porodu hlavičky ve II. porodní době můžeme rozdělit do 5 etap:

- iniciální flexe a vstup hlavičky do pánevního vchodu,
- progresse hlavičky do pánevní šíře a úžiny,
- normální nebo abnormální vnitřní rotace,
- rotace hlavičky kolem dolního okraje stydké spony (reflexe po normální rotaci v poloze záhlavím),
- zevní rotace (Čech a kol., 2006).

Mechanismus porodu ramének:

Raménka vstupují do pánevního vchodu před výstupem hlavičky z pánevního východu. Vpředu uložené raménko se stává v předním úseku malé pánve raménkem vedoucím. Takto raménka postupují při prořezávající se hlavičce přes pánevní šíři do pánevní úžiny, kde se po porodu hlavičky vnitřně rotují tak, že se vedoucí raménko stáčí dopředu za dolní okraj stydké spony. Přední raménko se porodí k místu úponu deltového svalu na humeru. Tam vzniká opěrné místo (hypomochlion), kolem kterého se trup ohýbá, a tím se porodí vzadu přes hráz i raménko zadní. Trup plodu se již rodí bez zvláštního mechanismu. Porodem plodu je dokončena II. porodní doba, která trvá u prvorodičky v průměru kolem 15-20 minut, u vícero dičky kolem 5-10 minut (Čech a kol., 2006).

3.1.5 Mechanismus III. porodní doby a poporodní období

Po porodu plodu se děloha přizpůsobuje výraznou retrakcí malému obsahu. Děložní fundus (dno) je ve výši pupku, je zaoblený a děloha má kulovitý tvar. Děložní retrakce probíhá v celé děložní stěně s výjimkou plochy, kde je přirostlá placenta. Po určité klidové fázi se opět dostavují kontrakce. Placenta se začíná odlučovat v těhotensky změněné vrstvě sliznice. Po odloučení ještě neporozené placenty se děloha zřepu dozadu oplošťuje a fundus děložní se stává špičatým.

Podle místa lokalizace, způsobu odlučování a porodu placenty rozeznáváme 3 typy mechanismu odlučování placenty:

- Mechanismus podle Baudelocquea-Schultze, při kterém se vytváří centrální retroplacentární hematoma a placenta se odlučuje od centra k periférii. Placenta se rodí napřed svou fetální částí a napomáhá i odlučování blan, které za sebou povytahuje.
- Mechanismus podle Duncana, při něm se placenta odlučuje od vzdálené periferie přes centrum k opačné periférii. Placenta se rodí po hraně svou mateřskou stranou.
- Mechanismus podle Gessnera, placenta se odlučuje od periferie, pak ale tím, že sklesne do pochvy se korunovitě sbalí a vystupuje napřed svou fetální stranou.

III. porodní doba trvá zhruba 5-10 minut (Roztočil a kol., 2001).

3.1.6 Poporodní období

Po porodu placenty a plodových blan se děloha kompletně stahuje. Stlačením přetržených cév nastává částečná mechanická zástava krvácení. Stěny komprimovaných cév k sobě přilnou a záhy se slepí, takže se nevytváří žádná krevní sraženina. Toto období, které již patří do raného šestinedělí, trvá cca 2 hodiny a označujeme je jako poporodní. Celkové krevní ztráty při fyziologickém porodu a v poporodním období nepřesahují 300 ml (Čech, 1999).

3.1.7 Doba poporodní

Často bývá tato doba nazývána *IV. doba porodní*. Jedná se o tříhodinový interval po porodu placenty, ve kterém je žena ohrožena časným poporodním krvácením. Po porodu placenty a plodových obalů se hladká svalovina děložní kontrahuje, děloha se zmenšuje, fundus sahá asi tři prsty pod pupek. Palpačně je stěna děložní velmi tuhá (Roztočil a kol., 2001).

3.2 Bolest za porodu

Bolest je rodičkami přijímána jako součást porodního děje, kterou je možno ovlivnit jak nefarmakologickými, tak farmakologickými metodami. Pokud jsou ženy dotazovány na intenzitu bolestí a užijeme-li Melzackovu škálu bolestivosti od 0-10 (0 žádná bolest, 10 - horší než si lze představit), tak většina žen udává skóre 8. Bezbolestný porod je zcela výjimečný, ale prožívání porodu je různé. Bolest v I. době porodní je bolest viscerální (útrobní), tupá. Má původ v děložním těle a hrdle a narůstá s postupem I. porodní doby. Bolest ve II. porodní době je bolest somatická, ostrá. Trvání bolesti v I. porodní době je asi 8 hodin u prvorodiček a 5-6 hodin u vícero-diček. Bolest ve II. porodní době je u prvorodiček asi 30 minut, u vícero-diček kolem 10-15 minut. Bolest působí hyperventilaci matky, vzniká porucha acidobazické rovnováhy a zvyšuje se vyplavování katecholaminů. Výsledkem této situace je vznik bludného kruhu: *bolest-napětí-strach*. Cílem porodnické analgezie je jeho přerušeni na úrovni bolesti jejím odstraněním (Čech, 1999).

3.3 Metody porodnické analgezie

Volba metody porodnické analgezie je individuální a záleží na psychickém a fyzickém stavu rodičky, jejím přání, na stavu placenty, na stadiu porodu, spektru dostupných analgetik a na zkušenostech anesteziologa a porodníka (Čech, 1999).

3.3.1 Nefarmakologické způsoby porodnické analgezie:

- psychosomatická příprava na porod, která metodami vysvětlení porodního děje a nácvikem chování ženy při porodu bolestivé vnímání kontrakcí snižuje, ale jejím cílem není porodní bolest zcela odstranit,
- hypnóza sice bolestivost porodu snižuje, ale současně omezuje schopnost rodičky komunikovat s okolím,
- akupunktura nezaznamenala u nás i přes dobré mediální ohlasy širší využití,
- transkutánní elektrostimulace je zatím ve stadiu rozvoje (Čech, 1999).

3.3.2 Farmakologické metody porodnické analgezie:

- Celkově aplikovaná analgetika a anxiolytika se používají v dávkách, při kterých bolest úplně nevymizí, pouze ji utlumí. Běžně používané preparáty jsou Dolsin, Fentanyl. Z anxiolytik se používá Prometazin.
- Z inhalačních přípravků k analgézi je užívána směs kyslíku a oxidu dusného (Entonox) v poměru 1:1.
- Lokální podání anestetik ke svodné analgézi metodou epidurální analgezie, kdy se cestou epidurálního katetru aplikuje do epidurálního prostoru místní anestetikum (Marcain) v kombinaci s opiátem (Sufenta). Patří mezi nejúčinnější metody ovlivnění bolesti při porodu (Čech, 1999).

3.4 Léky a bolest

Porodníci se už léta zabývají zvládáním bolesti. V třicátých letech dvacátého století se porod přesunul z domova do nemocnice s nadějí, že ženy budou moci родit bezbolestně. Řada léků, z nichž některé mají nežádoucí účinky na novorozence byla a je používána. O mnoha farmakologických metodách se diskutuje, avšak jejich dopad na novorozence zatím není zcela znám. Analgetika jako Pethidin nebo Demerol působí na dítě, protože se dostávají prostřednictvím matky do krevního oběhu plodu. Děti narozené po podání analgetik mohou být méně aktivní, později otevírají oči, méně často si dávají ručičky do úst, při přiložení pomaleji hledají prs a během několika prvních dnů života neochotně sají mléko. Celkový dopad či dlouhodobé účinky epidurální analgezie na dítě ještě nejsou zcela známy. Většina laktačních poradců je přesvědčená, že epidurální analgezie zpomaluje schopnost dítěte začít sát mateřské mléko. Pozorují, že novorozenec uchopí bradavku do úst, ale nezačne sát, a trvá i několik dní, než se laktace rozběhne normálně. Epidurální analgezie zavedená na začátku porodu matce nedovoluje pohyb a otupí smysly, čímž jí zamezí aktivně se podílet na porodu a mnohdy zpomalí jeho postup. Ukázalo se, že takto použitá epidurální analgezie vede častěji k porodům s použitím kleští nebo vakuumextraktoru. Lehké a pozdní epidurální analgezie, užívané při rozšíření branky děložní na 6 centimetrů, takové účinky většinou nemívají (M.H. Klaus, 2004).

3.5 Psychika ženy v těhotenství a za porodu

3.5.1 Vliv psychiky na průběh těhotenství a porodu

Těhotenství a porod patří k neopakovatelným zážitkům v životě ženy. Tím že žena přivedla na svět dalšího člověka, naplnila své biologické poslání, kterým je předávání genetické výbavy. Potřeba zachování jedince a potřeba zachování rodu jsou nejsilnější biologické potřeby člověka. Zvláště porod prvního dítěte je doprovázen zcela neopakovatelnými pocity. Na okamžiky zrození prvního dítěte snad nikdy žádná žena nezapomněla a často se k němu v myšlenkách vrací. Většina žen hodnotí události kolem těhotenství a porodu pozitivně. Jsou ale ženy, které zážitky spojené s narozením dítěte hodnotí jako nepříjemné až šokující, že nenajdou odvahu k opakovanému početí (Čechová, 2001).

Z porodnické praxe je známo, že dobrý psychický stav těhotné a rodičky se spolupodílí na fyziologickém průběhu těhotenství a porodu a může ovlivnit i psychosomatický stav dítěte. Je jisté, že hormony, vyplavované při stresové reakci matky, se dostávají přes placentu do oběhu plodu. Do jaké míry a jak ovlivňují nenarozené dítě v děloze, známo zatím není. Předpokládáme, že pro plod a jeho vývoj je významné, jestli se s těmito hormony setkává sporadicky nebo často. Žena, která je během porodu klidná, bez strachu nebo úzkosti, vnímá děložní kontrakce jako méně intenzivní, doba průběhu porodu je významně kratší. Je tu jasný mechanismus: *strach (úzkost) vede k pocitu ohrožení, následuje vzestup hladiny katecholaminů, zvýšení krevního tlaku a vyšší spotřebě kyslíku*. To vše má vliv na děložní činnost, jednak nepříznivě ovlivňuje placentární průtok a zhoršené zásobení plodu kyslíkem (Čechová, 2001).

3.5.2 Faktory ovlivňující psychiku těhotné ženy

Těhotenství je charakterizováno celým souborem změn. Dochází ke změnám ve všech základních úrovních osobnosti: *biologické, sociální a psychické*. Jak se bude žena s těmito změnami vyrovnávat, zda adaptivně či maladaptivně, záleží na následujících faktorech:

- osobnosti ženy a její identifikaci s ženskou rolí,
- vztahu k nenarozenému dítěti,
- motivaci k těhotenství,
- somatickému stavu,
- sociálních a ekonomických podmínkách rodiny (Čechová, 2001).

3.5.3 Psychické změny v těhotenství

Těhotenství je popisováno jako období psychofyziologické krize. Změny postihují všechny úrovně od somatické přes fyziologickou, endokrinní, psychickou, až k sociální.

Somatické změny jsou značné. Přírůstek hmotnosti je asi 12 kg, obvod břicha se zvětšuje o 25cm, rostou prsy. Změny přijímá většina žen negativně. V pozdní graviditě se ženy obávají ztráty atraktivnosti, poškození svého těla, hmotnostního přírůstku, ztráty kontroly nad svým tělem.

Endokrinní změny v těhotenství jsou dramatické. Hormonální hladiny (estrogeny, progesteron) nabývají hodnot mnohem vyšších než mimo těhotenství. Hormonální vlivy mohou ovlivnit psychiku těhotné působením na mozkové neurotransmitery.

Změny partnerských a rodinných vztahů provázejí těhotenství. U těhotných i žen po porodu je zvýšená potřeba pozornosti manžela, ale i rodiny a přátel, snadno vznikají pocity odmítnutí. Manželské soužití ovlivňují změny sexuální aktivity těhotné ženy. V těhotenství se mění také vztah k matce. Někteří autoři popisují zvýšenou zranitelnost Ega a regresi na dřívější vývojová stadia. U těhotných sledujeme běžné stavy, které bychom u netěhotné populace označili jako patologické – vysokou hladinu úzkosti, depresi, náladovost, poruchy kognitivních funkcí, regresivní posuny. Pozornost si zaslouží tzv. benigní těhotenská encefalopatie, deprese, a neuroticismus (Baštecký, 1993).

3.5.4 Psychické změny za porodu

Normální postup porodu závisí jednak na síle děložních kontrakcí, jednak na změnách děložního hrdla. Vliv porodu na plod závisí na průtoku placentou a dělohou mimo i během kontrakce. Protože uteroplacentární průtok je ovlivňován katecholaminy a také je známo, že adrenalin a noradrenalin vedou k oslabení děložních kontrakcí, předpokládáme, že vzestup jejich hladiny nepříznivě ovlivní délku porodu, stav novorozence i počet porodnických operací (Baštecký, 1993).

U žen se sledovala otázka vlivu úzkosti na průběh porodu. Řada studií zjišťuje u žen s vyšší hladinou úzkosti obtížnější a delší porod, více porodnických operací, horší stav novorozence. (Istvan, 1986). *Porodní bolest* souvisí zřejmě s porodním mechanismem, který je u člověka komplikovanější než u jiných savců (vzhledem k zúžení pánevního vchodu při bederní lordóze). Očekává se, že napínání tkání, ke kterému při porodu dochází, bude bolestivé. Individuální rozdíly ve vnímání bolesti jsou veliké. Hlavní roli hrají faktory fyziologické např. bolest je silnější u prvorodiček či při indukovaném porodu a psychologické (především úzkost) (Baštecký, 1993).

3.5.5 Psychologické metody ovlivnění porodu

Úzkost u rodičky lze snížit farmakologicky, buď přímo, nebo prostřednictvím analgezie. Zmenšení bolesti sníží úzkost, sekreci katecholaminů, zrychlí průběh porodu alepší zásobení plodu kyslíkem. Stále občas přezívající názory, které se obávají možného nepříznivého vlivu analgezie na plod, je třeba zamítnout. Současné způsoby analgezie jsou pro plod nejen bezpečné, ale dokonce se zdá, že alespoň některé z nich chrání CNS plodu před následky případné asfyxie (Baštecký, 1993).

Porod je příznivě ovlivněn *přítomností nějaké osoby u rodičky*. Nemusí to být lékař nebo manžel, stačí laická ošetřovatelka. Uvést tento požadavek do praxe ve státních ústavech je ovšem obtížné. Jinou nefarmakologickou možností ovlivnění porodu je změna polohy rodící ženy. Ženy západní kultury dnes obvykle rodí v gynekologické poloze, což má důvody převážně historické (Dundes, 1987).

V posledních letech některá nemocniční zařízení užívají jiné polohy jako je vertikální, která umožňuje porod na stoličce. Z psychoterapeutických technik je možné v průběhu porodu využít hypnózu. V tom případě je nutná trvalá přítomnost hypnoterapeuta (Baštecký, 1993).

3.5.6 Psychologická příprava k porodu

Jedná se o ovlivnění fyziologického děje psychologickými cestami. Vyvinulo se několik postupů (Čepický, 1984).

Tzv. *přirozený porod* předpokládá patologickou řadu strach – napětí – bolest. Strachem dochází k rigiditě děložního hrdla, z toho plyne větší intenzita stahů děložních a ischémie, která způsobuje porodní bolest. V přípravě je velmi důležitý nácvik relaxačních technik (Baštecký, 1993).

Francouzská škola porodnické profylaxe vyšla ze školy sovětské. Od sovětské školy se liší tím, že zavrhuje analgezii a dochází až k extrémům, jako je Leboyerova metoda (Baštecký, 1993). Jak uvádí Roztočil a kol. (2001) Leboyer propagoval tzv. “porod bez násilí” a kritizuje porodníky z násilné manipulace s novorozencem. Leboyerova metoda klade důraz na smyslové vnímání plodu, porod v tichu, přítmí, také doporučuje rodičce pobyt v I. době porodní ve vodě a rovněž minimální užívání léků za porodu. Význam těchto postupů pro průběh porodu nebo pro další vývoj novorozence nebyl nikdy prokázán (navzdory značné publicitě v populárním tisku) (Baštecký, 1993).

Efekt jakékoliv z metod psychologické přípravy k porodu se v dobře kontrolovaných studiích ukazuje jako sporný. Vliv na snížení porodní bolesti je však tak malý, že potřeba další analgezie zůstává stejná. Rozhodující pro budoucnost bude změna náplně psychoprofylaxe z odstranění porodní bolesti na přípravu ženy nejen na fyziologický porod, ale i na přístrojové vybavení a možné porodnické komplikace – a touto cestou snížení úzkosti rodičky (Čepický, Nováková, 1985).

Porodnickou psychoprofylaxí se psychologická příprava ženy k porodu nevyčerpává. Pro rodičky vysokou hladinou strachu z porodu lze použít různé alternativní metody, jako jsou biofeedback, hathajóga, hypnóza a relaxační techniky (Baštecký, 1993).

3.6 Dula

3.6.1 Definice

Slovo *dula* pochází z řečtiny a vzniklo z označení pro pomocnici ženy. V současné době se používá pro ženy, které mají zkušenosti s porodem, poskytují matkám nepřetržitou podporu během porodu, těhotenství a šestinedělí (M. H. Klaus, 2004).

Dulou se může stát žena, která sama může, ale nemusí být matkou a rozhodla se poskytovat rodičkám během porodu morální podporu a užívat prostředky, kterými ženě porod usnadní. Rovněž podporuje partnera rodičky, jestliže je přítomen a přeje si to. Dula neposkytuje zdravotnické služby, její činnost doplňuje ošetrovatelskou péči porodníků a porodních asistentek. Práci duly chápeme jako pomáhající profesi. Duly nabízejí předporodní návštěvy, kurzy předporodní přípravy, doprovod k porodu, poporodní návštěvy a konzultace i v noci. Další služby jako jsou: reflexní masáže, aromamasáže, víkendové předporodní přípravné kurzy, půjčování odborné literatury atd. (viz. příloha č.5) (www.duly.eu).

3.6.2 Význam duly

V nejznámější studii o významu duly Klaus a Kennell (1993) uvádí, že její přítomnost u porodu snižuje délku I. doby porodní o 25%, počet císařských řezů o 50%, použití léků vyvolávající kontrakce děložní o 40%, užití léků od bolesti o 30%, použití porodnických kleští o 40%, žádosti o epidurální anestezii o 60%. Služby duly pozitivně ovlivňují průběh kojení i výskyt poporodní deprese. Matky doprovázené dulou hodnotí osobnost svého dítěte, jeho schopnosti a zdravotní stav pozitivněji.

Úloha duly začíná, když se setká s rodiči poprvé, a to asi tři měsíce před porodem. V tomto období se seznamuje s představami a přáními budoucích rodičů ohledně porodu. Velmi důležitou informací pro budoucí matku je ujištění duly, že ji v průběhu porodu nenechá o samotě. Vztah rodičů a duly musí být postaven na této jistotě. V průběhu porodu, pociťuje-li matka bolesti, dula jí navrhuje různé metody zvládnání bolesti: hlazení nebo masírování zad, teplé obklady, tlak na záda. S rostoucí intenzitou porodu se stává, že se muž od své partnerky začne vzdalovat. Tato situace dovoluje dule se k rodičce naopak více přiblížit. Vlastní vedení porodu dítěte je v režii zdravotníků. Dula zůstává

spolu s otcem po matčině boku. Po narození dítěte rodičům blahopřeje a zejména ženě k jejímu výkonu. Dalším důležitým úkolem duly po porodu je odpovědět rodičce na různé otázky týkající se prožitého porodu. Mnohdy jí připadá, že něco nezvládla nebo neudělala dobře. Převyprávění porodu pomůže matce i otci dítěte pochopit, co se skutečně během celého průběhu porodu událo. Dula tak může posílit matčino sebepojetí (Klaus, 2004).

3.6.3 Citlivost ke kulturním zvyklostem

Nejdůležitějšími prvky péče o rodičku je chování, přístup a empatie ošetřujícího personálu. Dula musí být citlivá ke kulturním tradicím a pocitům rodičky. Někdy je potřeba ochraňovat matku před necitlivými projevy zdravotníků, kteří neznají prvky multikulturního ošetřovatelství. Některým ženám mohou být dotyky na určitých místech nepříjemné. Duly se na konkrétní zvyklosti mohou ptát rodiny nebo hledat informace v literatuře (Klaus, 2004).

3.6.4 Relaxace, vizualizace a autohypnóza pro těhotenství a porod

Rodičky mohou při porodu využít sílu mysli, tak aby se dokázaly uvolnit, snížit strach, napětí a bolest. Při relaxaci se zvyšuje schopnost těla vylučovat hormon oxytocin, který posiluje kontrakce. Zároveň se relaxací snižuje vylučování stresových hormonů, jež porod naopak zpomalují. Relaxace a imaginace v šestinedělí zvyšují tvorbu mléka, napomáhají hojení a snižují stres matky. Řízená imaginace, nazývaná také *vizualizace*, je metoda, která využívá pozitivních mentálních představ či obrazů. Cílem je uvolňování mysli a těla, snížení strachu, posílení matčiny důvěry ve svoje schopnosti. Je-li rodička úzkostná nebo má z rození a rodičovství obavy, průběh porodu bývá negativně ovlivněn. K fyzické relaxaci se využívají dýchací techniky a uvolňování svalstva celého těla. Klidná a uvolněná rodička má lépe uvolněné porodní cesty. Je-li žena napjatá, děložní hrdlo se stáhne a průběh porodu může být delší i bolestivější. Z těchto důvodů jsou relaxace a vizualizace vhodné metody ke snižování strachu, napětí a bolesti (Klaus, 2004).

3.7 Otec u porodu

3.7.1 Úloha otce

Porodnicko – gynekologické oddělení nemocnice bývá pro otce stresujícím prostředím s neznámými pachy, přístroji, nástroji a zvuky. Nejvíce je stresuje pohled na vlastní ženu, jak rodí. Vidí nejbližší bytost, jak prožívá bolest a strach. Žena může být střídavě unavená či zoufalá, někdy i nepřátelská až agresivní. Muži řeší dilema, kam se postavit, co dělat, jak být co nejvíce užitečný a kolik lásky ženě projevovat před cizími lidmi. Muž pociťuje zodpovědnost za ženino zvládnání porodu i za rozhodnutí týkající se ošetrovatelské péče. Na základě dostupných informací i vlastních zkušeností je patrné, že se v současné době od mužů při porodu očekává příliš. Otcové nemohou být objektivní a stát nad věcí, jedná se tu o zdraví jejich dítěte i ženy. Má – li otec zkušenosti s porodem sebevětší, nikdy si nemůže zachovat takový citový odstup, aby mohl uspokojit své i ženiny emocionální potřeby. Jestliže doporučujeme podporu duly, není naším cílem snížit roli otce. Otcova přítomnost je důležitá pro citovou vazbu mezi partnery i pro vztah k dítěti (Klaus, 2004).

3.7.2 Klady přítomnosti otce za porodu pro matku

3.7.2.1 Psychická podpora

- lepší zvládnání strachu, úzkostných a panických reakcí,
- urychlení porodu,
- žena se necítí osamocená,
- povzbuzení, motivace rodičky,
- upevnění vztahu partnerů,
- přítomnost otce vede ke snížení vnímání bolesti.

Dvě třetiny rodiček hodnotí svoje zkušenosti s otcem u porodu velmi kladně, přičemž jen obtížně popisují pocity, které jim porod přinesl. Emocionální účinky partnerovy přítomnosti lze hodnotit jen nepřímo, neboť patří do hodnot exaktně neměřitelných (Roztočil a kol., 2001).

3.7.2.2 Fyzická podpora

- registrace intervalů mezi kontrakcemi,
- masáž v sakrální oblasti páteře a v podbřišku,
- příprava úlevových poloh pro rodičku,
- pomoc při kontrolovaném dýchání (Roztočil a kol., 2001).

3.7.3 Výhody přítomnosti otce u porodu pro otce

- psychologicky kladný prožitek při pomoci rodičce při porodu,
- pozitivní vliv na další soužití partnerů,
- intenzivnější vztah otec – novorozenec.

Otcové, kteří si přáli být u porodu a z nějakého důvodu nemohli být přítomni, udávají nepříjemné pocity úzkosti a bezmoci (Roztočil a kol., 2001).

3.7.4 Nevýhody přítomnosti otce za porodu

Vliv přítomnosti otce u porodu na budoucí sexuální život partnerů je nepředvídatelný. Zastánci přítomnosti otců u porodu tvrdí, že se tento negativní vliv nevyskytuje. Je namístě zdůraznit, že mnozí muži mají poněkud zkreslené představy o průběhu porodu a nemusí zůstat u disponovaného muže bez negativních následků (Chmel, 2005).

3.7.5 Může být otec dulou?

Velmi zásadní otázkou je, jestli může otec zastávat roli duly. Muž často absolvuje předporodní kurz, naučí se jak ženě ulehčit bolest a pomáhat při porodu. Partneři si mnohdy myslí, že přítomnost cizí osoby by při porodu narušovala jejich vztah. Po rozběhnutí porodu se většina těchto představ vytratí. Muži i ženy se uleví, když s nimi zůstane porodní asistentka a pomáhá jim. Jsme přesvědčeni, že budoucí otec nemůže být své ženě dulou. Málokdy je schopen vyhodnotit co se s rodičkou děje a zda je určitá změna normální součástí porodu. V atmosféře úzkosti, jež často porod provází, se někteří muži chovají kontraproduktivně. Otec se může stát necitlivý vůči ženě, protože nezvládá vlastní

úzkost a cítí potřebu kontrolovat či řídit situaci. Také muži mívají obavy, že nepodají dobrý výkon, mohou být hyperaktivní, neustále mluví nebo se naopak stávají pasivními diváky. I otcové, kteří již absolvovaly doprovod u porodu, začínají z porodního sálu odcházet na delší dobu, protože potřebují přestávku. Někdy bývá rodička takovým chováním zklamaná. Má totiž představu, že její partner zvládne všechno. Otec může přemýšlet o otázkách smrtelnosti, sexuality, otcovství. Naproti tomu role duly je poměrně neměnná. Porodu se účastní jako dobře informovaná pomocnice (Klaus, 2004).

3.8 Česká asociace dul

- Česká asociace dul vznikla v září 2001, po osamostatnění aktivity původně zastřešené Hnutím za aktivní mateřství, od roku 2002 nabízí vzdělávání ženám, které se chtějí stát průvodkyní ženy a jejího partnera během těhotenství, porodu a v šestinedělí,
- uvedla profesi dul na českou scénu a rozšířila povědomí o práci dul v České republice,
- usiluje o oficiální uznání profese duly v ČR,
- ženám, které se na ni obrátí, pomáhá vyhledat kvalifikovanou dula,
- organizuje kurzy základního vzdělávání pro duly,
- dulám vytváří odborné zázemí, organizuje rozšiřující vzdělávání,
- zajišťuje dulám základní vzdělání, konzultace se zkušenou konzultantkou, supervize, semináře,
- uděluje ženám po úspěšném ukončení základního vzdělávacího programu osvědčení a označení „certifikovaná dula ČAD“,
- práce duly je ČAD chápána jako pomáhající profese,
- podporuje změny v českém systému péče o matku a dítě tak, aby vycházel z potřeb žen a novorozenců,
- spolupracuje a vyměňuje si zkušenosti se zahraničními organizacemi s podobnými cíli,
- v roce 2002 přistoupila k Mezinárodní iniciativě Porodnické služby matce přátelské,
- v roce 2008 přistoupila k Mezinárodní iniciativě za porodní služby pro matku a dítě,

- je členem ENCA (European Network of Childbirth Associations), Evropského sdružení porodních asociací,
- je zakládajícím členem Doula Europe,
- úzce spolupracuje s DONA International, nejstarší a nejrozšířenější organizací dul ve světě (www.duly.eu).

3.9 Zkušenosti s dylami v ČR a zahraničí

Zatímco v Česku jde o určitou novinku, v Evropě a v USA už duly dávno zdomácněly. Neposkytují zdravotnické služby, jen doplňují práci lékařů a porodních asistentek. Ačkoliv je dula placenou službou pro maminky na uživení to zatím není, proto zatím většina dul má své civilní zaměstnání a vedle toho poskytují tuto péči. Než se stane někdo dylou s certifikátem, musí projít ročním školením. Dula pomáhá maminkám jak v průběhu těhotenství, kdy jim radí s životosprávou, provádí úlevové masáže, obklady a učí je relaxační polohy, tak je s nimi během celého porodu a poté i během šestinedělí, kdy poskytuje maminkám rady při kojení. „U nás to není v podvědomí lidí ani pojišťoven, takže duly jsou vedeny buď pod mateřskými centry nebo mají živnostenský list. Ale například v USA mají nemocnice vlastní duly, jež nabízejí maminkám, které přijdou k porodu, samy.“ Uvedla dula Vendula Zimová (Doulíková, 2005).

Označení dula vzniklo z řeckého termínu - žena pečovatelka. Poprvé byl tento název použit v USA v roce 1973 Danem Rafaelem pro ženy, které matkám pomáhaly v domácnosti v období po porodu, později lékaři Klaus a Kennell převedli dané označení také na ženy doprovázející a pomáhající rodičkám při porodu. V důsledku toho jsou dnes ve Spojených státech amerických rozlišovány duly jako pomocnice v domácnosti a porodní duly. Některé z nich nabízejí obojí služby. Mnohé nemocnice v USA zaměstnávají duly a ty jsou zapojeny do programu, který upravuje jejich činnost, duly se tímto stávají součástí zdravotnického personálu. V jiných nemocnicích mohou pracovat svobodněji, ovšem tato svoboda je spojena s rizikem určitého neuznání zdravotnickým personálem a jejich postavení se nedostává takové legitimacy (Fraňková, 2009).

4 Metodika práce

4.1 Popis vzorku

4.1.1 Popis vzorku z roku 2005

V roce 2005 bylo výzkumné šetření provedeno v Nemocnici Prostějov, na porodnicko – gynekologickém oddělení. Bylo osloveno celkem 74 žen těhotných nebo po porodu, ve věku 18 – 36 let s různým stupněm vzdělání (základní, střední odborné – vyučen, úplné střední s maturitou, vysokoškolské). Celkem bylo ovšem, z důvodu nízké návratnosti použitelných pouze 62 dotazníků. Věk respondentek byl rozdělen na tři skupiny (1. skupina 18 – 24 let, 2. skupina 25 – 30 let, 3. skupina 31 – 36 let). Dělení na jednotlivé věkové kategorie bylo zvoleno z důvodu odlišných názorů vyplývajících z rozdílných zkušeností dotazovaných respondentek.

Tabulka 1. - věk respondentek rok 2005

	n	%
věk 18 - 24	10	16,1
věk 25 - 30	30	48,4
věk 31 - 36	22	35,5
Celkem	62	100,0

4.1.2 Popis vzorku z roku 2010

V roce 2010 bylo výzkumné šetření provedeno stejně jako v roce 2005 v Nemocnici Prostějov, na porodnicko-gynekologickém oddělení. Bylo osloveno 140 žen, těhotných nebo po porodu, ve věku 18 – 36 let s různým stupněm vzdělání (základní, střední odborné – vyučen, úplné střední s maturitou, vysokoškolské). Celkem použitelných pouze 122 dotazníků, z důvodu nižší návratnosti nebo nevyplnění všech položek. Věk respondentek byl rozdělen do tří věkových skupin, stejně jako v předešlém šetření. Dělení na jednotlivé věkové kategorie bylo zvoleno ze stejných důvodů jako v roce 2005.

Tabulka 2. - věk respondentek rok 2010

	n	%
věk 18 - 24	21	17,6
věk 25 - 30	61	50,0
věk 31 - 36	40	32,4
Celkem	122	100,0

4.2 Užití metody výzkumu

Pro diplomovou práci byla použita metoda dotazníku (přílohač.1). Dotazníková metoda je postup, kdy výzkumný pracovník předkládá respondentům soubor otázek za účelem získání měřitelných údajů. Slouží k hromadnému získávání údajů od zkoumaných osob. Při dané formě dotazování chybí přímý kontakt tazatele s dotazovaným, a proto velmi záleží na výběru a formulaci otázek. Otázky nesmí být sugestivní ani vyžadovat odborné vědomosti, respondenti musí mít záruku, že údaje nebudou zneužity. Dotazník musí obsahovat jasné pokyny pro vyplňování. Otázky rozdělujeme na *otevřené (volné)*, na které respondent volně odpovídá, a umožňují proniknout hlouběji k sledovaným jevům. Nevýhodou je těžší kvantitativní zpracování. Dále otázky *uzavřené*, které nabízejí volbu mezi dvěma či více odpověďmi. Podle počtu odpovědí se dělí na *dichotomické (volba mezi dvěma odpověďmi)* a *polynomické (volba mezi více možnostmi)* (Grecmanová, 1998).

Dotazník má 17 položek, obsah byl rozdělen do šesti podskupin, které se týkají jednotlivých cílů. První podskupina A týkající se **znalostí respondentek pojmu dula a osobních zkušeností respondentek s dulou**, tvoří dotazníkové položky 1,14.

Druhá podskupina B se zabývá **zájmem žen v okrese Prostějov o přítomnost duly u porodu a návštěvní službu duly**, obsahuje položky 2,3,4,12,13.

Třetí podskupina C se zabývá **názory žen na odbornost a vlastnosti duly**, obsahuje položky 6,7,8,9.

Čtvrtá podskupina D zjišťuje **názory respondentek na práci duly jako placenou službu**, položka 11.

Pátá podskupina E zjišťuje **zdroje informací**, které by respondentky využily v případě zájmu o službu dudy, položky 5,10.

Šestá podskupina F zjišťuje informace od klientek týkající se **věku, místa bydliště** (město či vesnice) a **vzdělání respondentek**.

V dotazníku jsou použity nejčastěji otázky uzavřené, ve kterých si respondentky vybírají mezi dvěma a více možnostmi. Několik otázek je otevřených, kde respondentky odpovídají slovně.

4.3 Pilotní průzkum

Sběru dat předcházelo předběžné šetření na souboru 18 žen docházejících na předporodní kurzy v roce 2005, pořádané Nemocnicí Prostějov. Vyskytla se jedna položka – otevřená otázka ve které ženy rozuměly otázce, ale neuměly formulovat svůj názor. Formulace otázky: Vysvětlete vaši volbu v položce č. 8 (otázka č. 8 se týkala důležitosti dostupnosti dudy v denní i noční hodinu). Položka formulující názor žen na položku č. 8 byla z dotazníku vyřazena.

4.4 Organizace šetření

První dotazníkový sběr dat probíhal v lednu od 10. 01. 2005 do 31. 01. 2005. V průzkumném šetření byly osloveny ženy docházející do kurzu předporodní přípravy a ženy hospitalizované na oddělení šestinedělí Nemocnice Prostějov. Doba šetření byla stanovena primářem gynekologicko-porodnického oddělení. Zpracování dotazníku bylo individuální, respondentkám byly podány instrukce k vyplnění dotazníku a informace o cílech šetření. Respondentky vyplnily dotazník anonymně, uváděly pouze místo bydliště (vesnice, město), věk a vzdělání. Dotazníky zadávala vrchní sestra gynekologicko-porodnického oddělení z důvodu zachování klidu a soukromí těhotným ženám i šestinedělkám. Těhotné ženy v předporodních kurzech si odnášely dotazníky domů a vracely je při příští návštěvě. Ženy hospitalizované na oddělení šestinedělí vyplnily dotazník v průběhu pobytu na oddělení. Dotazník byl rozdán 74 ženám, vyplněný odevzdalo 62 žen.

Druhý dotazníkový sběr dat probíhal od 1. 7. 2010 do 31. 8. 2010. Druhé dotazníkové šetření bylo prováděno stejně, jako v roce 2005. To znamená, že byly osloveny ženy docházející do kurzu předporodní přípravy a ženy hospitalizované na oddělení šestinedělí Nemocnice

Prostějov. Vyplnění dotazníku bylo opět individuální, respondentkám byly podány instrukce o správném vyplnění. Dotazníkové šetření bylo anonymní. Celkem bylo rozdáno 140 dotazníků, vyplněný odevzdalo celkem 122 žen.

4.5 Statistické zpracování

Odpovědi získané z dotazníků byly zpracovány do tabulek četnosti, kde je uvedena jak absolutní, tak relativní četnost pro jednotlivé alternativy odpovědí a věkové skupiny. U vybraných položek bylo provedeno statistické srovnání průzkumu z r. 2005 a z r. 2010, vzhledem k rozdílnému rozsahu obou statistických souborů byla použita metoda dobré shody chí-kvadrát.

4.6 Výsledky šetření z roku 2005 a 2010 včetně srovnání a diskuze

Skupina A zjišťuje znalost pojmu dula a osobní zkušenost respondentek s doulou (položky 1,14).

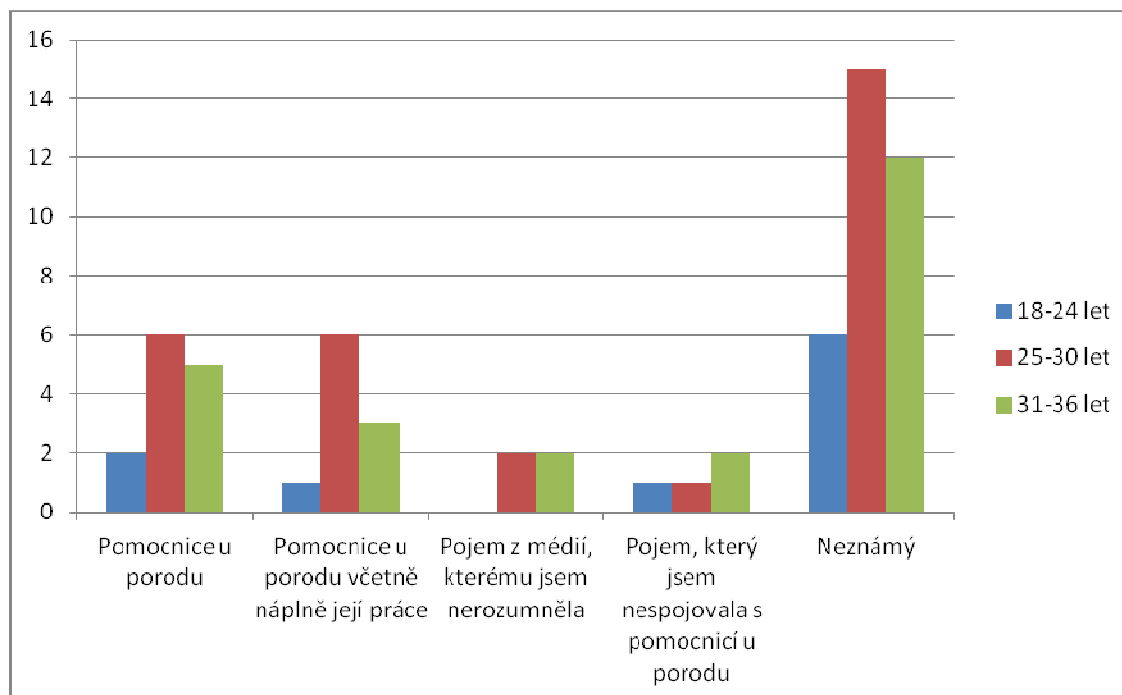
Tabulka 3. – znalost pojmu dula, rok 2005

	18 - 24		25 - 30		31 - 36		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pomocnice u porodu	2	20,0	6	20,0	5	22,7	13	21,0
Pomocnice u porodu včetně její náplně práce	1	10,0	6	20,0	3	13,6	10	16,1
Pojem z médií, kterému jsem nerozuměla	0	0,0	2	6,7	0	0,0	2	3,2
Pojem, který jsem nespojovala s pomocnicí u porodu	1	10,0	1	3,3	2	9,1	4	6,5
Neznámý	6	60,0	15	50,0	12	54,5	33	53,2
Celkem	10	100,0	30	100,0	22	100,0	62	100,0

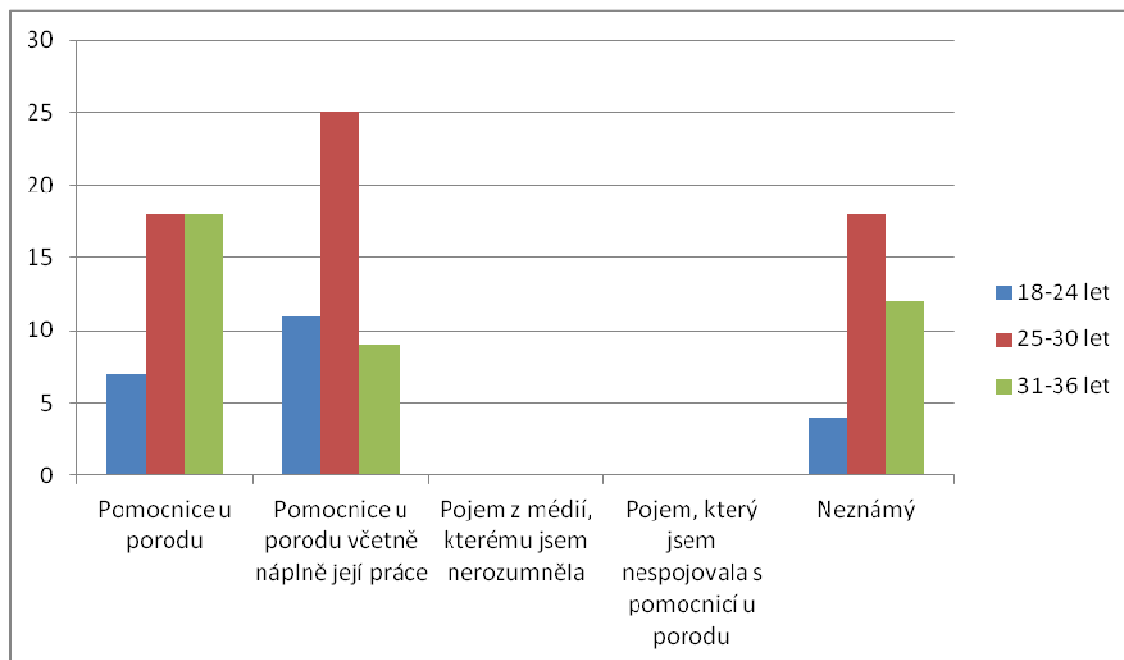
Tabulka 4. – znalost pojmu dula, rok 2010

	18 - 24		25 - 30		31 - 36		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pomocnice u porodu	7	33,3	18	29,4	18	45,5	43	35,3
Pomocnice u porodu včetně její náplně práce	11	50,0	25	41,2	9	22,7	45	36,8
Pojem z médií, kterému jsem nerozuměla	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pojem, který jsem nespojovala s pomocnicí u porodu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Neznámý	4	16,7	18	29,4	12	31,8	34	27,9
Celkem	22	100,0	61	100,0	39	100,0	122	100,0

Graf 1. – znalost pojmu dula, rok 2005



Graf 2. – znalost pojmu dula, rok 2010



Vzhledem k zamýšlenému statistickému vyhodnocení dotazníkové položky 1 metodou testu nezávislosti chí-kvadrát, je nutné tabulky 1 a 2 upravit, protože nesplňují požadavek pro relevanci metody, aby byl součin příslušného řádkového a sloupcového součtu vydělený celkovým součtem četnosti roven alespoň pěti.

Proto jsou do následujících tabulek sdruženy řádky do dvou tříd: Zná pojem dula – ano; nezná pojem dula – ne. Ze stejného důvodu také budeme pracovat jen se sloupcem celkové četnosti (bez věkového rozdělení). Pro výpočet hodnoty kritéria χ^2 použijeme vzorec

$$\chi^2 = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$$

Kde P je četnost pozorovaná a O je četnost očekávaná, výslednou hodnotu porovnáme s kritickou hodnotou testovacího kritéria χ^2 pro příslušný počet stupňů volnosti dané tabulky a hladinu významnosti.

Tabulka 3. A – znalost pojmu dula, rok 2005

	Celkem	
	n	%
Ano	23	37,1
Ne	39	62,9
Celkem	62	100,0

Tabulka 4. A – znalost pojmu dula, rok 2010

	Skutečnost		Předpoklad	
	n	%	n	%
Ano	88	72,1	80	65
Ne	34	27,9	42	35
Celkem	122	100,0	122	100

H₀ – Pojem dula v roce 2010 bude znát alespoň 65 % dotazovaných žen.

H_A – Pojem dula v roce 2010 bude znát nejvýše 35 % dotazovaných žen.

U dotazníkové položky 1 jsme si předem stanovili hypotézu, že v roce 2010 bude znát pojem dula alespoň 65 % žen. Vycházíme při jejím stanovení ze zjištění, že v roce 2005 znalo tento pojem 37,1 % žen, a za období do roku 2010 se znalost pojmu mohla vzrůst přibližně o dalších 30 procentních bodů. Určíme si hodnotu testového kritéria χ^2

$$\chi^2 = \frac{(80-88)^2}{80} + \frac{(34-42)^2}{42} = 2,324$$

Tabulka má 1 stupeň volnosti, v tomto případě je kritická hodnota na hladině významnosti 0,05 $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$. **Potvrzuje se tím nulová hypotéza, tedy se spolehlivostí 95 % platí předpoklad, že pojem dula zná 65 % dotazovaných žen.**

H₀ – Znalost pojmu dula se od roku 2005 do roku 2010 statisticky významně nezměnila.

H_A – Znalost pojmu dula se od roku 2005 do roku 2010 statisticky významně změnila.

Dále zjistíme, zda se statisticky významně od roku 2005 do roku 2010 změnila znalost pojmu dula. Jako nulovou hypotézu stanovíme tvrzení, že se znalosti pojmu dula nezměnily a ověříme ji na hladině významnosti 0,05. Vzhledem k tomu, že se rozsah statistického souboru v obou letech liší, použijeme test homogenity na kontingenční tabulce sdružující údaje z roku 2005 i 2010. Pro kontingenční tabulku o r řádcích a s sloupcích použijeme vzorec

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{\left(n_{ij} - \frac{n_{i\bullet} \cdot n_{\bullet j}}{n} \right)^2}{\frac{n_{i\bullet} \cdot n_{\bullet j}}{n}}$$

kde $n_{i\bullet}$ jsou řádkové a $n_{\bullet j}$ sloupcové součty v kontingenční tabulce

Tabulka 4. B – znalost pojmu dula, rok 2005 a 2010

	Ano	Ne	Celkem
2005	23	39	62
2010	88	34	122
Celkem	111	73	184

Nejprve ověříme podmínku pro relevanci testu $\frac{n_{i\bullet} \cdot n_{\bullet j}}{n} \geq 5$. Pro obě třídy v tabulce je tato podmínka splněna. Nyní určíme hodnotu testového kritéria χ^2 pro test homogenity a test nezávislosti této kontingenční tabulky. Tabulka se po úpravě zredukoval na čtyřpolní, můžeme tedy využít zjednodušeného vzorce

$$\chi^2 = n \frac{(n_{11} \cdot n_{22} - n_{12} \cdot n_{21})^2}{n_{\bullet 1} \cdot n_{\bullet 2} \cdot n_{1\bullet} \cdot n_{2\bullet}}$$

$$\chi^2 = 184 \frac{(23 \cdot 34 - 39 \cdot 88)^2}{111 \cdot 73 \cdot 62 \cdot 122} = 21$$

a porovnáme ji s kritickou hodnotou pro jeden stupeň volnosti $\chi_{0,05}^2(1) = 3,841$. Zjištěná hodnota je výrazně větší než hodnota kritická, dokonce i pro hladinu významnosti 0,01. **Můžeme tedy nulovou hypotézu plně odmítnout a přijmout hypotézu alternativní, že znalost pojmu dula se od roku 2005 do roku 2010 statisticky významně změnila.**

Porovnání položky 1 v dotazníku, rok 2005 a 2010

Tabulka 3 a 4 nám udává, že na porodnicko – gynekologickém oddělení byla v roce 2005 zjištěna u 53 % žen naprostá neznalost pojmu dula, ovšem v roce 2010 byla neznalost tohoto pojmu zjištěna pouze u 27,9 % žen. Byl tedy zaznamenán jistý posun v informovanosti žen, o pojmu dula. Stejně tak v byl zaznamenán posun i ve znalosti samotného pojmu dula. Zatím co v roce 2005 u 21 % žen byla zjištěna znalost pojmu a pouze 16 % bylo obeznámeno s náplní práce duly, v roce 2010 to bylo již 35,3 % žen a z toho 37 % znalo pojem včetně náplně práce. Nejvyšší míru neznalosti v roce 2005 prokázalo 60 % žen v 1. věkové skupině (18 – 24 let), ale v roce 2010 byla zaznamenána nejvyšší neznalost pojmu u 32 % žen ve věku 31-36 let. Zajímavý je také výsledek, že v roce 2005 6,5 % žen znalo pojem dula, ale nespojovalo si ho s pomocnicí u porodu, v roce 2010 již nebyla žádná taková respondentka.

V dotazníkové položce 1, kterou zobrazuje graf 1 a 2 zjišťujeme velký rozdíl ve znalosti pojmu dula mezi šetřením v roce 2005 a 2010. Dle našeho názoru se osvěta zvýšila a dotazované ženy mají oproti roku 2005 mnohem větší znalost nejen o pojmu dula, ale i o její náplni práce. Některé respondentky v roce 2010 již mají osobní či sdělenou zkušenost s doulou a to bohužel i negativní (viz. položka č. 14). Myslíme si, že duly mají často komplikované vztahy s personálem porodnicko – gynekologických oddělení a to je podle nás zásadní pro negativní názor žen na duly. Naše zkušenosti z oboru porodní asistence potvrzují, že mnohé duly porušují profesionální přístup tím, že zasahují u porodu do kompetencí porodních asistentek, dokonce i lékařů porodnicko – gynekologických oddělení (např. nabádají ženu, kterou doprovází, aby odmítala farmakologickou léčbu, vyšetřovací metody). Jak uvádí ve svém průzkumu Pavlíčková (2008) prováděném v 11 brněnských porodnicích, výhrady k práci dul má 83,9 % porodních asistentek, z nichž nejčastější je u 45,7 % překračování kompetencí dul. Výhrady k otcům u porodu má 46,9 % dotazovaných, z nichž nejčastější je ve 23,5 % nedostatečná informovanost otců o průběhu porodu. Z průzkumu tedy vyplývá, že porodní asistentky mají více výhrad k dulám než k otcům.

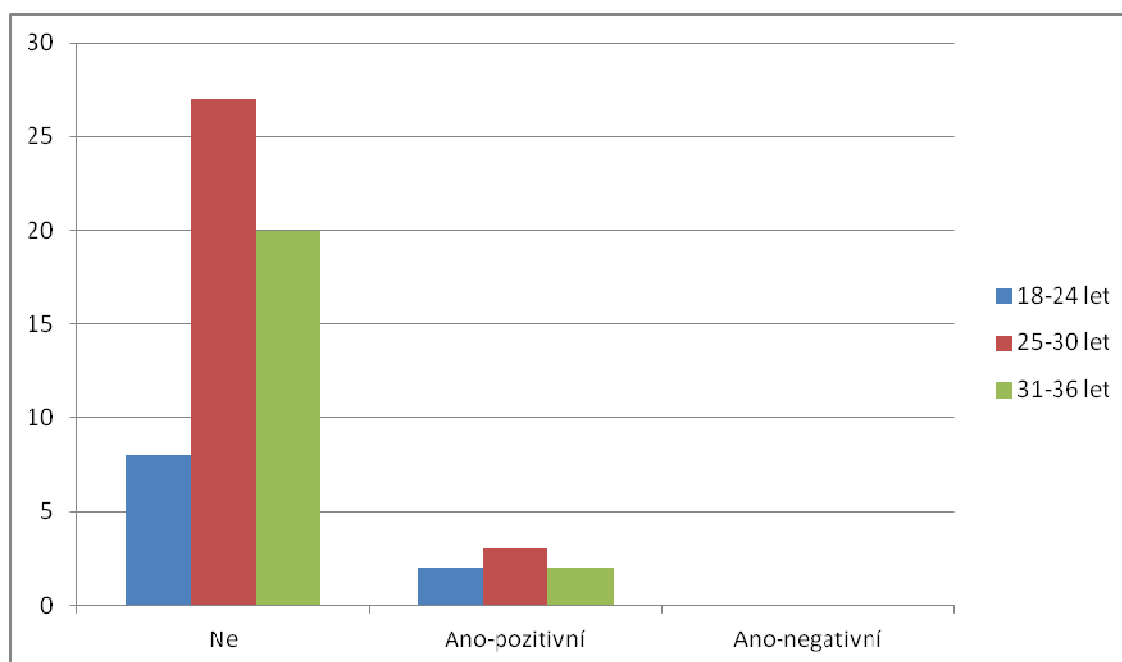
Tabulka 5. – osobní zkušenost žen s dulou, rok 2005

	18 - 24		25 - 30		31 - 36		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ne	8	80,0	27	90,0	20	90,9	55	88,7
ano - pozitivní	2	20,0	3	10,0	2	9,1	7	11,3
ano - negativní	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celkem	10	100,0	30	100,0	22	100,0	62	100,0

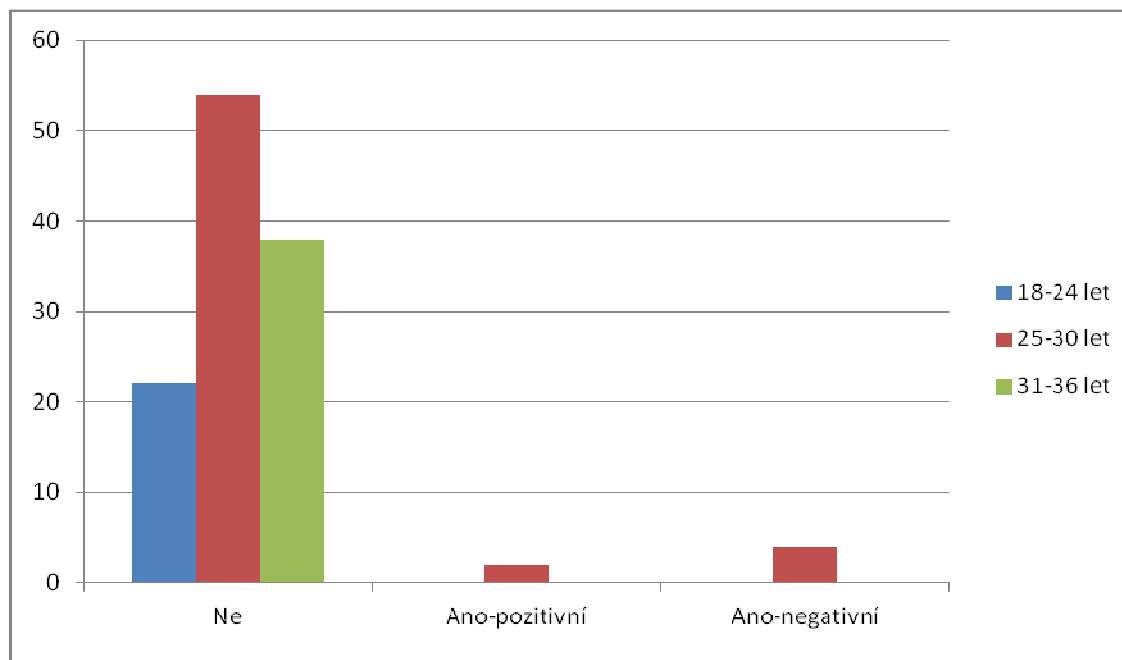
Tabulka 6. – osobní zkušenost žen s dulou, rok 2010

	18 - 24		25 - 30		31 - 36		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ne	22	100,0	54	88,2	38	95,5	114	92,6
Ano - pozitivní	0	0,0	2	2,9	0	0,0	2	1,5
Ano - negativní	0	0,0	4	8,8	2	4,5	6	5,9
Celkem	22	100,0	60	100,0	40	100,0	122	100,0

Graf 3. – osobní zkušenosti s dulou, rok 2005



Graf 4. – osobní zkušenost s dulou, rok 2010



Porovnání položky 14 v dotazníku, rok 2005 a 2010

Graf 3 a 4 nám zobrazuje odpovědi na položku 14. V roce 2005 bylo zjištěno, že 89 % respondentek nemělo dosud žádnou vlastní zkušenost s dulou, v roce 2010 to bylo téměř 93 % žen, což uvádí tabulka 5 a 6. Změny byly zaznamenány v položce „Ano-pozitivní zkušenost s dulou“, kde v roce 2005 mělo tuto zkušenost 11 % žen, zatím co v roce 2010 to bylo pouze 1,5 % žen. Také se změnila položka „Ano-negativní zkušenost s dulou“, kdy v roce 2005 takovou zkušenost neměla žádná žena, ale v roce 2010 mělo tuto zkušenost 6 % žen.

Skupina B zjišťuje zájem žen v okrese Prostějov o služby duly (položky 2,3,4,12,13).

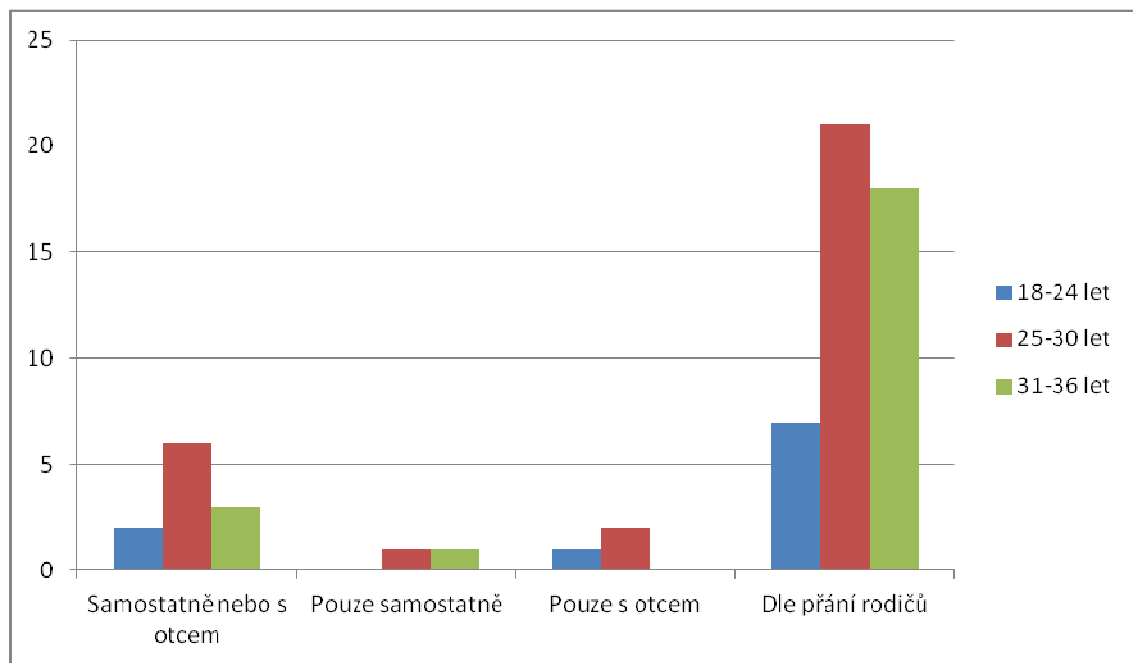
Tabulka 7. – dula u porodu samostatně nebo s otcem, rok 2005

	18 - 24		25 - 30		31 - 36		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
samostatně nebo s otcem	2	20,0	6	20,0	3	13,6	11	17,7
pouze samostatně	0	0,0	1	3,3	1	4,5	2	3,2
pouze s otcem	1	10,0	2	6,7	0	0,0	3	4,8
dle přání rodičů	7	70,0	21	70,0	18	81,8	46	74,2
Celkem	10	100,0	30	100,0	22	100,0	62	100,0

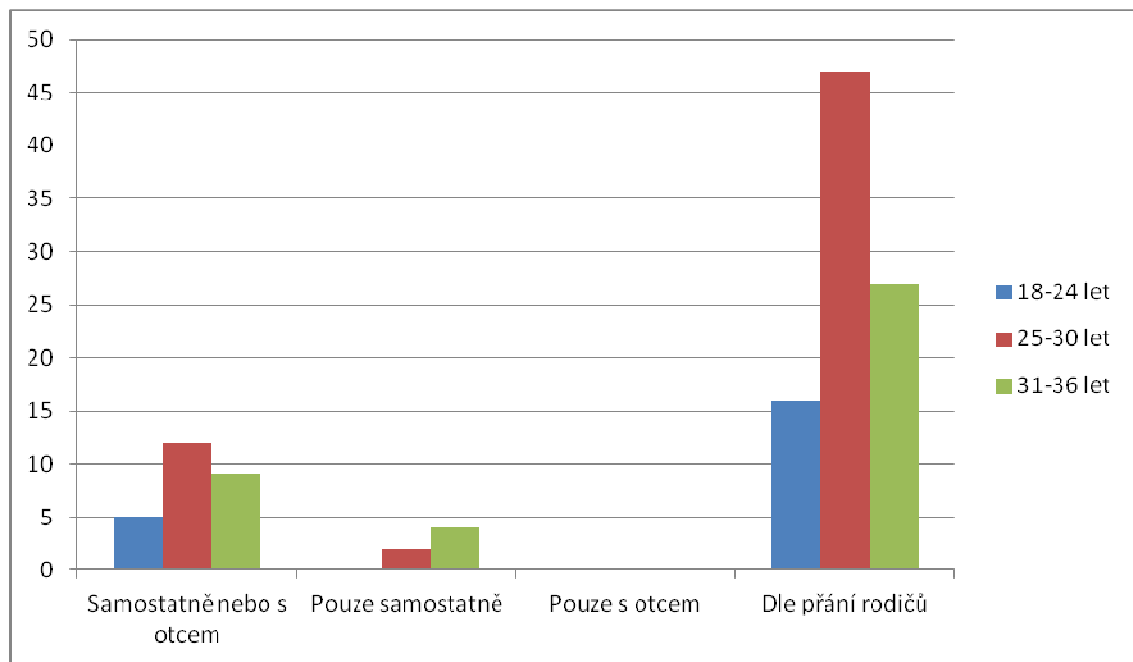
Tabulka 8. – dula u porodu samostatně nebo s otcem, rok 2010

	18 – 24		25 - 30		31 - 36		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
samostatně nebo s otcem	5	25,0	12	20,6	9	22,7	26	22,1
pouze samostatně	0	0,0	2	2,9	4	9,1	6	4,4
pouze s otcem	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
dle přání rodičů	16	75,0	47	76,5	27	68,2	90	73,5
Celkem	21	100,0	61	100,0	40	100,0	122	100,0

Graf 5. – dula u porodu samostatně nebo s otcem, rok 2005



Graf 6. – dula u porodu samostatně nebo s otcem, rok 2010



Porovnání položky 2 v dotazníku, rok 2005 a 2010

Názor respondentek na přítomnost duly u porodu samostatně nebo s jinou blízkou osobou byl téměř totožný jak v roce 2005 tak v roce 2010, což potvrzuje tabulka 7 a 8. 74 % žen volilo variantu – „dle přání rodičů“. 18 % respondentek uvedlo v roce 2005 možnost „samostatně nebo s otcem“ a 22 % v roce 2010. V roce 2005 by si 5 % žen přálo dula u porodu pouze s otcem dítěte, ovšem v roce 2010 již žádná žena, jak je patrné z grafu 5 a 6. Dula u porodu pouze samostatně si přálo v roce 2005 3,2 % respondentek a v roce 2010 4,4 %.

Z našich poznatků vyplývá, že důležitou potřebou žen u porodu je nepřetržitá přítomnost další osoby. Jak uvádí ve své práci Fraňková (2009) některé ženy jednoznačně chtěly mít u porodu dula a očekávaly její pomoc, bez ohledu na to, zda bude přítomen partner či ne. Dále respondentky neshledávaly žádný rozpor v tom, že by měly u porodu obě osoby.

Z našich výsledků je patrné, že velmi málo žen by si přálo dula u porodu samostatně bez otce dítěte. Pokud bychom nahlíželi na tuto volbu z pohledu ošetřujícího personálu, tak se domníváme, že porodní asistentky mají s otci u porodu větší zkušenosti a nemají obavu z odborných zásahů do porodu ze strany otce. Naše zkušenosti podporuje i výsledek průzkumu z brněnských porodnic kdy Pavlíčková (2008) uvádí, že porodním asistentkám se spolupracuje lépe s otci než s dulaми. Porodní asistentky upřednostňují u porodu otce v 85,2 % a dula jen v 7,2 %. Pro 91,4 % dotázaných je přítomnost otce u porodu přínosná a důležitá. Za největší pozitivum je považována psychická podpora od blízkého člověka s citovou vazbou na ženu a dítě, který zná potřeby ženy nejlépe.

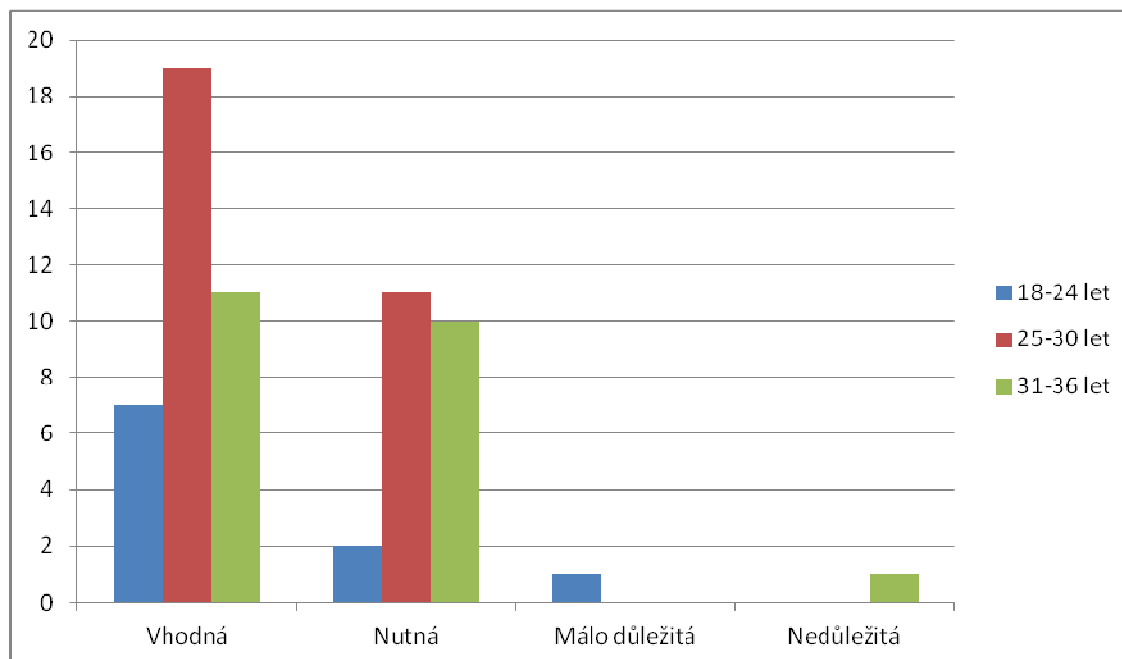
Tabulka 9. – schůzka doly a rodičů před porodem, rok 2005

	18 - 24		25 - 30		31 - 36		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
vhodná	7	70,0	19	63,3	11	50,0	37	59,7
nutná	2	20,0	11	36,7	10	45,5	23	37,1
málo důležitá	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6
nedůležitá	0	0,0	0	0,0	1	4,5	1	1,6
Celkem	10	100,0	30	100,0	22	100,0	62	100,0

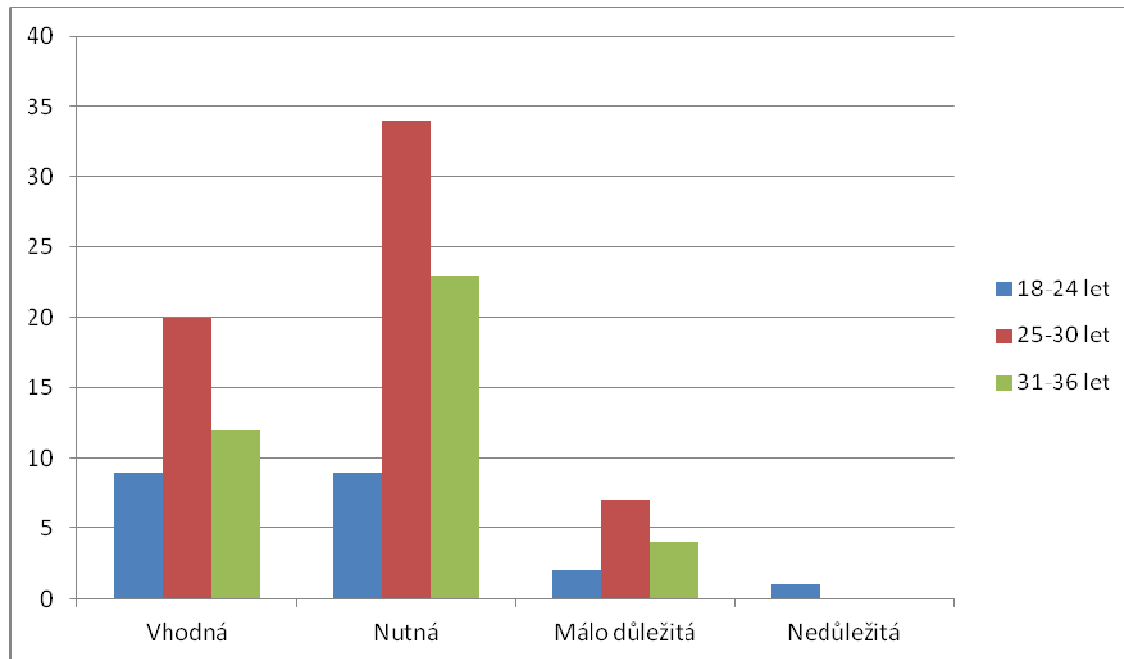
Tabulka 10. – schůzka doly a rodičů před porodem, rok 2010

	18 - 24		25 - 30		31 - 36		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Vhodná	9	41,7	20	32,4	12	31,8	41	33,8
Nutná	9	41,7	34	55,8	23	59,1	66	54,4
málo důležitá	2	8,3	7	11,8	4	9,1	13	10,3
Nedůležitá	2	8,3	0	0,0	0	0,0	2	1,5
Celkem	22	100,0	61	100,0	39	100,0	122	100,0

Graf 7. – schůzka doly a rodičů před porodem, rok 2005



Graf 8. – schůzka duly a rodičů před porodem, rok 2010



Porovnání položky 3 v dotazníku, rok 2005 a 2010

V dotazníkové položce 3, zda je důležitá schůzka rodičů a duly před porodem, jsou velké rozdíly ve výsledcích z roku 2005 a 2010 v položce „vhodná“, jak vidíme v grafu 7 a 8. V roce 2005 se 60 % žen domnívalo, že schůzka rodičů a duly před porodem je vhodná, zatímco v roce 2010 volilo danou možnost pouze 34 % respondentek. Největší rozdíly byly ve 2. skupině (25 – 30 let), kdy v roce 2005 odpověď „vhodná“ volilo 63 % žen a v roce 2010 jen 32 %. I v odpovědi „nutná“ byl zaznamenán posun. Zatímco v roce 2005 se domnívalo pouze 37 % žen, že je schůzka nutná, v roce 2010 je to již 54 % žen. V roce 2010 ji považovalo 56 % žen ve 2. skupině (25 – 30 let) za „nutnou“ a ve 3. skupině (31 – 36 let) dokonce 59 %.

Tabulka 9 a 10 uvádí, že se v roce 2005 60 % dotazovaných domnívalo, že schůzka duly s rodiči před porodem je pouze vhodná, v roce 2010 považuje schůzku za nutnou plných 54 % žen. Myslíme si, že daný posun je zapříčiněn vyšší znalostí náplně práce duly u respondentek. Těhotné ženy si chtějí s doulou vytvořit před porodem bližší kontakt a domluvit si porodní plán.

Jak uvádí Fraňková (2009), dula je tím, kdo ženám během těhotenství přináší informace o výhodách i nevýhodách lékařských postupů a také se stává mluvčím ženy, protože zná její představy o porodu. Požadavky na přirozený porod a eliminace rušivých vlivů byly tím, co ženy očekávaly od své duly.

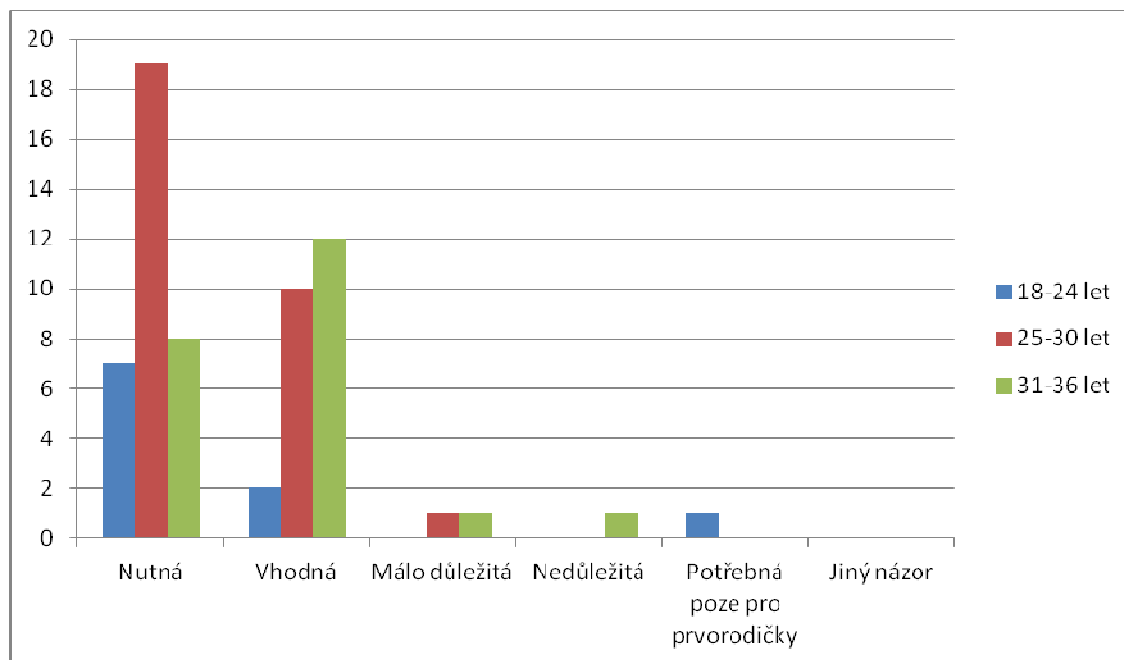
Tabulka 11. – schůzka rodičů a duly po porodu, rok 2005

	18 - 24		25 - 30		31 - 36		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nutná	7	70,0	19	63,3	8	36,4	34	54,8
vhodná	2	20,0	10	33,3	12	54,5	24	38,7
málo důležitá	0	0,0	1	3,3	1	4,5	2	3,2
nedůležitá	0	0,0	0	0,0	1	4,5	1	1,6
potřebná pouze pro prvorodičky	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	1,6
jiný názor	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celkem	10	100,0	30	100,0	22	100,0	62	100,0

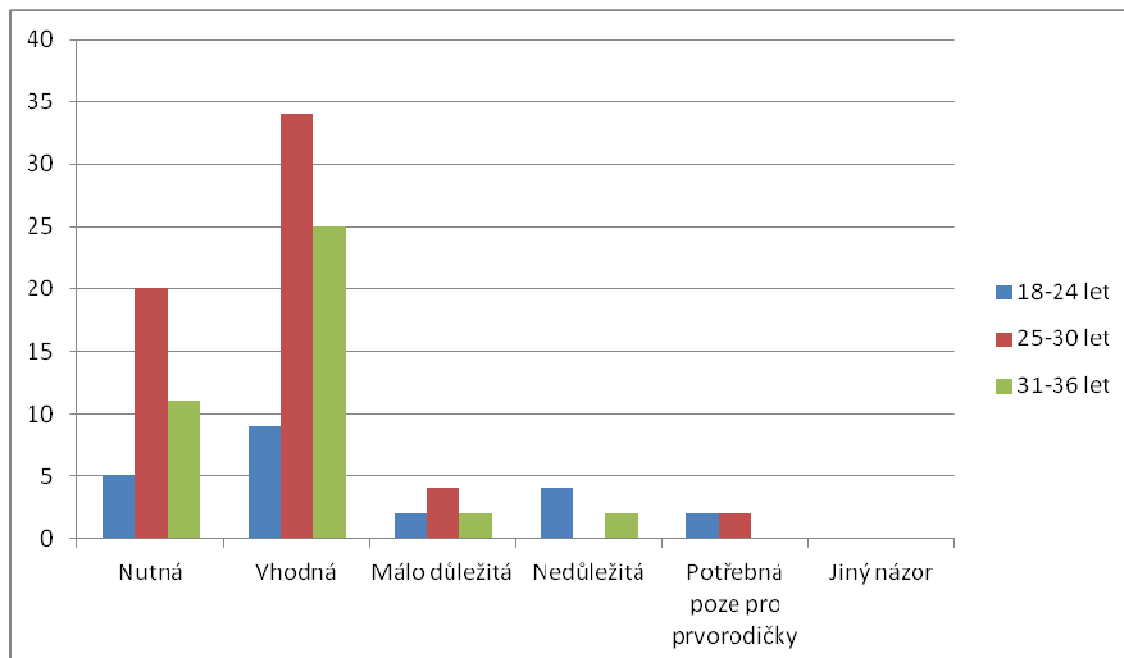
Tabulka 12. – schůzka rodičů a duly po porodu, rok 2010

	18 - 24		25 - 30		31 - 36		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nutná	5	25,0	20	35,3	11	27,4	36	30,9
vhodná	9	41,7	34	55,9	25	63,6	68	55,9
málo důležitá	2	8,3	4	5,9	2	4,5	8	5,9
nedůležitá	4	16,7	0	0,0	2	4,5	6	4,4
potřebná pouze pro prvorodičky	2	8,3	2	2,9	0	0,0	4	2,9
jiný názor	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celkem	22	100,0	60	100,0	40	100,0	122	100,0

Graf 9. – schůzka rodičů a doly po porodu, rok 2005



Graf 10. – schůzka rodičů a doly po porodu, rok 2010



Porovnání položky 4 v dotazníku, rok 2005 a 2010

Tabulka 11 a 12 nám uvádí, že pro více jak polovinu žen (55 %) v roce 2005 byla schůzka rodičů a duly po porodu nutná, v roce 2010 je to jen 31 % žen. Zásadní rozdíl byl mezi ženami v 1. skupině (18 – 24 let), kdy v roce 2005, 70 % respondentek volilo možnost, že schůzka rodičů a duly po porodu je „nutná“, naproti tomu v roce 2010 tuto možnost zvolilo jen 25 % žen z téže věkové skupiny, což zobrazuje graf 9 a 10. Schůzka po porodu byla „vhodná“ pro 39 % žen v roce 2005 a pro 56 % žen v roce 2010. Nedůležitá byla v roce 2005 pouze pro 2 % žen, v roce 2010 pro 4 % žen. V roce 2005 ženy z 1. věkové skupiny volily možnost, že schůzka je potřebná pouze pro prvorodičky v 10 %, naproti tomu v roce 2010 tuto možnost volily respondentky v pouhých 8 %.

V dotazníkové položce 4, z roku 2005 odpovídá téměř 90 % mladých žen, že schůzka matky s doulou po porodu je nutná či vhodná. Domníváme se, že důvodem je nezkušenost žen z 1. věkové skupiny (18 – 24 let) s mateřskými povinnostmi a obava z nezvládnutí kojení. Naším názorem je, že ženám po porodu se nedostává v domácí péči potřebné podpory při kojení. Šestinedělkám je v porodnici věnována odborná péče v počátku kojení, ovšem po propuštění domů, kde se většinou laktace plně rozvine, pomoc odborníků chybí. V našem systému zdravotní péče, kdy byly zrušeny návštěvní služby porodních asistentek, chybí podpora kojících žen v domácím prostředí, což vidíme jako problém a zároveň prostor pro uplatnění duly.

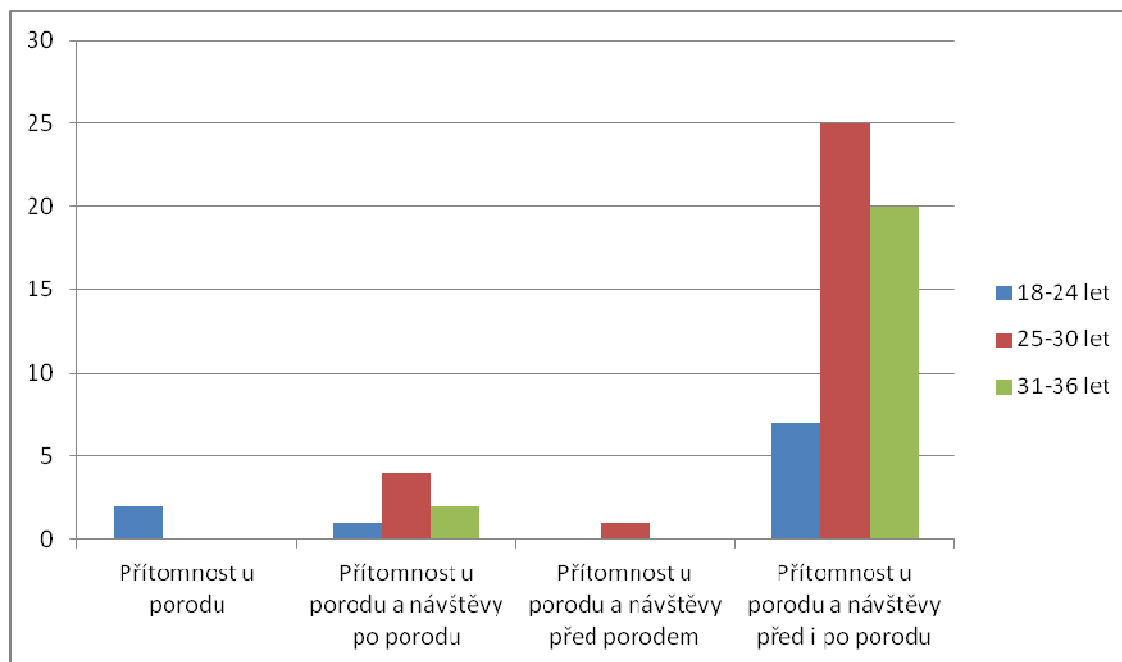
Tabulka 13. – očekávání žen od služby duly, rok 2005

	18 - 24		25 - 30		31 - 36		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
přítomnost u porodu	2	20,0	0	0,0	0	0,0	2	3,2
přítomnost u porodu a návštěvy po porodu	1	10,0	4	13,3	2	9,1	7	11,3
přítomnost u porodu a návštěvy před porodem	0	0,0	1	3,3	0	0,0	1	1,6
přítomnost u porodu a návštěvy před i po porodu	7	70,0	25	83,3	20	90,9	52	83,9
Celkem	10	100,0	30	100,0	22	100,0	62	100,0

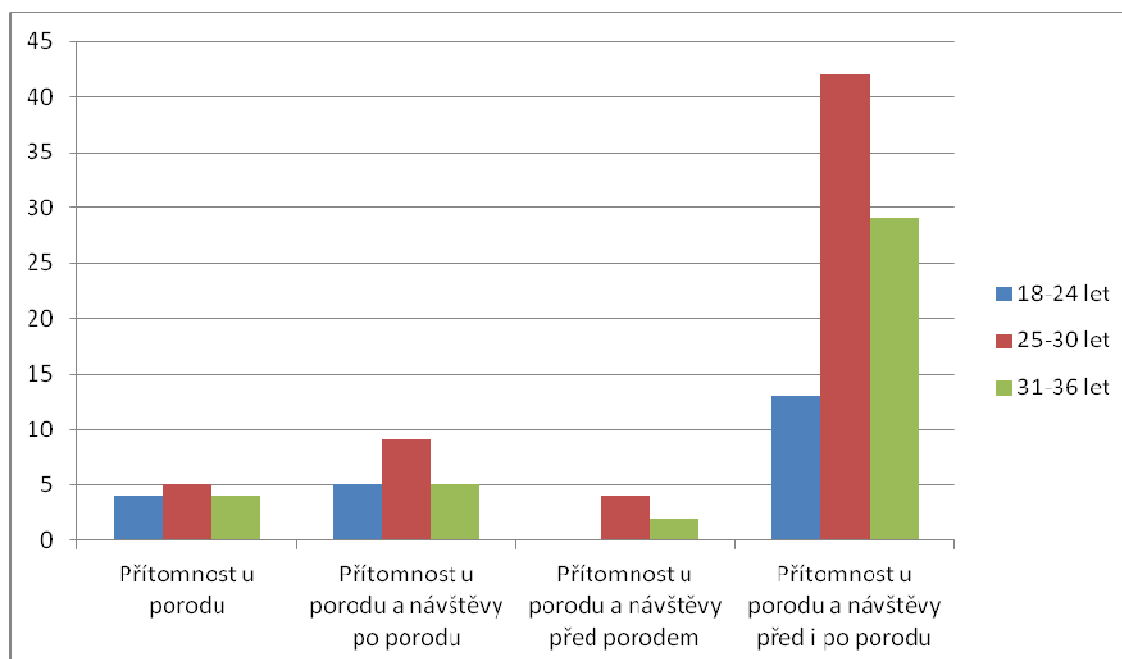
Tabulka 14. – očekávání žen od služby doly, rok 2010

	18 - 24		25 - 30		31 - 36		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
přítomnost u porodu	4	16,7	5	8,8	4	9,1	13	10,3
přítomnost u porodu a návštěvy po porodu	5	25,0	9	14,7	5	13,7	19	16,2
přítomnost u porodu a návštěvy před porodem	0	0,0	4	5,9	2	4,5	6	4,4
přítomnost u porodu a návštěvy před i po porodu	13	58,3	42	70,6	29	72,7	84	69,1
Celkem	22	100,0	60	100,0	40	100,0	122	100,0

Graf 11. – očekávání žen od služby doly, rok 2005



Graf 12. – očekávání žen od služby duly, rok 2010



Porovnání položky 12 v dotazníku, rok 2005 a 2010

V roce 2005 84 % žen očekávalo od duly přítomnost u porodu včetně návštěv před i po porodu, v roce 2010 je to 69 % žen. Jak nás informuje tabulka 13 a 14, nejvíce danou možnost preferovaly v roce 2005 ženy z 3. skupiny (31 – 36 let) a to v 91 %, v roce 2010 z téže věkové skupiny v 73 %. Přítomnost pouze u porodu v roce 2005 očekávalo pouze 3 % žen, zatímco v roce 2010 to bylo 10 % žen. Z grafu 11 a 12 je patrné, že návštěvu po porodu a přítomnost u porodu udávalo v roce 2005 11 % žen, v roce 2010 16 % dotazovaných.

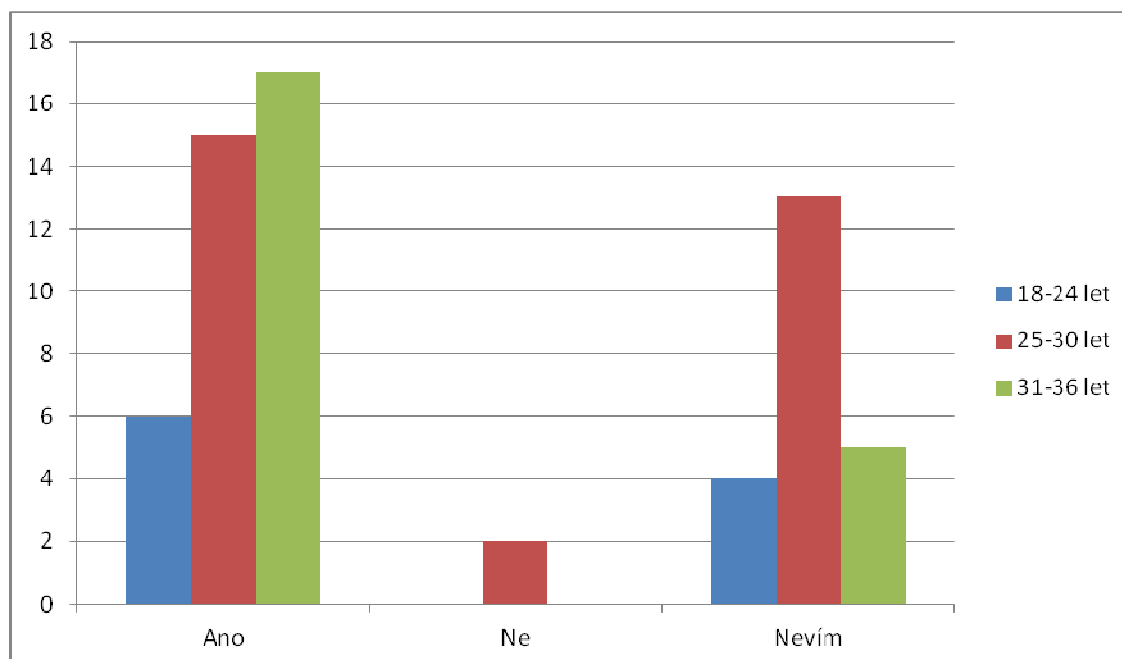
Tabulka 15. – zájem o přítomnost dudy u porodu, rok 2005

	18 - 24		25 - 30		31 - 36		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ano	6	60,0	15	50,0	17	77,3	38	61,3
ne	0	0,0	2	6,7	0	0,0	2	3,2
nevím	4	40,0	13	43,3	5	22,7	22	35,5
Celkem	10	100,0	30	100,0	22	100,0	62	100,0

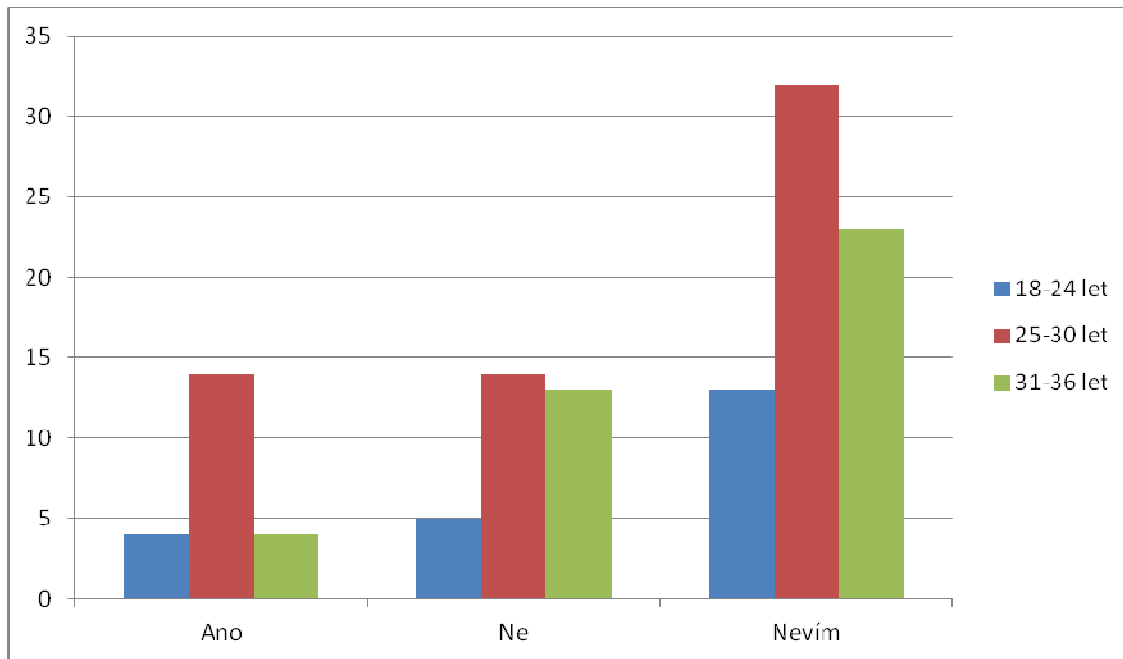
Tabulka 16. – zájem o přítomnost dudy u porodu, rok 2010

	18 - 24		25 - 30		31 - 36		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ano	4	16,7	14	23,5	4	9,1	22	17,6
ne	5	25,0	14	23,5	13	31,8	32	26,5
nevím	13	58,3	32	53,0	23	59,1	68	55,9
Celkem	22	100,0	60	100,0	40	100,0	122	100,0

Graf 13. – zájem o přítomnost dudy u porodu, rok 2005



Graf 14. – zájem o přítomnost duly u porodu, rok 2010



Vzhledem k zamýšlenému statistickému vyhodnocení dotazníkové položky 13 metodou testu nezávislosti chí-kvadrát, je nutné tabulky 13 a 14 upravit, protože řádek odpovědí „ne“ nespĺňuje požadavek pro relevanci metody, aby byl součin příslušného řádkového a sloupcového součtu vydělený celkovým součtem četnosti roven alespoň pěti.

Proto jsou do následujících tabulek sdruženy řádky do dvou tříd: Zájem o přítomnost duly u porodu – ano; nezájem nebo neví je sdružen do druhé třídy – ne. Ze stejného důvodu také budeme pracovat jen se sloupcem celkové četnosti (bez věkového rozdělení). Pro výpočet hodnoty kritéria χ^2 opět použijeme vzorec

$$\chi^2 = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$$

Kde P je četnost pozorovaná a O je četnost očekávaná, výslednou hodnotu porovnáme s kritickou hodnotou testovacího kritéria χ^2 pro příslušný počet stupňů volnosti dané tabulky a hladinu významnosti.

Tabulka 15. A – zájem o přítomnost duly u porodu, rok 2005

	Celkem	
	n	%
Ano	38	61,3
Ne	24	38,7
Celkem	62	100,0

Tabulka 16. A – zájem o přítomnost duly u porodu, rok 2010

	Skutečnost		Předpoklad	
	n	%	n	%
Ano	22	18,0	73	60
Ne	100	82,0	49	40
Celkem	122	100,0	122	100

H_0 – V roce 2010 bude mít více než 60 % žen zájem o dula u porodu.

H_A – V roce 2010 bude mít méně než 40 % žen zájem o dula u porodu.

U dotazníkové položky 13 jsme si předem stanovili hypotézu, že v roce 2010 bude zájem o přítomnost duly u porodu přibližně stejný jako v roce 2005, tedy alespoň 60 % žen. Vycházíme při jejím stanovení z předpokladu, že v roce 2005 ženy obecně dula neznaly a přesto o jejich služby projevily zájem, v roce 2010 předpokládáme větší informovanost respondentek o dulách a tudíž i srovnatelný zájem o jejich přítomnost u porodu.

Určíme si hodnotu testového kritéria χ^2

$$\chi^2 = \frac{(22 - 73)^2}{22} + \frac{(100 - 49)^2}{100} = 144,237$$

Tabulka má 1 stupeň volnosti, v tomto případě je kritická hodnota na hladině významnosti 0,05 $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$. **Hypotéza, že 60% žen by mělo zájem o účast dula u porodu, je jednoznačné**

odmítnuta, a se spolehlivostí 95 % platí alternativní hypotéza, že většina žen nemá zájem o přítomnost duly u porodu nebo není rozhodnuta.

H₀ – Zájem o dula u porodu se od roku 2005 do roku 2010 statisticky významně nezměnil.

H_A – Zájem o dula u porodu se od roku 2005 do roku 2010 statisticky významně změnil.

Dále zjistíme, zda se statisticky významně od roku 2005 do roku 2010 změnil zájem o přítomnost duly u porodu. Jako nulovou hypotézu stanovíme tvrzení, že se tento zájem nezměnil a ověříme ji na hladině významnosti 0,05. Vzhledem k tomu, že se rozsah statistického souboru v obou letech liší, použijeme test homogenity na kontingenční tabulce sdružující údaje z roku 2005 i 2010. Pro kontingenční tabulku o r řádcích a s sloupcích znovu použijeme vzorec

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{\left(n_{ij} - \frac{n_{i\cdot} \cdot n_{\cdot j}}{n} \right)^2}{\frac{n_{i\cdot} \cdot n_{\cdot j}}{n}}$$

kde $n_{i\cdot}$ jsou řádkové a $n_{\cdot j}$ sloupcové součty v kontingenční tabulce

Tabulka 16. B – zájem o přítomnost duly u porodu, rok 2005 a 2010

	Ano	Ne	Celkem
2005	38	24	62
2010	22	100	122
Celkem	60	124	184

Nejprve ověříme podmínku pro relevanci testu $\frac{n_{i\cdot} \cdot n_{\cdot j}}{n} \geq 5$. Pro obě třídy v tabulce je tato podmínka splněna. Nyní určíme hodnotu testového kritéria χ^2 pro test homogenity a test nezávislosti této kontingenční tabulky

$$\chi^2 = 184 \frac{(38 \cdot 100 - 24 \cdot 22)^2}{60 \cdot 124 \cdot 62 \cdot 122} = 35$$

a porovnáme ji s kritickou hodnotou pro jeden stupeň volnosti $\chi^2_{0,05}(1) = 3,841$. Zjištěná hodnota je výrazně větší než hodnota kritická, dokonce i pro hladinu významnosti 0,01. **Můžeme tedy nulovou hypotézu plně odmítnout a přijmout hypotézu alternativní, že zájem o přítomnost duly u porodu se od roku 2005 do roku 2010 statisticky významně změnil.**

Porovnání položky 13 v dotazníku, rok 2005 a 2010

Velké rozdíly v názorech byly zaznamenány v tabulce 15 a 16, která vypovídá o položce 13 v dotazníku, kde jsme se ptaly na to, zda by si ženy přály u svého budoucího porodu dula. V roce 2005 by si přálo dula u porodu téměř 61 % žen, ale v roce 2010 to bylo pouze 18 % žen. Největší zájem o dula u porodu v roce 2005 projevilo 77 % respondentek z 3. skupiny (31 – 36 let). Naproti tomu v roce 2010 mělo největší zájem jen 24 % žen z 2. skupiny (25 – 30 let), ve 3. skupině (31 – 36 let) pouhých 9 % žen. Z grafu 13 a 14 je zřejmé, že rozhodně by si dula u porodu nepřálo v roce 2005 3 % žen, ale v roce 2010 je to již 27 % žen. Na tuto otázku odpovědělo „nevím“ v roce 2005 36 % žen, v roce 2010 56 % žen.

Dotazníková položka číslo 13 nám ukázala, že zájem o přítomnost duly u porodu velmi poklesl z 61 % v roce 2005 na pouhých 18 % v roce 2010. Dle našeho názoru je důvodů více:

- 1) ekonomická náročnost služby duly,
- 2) doprovod u porodu pomocnicí s pouhým kurzem je nedostatečný ve smyslu odbornosti,
- 3) vysoké preference respondentek pro odbornost duly v oboru porodní asistence.

Praktické zkušenosti z ambulantní gynekologicko – porodnické praxe ukazují, že se zvyšuje zájem žen o kontinuální péči porodní asistentky, která by mohla mimo ošetrovatelskou péči v ambulantní sféře doprovázet rodičku až k porodu, což zatím náš právní systém nedovoluje.

Náš názor potvrzuje i Fraňková (2009), ve své práci uvádí, že nedostatek důvěry ke zdravotníkům, mimo jiné plyne i z toho, že rodička nemá v našich podmínkách „svoji“ porodní asistentku a „svého“ porodníka a tento nedostatek by měla nahradit nepřetržitá přítomnost profesionální duly, s níž ženy navázaly vztah již v průběhu těhotenství.

Skupina C mapuje názory žen na odbornost a vlastnosti duly (položky 6,7,8,9).

Tabulka 17. – preferované vlastnosti duly, rok 2005

	18 - 24		25 - 30		31 - 36		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
komunikativnost	10	11,0	30	11,2	18	12,2	58	11,4
profesionalita	10	11,0	30	11,2	19	12,8	59	11,6
empatie(vcítění)	10	11,0	29	10,8	18	12,2	57	11,2
Takt	5	5,5	16	6,0	9	6,1	30	5,9
mlčenlivost(lék. taj.)	9	9,9	24	9,0	11	7,4	44	8,7
fyzická zdatnost	5	5,5	10	3,7	6	4,1	21	4,1
pravdomluvnost	6	6,6	13	4,9	9	6,1	28	5,5
smysl pro humor	9	9,9	26	9,7	5	3,4	40	7,9
porozumění	9	9,9	28	10,4	20	13,5	57	11,2
kladný vztah k lidem	8	8,8	26	9,7	17	11,5	51	10,1
příjemný vzhled	3	3,3	8	3,0	0	0,0	11	2,2
inteligence	7	7,7	28	10,4	16	10,8	51	10,1
jiné	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celkem	91	100,0	268	100,0	148	100,0	507	100,0

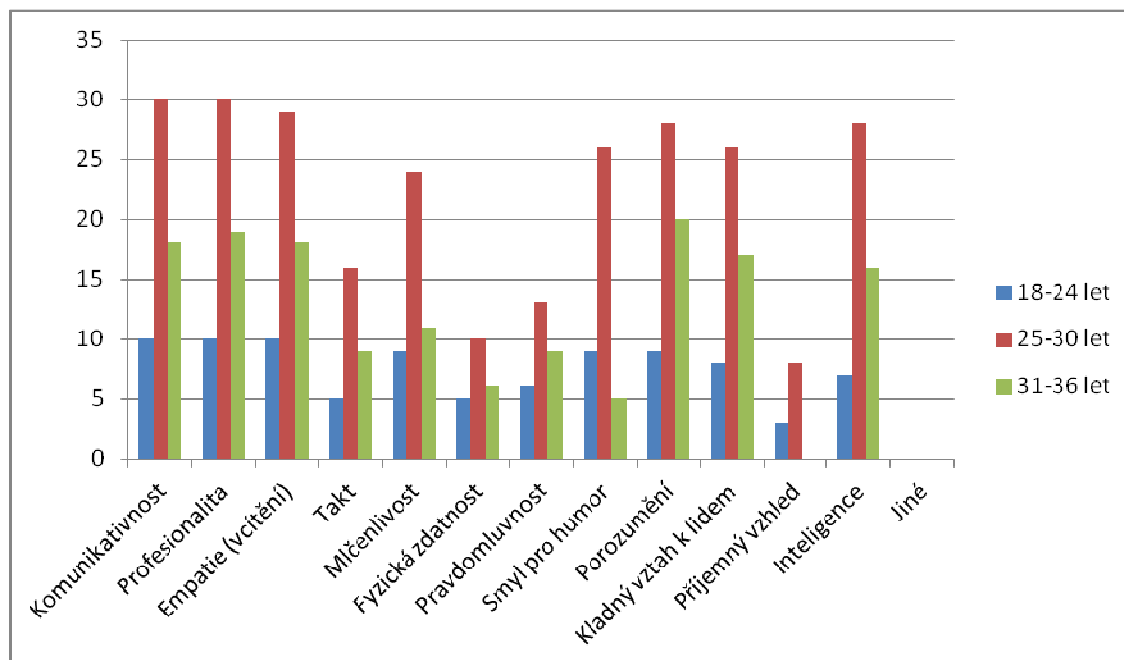
Součet neudává přesný počet respondentů - z důvodu možnosti více odpovědí

Tabulka 18. – preferované vlastnosti duly, rok 2010

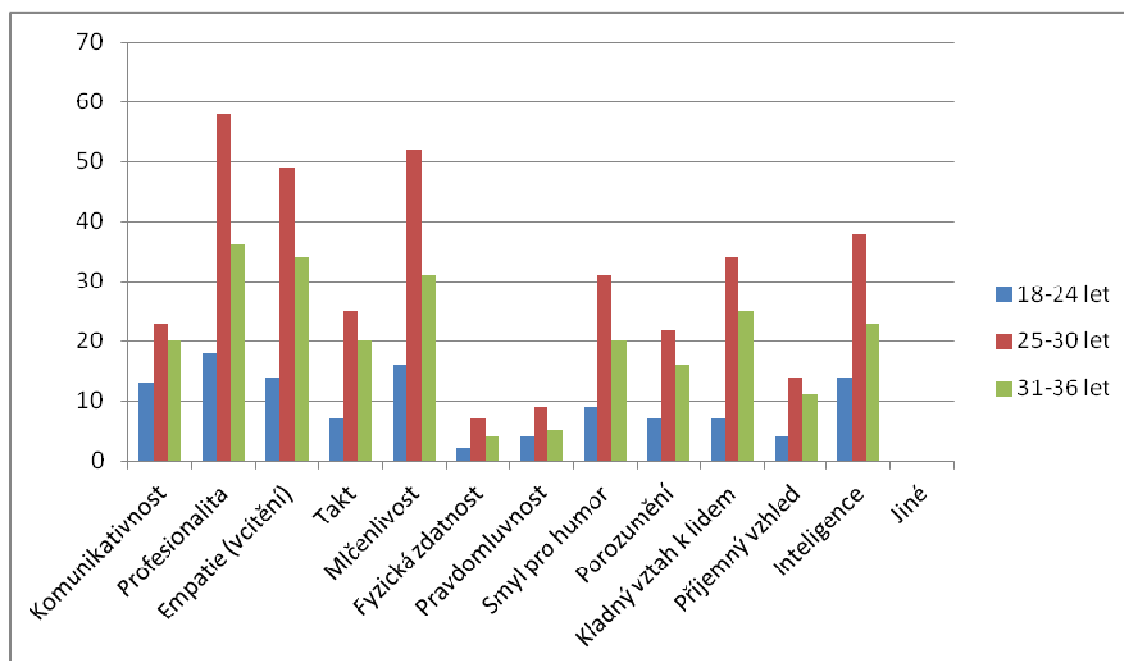
	18 - 24		25 - 30		31 - 36		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
komunikativnost	13	10,8	23	6,5	20	8,1	56	7,7
profesionalita	18	15,6	58	15,9	36	14,7	112	15,5
empatie(vcítění)	14	12,5	49	13,4	34	14,0	97	13,5
Takt	7	6,3	25	7,0	20	8,1	52	7,2
mlčenlivost(lék. taj.)	16	14,1	52	14,4	31	12,5	99	13,7
fyzická zdatnost	2	1,6	7	2,0	4	1,5	13	1,7
pravdomluvnost	4	3,1	9	2,5	5	2,2	18	2,5
smysl pro humor	9	7,8	31	8,5	20	8,1	60	8,2
porozumění	7	6,3	22	6,0	16	6,6	45	6,2
kladný vztah k lidem	7	6,3	34	9,5	25	10,3	66	9,2
příjemný vzhled	4	3,1	14	4,0	11	4,4	29	3,9
inteligence	14	12,5	38	10,4	23	9,6	75	10,5
jiné	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celkem	115	100,0	362	100,0	245	100,0	722	100,0

Součet neudává přesný počet respondentů - z důvodu možnosti více odpovědí

Graf 15. – preferované vlastnosti duly, rok 2005



Graf 16. – preferované vlastnosti duly, rok 2010



Porovnání položky 6 v dotazníku, rok 2005 a 2010

Respondentky, jak vyplývá z tabulky 17 a 18, v roce 2005 a 2010 odpovídaly na danou otázku téměř totožně. Nejvyšší preference daly ženy u doly těmto vlastnostem – profesionalita, komunikativnost, empatie, porozumění, což zobrazuje graf 15 a 16. Další preference získaly - inteligence, kladný vztah k lidem, mlčenlivost (zachování lékařského tajemství), smysl pro humor, takt, pravdomluvnost. Nejnížší preference získala fyzická zdatnost a příjemný vzhled. Zajímavý je výsledek, kdy ženy udávaly velmi nízké preference pravdomluvnosti a to v roce 2005 i 2010. Jiné vlastnosti respondentky neuvedly.

Tabulka 19. – preferovaná odbornost duly, rok 2005

	18 - 24		25 - 30		31 - 36		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
zkušenost v oboru porodní asistence	2	6,3	29	23,6	20	18,0	51	19,2
vzdělání v oboru porodní asistence	10	31,3	30	24,4	22	19,8	62	23,3
zkušenost s porody a kurz pro duly	7	21,9	5	4,1	8	7,2	20	7,5
znalost prostředí porodnického oddělení	1	3,1	15	12,2	20	18,0	36	13,5
dobré vztahy s ošetřujícím personálem	2	6,3	28	22,8	22	19,8	52	19,5
zkušenost z profese duly	10	31,3	16	13,0	19	17,1	45	16,9
Celkem	32	100,0	123	100,0	111	100,0	266	100,0

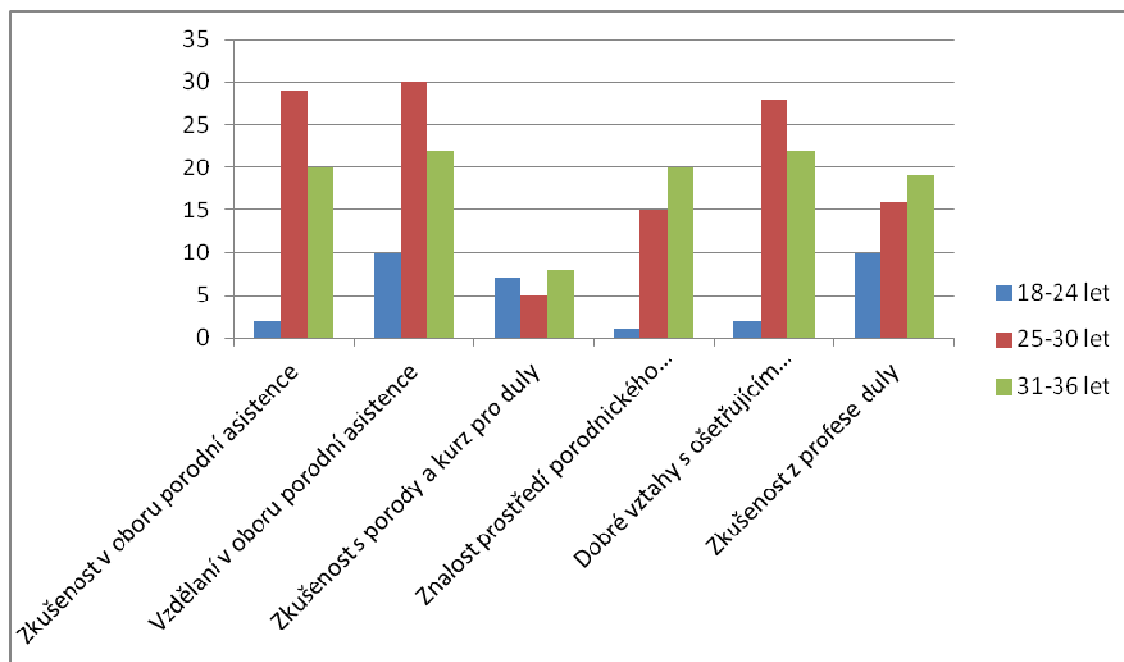
Součet neudává přesný počet respondentů - z důvodu možnosti více odpovědí

Tabulka 20. – preferovaná odbornost dūly, rok 2010

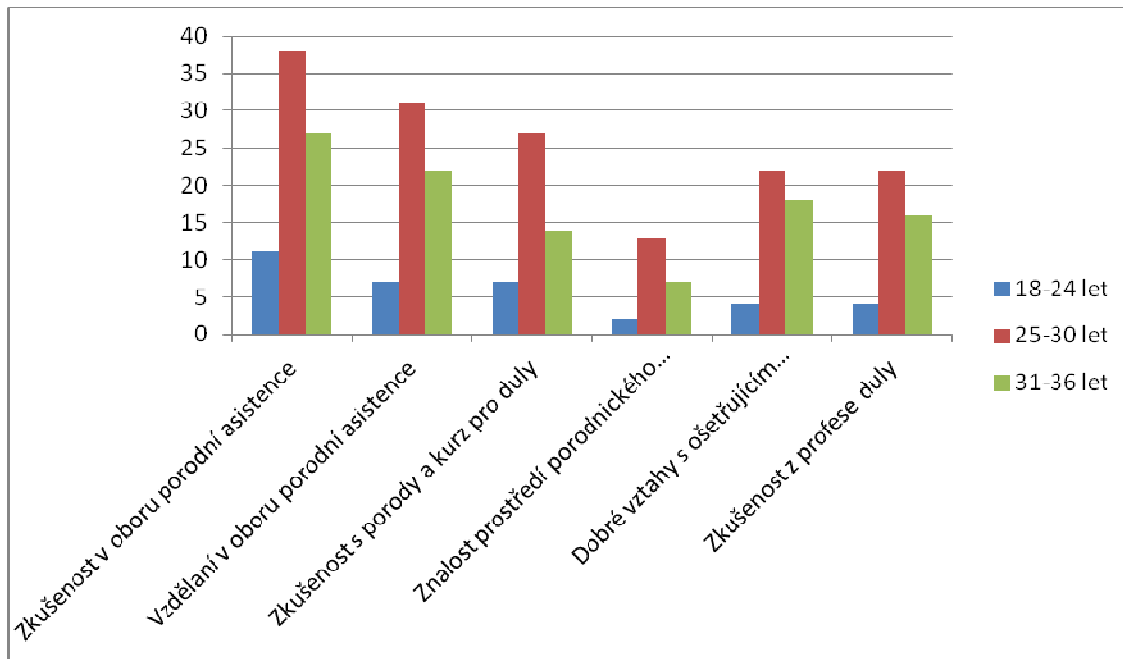
	18 - 24		25 - 30		31 - 36		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
zkušenosť v oboru porodní asistence	11	31,5	38	25,0	27	25,9	76	26,1
vzdělání v oboru porodní asistence	7	21,1	31	20,2	22	20,7	60	20,5
zkušenosť s porody a kurz pro d�ly	7	21,1	27	17,9	14	13,8	48	16,8
znalost prostředí porodnického oddělení	2	5,3	13	8,3	7	6,9	22	7,5
dobré vztahy s ošetřujícím personálem	4	10,5	22	14,3	18	17,2	44	14,9
zkušenosť z profese d�ly	4	10,5	22	14,3	16	15,5	42	14,3
Celkem	35	100,0	153	100,0	104	100,0	292	100,0

Součet neudává p esn y počet respondentů - z důvodu možnosti více odpov d 

Graf 17. - preferování odbornost d ly, rok 2005



Graf 18. - preferovaná odbornost duly, rok 2010



Porovnání položky 7 v dotazníku, rok 2005 a 2010

Stejně jako v předchozí otázce, která se týkala vlastností duly, tak i v této otázce byly v roce 2005 i v roce 2010 zjištěny jen velmi malé nebo žádné rozdíly v odpovědích. Nejvyšší preference získalo vzdělání v oboru porodní asistence. Tabulka 19 a 20 uvádí, že v roce 2005 vzdělání pro porodní asistenci obdrželo 23 % a obdobně v roce 2010 21 %. Další preference dobré vztahy duly s ošetřujícím personálem, zkušenost v oboru porodní asistence a zkušenost z profese duly. Z toho zkušenost v oboru porodní asistence získala 19 % v roce 2005 a v roce 2010 dokonce 26 %. Graf 17 a 18 nám zobrazuje, že velmi nízké preference získala pouhá zkušenost s porody a kurz pro duly. Vysoké preference u žen získaly dobré vztahy ošetřujícího personálu s doulou, kdy je třeba zmínit, že mnohé porodní asistentky se nechovají přátelsky k doulám, protože v nich vidí konkurenci a lékaři pohlíží na duly přezíravě, protože obecně nemají rádi nové metody práce v ošetrovatelství., kterými dula u porodu či přirozený porod jistě jsou. Jak uvádí Koucká (2008) o přirozený porod jde mnohým, avšak lékaři, porodní asistentky, duly a samotné matky jsou

skupiny, jež mají o této koncepci často zcela odlišné představy a mezi nimiž probíhá dialog, který nemůže popřít napětí všech zúčastněných. Jsme svědky plamenných výroků, zjitřených emocí, vzájemného osočování, mystifikace a dezinterpretace výzkumů i faktů. Porodní asistentky se cítí nedoceny, lékaři uráženi a matky se uchylují k ublíženému chování.

Rádi bychom zareagovali na zajímavý paradox, kdy respondentky upřednostňují u duly vzdělání v oboru porodní asistence a naše poznatky z praxe jsou takové, že samy porodní asistentky obsah vzdělávání dul prakticky neznají. Což potvrzuje ve svém průzkumu prováděném v brněnských porodnicích Pavlíčková (2008). Uvádí, že porodní asistentky jsou o vzdělávání dul nedostatečně informovány. Na otázku, co je nutné splnit k ukončení kurzu pro duly, bylo schopno odpovědět jen 17,3 % dotazovaných porodních asistentek.

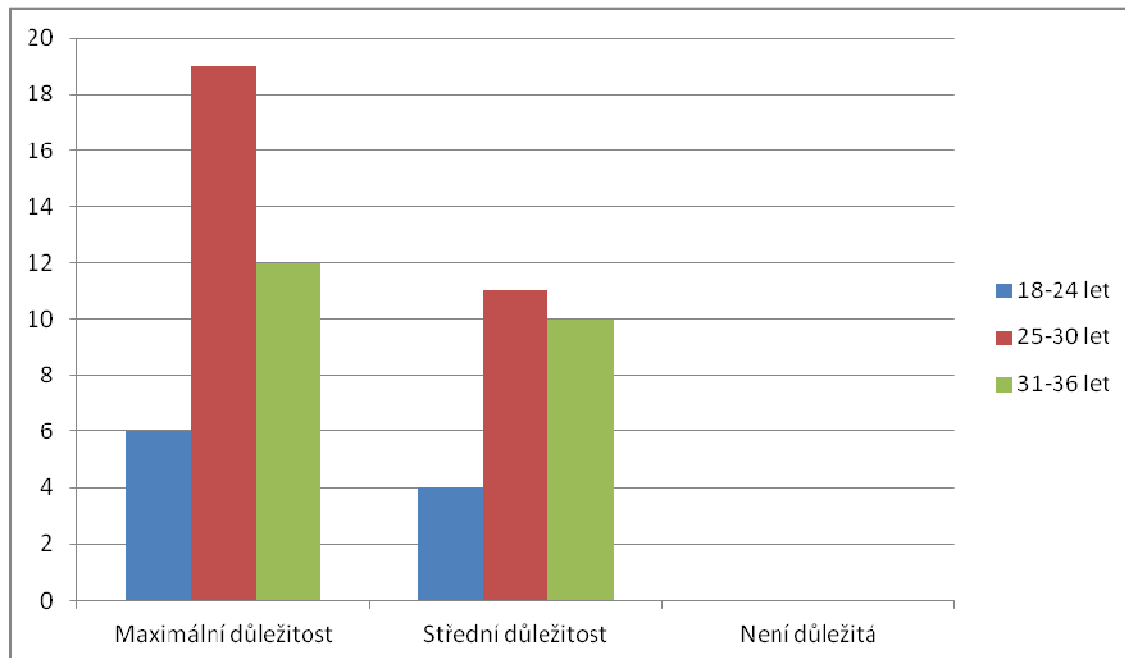
Tabulka 21. – důležitost dostupnosti duly, rok 2005

	18 - 24		25 – 30		31 - 36		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
maximální důležitost	6	60,0	19	63,3	12	54,5	37	59,7
střední důležitost	4	40,0	11	36,7	10	45,5	25	40,3
není důležitá	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celkem	10	100,0	30	100,0	22	100,0	62	100,0

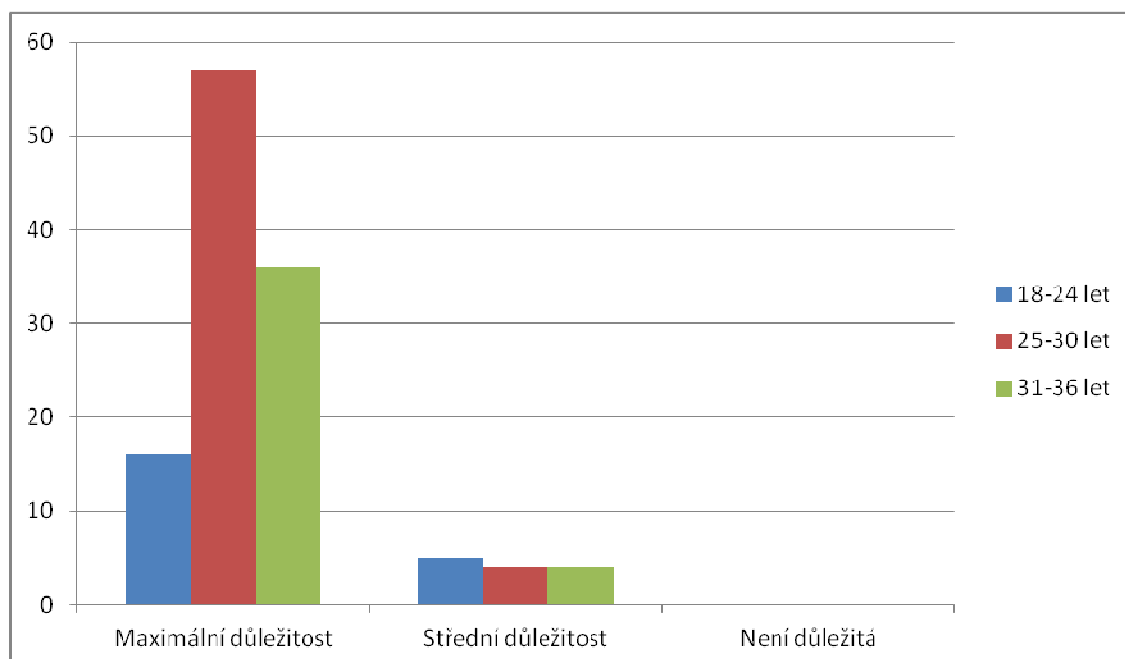
Tabulka 22. – důležitost dostupnosti duly, rok 2010

	18 - 24		25 – 30		31 - 36		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
maximální důležitost	16	75,0	57	94,1	36	90,9	109	89,7
střední důležitost	5	25,0	4	5,9	4	9,1	13	10,3
není důležitá	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celkem	21	100,0	61	100,0	40	100,0	122	100,0

Graf 19. – důležitost dostupnosti doly, rok 2005



Graf 20. – důležitost dostupnosti doly, rok 2010



Porovnání položky 8 v dotazníku, rok 2005 a 2010

Tabulka 21 a 22 nás informuje o tom, že v roce 2005 udávalo 60 % respondentek maximální důležitost dostupnosti dudy, ale v roce 2010 to bylo již 90 % žen. V roce 2005 tuto možnost volily ženy obdobně ve všech věkových skupinách, kdežto v roce 2010 danou možnost udávaly nejvíce ženy z 2. věkové skupiny (25 – 30 let) a to v 94 %, jak vidíme v grafu 19 a 20. Střední důležitost v roce 2005 byla udávána ve 40 % odpovědí, v roce 2010 byla udávána pouze v 10 % odpovědí.

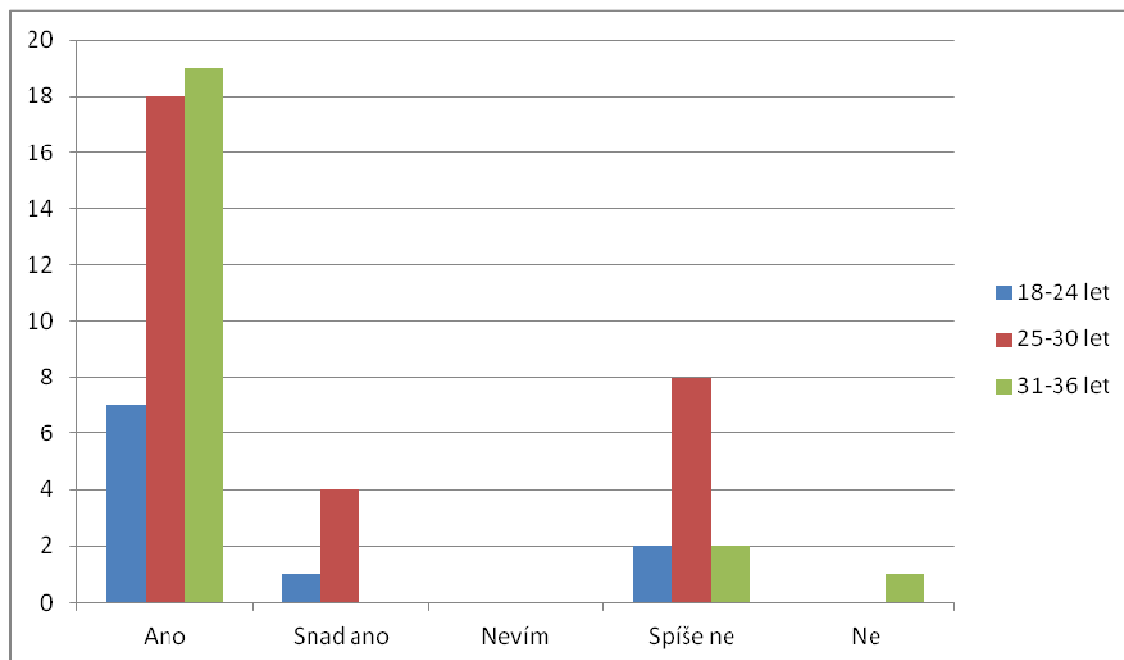
Tabulka 23. – důležitost názoru otce na dudu, rok 2005

	18 - 24		25 - 30		31 - 36		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ano	7	70,0	18	60,0	19	86,4	44	71,0
snad ano	1	10,0	4	13,3	0	0,0	5	8,1
nevím	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
spíše ne	2	20,0	8	26,7	2	9,1	12	19,4
ne	0	0,0	0	0,0	1	4,5	1	1,6
Celkem	10	100,0	30	100,0	22	100,0	62	100,0

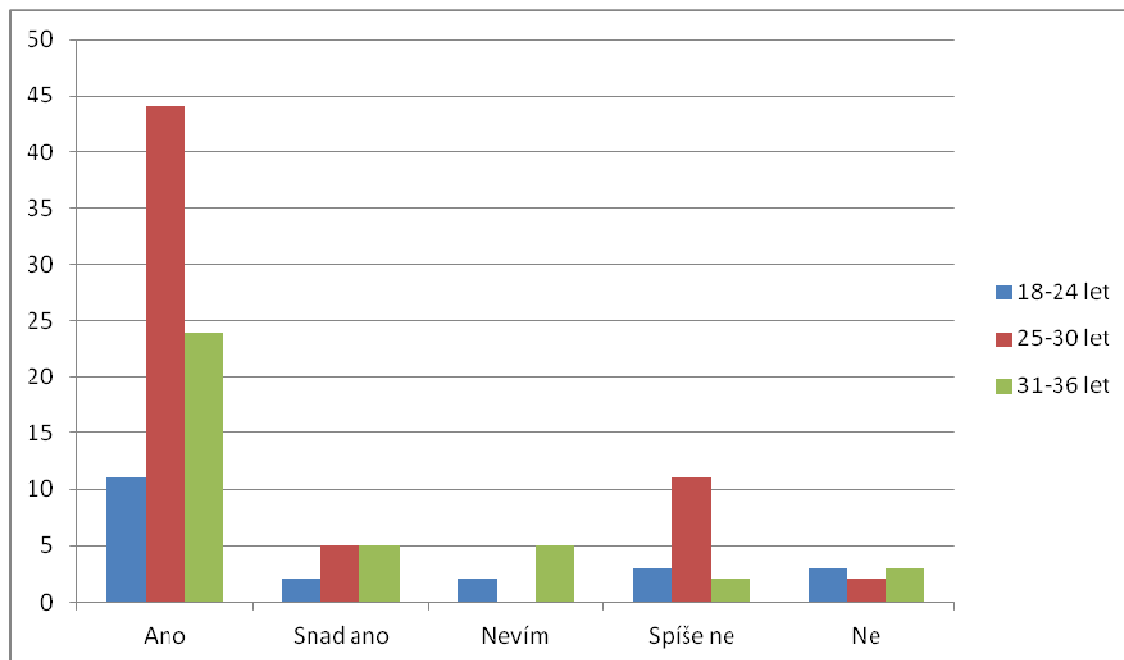
Tabulka 24. – důležitost názoru otce na dudu, rok 2010

	18 - 24		25 - 30		31 - 36		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ano	11	50,0	44	70,6	24	59,1	79	63,2
snad ano	2	8,3	5	8,8	5	13,6	12	10,3
nevím	2	8,3	0	0,0	5	13,6	7	5,9
spíše ne	3	16,7	11	17,7	2	4,5	16	13,2
ne	3	16,7	2	2,9	3	9,2	8	7,4
Celkem	21	100,0	61	100,0	38	100,0	122	100,0

Graf 21. – důležitost názoru otce na dluh, rok 2005



Graf 22. – důležitost názoru otce na dluh, rok 2010



Porovnání položky 9 v dotazníku, rok 2005 a 2010

Odpovědi na tuto otázku, které zobrazuje graf 21 a 22, byly téměř totožné jak v roce 2005 tak v roce 2010. Většina respondentek udává, že je pro matku názor otce na osobnost duly důležitý. V roce 2005 danou možnost nejčastěji udávalo 86 % žen z 3. skupiny (31 – 36 let), v roce 2010 71 % respondentek z 2. věkové skupině (25 – 30 let). Z tabulky 23 a 24 je patrné, že v roce 2005 nejvíce 20 % žen volilo možnost, že názor otce na dula „spíše není důležitý“ a nejvíce 13 % dotazovaných udávalo danou možnost v roce 2010.

Skupina D (položka 11) zjišťuje schopnost žen akceptovat práci duly jako placenou službu klientem.

V dotazníkové položce 11 byla provedena změna v možnostech odpovědí v roce 2010, v důsledku změn v cenících dul.

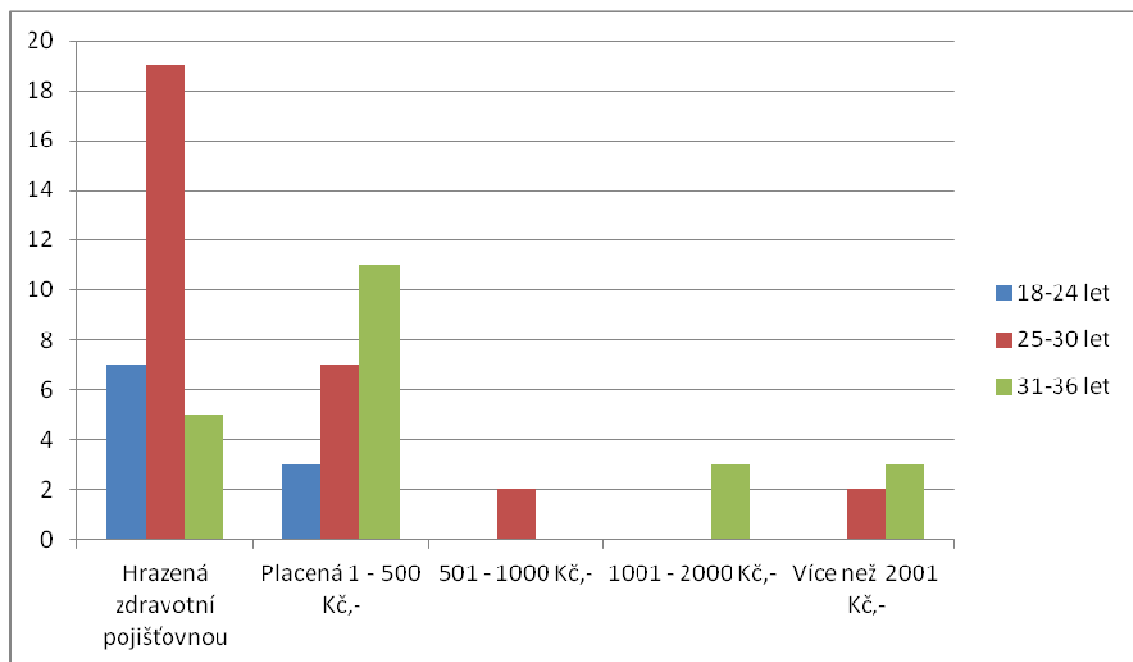
Tabulka 25. – zájem o vyšší platby za dula u porodu, rok 2005

	18 - 24		25 - 30		31 - 36		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
hrazená zdravotní pojišťovnou	7	70,0	19	63,3	5	22,7	31	50,0
placená 1 - 500 Kč	3	30,0	7	23,3	11	50,0	21	33,9
501 - 1 000 Kč	0	0,0	2	6,7	0	0,0	2	3,2
1 001 - 2 000 Kč	0	0,0	0	0,0	3	13,6	3	4,8
více než 2 001 Kč	0	0,0	2	6,7	3	13,6	5	8,1
Celkem	10	100,0	30	100,0	22	100,0	62	100,0

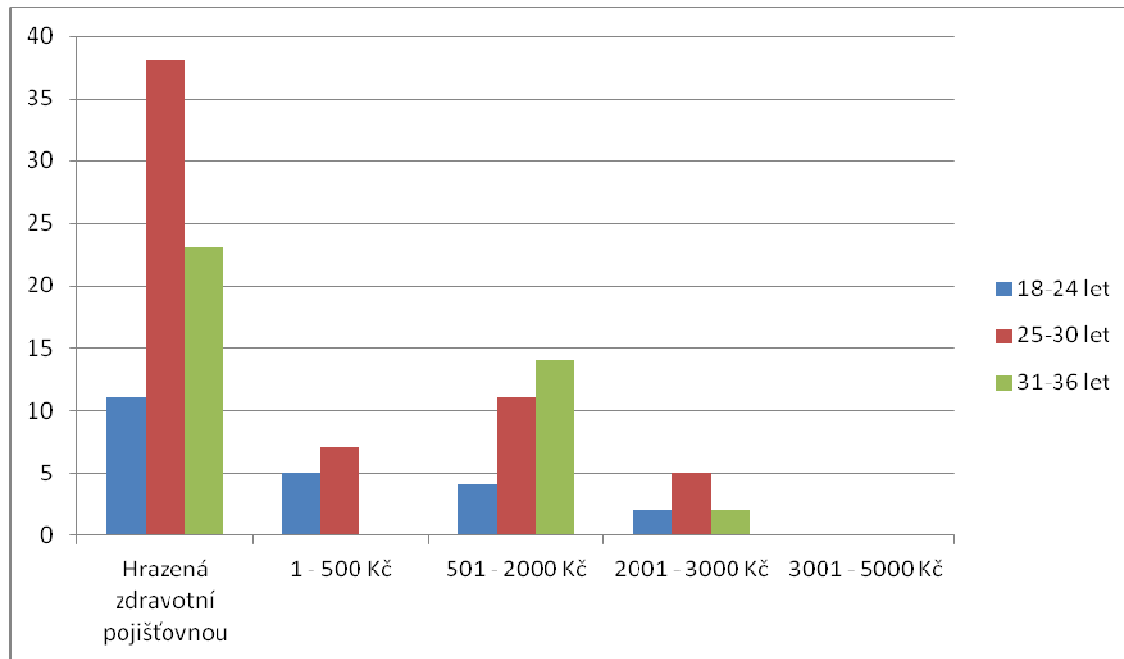
Tabulka 26. – zájem o výši platby za dula u porodu, rok 2010

	18 - 24		25 - 30		31 - 36		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
hrazená zdravotní pojišťovnou	11	50,0	38	61,7	23	59,1	72	60,3
placená 1 - 500 Kč	5	25,0	7	11,8	0	0,0	12	10,3
501 - 2 000 Kč	4	16,7	11	17,7	14	36,4	29	23,5
2 001 - 3 000 Kč	2	8,3	5	8,8	2	4,6	9	7,4
3 001 - 5 000 Kč	0	0,0	0	0	0	0	0	0
Celkem	22	100,0	61	100,0	39	100,0	122	100,0

Graf 23. – zájem o výši platby za dula u porodu, rok 2005



Graf 24. – zájem o vyšší platby za dully u porodu, rok 2010



Porovnání položky 11 v dotazníku, rok 2005 a 2010

V roce 2005 by polovina respondentek akceptovala službu dully u porodu pouze jako hrazenou zdravotní pojišťovnou, v roce 2010 je to již 60 % žen, což dokazuje tabulka 25 a 26. Graf 23 a 24 informuje o tom, že v roce 2005 by platba od 500 do 1000 Kč,- byla akceptována pouze 3 % respondentek, platba od 1000 do 2000 Kč,- pouze 14 % žen z 3. skupiny (31 – 36 let). V roce 2010 by akceptovalo platbu od 500 do 2000 Kč,- téměř 24 % žen, platbu od 2000 do 3000 Kč,- již jen 7 % respondentek. Žádná z respondentek v roce 2010 nemá zájem o službu, která by stála více než 3000 Kč.

Respondentky v obou šetřeních z roku 2005 i 2010 nejvíce preferovaly možnost hradit služby dully ze zdravotního pojištění. Náš názor je, že obecně pacienti zdravotnických zařízení neakceptují jakékoliv platby, ať už za pobyt, stravu či doplatky za léky. Z tohoto důvodu nás nepřekvapil názor, že více než polovina respondentek placené služby dully neakceptuje. Myslíme si, že mladé páry, či rodiny v naší zemi se řadí do ekonomicky slabší skupiny občanů. Nevylučujeme ani možnost, že v převážné části populace přetrvává názor, že zdravotnictví by mělo být bezplatné.

Skupina E (položky 5,10) zjišťuje zdroje informací o dulách (možnosti kontaktu atp.)

Tabulka 27. – informace o kontaktu s dulou, rok 2005

	18 - 24		25 - 30		31 - 36		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
v porodnici	7	26,9	15	24,6	18	30,5	40	27,4
u ošetřujícího lékaře - gynekologa	12	46,2	27	44,3	25	42,4	64	43,8
na Internetových stránkách	5	19,2	14	23,0	11	18,6	30	20,5
u porodní asistentky	2	7,7	4	6,6	3	5,1	9	6,2
v médiích	0	0,0	1	1,6	2	3,4	3	2,1
jiné	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celkem	26	100,0	61	100,0	59	100,0	146	100,0

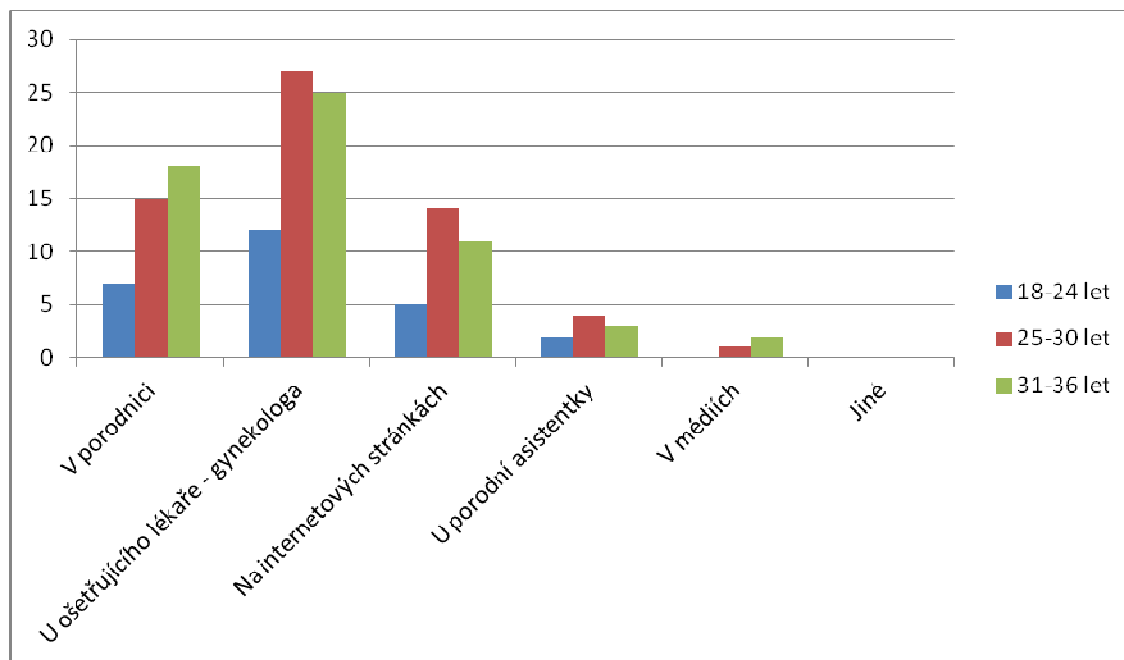
Součet neudává přesný počet respondentů - z důvodu možnosti více odpovědí

Tabulka 28. – informace o kontaktu s dulou, rok 2010

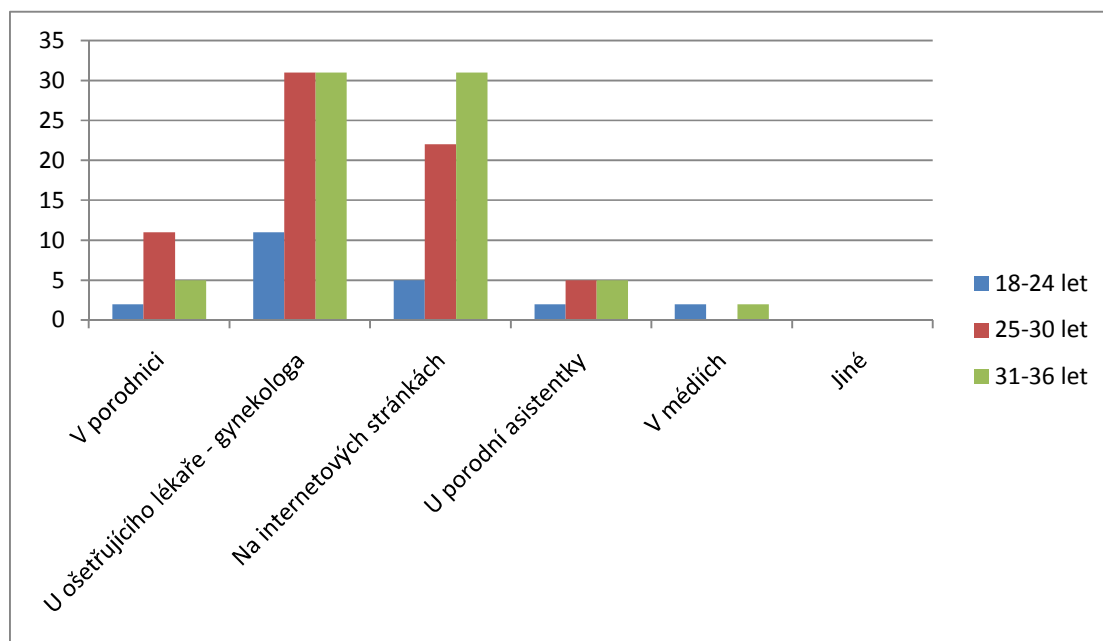
	18 - 24		25 - 30		31 - 36		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
v porodnici	2	8,3	11	15,8	5	7,3	18	10,9
u ošetřujícího lékaře - gynekologa	11	50,0	31	44,7	31	41,5	73	43,9
na Internetových stránkách	5	25,0	22	31,6	31	41,5	58	35,2
u porodní asistentky	2	8,3	5	7,9	5	7,3	12	7,7
v médiích	2	8,3	0	0,0	2	2,4	4	2,3
jiné	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celkem	22	100,0	69	100,0	74	100,0	165	100,0

Součet neudává přesný počet respondentů - z důvodu možnosti více odpovědí

Graf 25. – informace o kontaktu s dulou, rok 2005



Graf 26. – informace o kontaktu s dulou, rok 2010



Porovnání položky 5 v dotazníku, rok 2005 a 2010

V roce 2005 i 2010 odpovídaly na tuto otázku respondentky téměř totožně, což zobrazuje graf 25 a 26. Nejvíce respondentky preferovaly možnost požadovat informace o službách dule u ošetřujícího lékaře - gynekologa. Velmi zajímavý byl výsledek vyplývající z tabulky 27 a 28, kdy v roce 2005 by jen 20 % respondentek hledalo informace o dulech na internetu a v roce 2010 danou možnost volilo pouze 35 % žen. Nejméně udávaly respondentky v roce 2005 i 2010 volbu, že by informace o dule hledaly v médiích a to jen ve 2 % odpovědí.

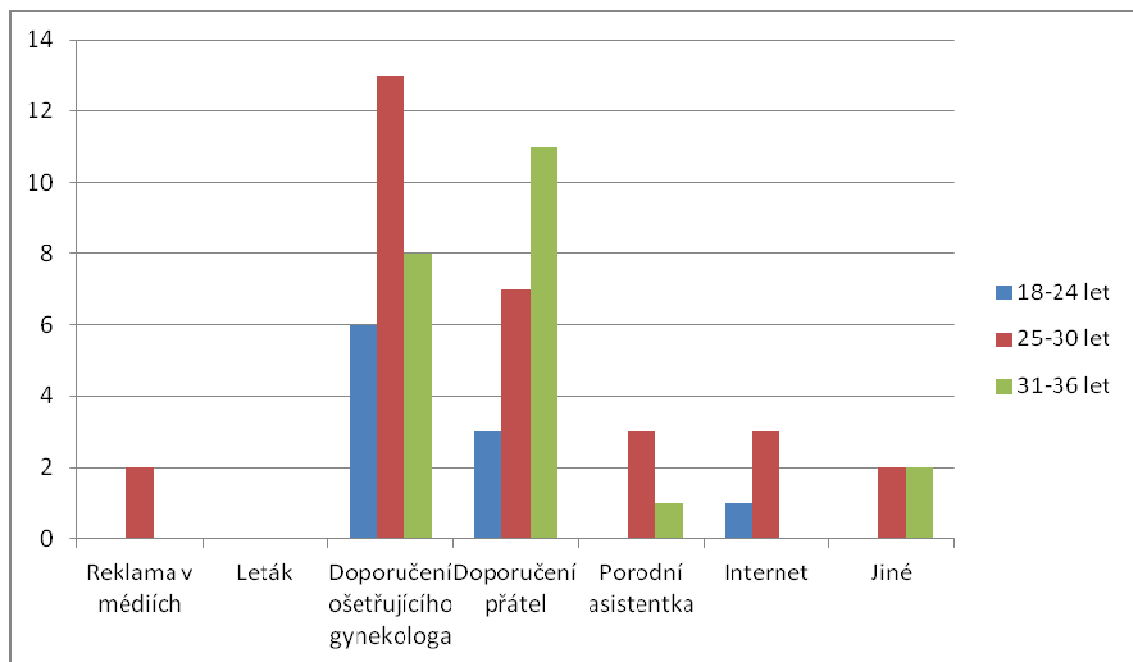
Tabulka 29. – způsob ovlivnění ženy pro výběr dule, rok 2005

	18 - 24		25 - 30		31 - 36		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
reklama v médiích	0	0,0	2	6,7	0	0,0	2	3,2
leták	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
doporučení ošetřujícího gynekologa	6	60,0	13	43,3	8	36,4	27	43,5
doporučení přátel	3	30,0	7	23,3	11	50,0	21	33,9
porodní asistentka	0	0,0	3	10,0	1	4,5	4	6,5
Internet	1	10,0	3	10,0	0	0,0	4	6,5
jiné	0	0,0	2	6,7	2	9,1	4	6,5
Celkem	10	100,0	30	100,0	22	100,0	62	100,0

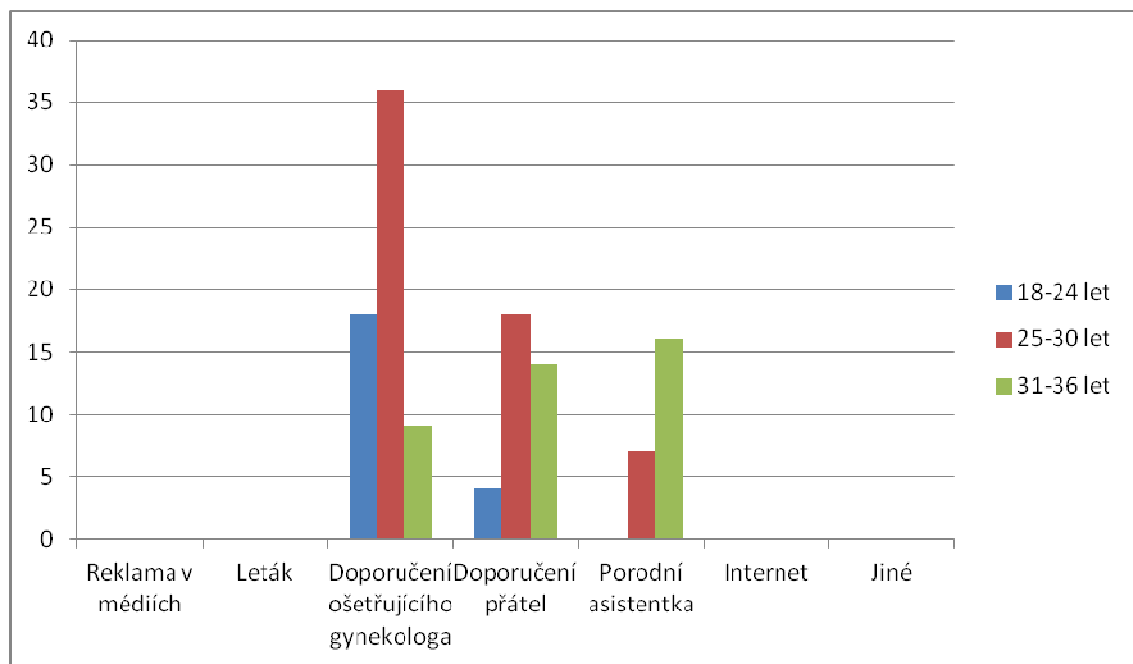
Tabulka 30. – způsob ovlivnění ženy pro výběr dule, rok 2010

	18 - 24		25 - 30		31 - 36		Celkem	
	n	%	n	%	n	%	n	%
reklama v médiích	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
leták	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
doporučení ošetřujícího gynekologa	18	83,3	36	58,9	9	22,7	63	51,5
doporučení přátel	4	16,7	18	29,4	14	36,4	36	29,4
porodní asistentka	0	0,0	7	11,7	16	40,9	23	19,1
Internet	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
jiné	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celkem	22	100,0	61	100,0	39	100,0	122	100,0

Graf 27. – způsob ovlivnění ženy pro výběr dule, rok 2005



Graf 28. – způsob ovlivnění ženy pro výběr dule, rok 2010



Vzhledem k zamýšlenému statistickému vyhodnocení dotazníkové položky 10 metodou testu nezávislosti chí-kvadrát, je nutné tabulky 29 a 30 upravit, protože některé řádky svojí nízkou četností odpovědí nesplňují požadavek pro relevanci metody, aby byl součin příslušného řádkového a sloupcového součtu vydělený celkovým součtem četnosti roven alespoň pěti.

Proto jsou do následujících tabulek sdruženy řádky alternativ volby způsobu ovlivnění ženy pro výběr duly do dvou tříd – ošetřující gynekolog a ostatní možnosti. Ze stejného důvodu také budeme pracovat jen se sloupcem celkové četnosti (bez věkového rozdělení). Pro výpočet hodnoty kritéria χ^2 opět použijeme vzorec

$$\chi^2 = \sum \frac{(P - O)^2}{O}$$

Kde P je četnost pozorovaná a O je četnost očekávaná, výslednou hodnotu porovnáme s kritickou hodnotou testovacího kritéria χ^2 pro příslušný počet stupňů volnosti dané tabulky a hladinu významnosti.

Tabulka 29. A – způsob ovlivnění ženy pro výběr duly, rok 2005

	Celkem	
	n	%
Ošetřující gynekolog	35	56,5
Ostatní možnosti	27	43,5
Celkem	62	100,0

Tabulka 30. A – způsob ovlivnění ženy pro výběr duly, rok 2010

	Skutečnost		Předpoklad	
	n	%	n	%
Ošetřující gynekolog	63	51,6	49	40
Ostatní možnosti	59	48,4	73	60
Celkem	122	100,0	122	100

H_0 – 40 % žen bude při výběru duly ovlivněno ošetřujícím gynekologem.

H_A – 60 % žen bude při výběru duly ovlivněno ošetřujícím gynekologem.

U dotazníkové položky 10 jsme si předem stanovili hypotézu, že v roce 2010 budou ženy při výběru duly více ovlivněny jinými způsoby, než jen v ordinaci ošetřujícího gynekologa jako v roce 2005, tedy že jen 40 % žen zvolí alternativu ovlivnění ošetřujícím gynekologem. Vycházíme při jejím stanovení z celkového posouzení situace ve zdravotnictví, kdy lékaři obecně ztrácejí u pacientů renomé, ať z důvodu nehumánního přístupu nebo odborných pochybení. Dále je nám známo, že pacienti hledají mnohé informace na internetu a stávají se více znalostními.

Určíme si hodnotu testového kritéria χ^2

$$\chi^2 = \frac{(63 - 49)^2}{49} + \frac{(59 - 73)^2}{73} = 6,685$$

Tabulka má 1 stupeň volnosti, v tomto případě je kritická hodnota na hladině významnosti 0,05 $\chi_{0,05}^2(1) = 3,841$. **Hypotéza, že 40 % žen je při výběru duly ovlivněna ošetřujícím gynekologem, je na této hladině významnosti odmítnuta, a se spolehlivostí 95 % platí alternativní hypotéza, že naopak většina žen dá při výběru duly na doporučení svého gynekologa.** Na hladině významnosti 0,1 je kritická hodnota $\chi_{0,05}^2(1) = 6,635$, zde již není možno tuto hypotézu jednoznačně odmítnout.

H_0 – Způsob ovlivnění žen při výběru duly se od roku 2005 do roku 2010 statisticky významně změnil.

H_A – Způsob ovlivnění žen při výběru duly se od roku 2005 do roku 2010 statisticky významně nezměnil.

Dále zjistíme, zda se statisticky významně od roku 2005 do roku 2010 změnilo ovlivnění žen pro výběr duly. Jako nulovou hypotézu stanovíme tvrzení, že se způsob ovlivnění výběru změnil, a ověříme ji na hladině významnosti 0,05. Vzhledem k tomu, že se rozsah statistického souboru v obou letech liší, použijeme opět test homogenity na kontingenční tabulce sdružující údaje z roku 2005 i 2010. Pro kontingenční tabulku o r řádcích a s sloupcích znovu použijeme vzorec

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{\left(n_{ij} - \frac{n_{i\bullet} \cdot n_{\bullet j}}{n} \right)^2}{\frac{n_{i\bullet} \cdot n_{\bullet j}}{n}}$$

kde $n_{i\bullet}$ jsou řádkové a $n_{\bullet j}$ sloupcové součty v kontingenční tabulce

Tabulka 30. B – způsob ovlivnění ženy pro výběr duly, rok 2005 a 2010

	Ošetřující gynekolog	Ostatní možnosti	Celkem
2005	35	27	62
2010	63	59	122
Celkem	98	86	184

Nejprve ověříme podmínku pro relevanci testu $\frac{n_{i\bullet} \cdot n_{\bullet j}}{n} \geq 5$. Pro obě třídy v tabulce je tato podmínka splněna. Nyní určíme hodnotu testového kritéria χ^2 pro test homogenity a test nezávislosti této kontingenční tabulky

$$\chi^2 = 184 \frac{(35 \cdot 59 - 63 \cdot 27)^2}{98 \cdot 86 \cdot 62 \cdot 122} = 0,382$$

a porovnáme ji s kritickou hodnotou pro jeden stupeň volnosti $\chi_{0,05}^2(1) = 3,841$. **Zjištěná hodnota je menší než hodnota kritická, můžeme tedy nulovou hypotézu potvrdit, platí tedy tvrzení, že ovlivnění ženy pro volbu duly se od roku 2005 do roku 2010 statisticky významně změnilo.**

Porovnání položky 10 v dotazníku, rok 2005 a 2010

Jak dokumentuje graf 27, 28 a tabulka 29, 30 respondentky na dotazníkovou položku 10 odpovídaly téměř totožně. Necelou polovinu žen by při výběru duly ovlivnilo doporučení ošetřujícího gynekologa. Na třetinu respondentek by zapůsobilo doporučení přátel. V menší míře by byly respondentky ovlivněny porodní asistentkou a internetem. Při výběru duly ovlivnění internetem udávalo v roce 2005 7 % respondentek, kdežto v roce 2010 tuto možnost neudávala

žádná žena. Reklama v médiích by v roce 2010 neovlivnila žádnou z dotazovaných a v roce 2005 jen 3 % žen.

V obou šetřeních téměř polovina žen uvádí, že při výběru duly by je ovlivnilo doporučení ošetřujícího lékaře. Je nám známo, že právě lékaři nejsou přístupni alternativním metodám jako je dula u porodu, přirozený porod a hlavně zasahování dul do jejich kompetencí. Z dané situace nám vyplynula potřeba větší informovanosti lékařů a to hlavně v gynekologických ambulancích o službách duly. Nabízíme lékařům v našem sledovaném regionu informativní leták o dulách (viz. příloha č. 5).

5 Závěr

V diplomové práci jsme se zabývali několika oblastmi, které se dotýkaly informovanosti rodiček o dulech, jejich zájmu o služby dule u porodu, v těhotenství a šestinedělí, názory na vzdělání a vlastnosti dule a ochotou žen hradit služby dule z vlastních prostředků. Dále jsme zjišťovali, kde by budoucí matky v případě zájmu o péči dule hledaly kontakt. Výzkumná šetření jsme prováděli s odstupem pěti roků v letech 2005 a 2010. Zajímal nás vývoj názorů žen na zjišťovanou problematiku.

V roce 2005 byl výzkumné šetření provedeno v Nemocnici Prostějov na porodnicko – gynekologickém oddělení. Bylo osloveno celkem 74 žen těhotných nebo po porodu, ve věku 18 – 36 let s různým stupněm vzdělání. Obdrželi jsme celkem 62 správně vyplněných dotazníků – a tyto byly hodnoceny. Věk respondentek byl rozdělen na tři skupiny (1. skupina 18 – 24 let, 2. skupina 25 – 30 let, 3. skupina 31 – 36 let). Dělení na jednotlivé věkové kategorie bylo zvoleno z důvodu odlišných názorů vyplývajících z rozdílných zkušeností dotazovaných respondentek. Dotazníkový sběr dat probíhal v lednu 2005. Ve výzkumném šetření byly osloveny ženy docházející do kurzu předporodní přípravy a ženy hospitalizované na oddělení šestinedělí.

V roce 2010 probíhal dotazníkový sběr dat v měsících červenec a srpen, stejně jako při minulém šetření byly oslovovány respondentky v Nemocnici Prostějov na porodnicko-gynekologickém oddělení. Bylo osloveno 140 žen, těhotných nebo po porodu, ve stejném věkovém rozmezí s různým stupněm vzdělání. Celkem 122 dotazníků bylo vyplněno správně. Oba soubory byly statisticky zpracovány a srovnány.

Hlavní cíl empirické části, ve které byl zjišťován zájem žen o dula u porodu, prokázal v roce 2010 velmi nízký zájem respondentek ve srovnání se zájmem v roce 2005. V roce 2005 byl velký zájem o dula u porodu téměř u 61 % žen, ale v roce 2010 to bylo pouze 18 % žen. Daný výsledek nepotvrdil naši hypotézu, že zájem o péči dule v průběhu let roste, tedy, že v roce 2010 bude mít více než 60 % žen zájem o dula u porodu. Byla tudíž potvrzena alternativní hypotéza, že většina žen zájem o přítomnost dule u porodu nemá. Také při srovnání obou výzkumných šetření byla přijata alternativní hypotéza, že zájem o přítomnost dule u porodu se od roku 2005 do roku 2010 statisticky významně změnil. Daný fakt doplňuje velmi negativní postoj dotazovaných k platbě za služby dule. Přesně polovina respondentek v roce 2005 by akceptovala službu dule pouze jako službu hrazenou zdravotní pojišťovnou, v roce 2010 to bylo již 60 % žen. Žádná z dotázaných

v roce 2010 nemá zájem o službu duly přesahující částku 3 tis. Kč. Ekonomická náročnost služby duly pro klientky se jeví jako limitující faktor rozšíření této pomáhající profes.

Další dílčí cíl týkající se informovanosti dotazovaných o pojmu „dula“, lze interpretovat jako posun od vysoké neznalosti pojmu v roce 2005 u 53 % žen k pouhým 27,9 % v roce 2010. Hypotéza, že pojem dula bude znát alespoň 65 % žen, byla potvrzena. Znalost pojmu se od roku 2005 do roku 2010 statisticky významně změnila.

Dále byl zjišťován názor žen na odbornost duly. V dané položce bylo velmi zajímavým výsledkem zjištění, že nejvyšší preference získalo vzdělání a zkušenost v oboru porodní asistence. Dotazované ženy dále pozitivně hodnotily dobré vztahy duly s ošetřujícím personálem. Naproti tomu kurz pro duly a zkušenost s porody jako odbornost získala v obou výzkumných šetřeních jednu z nejnižších preferencí.

Výsledek analýzy zjišťující ovlivnění ženy při výběru duly byl překvapující v tom smyslu, že navzdory informačním zdrojům moderní doby jsou respondentky při výběru duly nejvíce ovlivněny doporučením ošetřujícího gynekologa. Náš předpoklad, že bude pouze 40 % dotázaných při výběru ovlivněno ošetřujícím lékařem, se nepotvrdil. Byla přijata alternativní hypotéza, že většina žen se nechá při výběru duly ovlivnit doporučením svého ošetřujícího gynekologa. Při srovnání souborů z roku 2005 a 2010 byla potvrzena nulová hypotéza, že ovlivnění žen pro výběr duly ošetřujícím lékařem se od roku 2005 do roku 2010 statisticky významně změnilo.

Výsledky výzkumných šetření vykazují u respondentek značný posun od nedostatku informací o profesi duly k vyšší znalosti této profese včetně náplně její práce. Přesto je překvapující malý zájem žen o služby duly, který si vysvětlujeme poklesem zájmu rodiček o alternativní metody v porodnictví, hlavně z důvodu špatných zkušeností např. s tzv. přirozenými porody nebo porody v domácnosti, ale i ekonomickou náročností služeb duly pro mladé rodiny. Vidíme značný příklon respondentek k odbornosti v oboru porodní asistence u osoby pomáhající u porodu, což je nám také známo z praxe, kdy sledujeme vysoký zájem žen o přítomnost porodní asistentky z ambulantní sféry u porodu. Ovšem tuto situaci naše legislativa zatím nepřipouští. V oblasti získávání informací o dule bylo prokázáno, že názor ošetřujícího gynekologa má stále zásadní význam

při rozhodování ženy o účasti duly u porodu. Výzkumné šetření z roku 2010 prokázalo nízký zájem respondentek o péči duly oproti roku 2005, ale i neochotu dotazovaných žen hradit tuto

péči z vlastních prostředků. Z výzkumných šetření jednoznačně vyplývá potřeba informovat gynekology v ambulantní sféře o profesi duly, což činíme zpracováním informativního letáku o nabídce služeb a kontaktu na duly. Přijetí duly jako pomáhající profese lékaři i nelékařskými pracovníky, či její začlenění do ošetrovatelského týmu závisí na informovanosti profesionálů a ochotě ke spolupráci. Dula je „novým prvkem“, který může vhodně doplňovat ošetrovatelskou péči o těhotné, rodičky i ženy v šestinedělí.

Souhrn

Diplomová práce se zabývá zjištěním informovanosti žen o profesi duly – pomocnice u porodu a srovnává zájem respondentek o profesi duly v letech 2005 a 2010. V obou zkoumaných letech byla výzkumná šetření provedena v Nemocnici Prostějov a týkala se žen těhotných a žen po porodu. V daných souborech respondentek byly srovnávány tři věkové skupiny, byla zohledněna diversita jejich dosaženého vzdělání z důvodu rozdílných názorů na problematiku. Při analýze dat v roce 2010 bylo zjištěno, že pojem dula je oproti roku 2005 znám většině dotazovaných, naproti tomu velký zájem o přítomnost duly u porodu, který byl zjištěn v předchozím šetření, se již v roce 2010 nepotvrdil. Důvodem nezájmu byla shledána finanční náročnost služby a níže hodnocená profesní odbornost duly ze strany respondentek.

Summary

This thesis deals with finding out the information that women have about a dula (birth assistant) and compares interest of respondents in this issue in 2005 and 2010. In both these years research was carried out in the Prostějov hospital and it referred to pregnant women and women after giving a birth. In the sets of respondents three age groups were compared and diversity of their acquired education due to different views on this issue was taken into consideration. During data analysis in 2010 it was found out that the expression 'dula', in comparison with 2005, was familiar to most of the interviewed women. On the other hand the increased interest in the presence of a dula at the birth, which was discovered in the preceding survey, was not confirmed in 2010 due to the fact that this service was not financially manageable and the low assessment of the qualification of a dula by the respondents.

Použitá literatura

1. BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J. *Psychosomatická medicína*. 1.vyd. Praha: Grada Avicenum, 1993.368 s. ISBN 80-7169-031-7.
2. ČECH, E A KOL. *Porodnictví*. 2. Vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 544 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 1303 – 8.
3. ČECH, E A KOL. *Porodnictví*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 432 s. ISBN 80 – 7169 – 355 – 3.
4. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 3. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 173 s. ISBN 80-7013-342-2.
5. ČEPICKÝ, P. Psychoprofylaktická příprava k porodu. *Čs. Gynek.*, 1984, roč. 49, č. 2, s. 119-124.
6. ČEPICKÝ, P., NOVÁKOVÁ, V. Názory autora vrátkové teorie bolesti na porodní bolest a porodnickou psychoprofylaxi. *Čs. Gynek.*, 1985, roč. 50, s. 501-503.
7. DOULÍKOVÁ, M. I v Česku si porodnice zvykají na duly. *Právo*, 2005, č. 19, s. 5.
8. DUNDES, L. *The ovution of maternal birthing position*. Amer. J. publ. Hlth 77, 1987, 5. s. 636 – 641.
9. FRAŇKOVÁ, M. *Do porodnice s dulou – očekávaná sociální opora u porodu*. Brno: Masarykova univerzita, Katedra psychologie, 2009. 107 s.
10. GOER, H. *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. Praha: One Woman Press. 2002. 549 s. ISBN 80-86356-13-2.

11. GRECMANOVÁ, H., HOLOUŠOVÁ, E. *Obecná pedagogika I*. 1. vyd. Olomouc: nakladatelství Hanex. 1998. 231 s. ISBN 80 – 85783 – 20 – 7.
12. CHMEL, R. *Otázky a odpovědi o porodu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 116 s. ISBN 80-247-1124-9.
13. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
14. HOLOUŠOVÁ, D. A KOL. *Jak psát diplomové a závěrečné práce*. 2. vydání Olomouc: vydavatelství Univerzity Palackého. 1999. 110 s. ISBN 80-7067-841-0.
15. ISTVAN, J. *Stress, anxiety and birth outcomes, A critical review of the evidence*. Psychol. Bull., 100, 1986, 3, s. 331 – 348
16. KLAUS, M. H., KENNEL, J. H., KLAUS, P. H. *Porod s doulou*. 1. vyd. Praha: One wonem Press, 2004. 277 s. ISBN 80-86356-34-5.
17. KLAUS, H., K., KENNEL, J. H., KLAUS, P. H. *Mothering the Mother*. New York: Perseus Books, 1993.
18. KOUCKÁ, P. (2008): Oč jde českým rodičkám? In *Psychologie dnes*, 2008, roč. 14, č. 11, s. 29 – 31.
19. KUDELA, M. A KOL. *Základy gynekologie a porodnictví*. 2. vydání Olomouc: vydavatelství Univerzity Palackého, 1997. 199 s. ISBN 80-7067-603-5.
20. MOLINSKI, H. *Different behavior of women in labor as a symptom of different psychic patterns*. In: *The family*. Basel, Karger 1975, s. 338 – 342.

21. MYERS, R. E., WILLIAMS, M. W. *Lost opportunities for the pervention od fetal asphyxia: Sedation, analgesia, and general anaesthesia.* Clin Obstet. Gynec., 9, 1982, s. 369 –414.
22. PAVLÍČKOVÁ, T. *Dula vs. otec u porodu z pohledu porodní asistentky.* Brno: Masarykova Univerzita. Katedra porodní asistence, 2008. 75 s., 10 s. příloh.
23. ROZTOČIL, A. A KOL. *Porodnictví.* 1. vydání Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2.
24. ŠIMEK, D., KUBÁTOVÁ, H. *Od abstraktu do závěrečné práce.* 2. vydání Olomouc: vydavatelství Univerzity Palackého. 2000. 52 s. ISBN 80-244-0097.
25. ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, J. A KOL. *Přehled vývojové psychologie.* 2. vydání Olomouc: vydavatelství Univerzity Palackého. 2005. 175 s. ISBN 80 – 244 – 0629 – 2.
26. TRČA, S. *Partner v těhotenství a při porodu.* 1. vydání Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 108 s. ISBN 80-247-0869-8.
27. UVÍZLOVÁ, J. *Zájem žen v Prostějově a okolí o přítomnost duly u porodu.* Olomouc: Univerzita Palackého. Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, 2005. 71 s., 12s. příloh.
28. VELVOVSKY, I. Z. *Psychoprophylaxis in obstetrics. A soviet method.* In: Howels, J. G. *Modern perspektives in psycho obstetrics.* Edinburgh, Oliver and Boyd 1972, s. 314 – 327.
29. VOKURKA, M., HUGO, J. A KOL. *Velký lékařský slovník.* 7.vyd. Praha: Maxdorf s r.o., 2007. 1069 s. ISBN 978-80-7345-130-1.
30. ZWINGER, A. ET AL. *Porodnictví.* 1. Vydání Praha: Galén, 2004. 532 s. ISBN 80 – 7262 – 257 – 9.

31. ČESKÁ ASOCIACE DUL. *Kdo je dula.* [Cit. 2011-02-20]. Dostupné z URL: http://www.duly.eu/?page_id=4.
32. ČESKÁ ASOCIACE DUL. *Stanovy české asociace dul.* [Cit. 2011-02-28]. Dostupné z URL: http://www.duly.eu/?page_id=755.
33. ČESKÁ ASOCIACE DUL. *Vzdělávání.* [Cit. 2011-03-08]. Dostupné z URL: http://www.duly.eu/?page_id=11.
34. ČESKÁ ASOCIACE DUL. *Etický kodex České asociace dul.* [Cit. 2011-02-21]. Dostupné z URL: http://www.duly.eu/?page_id=128.

Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1	věk respondentek rok 2005
Tabulka 2	věk respondentek rok 2010
Tabulka 3	znalost pojmu dula rok 2005
Tabulka 4	znalost pojmu dula rok 2010
Tabulka 3 A	statistika - znalost pojmu dula rok 2005
Tabulka 4 A	statistika - znalost pojmu dula rok 2010
Tabulka 4 B	statistika - znalost pojmu dula rok 2005 a 2010
Tabulka 5	osobní zkušenost žen s duloou rok 2005
Tabulka 6	osobní zkušenost žen s duloou rok 2010
Tabulka 7	dula u porodu samostatně nebo s otcem rok 2005
Tabulka 8	dula u porodu samostatně nebo s otcem rok 2010
Tabulka 9	schůzka duly a rodičů před porodem rok 2005
Tabulka 10	schůzka duly a rodičů před porodem rok 2010
Tabulka 11	schůzka duly a rodičů po porodu rok 2005
Tabulka 12	schůzka duly a rodičů po porodu rok 2010
Tabulka 13	očekávání žen od služby duly rok 2005
Tabulka 14	očekávání žen od služby duly rok 2010
Tabulka 15	zájem o přítomnost duly u porodu rok 2005
Tabulka 16	zájem o přítomnost duly u porodu rok 2010
Tabulka 15 A	statistika - zájem o přítomnost duly u porodu rok 2005
Tabulka 16 A	statistika - zájem o přítomnost duly u porodu rok 2010
Tabulka 16 B	statistika - zájem o přítomnost duly u porodu rok 2005 a 2010
Tabulka 17	preferované vlastnosti duly rok 2005
Tabulka 18	preferované vlastnosti duly rok 2010
Tabulka 19	preferovaná odbornost duly rok 2005
Tabulka 20	preferovaná odbornost duly rok 2010
Tabulka 21	důležitost dostupnosti duly rok 2005
Tabulka 22	důležitost dostupnosti duly rok 2010
Tabulka 23	důležitost názoru otce na duloou rok 2005

Tabulka 24	důležitost názoru otce na dula rok 2010
Tabulka 25	zájem o výši platby za dula u porodu rok 2005
Tabulka 26	zájem o výši platby za dula u porodu rok 2010
Tabulka 27	informace o kontaktu s dula rok 2005
Tabulka 28	informace o kontaktu s dula rok 2010
Tabulka 29	způsob ovlivnění ženy pro výběr duly rok 2005
Tabulka 30	způsob ovlivnění ženy pro výběr duly rok 2010
Tabulka 29 A	statistika - způsob ovlivnění ženy pro výběr duly rok 2005
Tabulka 30 A	statistika - způsob ovlivnění ženy pro výběr duly rok 2010
Tabulka 30 B	statistika – způsob ovlivnění ženy pro výběr duly rok 2005 a 2010
Graf 1	znalost pojmu dula rok 2005
Graf 2	znalost pojmu dula rok 2010
Graf 3	osobní zkušenost žen s dula rok 2005
Graf 4	osobní zkušenost žen s dula rok 2010
Graf 5	dula u porodu samostatně nebo s otcem rok 2005
Graf 6	dula u porodu samostatně nebo s otcem rok 2010
Graf 7	schůzka duly a rodičů před porodem rok 2005
Graf 8	schůzka duly a rodičů před porodem rok 2010
Graf 9	schůzka duly a rodičů po porodu rok 2005
Graf 10	schůzka duly a rodičů po porodu rok 2010
Graf 11	očekávání žen od služby duly rok 2005
Graf 12	očekávání žen od služby duly rok 2010
Graf 13	zájem o přítomnost duly u porodu rok 2005
Graf 14	zájem o přítomnost duly u porodu rok 2010
Graf 15	preferované vlastnosti duly rok 2005
Graf 16	preferované vlastnosti duly rok 2010
Graf 17	preferovaná odbornost duly rok 2005
Graf 18	preferovaná odbornost duly rok 2010
Graf 19	důležitost dostupnosti duly rok 2005
Graf 20	důležitost dostupnosti duly rok 2010
Graf 21	důležitost názoru otce na dula rok 2005

Graf 22	důležitost názoru otce na dudu rok 2010
Graf 23	zájem o výši platby za dudu u porodu rok 2005
Graf 24	zájem o výši platby za dudu u porodu rok 2010
Graf 25	informace o kontaktu s dudou rok 2005
Graf 26	informace o kontaktu s dudou rok 2010
Graf 27	způsob ovlivnění ženy pro výběr dudy rok 2005
Graf 28	způsob ovlivnění ženy pro výběr dudy rok 2010

Přílohy

Příloha 1: Dotazník rok 2005

Příloha 2: Dotazník rok 2010

Příloha 3: Etický kodex České asociace dul

Příloha 4: Ceník služeb dul

Příloha 5: Informativní leták

Příloha 6: Slovník cizích slov

Příloha 1

Dotazník – rok 2005

Vážené nastávající maminky,

jmenuji se Jolana Uvízlová, studuji 4. ročník bakalářského studia, obor Ošetrovatelství na Lékařské fakultě UP Olomouc.

Žádám Vás o vyplnění dotazníku, který bude součástí závěrečné bakalářské práce.

Cílem předloženého dotazníku je zjištění informovanosti a zájmu těhotných žen v okrese Prostějov o služby „duly“ u porodu.

Termín dula pochází z řečtiny a znamená pomocnici u porodu. Může jí být porodní asistentka nebo zkušená žena v dané problematice, která je speciálně vyškolená v kurzu pro duly. Pomáhá ženě zvládnout období porodu a je jí fyzickou i psychickou oporou, dále může pomáhat v předporodním i poporodním období. Strategií vedení porodu se nezabývá, ta zůstává v pravomoci lékaře a porodní asistentky porodnického oddělení.

Vyplnění dotazníku je dobrovolné, údaje jsou anonymní a budou použity pouze pro výzkumné šetření bakalářské práce.

Zvolenou odpověď vždy prosím zakroužkujte nebo vypište.

Děkuji Vám za spolupráci

1. Pojem dula mi byl dříve, (před přečtením úvodu dotazníku) znám jako:

- a) pomocnice u porodu
- b) pomocnice u porodu včetně její náplně práce
- c) pojem z medií, kterému jsem nerozuměla
- d) pojem, který jsem si nespojovala s pomocnicí u porodu
- e) neznámý

2. Myslíte, že by měla dula doprovázet rodičku u porodu?

- a) samostatně nebo s otcem (dítěte)
- b) pouze samostatně
- c) pouze s otcem

d) podle přání rodičů dítěte

3. Je společná schůzka těhotné ženy a otce dítěte s dulou, která proběhne v předporodním období a řeší představy daného páru o průběhu porodu:

- a) vhodná
- b) nutná
- c) málo důležitá
- d) nedůležitá

4. Je schůzka po porodu, obsahující shrnutí prožitků z porodního období, rady v péči o novorozence a při kojení:

- a) nutná
- b) vhodná
- c) málo důležitá
- d) nedůležitá
- e) potřebná pouze pro prvorodičky
- f) jiný názor- uveďte

5. Informace o prvním kontaktu s dulou, byste hledala:
(můžete uvést více možností)

- a) v porodnici Nemocnice Prostějov
- b) u ošetřujícího lékaře – gynekologa
- c) na Internetových stránkách
- d) u porodní asistentky v ambulantní sféře
- e) v médiích
- f) jiné–uveďte

6. Vyberte Vámi preferované vlastnosti duly.(můžete uvést více možností)

- a) komunikativnost
- b) profesionalita
- c) empatie(vcítění)
- d) takt
- e) mlčenlivost (zachování lékařského tajemství)
- f) fyzická zdatnost
- g) pravdomluvnost
- h) smysl pro humor
- i) porozumění
- j) kladný vztah k lidem
- k) příjemný vzhled
- l) inteligence
- m) jiné – uveďte

7. Vyberte Vámi preferovanou odbornou způsobilost duly (můžete uvést více možností)

- a) zkušenost v oboru porodní asistence
- b) vzdělání v oboru porodní asistence
- c) zkušenost s porody a kurz pro duly
- d) znalost prostředí porodnického oddělení
- e) dobré vztahy s ošetřujícím personálem porodnického oddělení
- f) zkušenost z profese duly

8. Ohodnoťte důležitost dostupnosti duly v libovolnou denní i noční hodinu. Zvolte možnost a zakroužkujte.

- a) maximální (důležitost)
- b) střední
- c) není důležitá

9. Je pro Vás názor otce dítěte na vlastnosti a schopnosti duly podstatný?

- a) ano
- b) snad ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) ne

10. Při výběru duly by Vás ovlivnilo:

- a) reklama v médiích
- b) leták
- c) doporučení ošetřujícího gynekologa
- d) doporučení přátel
- e) porodní asistentka
- f) nabídka na Internetových stránkách
- g) jiný způsob, jaký

11. O přítomnost duly u porodu byste měla zájem v případě, že by tato služba byla:

- a) hrazená zdravotní pojišťovnou
- b) placená v rozmezí 1 – 500 Kč,-
- c) placená v rozmezí 501 – 1000 Kč,-
- d) placená v rozmezí 1001 – 2000 Kč,-
- e) placená – přesahující 2001,- Kč

12. Od duly bych očekávala:

- a) pouze přítomnost u porodu
- b) přítomnost u porodu a návštěvy po porodu
- c) přítomnost u porodu a návštěvy před porodem
- d) přítomnost u porodu a návštěvy před i po porodu

13. Přála byste si přítomnost zkušené, vyškolené dudy u Vašeho budoucího porodu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14. Měla jste již vlastní zkušenost s pomocnicí u porodu?

- a) ne
- b) ano – pozitivní
- c) ano – negativní

15. Uveďte do které věkové skupiny se řadíte:

- a) 18 – 24 let
- b) 25 – 30 let
- c) 31 - 36 let

16. Uveďte vzdělání:

- a) základní
- b) střední odborné - vyučen
- c) úplné střední s maturitou
- d) vysokoškolské

17. Uveďte bydliště:

- a) město
- b) vesnice

Příloha 2

Dotazník – rok 2010

Vážené nastávající maminky,

jmenuji se Bc. Jolana Uvízlová, studuji 5. ročník magisterského studia, obor Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední odborné školy na Pedagogické fakultě UP Olomouc.

Žádám Vás o vyplnění dotazníku, který bude součástí závěrečné diplomové práce.

Cílem předloženého dotazníku je zjištění informovanosti a zájmu těhotných žen v okrese Prostějov o služby „duly“ u porodu.

Termín dula pochází z řečtiny a znamená pomocnici u porodu. Může jí být porodní asistentka nebo zkušená žena v dané problematice, která je speciálně vyškolená v kurzu pro duly. Pomáhá ženě zvládnout období porodu a je jí fyzickou i psychickou oporou, dále může pomáhat v předporodním i poporodním období. Strategií vedení porodu se nezabývá, ta zůstává v kompetenci lékaře a porodní asistentky porodnického oddělení.

Vyplnění dotazníku je dobrovolné, údaje jsou anonymní a budou použity pouze pro výzkumné šetření diplomové práce.

Zvolenou odpověď vždy prosím zakroužkujte nebo vypište.

Děkuji Vám za spolupráci

Pokyny pro vyplnění:

Při výběru odpovědí zakřížkujte do čtverečku před odpovědí vždy jen jednu možnost odpovědi. Pokud dojde k omylu, a chcete své tvrzení změnit, zakřížkovanou odpověď celou přeškrtněte a napište k ní „omyl“.

1. Pojem dula mi byl dříve, (před přečtením úvodu dotazníku) znám jako:

- pomocnice u porodu
- pomocnice u porodu včetně její náplně práce
- pojem z medií, kterému jsem nerozuměla
- pojem, který jsem si nespojovala s pomocnicí u porodu
- neznámý

2. Myslíte, že by měla dula doprovázet rodičku u porodu?

- samostatně nebo s otcem (dítěte)
- pouze samostatně
- pouze s otcem
- podle přání rodičů dítěte

3. Je společná schůzka těhotné ženy a otce dítěte s doulou, která proběhne v předporodním období a řeší představy daného páru o průběhu porodu:

- vhodná
- nutná
- málo důležitá
- nedůležitá

4. Je schůzka po porodu, obsahující shrnutí prožitků z porodního období, rady v péči o novorozence a při kojení:

- nutná
- vhodná
- málo důležitá
- nedůležitá
- potřebná pouze pro prvorodičky
- jiný názor- uveďte

5. Informace o prvním kontaktu s doulou, byste hledala:
(můžete uvést více možností)

- v porodnici
 - u ošetřujícího lékaře – gynekologa
 - na Internetových stránkách
 - u porodní asistentky v ambulantní sféře
 - v médiích
 - jiné–uveďte
- -----

6. Vyberte Vámi preferované vlastnosti duly.(můžete uvést více možností)

- komunikativnost
- profesionalita
- empatie (vcítění)
- takt
- mlčenlivost (zachování lékařského tajemství)
- fyzická zdatnost
- pravdomluvnost
- smysl pro humor
- porozumění
- kladný vztah k lidem

- příjemný vzhled
- inteligence
- jiné – uveďte

7. Vyberte Vámi preferovanou odbornou způsobilost duly (můžete uvést více možností)

- zkušenost v oboru porodní asistence
- vzdělání v oboru porodní asistence
- zkušenost s porody a kurz pro duly
- znalost prostředí porodnického oddělení
- dobré vztahy s ošetřujícím personálem porodnického oddělení
- zkušenost z profese duly

8. Ohodnoťte důležitost dostupnosti duly v libovolnou denní i noční hodinu. Zvolte možnost a zakroužkujte.

- maximální (důležitost)
- střední
- není důležitá

9. Je pro Vás názor otce dítěte na vlastnosti a schopnosti duly podstatný?

- ano
- snad ano
- nevím
- spíše ne
- ne

10. Při výběru duly by Vás ovlivnilo:

- reklama v médiích
- leták
- doporučení ošetřujícího gynekologa
- doporučení přátel
- porodní asistentka
- nabídka na Internetových stránkách
- jiný způsob, jaký

11. O přítomnost duly u porodu byste měla zájem v případě, že by tato služba byla:

- hrazená zdravotní pojišťovnou
- placená do 500 Kč, -
- placená v rozmezí 501 – 2000 Kč, -
- placená v rozmezí 2001 – 3000 Kč, -
- placená v rozmezí 3001 - 5000 Kč, -

(cena by zahrnovala porodní pohotovost, telefonické konzultace, doprovod k porodu, 1 poporodní návštěvu, telefonické konzultace v šestinedělí)

12. Od duly bych očekávala:

- pouze přítomnost u porodu
- přítomnost u porodu a návštěvy po porodu
- přítomnost u porodu a návštěvy před porodem
- přítomnost u porodu a návštěvy před i po porodu

13. Přála byste si přítomnost zkušené, vyškolené duly u Vašeho budoucího porodu?
- ano
 - ne
 - nevím
14. Měla jste již vlastní zkušenost s pomocnicí u porodu?
- ne
 - ano – pozitivní
 - ano – negativní
15. Uveďte, do které věkové skupiny se řadíte:
- 18 – 24 let
 - 25 – 30 let
 - 31 - 36 let
16. Uveďte vzdělání:
- základní
 - střední odborné - vyučen
 - úplné střední s maturitou
 - vysokoškolské
17. Uveďte bydliště:
- město
 - vesnice

Příloha 3

Etický kodex České asociace dul

1. Posláním duly je poskytovat především emocionální, psychickou i fyzickou oporu rodící matce a její rodině. Dula ženě poskytuje podporu, předává zkušenosti a potřebné informace již během těhotenství, ženu (a jejího partnera) citlivým způsobem doprovází při porodu, rodině je nápomocná i v šestinedělí. Klade si za cíl přispívat k dobré tělesné a duševní pohodě matek a novorozenců.
2. Dula ČAD (*) je připravena klientku doprovázet jak při porodu v nemocnici, tak v porodním domě nebo při porodu doma.
3. Dula ČAD neposkytuje zdravotnické služby a nepřebírá žádnou zodpovědnost za zdravotní stránku porodu, pokud není zároveň porodní asistentkou nebo lékařkou – porodníkem. Dula ČAD nezasahuje do kompetencí lékařů, porodních asistentek ani dalšího zdravotnického personálu.
4. Dula ČAD klientku doprovází bez ohledu na národnost, sociální postavení a pověst klientky či členů její rodiny.
5. Dula ČAD plně respektuje lidská práva, lidskou důstojnost i svobodu volby klientky. Plně respektuje odpovědnost klientky za svá rozhodnutí i za jejich případnou změnu. Dula své služby poskytuje vždy s akceptací individuálních hodnot, postojů a přání každého jedince.
6. Dula ČAD je plně odpovědná za úkony, rady i doporučení, které v rámci své práce poskytuje.
7. Dula ČAD má právo odmítnout poskytnutí svých služeb z odborných a kapacitních důvodů nebo z důvodů, které odporují jejímu svědomí.
8. Dula ČAD nesmí žádným způsobem zneužít ve vztahu ke klientce a její rodině jejich důvěru. Se všemi informacemi ohledně zdravotního, psychického či sociálního stavu klientky a její rodiny nakládá jako s důvěrnými a soukromými, vyjma situací, kdy si vyžádá písemný souhlas klientky k použití přesně vymezených údajů ke konkrétnímu účelu.
9. Dula ČAD si vede záznamy o setkáních s klientkou a doprovázených porodech. Od klientky si získává zpětnou vazbu o její spokojenosti s poskytnutou péčí (např. formou písemného dotazníku vlastnoručně vyplněného klientkou).
10. Dula ČAD by se měla průběžně vzdělávat, udržovat či zvyšovat úroveň svých znalostí, schopností a dovedností pro výkon práce duly. Pravidelně by se měla účastnit setkání organizovaných ČAD, konzultovat s kolegyněmi složitější případy a pravidelně procházet supervizí. Frekvenci doporučených setkání, konzultací a supervizí určuje a doporučuje ČAD.

11. Etická a odborná komise ČAD (činná v rámci výboru ČAD) má právo a povinnost vyjadřovat se k problémům souvisejícím s odbornou a etickou úrovní poskytování služeb duly a k dodržování tohoto etického kodexu. Komise může porušování odborných a etických pravidel řešit pohovorem s příslušnou dulo, případně odebráním či pozdržením platnosti certifikace duly, podmíněným vyloučením z ČAD nebo může uložit dule povinnost pracovat po stanovenou dobu pod supervizí konzultantky.
12. Vzájemné vztahy mezi dulami ČAD staví na kolegiálním, čestném a společensky korektním jednání.
13. Povinností duly ČAD je dodržovat tento etický kodex. Dále má povinnost hájit svou profesionální i lidskou čest, dodržovat zákony ČR, respektovat obecně uznávané morální, etické a společenské normy a bránit poškození dobrého jména a pověsti členů České asociace dul.

(*)

Dula ČAD je buď certifikovaná dula ČAD (která získala Osvědčení), dula absolvent (která ukončila prezenční část kurzu) a dula ve výcviku (která se právě účastní kurzu) nebo absolventka vzdělávacího programu pro duly pořádaného organizací, jejíž certifikát ČAD uznává, a je zároveň členkou ČAD. Povinnost dodržovat etický kodex ČAD mají všechny duly účastníci se aktuálně výcviku ČAD a to i v případě, že nejsou členkami ČAD.

Příloha 4

Ceník služeb dul

Telefonická konzultace	v rámci ČR	150,- Kč
Laktační návštěva	trvá 60 minut	300,- Kč
Předporodní setkání (individuální konzultace)	trvá 90 minut	350,- Kč
Poporodní návštěva	trvá 90 minut	350,- Kč
Cestovné	účtuje se při dojezdové vzdálenosti nad 10 km	5,- Kč / km
Porodní balíček služeb - porodní pohotovost - telefonické konzultace - doprovod k porodu - 1 poporodní návštěva - tel. konzultace v šestinedělí	podrobnosti a podmínky jsou obsaženy v Dohodě o poskytnutí služeb duly	5000,- Kč - 3000,- Kč doprovod k porodu - 1000,- Kč pohotovost, konzult. - 1000,- Kč péče v šestinedělí

Ceník služeb doly

Uvedené ceny jsou doporučené Českou asociací dul a jsou pouze orientační. Skutečná cena za předem dohodnuté služby je vždy uvedena v písemné smlouvě a je stanovena po dohodě tak, aby naplnila finanční možnosti a představy klientky.

- **informativní schůzka (45 min) o tom, co mohu nabídnout – zdarma**
- **individuální pracovní schůzka** - předporodní příprava, laktační poradenství, konzultace v šestinedělí (60 - 90 min) Kč 250,-
- **cestovné** - Kč 5,-/km
- **zapůjčení literatury** - vratná záloha Kč 200,-Kč

Porodní balíček

- **1 informativní schůzka (seznamovací),**
- **2 - 3 pracovní schůzky,**
- **předporodní pohotovost** - 2 týdny před termínem porodu 24 h denně na telefonu (603 221 669), konzultace emailem,
- **nepřetržitý doprovod u porodu,**
- **2 poporodní návštěvy** - v porodnici, doma,

- **Cena za porodní balíček činní Kč 3 000 - 5000,- dle možností klientky a jejího uvážení nakolik ona sama tyto služby ocení.**

Kurzy předporodní přípravy

- jednotlivé lekce - 120 min: 180 Kč,
- balíček za celý kurz: 2200,- Kč (14 lekcí a více - neomezeně),
- permanentka na 10 lekcí: 1600,-Kč (nevybrané lekce z permanentek nelze proplatit),
- víkendová předporodní příprava: 1800 Kč /partner zdarma /jednodenní kurz pro páry: 1200 Kč / pár,
- individuální příprava k porodu, konzultace: 360 Kč / hod,
- předporodní schůzka: 400 Kč (1-1,5 hod).

Porodní balíček: 5000 Kč

- při opakovaném doprovodu + pro maminky, které prošly kurzem: 4000 Kč

Balíček služeb dudy obsahuje :

- držení pohotovosti od ukončeného 36.tt,
- telefonické konzultace kdykoliv včetně nocí,
- schopnost vyjet k porodu dle tel. Dohody,
- doprovod u porodu po celou dobu,
- poporodní návštěva,
- telefonické konzultace během šestinedělí.

Výjezd k tzv. planému poplachu: 500 Kč + cestovné.

Platba za pohotovost: 1000 Kč (pokud se doprovod neuskuteční ze strany rodičů, nebo z důvodu císařského řezu).

Dojde-li k výjezdu včas dle domluvy, ale miminko je rychlejší a narodí se před příchodem dudy k porodu, je platba za doprovod 50% z celkové ceny porodního balíčku.

Trvá-li doprovod u porodu (včetně cesty) déle než 24 hod, je připočítán příplatek 1000 Kč.

Jedná-li se o maminku v tíživé životní situaci, lze se na platbě za doprovod dohodnout dle jejích možností.

Poporodní návštěva (mimo porodní balíček) - 90 min: 400 Kč.

DULA

POMOCNICE U PORODU

Kdo je dula?

HLAVNÍ BODY:

- Kdo je to dula
- Náplň práce duly
- Přínos duly pro rodičku a její rodinu
- Ceny za služby

Pojem “dula” pochází z řečtiny a označuje odbornici na doprovázení ženy (a její rodiny) během těhotenství, při porodu a v poporodním období. Dula poskytuje ženě emocionální podporu a potřebné informace během těhotenství, porodu a šestinedělí. Pokud si to rodička přeje, dula s ní zůstává po celou dobu porodu: psychicky ji podporuje, vytváří pro ni zázemí a může jí též fyzicky pomáhat. Je připravena být oporou každé ženě, ať se rozhodne pro jakýkoliv způsob porodu nebo se porod jakkoliv vyvine. Charakterem se práce duly řadí mezi pomáhající nezdravotnické profese. Dula specifickým způsobem doplňuje práci porodních asistentek, lékařů a zdravotních sester. Nezasahuje do jejich kompetencí, ale spolupracuje s nimi, stejně jako s otcem a dalšími členy rodiny. Služby duly jsou užitečné jak prvorodičkám, tak matkám, které přivádějí na svět druhé a další děti.

Náplň práce duly

- psychicky podporuje ženu a její rodinu v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí,
- pomáhá s přípravou porodního plánu či porodního přání,
- poskytuje doporučení týkající se životosprávy v těhotenství,
- poskytuje souvislý doprovod během porodu,
- pomáhá při volbě polohy a dalších nefarmakologických úlevových prostředků během porodu,
- usnadňuje komunikaci mezi rodičkou (či rodiči) a zdravotníky,
- poskytuje informace a podporu při zahájení kojení,
- podporuje rodinu v šestinedělí, předává zkušenosti s péčí o dítě.



Přínos duly pro rodičku a její rodinu

Dula zná rodičku i její přání a představy týkající se porodu.

Pomáhá ženě, která si to přeje, po celou dobu porodu a určitý čas po narození dítěte.

Snaží se vytvořit zázemí a takovou atmosféru, kdy se žena může uvolnit a plně se soustředit na samotný porod.

Dula u porodu pomáhá jak samotné ženě, tak ženě, kterou doprovází také její partner/otec dítěte. V takovém případě je dula oporou i pro muže.



Orientační ceny za služby

„Přivést na svět dítě znamená vykoupat se v pramenu života.“	Nejoblíbenější službou je tzv. porodnický balíček, který zahrnuje:	Nepřetržitý doprovod u porodu,	(250 Kč 60—90 minut)
	1 informativní seznamovací schůzku,	2 poporodní návštěvy.	Zapůjčení literatury a DVD(200 Kč)
	2-3 pracovní schůzky.	Celková cena balíčku je průměrně 3000—5000 Kč.	Existují i další služby duly za úplaty po domluvě s klientkou (např. masáže kojenců, vázání dětí do šátku, atd.)
	Předporodní pohotovost,	Další placené služby duly:	
		Laktační poradenství	

Kontakty

www.duly.eu

webduly@centrum.cz

jolana.uvizlova@seznam.cz

Občanské sdružení Česká dula

Internacionální 1225/19

Praha 6



Příloha 6

Slovník cizích slov

Acidobazická rovnováha – rovnováha mezi kyselinami a zásaditými látkami v těle, tj. mezi jejich tvorbou na jedné straně a vylučováním na straně druhé

Adaptivní chování – přizpůsobivé chování

Akupunktura – léčebná metoda pocházející z Číny, je založena na vpichování jehel do určitých míst v kůži, která odpovídají léčenému onemocnění či orgánu, často se užívá k léčbě bolestivých stavů

Analgetika – léky užívané proti bolesti

Analgezie (porodnická) – bezbolestnost, je součástí a zároveň nejnižším stupněm anestezie - znecitlivění

Anestetika – léky působící znecitlivění

Anxiolytika – léky odstraňující úzkost

Asfyxie - dušení způsobené nedostatkem vzduchu, např. ucpáním dýchacích cest

Biofeedback - biologická zpětná vazba

Branka děložní – vzniká zánikem hrdla dělohy

Dolichocefalická hlavička – protáhlá hlavička v předozadním směru

Epidurální analgezie – druh analgezie, při které se podávají anestetika do páteřního kanálu mezi obratle a vak z tvrdé pleny mozkové, umožní znecitlivění rozsáhlejších okrsků těla a provedení i větších chirurgických zákroků

Epidurální prostor – prostor mezi obratli či lebkou a tvrdou plenou mozkovou či míšní

Estrogeny - ženské pohlavní hormony, tvořené především ve vaječnicích rovněž jsou tvořeny v kůře nadledvin a v tukové tkáni. V pubertě jsou zodpovědné za růst pohlavních orgánů dělohy, pochvy a vývoj druhotných pohlavních znaků. Během menstruačního cyklu vedou k růstu endometria.

Eutokie - normální, nenarušený průběh porodu

Farmakologické metody v porodnictví – jedná se nejčastěji o metody, které se týkají tišení bolesti jako je např. analgézie

Fetoplacentární jednotka - placenta spolu s plodem jako funkční celek, zejm. z pohledu endokrinologie

Hatha jóga - je specifický systém jógy, jehož hlavní součástí jsou ásany (pozice těla), pránájáma (ovládání dechu) a meditace (zklidnění mysli)

Hemostáza – zástava krvácení

Hyperventilace – prohloubené, zrychlené dýchání (nadměrné)

Hypnóza – stav podobný spánku uměle navozený druhou osobou (lékařem, hypnotizérem)

Hypomochlion - bod, kolem kterého vykonává hlavička plodu při porodu přechod z flexe do reflexe

Imaginace – fantazie, obrazotvornost

Indukovaný porod – uměle vyvolaný porod

Inhalace – léčebné vdechování např. vodních par s určitým lékem pop. anestetikem

Ischemie - místní nedokrevnost určité tkáně nebo orgánu, to vede k jejímu poškození nebo odumření

Katecholaminy – skupina důležitých látek organismu, k nimž patří hormony, které mají význam v nervovém systému (používají se také jako léky v akutní medicíně)

Konkavita porodních cest – vyhloubenost porodních cest

Kooperativní chování – spolupracující chování

Laktace – tvorba a vylučování mléka v mléčné žláze prsu

Neurotransmitter - je nízkomolekulární chemická látka, která přirozeným způsobem vzniká v nervové soustavě živočichů a slouží v ní k přenášení vzruchů

Oxytocin – hormon tvořený v hypotalamu, má význam pro vypuzování mléka při kojení a pro stahy dělohy při porodu

Perfekcionismus – touha po dokonalosti

Progesteron - ženský pohlavní steroidní hormon, tvoří se ve žlutém tělísku vaječníků a placentě v malé míře i v kůře nadledvin a varlatech a který se podílí na přípravě těhotenství a jeho udržení

Psychosomatický – vztahující se současně k duši a tělu, popisující jejich vzájemné působení

Regrese - pohyb zpět, ústup, návrat

Relaxace - uvolnění

Retrakce děložní – zkrácení dělohy po porodu

Rigidita děložního hrdla – ztuhlost děložního hrdla

Řízená imaginace – ovlivnění myšlenkových pochodů druhou osobou, je zaměřena na harmonizaci těla a duše

Sexuální maladaptace – sexuální nepřizpůsobivost

Somatická bolest – bolest pocházející z vnějších struktur těla (svaly, kosti, kůže)

Suboccipitobregmatický obvod – spojnice oblasti pod týlem a bregmatu, nejmenší obvod hlavičky při porodu

Svodná analgezie – druh analgezie, při které se anestetikum podává do páteřního kanálu

Symptom – příznak

Tokometrie - měření děložních kontrakcí

Transkutánní elektrostimulace – přes kůži

Vakuumextraktor – speciální přístroj používaný k ukončení komplikovaného porodu, funguje na základě podtlaku

Viscerální bolest – útrobní (orgánová) bolest

Vizualizace (ve zdravotnictví) – ovlivňování vlastního zdravotního stavu navozováním určitých představ

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Jolana Uvízlová
Katedra:	Antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Mgr. Jana Majerová
Rok obhajoby:	2011
Název práce:	Dula – pomocnice u porodu
Název v angličtině:	Dula – birth assistant
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá informovaností žen o dule a zájmem dotazovaných o služby duly v okrese Prostějov. Při analýze dat v roce 2005 bylo zjištěno, že pojem dula není dostatečně znám u respondentek, naopak v roce 2010 byla s pojmem obeznámena většina žen. Zájem o péči duly, který byl v roce 2005 značný, se již nepotvrdil. Důvodem nezájmu byla shledána finanční náročnost služby a nízká hodnocená profesní odbornost duly ze strany respondentek.
Klíčová slova:	Dula, porod, psychika těhotné, otec u porodu
Anotace v angličtině:	The thesis deals with women's awareness of the profession of a dula and their interest in the assistance of dula in the district of Prostějov. During data analysis in 2005 it was found that the expression 'dula' is not familiar enough to the interviewed women. On the other hand in 2010 the expression 'dula' was familiar to most women. The interest in the assistance of a dula, which was considerable in 2005, was not confirmed in 2010 due to the fact that this service was not financially manageable and the low assessment of the qualification of a dula by the respondents.
Klíčová slova v angličtině:	Dula, birth, pregnant psychic status, father's presence at the birth
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1: Dotazník rok 2005 Příloha 2: Dotazník rok 2010 Příloha 3: Etický kodex České asociace dul Příloha 4: Ceník služeb dul

	Příloha 5: Informativní leták Příloha 6: Slovník cizích slov
Rozsah práce:	84 stran
Jazyk práce:	čeština