

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Porod do vody

Bakalářská práce

Autor: Ivana Šaradinová

Vedoucí práce: Mgr. Marie Dočekalová

Jihlava 2013



Vysoká škola
polytechnická
Jihlava



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Ivana Šaradinová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Porodní asistentka
Název práce:	Porod do vody
Cíl práce:	1. Zjistit, jaký typ žen volí porod do vody. 2. Zjistit v jakém věku a s jakým vzděláním se ženy nejvíce informují o porodu do vody. 3. Zjistit, jaký vliv má parita ženy na volbu porodu do vody.


Mgr. Marie Dočekalová
vedoucí bakalářské práce


doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Anotace

Tato bakalářská práce je zaměřena na téma porod do vody. V teoretické části se zabývám fyziologií ženského pohlavního ústrojí, dále pak popisuji fyziologický porod a analgezií, která se často při porodu užívá. Na konci mé bakalářské práce se zajímám o nové směry v porodnictví, kam zahrnujeme hydroanalgezií během porodu a o samotný porod do vody.

Praktická část mé práce je zaměřena na zpracování výzkumu. Výzkum byl prováděn formou anonymního dotazníku.

Klíčová slova

Hydroterapie, tišení bolesti, teplá voda, uklidnění, relaxační koupel.

Annotation

This bachelor thesis focus on the topic of water birth. The theoretical part deals with the physiology of female genital organs, the next part describes physiological birth and analgesia used during childbirth. The last part of the thesis pays attention to new directions in midwifery including hydro analgesia during childbirth and water birth.

The practical part of my bachelor thesis concentrates on processing the data from my research. The research was carried out by the mean of anonymous forms.

Key words

Hydrotherapy, pain relief, hot water, calm, relaxing bath.

Poděkování

V první řadě bych chtěla poděkovat Mgr. Marii Dočkalové za její trpělivost, odborné rady a pochopení. Mé poděkování patří také Všem maminkám, které vyplnily můj dotazník. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mojí rodině a mému příteli za jejich pochopení a trpělivost.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že souhlasím s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

.....

Podpis

Obsah

1. Úvod	8
1.1 Úvod do problematiky.....	8
1.2 Rozčlenění práce	8
1.3 Cíle bakalářské práce.....	9
1.4 Hypotézy	9
2. Teoretická část	10
2.1 Fyziologie ženských pohlavních orgánů	10
2.2 Vnitřní ženské pohlavní orgány.....	10
2.3 Zevní ženské pohlavní orgány	11
2.4 Fyziologický porod.....	12
2.4.1 Spouštěcí mechanizmy porodu	12
2.4.2 Období přípravné	12
2.4.3 První doba porodní - otevírací.....	13
2.4.4 Druhá doba porodní - vypuzovací	13
2.4.5 Třetí doba porodní	13
2.5 Porodnická analgezie	14
2.5.1 Nefarmakologické metody tišení bolesti	14
2.5.2 Farmakologické metody tišení bolesti	14
2.5.3 Systémová (celková) analgezie.....	14
2.5.4 Inhalační analgezie	14
2.5.5 Regionální (místní) analgezie	15
2.6 Nové směry v porodnictví	16
2.6.1 Frederick Leboyer.....	17
2.6.2 Michel Odent.....	17
2.6.3 Přítomnost otce u porodu.....	18
2.6.4 Polohy rodičky při porodu.....	18
2.6.5 Porod v domácnosti	19
2.6.6 Programovaný porod	19
2.7 Hydroanalgezie.....	20
2.7.1 Relaxační koupel	20
2.7.2 Intradermální obstříky vodou	20
2.8 Porod do vody	21
2.8.1 Historie porodu do vody	21

2.8.2 Bezpečnostní předpoklady pro porod do vody	22
2.8.3 Průběh porodu do vody	22
2.8.4 Nevýhody porodu do vody	23
2.8.5 Novorozenec a porod do vody	23
3. Praktická část	24
3.1 Metodika výzkumného šetření	24
3.1.1 Charakteristika vzorku respondentů	24
3.1.2 Charakteristika výzkumného šetření	24
3.2 Průběh a popis výzkumu	24
3.3 Zpracování získaných dat	25
3.4 Vyhodnocení hypotéz	39
4 Diskuze	42
4.1 Návrh řešení a doporučení pro praxi	44
5 Závěr	45
Seznam použité literatury	46
Seznam tabulek	47
Seznam příloh	48

1. Úvod

1.1 Úvod do problematiky

Moje bakalářská práce je zaměřena na téma „Porod do vody“. Tohle téma jsem si vybrala proto, jelikož se o něm čím dál tím více mluví a diskutuje. Ženy chtějí svůj porod prožít co možná nejpříjemněji a chtějí na tento okamžik vzpomínat. „Jako hlavní cíl v mé bakalářské práci jsem si stanovila zjištění, jaký typ žen by si nejspíše vybralo porod do vody“. Také jsem chtěla zjistit názory maminek, které již rodily, zda by si pro příští porod vybraly již zmiňovaný porod do vody. V neposlední řadě jsem se zajímala o informovanost žen ohledně porodu do vody. Každá žena je jedinečná, má své názory a postoje. Celých 9 měsíců se dítě vyvíjí a žije v matčině těle, kde plave v teplé plodové vodě, proto je pro něho porod do teplé vody nejpřirozenější a nejméně stresující. Existuje mnoho zastánců a odpůrců porodů do vody. Já sama stále nevím, jestli při tomto způsobu porodu převažují pozitiva nad negativy. Michel Odent je jedním z nejslavnějších propagátorů přirozeného porodu a porodu do vody. Podle jeho názoru žena při porodu ví přesně, co má dělat a nejsou potřeba žádné zásahy do jejího soukromí. Michel Odent působil v porodnici v Pithiviers ve Francii. Podle doktora Odenta by měla být místnost, kde žena rodí, malá. Z místnosti vyzařuje klid a naprosté souznění. Odent klade důraz na kontakt matky a otce s dítětem ihned po porodu. V současné době se Michel Odent věnuje výzkumu vlivu Oxytocinu na těhotenství a porod. Mně osobně se názory Michela Odenta velmi líbí. Doufám, že díky napsání této bakalářské práce si i já ujasním svůj názor na porod do vody a možná ho i někdy v budoucnu absolvuji.

1.2 Rozčlenění práce

Tato bakalářská práce se dělí na dvě hlavní části a to část teoretickou a část praktickou. V první části bakalářské práce se zabývám fyziologií ženského pohlavního ústrojí, dále pak probírám fyziologický porod a porodnickou analgezii, která se často při porodu využívá. Na konci teoretické části zmiňuji nové směry v porodnictví a nejvíce se zabývám porodem do vody.

Druhou část bakalářské práce tvoří výsledky dotazníkového šetření a výsledky jsou převedeny do grafů. V diskuzi jsou výsledky z výzkumu zhodnoceny. V závěru jsou cíle a hypotézy shrnuty.

1.3 Cíle bakalářské práce

1. Zjistit, jaký typ žen volí porod do vody?
2. Zjistit v jakém věku a s jakým vzděláním se ženy nejvíce informují o porodu do vody?
3. Zjistit, jaký vliv má parita ženy na volbu porodu do vody?

1.4 Hypotézy

1. Více jak 30 procent žen s vysokoškolským vzděláním ve věku 21-30 let by zvolilo porod do vody.
2. Více jak 30 procent žen ve věku 21-30 let se dozvěděly o porodu do vody z internetu.
3. Více jak 40 procent žen po zkušenostech ze svého porodu by si vybralo porod do vody.

2. Teoretická část

2.1 Fyziologie ženských pohlavních orgánů

Ženské pohlavní orgány představují tvorbu zralých pohlavních buněk vajíček, ženských pohlavních hormonů a zajištění oplození vajíček vnitřním oplozením. Oplozené vajíčko se uvnitř ženského těla vyvíjí a roste, dochází k rýhování, embryogenezi a vývoji plodu. Po ukončení prenatalního vývoje je zralý plod vypuzen matčinými porodními cestami na svět (Roztočil, 2008).

2.2 Vnitřní ženské pohlavní orgány

Mezi vnitřní ženské pohlavní orgány (*organa genitalia feminina interna*) zahrnujeme vaječník, vejcovod a dělohu (Roztočil, 2011).

Vaječník (*Ovarium*)

Vaječník je ženská pohlavní žláza, která má za následek produkci ženských pohlavních buněk a pohlavních hormonů. Ovarium má oválný tvar a je ze dvou stran oploštělé. Velikost vaječníku je závislá na funkčním stavu organismu ženy. Většinou je dlouhý 3 až 5 cm a 1,5 až 3 cm široký. Vaječník je zbarvený do šedorůžové barvy a jeho povrch je zvrásněný. Na povrchu je ovarium pokryté jednovrstevným dlaždicovým epitelem. Vaječník je složen z vaziva, které se dělí na kůru a dřev. Kůra (*cortex ovarii*) je složena z řídkého vaziva, které obsahuje ovariální folikuly. Tyto ovariální folikuly obsahují ženské pohlavní hormony, které v různém stupni dospívání vyžívají. Dřev (*medulla ovarii*) tvoří hustší vnitřní oblast, kde jsou obsaženy krevní, mízní cévy a nervy (Naňka, 2009).

Vejcovod (*Tuba uterina*)

Vejcovod je párový orgán tvaru trubice. Jeho délka je asi 10 až 15 cm a šířka asi 5 mm. Hlavní funkcí vejcovodu je transportovat vajíčko do děložní dutiny. Vejcovod je složen z několika vrstev. První vrstvou je sliznice (*tunica mucosa*), která vybíhá v četné řasy. Druhá vrstva se nazývá svalová (*tunica muscularis*), která je složena z hladké svaloviny. Na povrchu vejcovodu se nachází poslední vrstva (*tunica serosa*) (Roztočil, 2008).

Děloha (*Uterus*)

Děloha je dutý svalový orgán, který je složen z těla děložního (*corpus uteri*) a hrdla děložního (*cervix uteri*). Děložní vrstva je asi 10 až 15 mm široká. Tato stěna je tvořena sliznicemi, jako je endometrium, myometrium (*vrstva svalová*) a perimetrium (*vrstva serozní*). Endometrium je sliznice složená z jednovrstvého cylindrického epitelu. Děložní sliznice se mění v závislosti na měnících se hladinách hormonů. Dochází k opakovanému nárůstu a odlučování povrchových vrstev sliznice. Tento proces se nazývá menstruační cyklus a menstruace (Naňka, 2009).

Pochva (*Vagina*)

Pochva je svalově-vazivový orgán, který spojuje zevní a vnitřní pohlavní orgány ženy. Pochva je také orgánem kopulačním. Je dlouhá asi 8cm a její tloušťka je ve střední části asi 2,5 až 3 cm. Poševní vchod je u dívek, které ještě neměly pohlavní styk, ne zcela uzavřen panenskou blánou (*hymen*). Poševní stěna se skládá ze sliznice, svalové vrstvy a vazivového krytu (*adventicie*). Barva poševní sliznice je za normálních podmínek růžová, v těhotenství má mírně fialovou barvu. Poloha pochvy je fixována díky spojení s ostatními orgány a taky pomocí svalového aparátu (Roztočil, 2011).

2.3 Zevní ženské pohlavní orgány

Hrma (*mons pubis*)

Hrma je tzv. vyklenutí dolní části podbřišku před stydkou sponou. Je tvořena tukovou vrstvou a kůží (Slezáková, 2007).

Velké stydké pysky (*labia majora pupendi*)

Velké stydké pysky jsou složeny ze dvou silně vyklenutých valů. Jsou dlouhé asi 8 cm a široké asi 3 cm. Podklad velkých stydkých pysků je vazivově- tuková tkáň a na povrchu jsou kryty silnou kůží (Roztočil, 2008).

Malé stydké pysky (*labia minora pupendi*)

Malé stydké pysky jsou označovány jako kožní slizniční útvary. Tyto útvary neobsahují ochlupení ani potní žlázy. Obsahují velké množství žilních pletení, proto jsou mírně topořivé. Vyskytují se mediálně od velkých stydkých pysků (Kobílková, 2004).

Poštěvák (klitoris)

Poštěvák se nachází nad močovou trubicí. Jeho stavbu připomíná topořivé těleso v penisu (Slezáková, 2007).

Malé a velké předsiňové žlázy (*Glandulae vestibulares minores a majores*)

Předsiňové žlázy - jsou označovány jako drobné mucinózní žlázy, které se nachází ve sliznici poševní předsiň (Roztočil, 2008).

2.4 Fyziologický porod

Fyziologický porod probíhá vlivem přirozených porodních mechanismů. Personál porodního sálu rodiče pouze pomáhá a nezasahuje do průběhu porodu (Roztočil, 2008).

2.4.1 Spouštěcí mechanismy porodu

Příčiny vyvolávající porod nejsou ještě zcela známy. Proces, který vede ke spuštění děložních kontrakcí, je u ženy postupný a může trvat dny i týdny. Mezi faktory ovlivňující nástup děložních kontrakcí zahrnujeme progesteron. Pokles progesteronu má za následek zvýšení hladiny estrogenů, který má za následek nástup děložní činnosti. Oxytocin je jeden z nejdůležitějších faktorů, určuje délku a sílu děložní kontrakce. Fetální kortizol, který se vyskytuje v placentě, má za následek zvýšenou produkci estrogenů. Prostaglandiny hrají také důležitou roli v aktivaci děložních stahů. Distanze stěny děložní může mít také za následek předčasný nástup kontrakcí a je to z důvodu tlaku na nervová vlákna a svaly. Tato teorie je pouze okrajová. Distanze děložní stěny se často vyskytuje u vícerodiček, nebo u vícečetného těhotenství (Roztočil, 2008).

2.4.2 Období přípravné

Období přípravné je charakteristické známkami blížícího se porodu. Mezi tyto známky patří poslíčci (*dolores praesagientes*). Tyto kontrakce se projevují jako bolest v podbřišku a v křížové oblasti zad. Tyto stahy jsou nepravidelné a nevedou k otevírání dolního děložního segmentu. V posledních týdnech žena už nepřibývá na váze, hlavička plodu vstupuje do pánevní roviny a žena může pociťovat zvýšené nutkání na močení. Několik dní před porodem dochází k odchodu cervikální hlenové zátky, což ukazuje na začátek otevírání děložního hrdla a tudíž na začátek porodu (Roztočil, 2008).

2.4.3 První doba porodní - otevírací

První doba porodní je přípravou pro samotný porod plodu, ve které se dilatuje a zkracuje hrdlo a tvoří se porodnická branka. Dilatace hrdla děložního probíhá jinak u ženy, která již rodila, a která nerodila. Ke konci první doby porodní se hrdlo dilatuje tak, že už nepoznáme, kde bylo hrdlo a kde branka. Dutina děložní tvoří s pochvou společný prostor. Jakmile zanikne branka, dojde ke konci první doby porodní (Kobilková, 2005).

2.4.4 Druhá doba porodní - vypuzovací

Ve druhé době porodní je vypuzování plodu ovlivněno nejen děložními kontrakcemi, ale i aktivitou rodičky a použitím jejího břišního lisu. Postupující plod musí vykonávat porodní mechanismus. Porodní mechanismus je charakterizován jako souhrn pohybů, které provádí postupující část plodu, nejčastěji je to hlavička a horní část trupu. Hlavička dítěte se při postupu pánví musí otáčet do nejpríznivějších pánevních rozměrů. Porodník musí vést ženu k tomu, aby efektivně využívala břišní lis během kontrakce a začínala hlubokým nádechem a poté zadržela dech. V druhé době porodní se někdy provádí nástřih hráze (*episiotomie*) jako prevence větších poranění a hrozící hypoxie plodu (Kudela, 2004, Roztočil, 2008).

2.4.5 Třetí doba porodní

Třetí doba porodní je také často označována jako doba k lůžku (*placentární*). Období třetí doby porodní začíná porozením plodu a končí odloučením a vypuzením placenty. Placenta může být porozena dvěma různými způsoby. První mechanismus se nazývá *Schultzeho* mechanismus. Tento mechanismus označujeme tehdy, je-li placenta porozena lesklou, plodovou stranou. Druhý mechanismus se nazývá *Duncanův* a tehdy je placenta vypuzena z těla matky hrubou mateřskou stranou. Je důležité, aby byla placenta porozena celá. Malé zbytky placenty mohou zůstat v děloze a mohou způsobit špatné zavinování dělohy. Děloha se musí ihned po porodu placenty stáhnout, aby se zamezilo krvácení z cév, které během těhotenství vyživovaly placentu. Při kojení dítěte z prsu dochází k vyplavování oxytocinu do těla matky a to má za následek stahování dělohy (Leifer, 2004)

2.5 Porodnická analgezie

Hlavním úkolem analgezie u porodu je ztišení bolesti rodící ženy. Analgezie dopomáhá ke komfortu, ale zároveň také snižuje riziko z hlediska matky a dítěte. Ke ztišení bolesti při porodu jsou aplikována sedativa, analgetika, a inhalační anestetika. Porodnická analgezie pomáhá stimulovat stresovou zátěž matky. Většina žen v dnešní době vyžaduje použití účinného způsobu zmírnění porodních bolestí (Kudela, 2004).

2.5.1 Nefarmakologické metody tišení bolesti

K psychologickým metodám slouží předporodní příprava ženy. Tato předporodní příprava obsahuje informace o těhotenství, porodu a hlavně o technice dýchání a odpočinku během porodu. Mezi fyzikální metody tišení bolesti během porodu patří hydroanalgezie, akupunktura, audioanalgezie, relaxační masáže a další (Kudela, 2004).

2.5.2 Farmakologické metody tišení bolesti

Analgetika se užívají v takovém množství, které bolest úplně nevyřadí, ale pouze ji zmírní. Nevýhoda těchto látek je ta, že se může objevit útlum dechu a to jak u matky, tak i u dítěte. Farmakologické metody tišení bolesti zahrnují systémovou, inhalační, a regionální (místní) analgezií (Roztočil, 2008, Kudela, 2004).

2.5.3 Systémová (celková) analgezie

Celkovou analgezií označujeme jako soubor způsobů, kdy se aplikací centrálně účinných látek přeměňuje vnímání bolestí. Dochází ke zvýšení prahu bolesti a změnou jejího emotivního výboje. Do systémové analgezie řadíme analgetika aplikující se injekčně. Mezi tyto léky řadíme Petidin, Tramadol a Nalbuphin (Čech, 2006).

2.5.4 Inhalační analgezie

Celková analgezie se podává inhalačně a to v jasných analgetických koncentracích. Oxid dusný (*rajský plyn*) se podává k zmírnění porodních bolestí již 100 let. Může se podávat pouze s kyslíkem a je to jen v závislosti na děložní kontrakci. Vedlejší účinky na plod nebyly dosud prokázány. Analgetická účinnost oxidu dusného se odhaduje na třicet procent. Optimální čas pro začátek inhalační analgezie je v momentě začátku kontrakcí, aby byla hladina plynu v těle rodičky co neoptimálnější (Zwinger, 2004).

2.5.5 Regionální (místní) analgezie

1. Místní analgezie

Místní analgezii popisujeme jako soubor způsobů, kdy se aplikací lokálně účinných látek upravuje vnímání bolesti (Čech, 2006).

2. Obstřík (infiltrace) pochvy a hráze

Obstřík pochvy a hráze je jednou z nejčastěji používaných metod v porodnictví. Jedná se o znecitlivění pochvy a hráze před nástřihem. Provádí se při operačním porodu, nebo před ošetřením porodních poranění vzniklých během porodu (Čech, 2006).

3. Pudendální analgezie

Místní anestetikum se aplikuje ke stydkému nervu. Úlevu od bolesti pociťuje rodička v oblasti hráze a zevní třetiny pochvy. Tuto analgezii je možné aplikovat v druhé době porodní nebo při porodu kleštěmi. Pudendální analgezie pomáhá povolit pánevní dno a tím chrání hlavičku dítěte (Čech, 2006).

4. Epidurální analgezie

Lokální anestetikum se podává do epidurálního prostoru. Dochází k dočasnému přerušení vodivosti v nervových vláknech dané nervové úrovně. Opioidy působí spolu s lokálními anestetiky, navozují účinnou analgezii a zároveň poskytují snížení dávky lokálních anestetik. Tím, že žena cítí tlak až mírnou bolest ve druhé době porodní, správně spolupracuje a zvláště pak správně tlačí. Epidurální analgezie se doporučuje podávat, když žena trpí zdravotním nebo porodnickým problémem, jako je například onemocnění očí, epilepsie nebo preeklampsie. Epidurální analgezie se nesmí podávat při alergiích na anestetikum, poruchách srážlivosti krve, hypoxií plodu, infekci v místě vpichu, při překotném porodu nebo při předčasném odlučování placenty. Epidurální analgezií je nejlepší podat, když má porodnická branka 3 až 4 cm u prvorodiček a 2 až 3 cm u vícero-diček. Tato analgezie patří k jedné z nejčastěji používaných metod k tišení porodních bolestí a je u rodiček velmi oblíbená (Zwinger 2004, Čech, 2006).

5. Subarachnoidální analgezie

Subarachnoidální analgezie znamená aplikaci lokálního anestetika nebo analgetika do mozkomíšního moku. Punkce subarachnoidálního prostoru je technicky snazší než hledání epidurálního prostoru. Tato metoda navozuje vysoce kvalitní analgezii, která má okamžitý efekt. Na rozdíl od epidurální analgezie tato metoda vyžaduje nižší dávku analgetik a tudíž je zde menší pravděpodobnost ovlivnění dítěte. Pro subarachnoidální analgezi s užitím opioidů je typické, že je zachována motorika, a že nezpůsobuje nepříznivé hemodynamické změny v těle matky. Tohle vše umožňuje rodičce volný pohyb, včetně využití alternativních poloh při porodu. Nevýhoda již zmiňované analgezie je ta, že je zde vyšší riziko vzniku infekce, jelikož punkční jehla proniká anatomicky důležitou bariérou, která chrání mozkomíšní mok a centrální nervový systém (Pařízek, 2002).

6. Paracervikální blok

Paracervikální analgezie je charakteristická bloádou nervů, ve kterých putují nervové vzruchy z těla a hrdla dělohy. Tato metoda nezpůsobuje hypotenzi a rodička může využívat jakékoliv polohy během porodu. Nevýhodou této analgezie je ta, že má vliv na tlášení bolesti pouze v první době porodní. Paracervikální analgezie se v současnosti používá velmi výjimečně (Pařízek, 2002, Čech, 2006).

2.6 Nové směry v porodnictví

Současné porodnictví nevidí představu úspěšného ukončení těhotenství v odevzdání zdravého novorozence matce, ale klade si za cíl vytvořit z výjimečné události v životě ženy, čímž porod dítěte určitě je, období, které zůstane nádhernou vzpomínkou, nejen pro ženu, ale i pro její blízké osoby. Pod názvem klasické porodnictví si lze představit aktivní zasahování lékaře do průběhu celého porodu. Pro tento způsob porodu je typický zákaz blízké osoby z důvodu sterilního prostředí, dále pak je rodička omezena v pohybu, jelikož je neustále monitorován stav plodu. Nástřih hráze se provádí vždy, jako prevence větších poranění a stále častěji je porod ukončen operačně. Alternativní vedení porodu je souhrnem prvků, které při dodržení obecných principů bezpečnosti pro matku a dítě vycházejí vstříc a snaží se respektovat jedinečnost každé ženy v její budoucí roli stát se matkou (Roztočil, 2008, Zwinger, 2004).

2.6.1 Frederick Leboyer

Frederick Leboyer se narodil v roce 1918, vystudoval lékařskou fakultu na univerzitě v Paříži, zde pak působil jako vedoucí kliniky. Předtím se však plně zabýval porodnickou praxí a od roku 1953 přivedl na svět více než deset tisíc dětí.

Je průkopníkem nové techniky ve vedení porodu, tuto techniku zobrazuje ve své knize Porod bez násilí. Tato kniha se stala hitem ve Francii a byla vydána v několika státech. Kniha zobrazuje novou kapitolu o porodnictví, přivádí nás k tomu, abychom se vůbec poprvé zaměřili na čerstvě narozené dítě. Tato jednoduchá metoda, která usnadňuje porod, vypomáhá nové bytosti na svět bez strachu a neklidu. Metoda Fredericka Leboyera nám ukazuje, jak můžeme родit bez cizorodých rušivých elementů. Je důležité, abychom přehodnotili a rázně změnili vše, co se doposud děje v porodnicích na celém světě. Leboyer nám chce ukázat, jak můžeme utrápenou masku na obličej dítěte přeměnit na výraz klidu a bezpečí. Proč musí být právě narozená lidská bytost, která přišla ze tmy a klidu, vtažena do ostrých světél a hlasitých zvuků? To je jedna z otázek, které autor popisuje ve své knize Porod bez násilí. Frederick Leboyer je muž, který poskytuje tyto informace veřejnosti a jeho metoda se setkává s obrovským zájmem (Leboyer, 1995).

2.6.2 Michel Odent

Michel Odent se poprvé objevil v městečku Pithiviers v letech 1962. Měl za úkol převzít chirurgické oddělení v tehdejší městské nemocnici. Když Odent přišel do nemocnice, zjistil, že bude mít na starosti také malou porodnici. Tuto porodnici navštěvovaly ženy z různých oblastí a kruhů. Odentovi zkušenosti s porodnictvím byly velmi malé a rozložené do několika let. Počátkem padesátých let působil šest měsíců jako porodní asistent na velké klinice v hlavním městě Paříži. Porody se vedly v prostředí podobné továrně a strach se zde šířil jako nakažlivý virus. Doktoři často používali porodnické kleště k ukončení porodu. To, co Michela Odenta poprvé donutilo zajímat se o skutečný porod bylo to, jak se dvě odlišné porodní asistentky věnovaly rodičce. Starší asistentka Gisele v klidu očekávala, až dítě přijde na svět. Mladší Gabrielle se snažila pečovat o ženu již od začátku těhotenství. Rozdíl v přístupu k ženám ukázal Odentovi porodnictví v nové podobě. Začal si uvědomovat, že z velké části je zážitek rodičky z porodu závislý na osobnosti ženy a přístupu lidí, kteří se nachází kolem ženy. Michel Odent vyjadřuje názor, že opakované natáčení ozev

plodu a vyšetřování ženy zvyšuje nebezpečí předčasného porodu. Žena potřebuje klid, jelikož porod je velmi intimní záležitost. Porodní sál by měl být co nejmenší a mělo by zde být přítmi. Žena se pak cítí bezpečně. Odent je příznivcem hydroterapie, podle jeho názoru je porod ve vodě méně bolestivý a klidnější. Podle Michela Odenta je klidné prostředí kolem matky při porodu zárukou narození zdravého a šťastného dítěte (Odent, 1984, Eliášová, 2008).

2.6.3 Přítomnost otce u porodu

Přítomnost otce u porodu je v dnešní době všeobecným trendem. První pochybnosti, které provázeli první experimenty vstupu otce na porodní sál, se ukázaly jako zbytečné. Účast partnera rodičky při porodu pomáhá k tomu, aby se žena snadněji vyrovnala s neznámým prostředím. Partner rodičky by měl reálně posoudit své schopnosti a poté absolvovat předporodní kurz, aby své ženě mohl co nejvíce pomoci v průběhu porodu. Asi dvě třetiny rodiček zhodnotila své zkušenosti s otcem dítěte u porodu pozitivně. U většiny žen dopomáhá přítomnost partnera ke klidu a ženy pak lépe snášejí stresové situace. V nynější době dosahuje množství otců přítomných u porodu svého dítěte okolo devadesáti procent. V řadě různých porodnic je v dnešní době přítomnost otců u porodu již plně zvládnuta, jak po stránce organizační, tak medicínské. Je-li společný porod přáním obou partnerů, pak partner poskytuje rodičce neuvěřitelnou podporu, kterou i přes vysokou kvalifikaci a přátelské chování nedokáže personál porodního sálu nahradit (Chmel, 2005, Roztočil, 2001).

2.6.4 Polohy rodičky při porodu

Málokterá úlevová poloha je rodičce příjemná déle než dvacet až třicet minut. Ženy často hledají úlevové polohy intuitivně. Pro lepší postup miminka jsou vhodnější vertikální polohy rodičky. Úlevové polohy při porodu pomáhají ke snížení bolesti, podporují děložní činnost a napomáhají ke snadnějšímu sestupu hlavičky novorozence do porodních cest. Úlevových poloh při porodu je velmi mnoho a je na každé ženě, aby si vybrala tu, která je jí nejpříjemnější. Poloha v sedu umožňuje monitorovat plod, houpavé pohyby na míči zmírňují porodní bolesti a partner může ženě masírovat záda. Poloha ve dřepu je možná i v závěsu, napomáhá rozšířit pánevní prostor a při této poloze je využívána zemská gravitace. Poloha v kleku s oporou nebo bez opory zmírňuje bolesti zad, rodička může pomalu pohybovat pánví i celým tělem. Startovací

poloha napomáhá k rozšíření pánve. Mezi další úlevové polohy můžeme řadit chůzi nebo pomalé tancování (Štomerová, 2010, Čermáková, 2008).

2.6.5 Porod v domácnosti

V době po druhé světové válce, se zdála být otázka, jestli vést porody doma nebo v porodnicích, vyřešena. Nápad, umožnit rodičce родit v prostředí, které je jí nejbližší, nevznikla v lékařském profesionálním prostředí, ale v neprofesionálních kruzích, které se zabývaly novými trendy v porodnictví. Myšlenka porodu v domácnosti byla podpořena dvěma argumenty a to zajištěním bezpečnosti, jak pro ženu, tak pro dítě. Strategie porodu v domácnosti byla vytvořena v Holandsku, kdy je žena v neustálém kontaktu s porodnickým týmem a v případě nutnosti je možné převést ženu do porodnice. Lékařská vzdělanost populace v Holandsku je velmi vysoká a porodní asistentky dosahují kvalitní profesionální úrovně a jsou schopny samy vést fyziologicky se rozbíhající porod. Holandsko je řazeno mezi jedno z nejvyspělejších zemí, proto jim hrazení finančně náročnějších porodů nečiní větší problémy. Žena je pravidelně kontrolována u porodní asistentky a je k rodičce zavolána, jakmile se porod začíná rozbíhat. Objevuje se však otázka, jestli jsme schopni dosáhnout v domácnosti stejné kvality, jako při vedení porodu v porodnici. V nynější době je v našich podmínkách nemyslitelné, abychom mohli domácnost vybavit veškerými pomůckami do té míry, aby bylo stejné jako na porodním sále. I přes naprosto fyziologický porod se mohou objevit situace, kdy jsou tyto pomůcky potřebné. Ze strany nynějšího stavu našeho zdravotnictví je realizace porodů v domácnosti velmi málo realistická. Nic se však nemění na tom, že žena lépe prožívá svůj porod doma se svými blízkými a že se ve svých projevech cítí šťastná, volná a klidná (Roztočil, 2001).

2.6.6 Programovaný porod

Programovaný porod znamená umělé vyvolání děložní činnosti z důvodu ukončení zcela fyziologického těhotenství. Po splnění určitých podmínek je s pacientkou domluven datum vyvolání porodu. Podle stupně zralosti hrdla děložního je pak vybrán preparát k indukci porodu. Mezi tyto preparáty řadíme prostaglandiny a uterotonika. Pokud nenastane porodní patologie, není dlouhodobé monitorování plodu nutné. I při indukci lze z lékařské indikace podat léky k tlumení bolesti. Mezi klady programovaného porodu patří zabránění vzniku prodlouženého těhotenství. Žena necítí napětí a strach z toho, kdy porod nastane. Programovaný porod se u rodičky vyvolává

přes den, kdy je nejvíce dostupný zdravotnický tým. Mezi zápory programovaného porodu patří nepostupování porodu, velká bolestivost při zrání děložního hrdla, nebo riziko hypoxie plodu. Tyto obavy však nebyly dosud prokázány. Od dvacátých let tohoto století probíhá neustálá diskuze mezi lékaři a porodními asistentkami o záporech a pozitivěch programovaného porodu. Je velmi pravděpodobné, že tento problém nebude nikdy vyřešen (Roztočil, 2001).

2.7 Hydroanalgezie

Používání vodních koupelí pro snížení porodních bolestí je známo již po staletí. Koupele, relaxační sprchy, teplé obklady pokládané na oblast okolo beder se začaly objevovat během posledních dvaceti let. Snížení bolesti probíhá na úrovni zadních míšních rohů a je prokázáno na podkladě experimentů. Zastánci hydroanalgezie připisují teplé vodě relaxační pocity, které mají za následek zvýšenou produkci endogenních opioidů a současně snižují produkci katecholaminů. U hydroanalgezie dochází k rychlejší dilataci děložní branky, zkrácení doby porodu a nižšímu výskytu operačních zákroků. Kritici hydroanalgezie odůvodňují výsledky svých studií, v nichž popisují, že neexistuje rozdíl mezi porody ve vodě a na suchu. Mezi základní metody hydroanalgezie řadíme relaxační koupel, intradermální injekce sterilní vodou a samotný porod do vody (Pařízek, 2002).

2.7.1 Relaxační koupel

Rodící žena využívá při porodu opakovaně vodní lázeň. Vlastní porod však nakonec žena prožívá na porodním stole mimo vodu. Relaxační koupel zahrnuje mnoho výhod, mezi ně patří psychická i fyzická relaxace, snížení porodních bolestí, nadlehčování rodičky, žena se lépe ve vaně pohybuje. Relaxační koupel nemůžou využít ty rodičky, u kterých se vyskytly nějaké potíže v průběhu těhotenství nebo při porodu. Mezi tyto potíže řadíme zvýšený krevní tlak, cukrovku, onemocnění srdce a jiné (Pařízek, 2002).

2.7.2 Intradermální obstříky vodou

Intradermální obstříky vodou spočívají v podkožní aplikaci sterilní vody okolo kosti křížové. Úleva od bolesti začíná okolo 30 sekund. Dochází zejména ke snížení zádočných bolestí. Aplikace čisté vody je velmi nepříjemná, může dojít až k vymizení děložní činnosti. Často se proto voda vyměňuje za fyziologický roztok. Tato metoda je

velmi jednoduchá a může ji aplikovat i porodní asistentka. Nevýhodou této metody je nízká analgetická účinnost (Pařízek, 2002).

2.8 Porod do vody

Porody do vody se v dnešní době poprvé provedly za přispění doktora Michela Odenta na konci sedmdesátých let ve Francii. Při porodech si Odent všiml, jak se rodičky toužebně dívají na venkovní bazén. Některé ženy si přály sprchu, jiné vanu a tak koupil menší zahradní bazén, který měl modrou barvu. Chvíli po jeho namontování začali ženám místo injekcí proti bolesti nabízet pohled na hladinu vody nebo místnosti vymalované modrou barvou. Za nějakou dobu se ženy mohly šplouchat v pěti centimetrech vody. Michel Odent už neslýchá otázky typu, kdy mi bude podána injekce proti bolesti, ale kdy se naplní bazén vodou. Rodící žena vždy začala v mělké vodě, asi dvě hodiny se omývala teplou vodou, pak vyšla z bazénu a během několika minut porodila. Jednoho dne, psal se rok 1973 žena ve vodě silně přitlačila a dítě se porodilo přímo do vody. Žena zůstala v klidu, podvědomě věděla, že je její dítě v bezpečí. Tehdy jsme se dozvěděli, že rodit do vody je možné a také bezpečné (Marek, 2010).

2.8.1 Historie porodu do vody

Atraktivnost porodu do vody není nic nového. U některých primitivních kultur, jako jsou například Pygmejové, je průběh porodu co nejméně narušován a ženy z tohoto kmene často rodí své děti poblíž řeky. To stejné platí i u afrických kmenů a u Indiánů, kteří obývají amazonský deštný prales. Podle japonské tradice jsou ženy, které žijí na určitých jižních ostrovech Japonského souostroví, zvyklé rodit do vody. Písemně dochované dokumenty naznačují, že ještě před začátkem tekoucí pitné vody si ženy v Evropě dopřávaly koupele během porodu. V známé německé knize vydané na začátku 20. století, která nesla název „Žena jako domácí lékař“, se doporučuje lázeň o teplotě lidského těla a po ní následuje třiminutová studená koupel jako pomoc při snížení porodních bolestí (Johnsonová, 2002).

2.8.2 Bezpečnostní předpoklady pro porod do vody

1. Porodní sál umožňuje splnění podmínek k vedení porodu do vody
2. V porodním pokoji se vyskytuje vana, která je schválena hlavním hygienikem
3. Rodící žena si je informovaná o porodu do vody a podepíše informovaný souhlas (viz. Příloha 2)
4. Rodící se dítě by mělo být donošené a zdravé
5. Krevní tlak ženy by měl být fyziologický
6. Žena musí být v dobré fyzické kondici
7. Teplota vody by se měla pohybovat kolem 37 až 37,5 stupni
8. Jakmile hlavičku dítěte vyndáme z vody, nikdy jej nesmíme opakovaně ponořit

Je důležité pravidelně sledovat ozvy plodu. Teplota vody by neměla přesáhnout 38 stupňů, aby nedošlo k přehřátí organismu rodičky. Sledování postupu porodu je důležité, pokud si žena přeje zůstat ve vodě i v závěru porodu. Mezi absolutní kontraindikace porodu do vody patří patologicky probíhající těhotenství, rozdílná poloha hlavičky miminka, vícečetné těhotenství, známky hypoxie plodu, infekce matky, nebo podání anestetik nebo analgetik rodiče (Roztočil, 2008, Štomerová, 2010).

2.8.3 Průběh porodu do vody

Jedná se o porod jednoho dítěte v poloze podélné hlavičkou. Před vstupem do lázně se rodiče aplikuje očistné klyzma. Defekace do vany s vodou je indikace k přerušení porodu do vody. Do vody může rodící žena vstoupit v jakémkoliv času a to v první i druhé době porodní. Rodící žena je úplně nahá. Přímou ve vodě může být s rodičkou otec dítěte nebo porodní asistentka. U osob, které jsou spolu s rodičkou ve vodě, se doporučují plavky. Teplota vody by neměla mít více než 38 stupňů. Žena zaujímá takovou polohu, která jí je nej příjemnější. Při delším pobytu v teplé vodě je důležité doplňovat tekutiny, které vznikly pocením a svalovým namáháním rodičky. Srdce plodu se nepřetržitě kontroluje pomocí sondy, která slouží k poslouchání srdce dítěte pod vodou. Tato sonda nesmí být napojena na elektrickou síť. Dirupce vaku blan, či vyšetřování rodičky lze provádět i pod vodou, je však důležitý přístup k rodidlům. Nástřih hráze lze provést i pod vodou. Dělá se však velmi výjimečně, jelikož teplá voda

povolí a změkčí hráz rodičky. Novorozenec je ihned po porodu vyjmut z vody a osušen. Modrá voda dítěte je průvodním znakem porodu do vody. Pupečník se přestřihává až po dotepání. Podle stavu dítěte je následně přiloženo k prsu matky. Třetí doba porodní se provádí již mimo vodní lázeň. Mezi výhody porodu placenty do vody řadíme to, že je matka stále v teple s dítětem a hormony se tak mohou snadněji vyplavovat do těla matky. Vlivem tepla však může někdy dojít k nadměrnému povolení dělohy a tím může dojít ke zvýšenému krvácení. Žena je ve vodě spolu s krví a krevní ztráty jsou zde špatně znatelné (Roztočil, 2008).

2.8.4 Nevýhody porodu do vody

Při teplotě vody nad 38 stupňů může dojít k přehřátí rodičky. Díky tomu dojde k rozšíření cév a následkem dojde ke snížení krevního tlaku. To může zapříčinit slabé kontrakce a délka porodu se tak může prodloužit. Při nedodržení hygienických zásad se může objevit infekce jak u matky, tak i u dítěte. V teoretické oblasti může nastat až embolie plodovou vodou. Zhoršený přístup k rodidlům může zapříčinit zvýšené riziko porodních poranění. Díky teplé vodě může dojít ke snížení tonusu dělohy a to může zapříčinit zvýšené krvácení (Roztočil, 2008).

2.8.5 Novorozenec a porod do vody

Dítě má ihned po porodu schopnost pohybovat se ve vodě. V letech 1939 zveřejnila britská lékařka Myrtle McGrowová odborný článek s názvem „Plavecké chování lidského novorozeněte“. Pokud položíme novorozence na hladinu vody obličejem dolů, jeho paže a nohy se ohýbají. Tělíčko zároveň provádí houpavé pohyby. Díky těmto pohybům dítě uhání ve vodě kupředu. Tyto pohyby jsou efektivnější, když je dítě ponořeno celé pod vodu. Dítě pod vodou instinktivně zadrží dech, nekašle a je úplně klidné. Věhlasný britský časopis *British Medical Journal* publikoval v letech 1999 důležitou studii o perinatální úmrtnosti dětí porozených do vody. Tvůrci sledovali 4032 dětí narozených do vody v Anglii a Walesu v čase mezi dubnem 1994 a březnem 1996, tuto studii uskutečnili na prestižním oddělení v Londýně. Ze všech porodů do vody zemřelo pět dětí, to je asi 1,2 úmrtí na jeden tisíc porodů. V rámci Velké Británie je toto číslo stejné jako u normálních porodů. Ani u jednoho z pěti úmrtí nebylo zapříčiněno porodem do vody. Je důležité si pamatovat, že porod do vody je možný a že novorozené dítě je perfektně uzpůsobené k ponoření se pod vodu (Marek, 2010, Johnsonová, 2002).

3. Praktická část

3.1 Metodika výzkumného šetření

Pro dosažení zadaných cílů v mé bakalářské práci jsem zvolila anonymní dotazník (viz. Příloha č. 1). Za cíle pro tuto bakalářskou práci jsem si kladla odpovědět na následující otázky. Zjistit, jaký typ žen volí porod do vody. Zjistit v jakém věku a s jakým vzděláním se ženy nejvíce informují o porodu do vody. Zjistit, jaký vliv má parita ženy na volbu porodu do vody.

Použila jsem dotazník, který jsem sama sestavila za pomoci svých teoretických a praktických dovedností a také za pomoci vedoucí mé práce Mgr. Marii Dočekalové. Otázky v mém dotazníku jsem se snažila sestavit tak, abych splnila své cíle a vyvrátila nebo potvrdila zadané hypotézy.

3.1.1 Charakteristika vzorku respondentů

Výzkum tvořily ženy, které již absolvovaly svůj vlastní porod. Výzkum byl prováděn pomocí anonymního dotazníku.

3.1.2 Charakteristika výzkumného šetření

Elektronickou formou jsem oslovila ženy na webových stránkách. Dotazník jsem na těchto stránkách zveřejnila. Jakmile se můj dotazník na těchto stránkách objevil, maminky mi ho obratem posílaly vyplněný zpátky. Díky maminkám, které se zúčastnily mého výzkumu na téma porod do vody, bylo zpracováno 100 dotazníků. Některé maminky mě kontaktovaly a ptaly se mě na otázky týkající se porodu do vody. Konečný počet vyplněných dotazníků nakonec byl 100.

3.2 Průběh a popis výzkumu

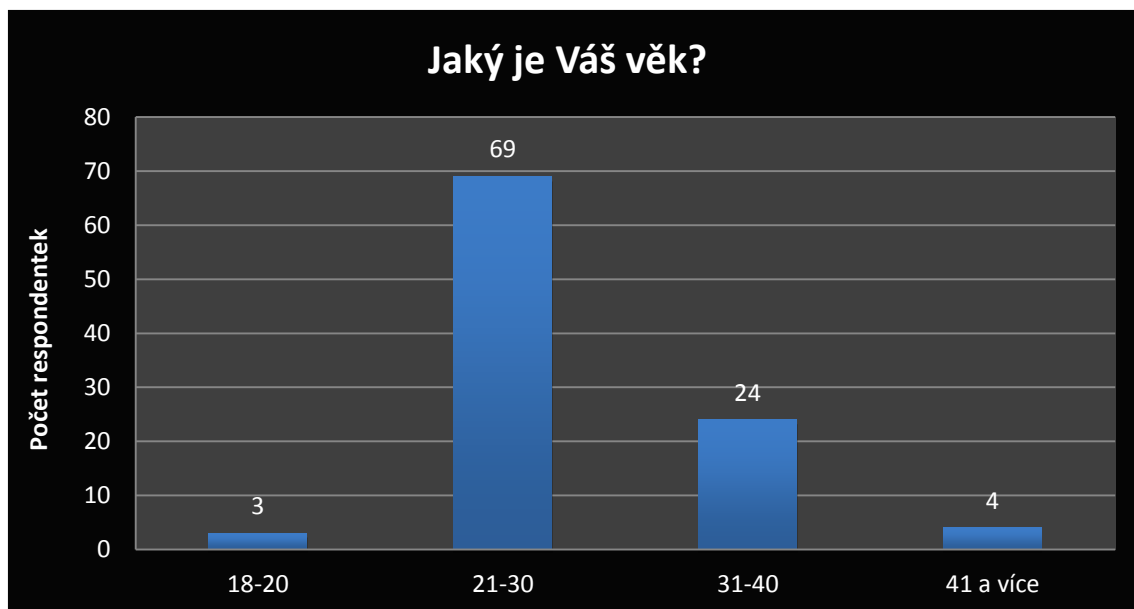
Pro moji bakalářskou práci jsem si vybrala kvantitativní formu výzkumu a to formu anonymního dotazníku. Dotazník (viz. Příloha 1) obsahuje 13 otázek (11 otázek uzavřených a 2 polootevřené). Otázky v dotazníku byly zaměřené na věk a vzdělání žen. Dále mě pak zajímalo, kolikrát již žena rodila a jaké způsoby tišení bolesti v průběhu porodu jí nejvíce vyhovovaly. Další otázky se týkaly porodu do vody. Chtěla jsem se zeptat, jestli ženy někdy slyšely o porodu do vody a zda jim byla nabídnuta možnost porodu do vody. Ptala jsem se také maminek, zda využily teplou koupel při porodu a jak

se při ní cítily. V druhé polovině dotazníku jsem se ptala maminek, kde se dozvěděly o porodu do vody, co si představí pod pojmem porod do vody, jestli znají ženu, která již někdy využila porod do vody a zda by i ona chtěla někdy родit do vody. Výzkum na téma porod do vody probíhal v období březen-duben 2013.

3.3 Zpracování získaných dat

Data byla zpracována pomocí aplikace Microsoft Excel a Microsoft Word. Zpracovaná data jsou znázorněná v grafech a jsou doplněna komentářem.

Otázka č. 1: Jaký je Váš věk?



Graf 1 Jaký je Váš věk?

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek byly 3 (3 %) žen ve věku 18-20 let, 69 (69 %) žen ve věku 21-30, 24 (24 %) ve věku 31-40 let a 4 (4 %) žen odpovědělo, že jsou ve věku 41 a více.

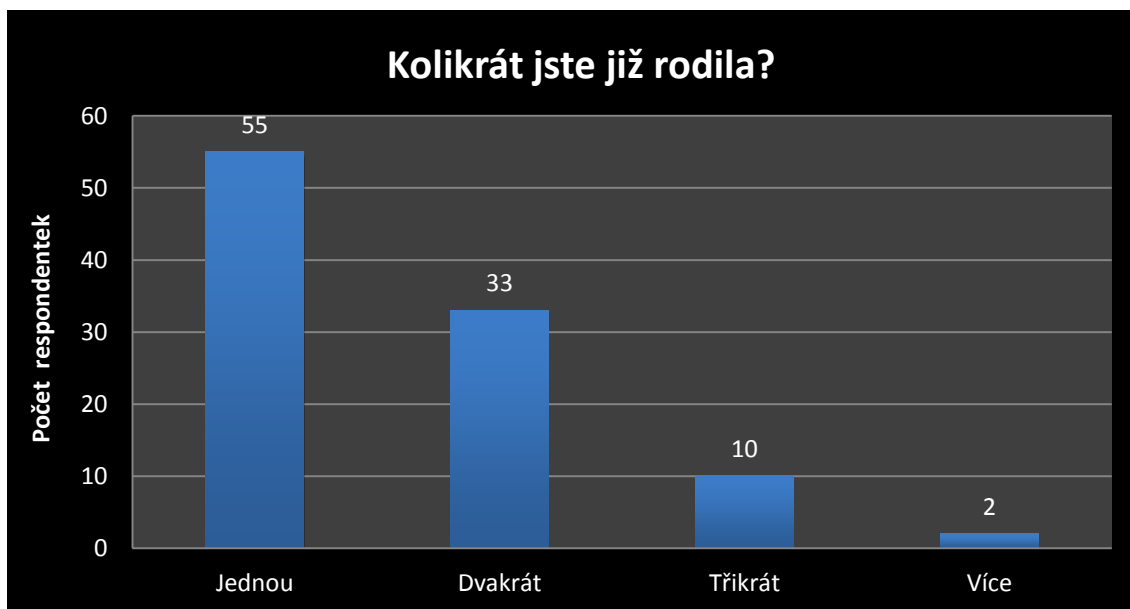
Otázka č. 2 Jaké je Vaše vzdělání?



Graf 2 Jaké je Vaše vzdělání?

Z celkového počtu 100 (100 %), 4 (4 %) žen uvedlo své vzdělání jako základní, 30 (30 %) maminek uvedlo, že jsou vyučeny, 48 (48 %) žen uvedlo, že má maturitu a 18 (18 %) žen uvedlo své vzdělání jako vysokoškolské.

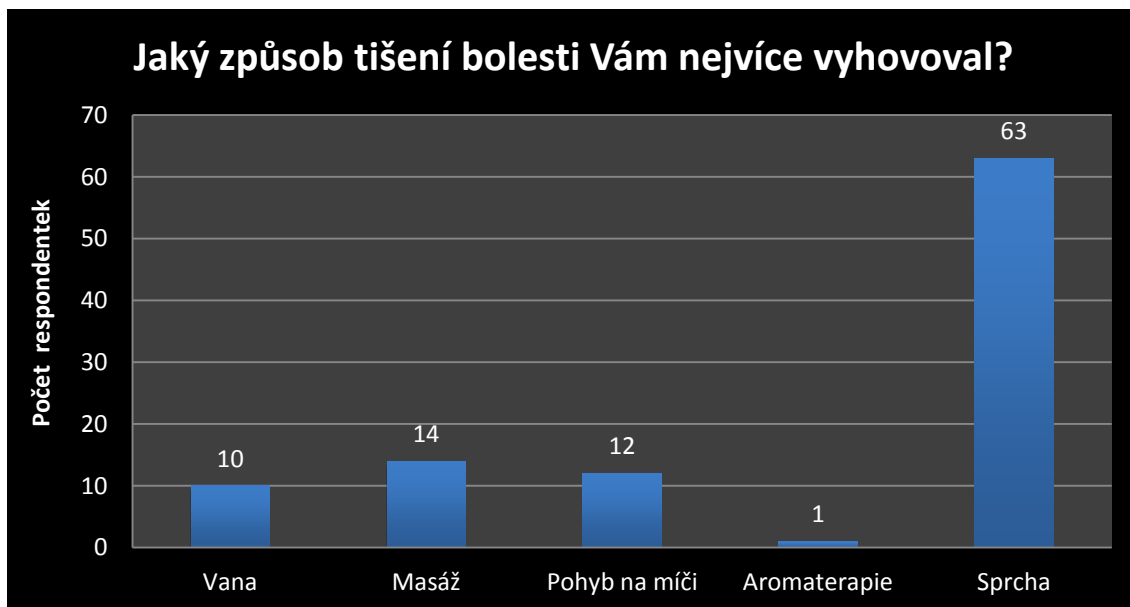
Otázka č 3. Kolikrát jste již rodila?



Graf 3 Kolikrát jste již rodila?

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek uvedlo, že 55 (55 %) rodilo jednou, 33 (33 %) žen rodilo dvakrát, 10 (10 %) žen rodilo třikrát a 2 (2 %) maminek rodilo vícekrát.

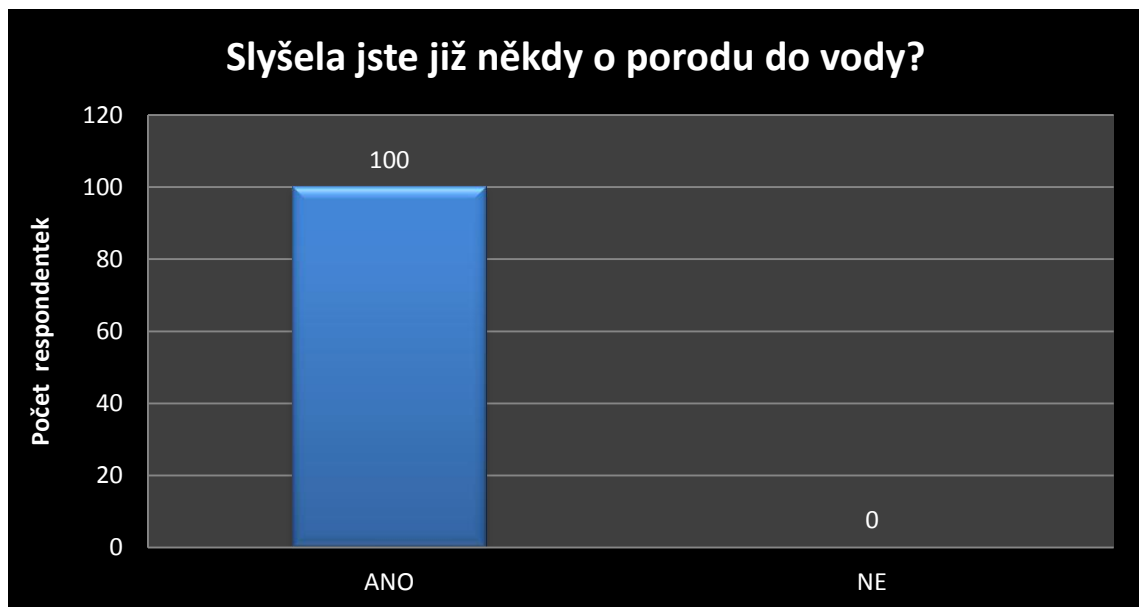
Otázka č. 4 Jaký způsob tišení bolesti Vám nejvíce vyhovoval v průběhu Vašeho porodu?



Graf 4 Jaký způsob tišení bolesti Vám nejvíce vyhovoval?

Z celkového počtu 100 (100 %) dotazovaných respondentek, odpovědělo 10 (10 %) žen, že jim nejvíce vyhovovala vana, 14 (14 %) žen zvolilo masáž, 12 (12 %) žen nejvíce vyhovoval pohyb na míči, 1 (1 %) žen pomáhala aromaterapie a nejvíce počtu žen 63 (63 %) při porodu pomohla sprcha ke zmírnění porodních bolestí.

Otázka č. 5 Slyšela jste již někdy o porodu do vody?



Graf 5 Slyšela jste již někdy o porodu do vody?

Ze 100 (100 %) respondentek, 100 (100 %) maminek již někdy slyšelo o porodu do vody.

Otázka č. 6 Měla jste možnost využít během porodu teplou koupel?



Graf 6 Měla jste možnost využít během porodu teplou koupel?

Ze 100 (100 %) dotazovaných respondentek odpovědělo 49 (49 %) žen, že mělo možnost využít teplou koupel během svého porodu a 51 (51 %) maminek odpovědělo, že jim nebyla nabídnuta možnost teplé koupele.

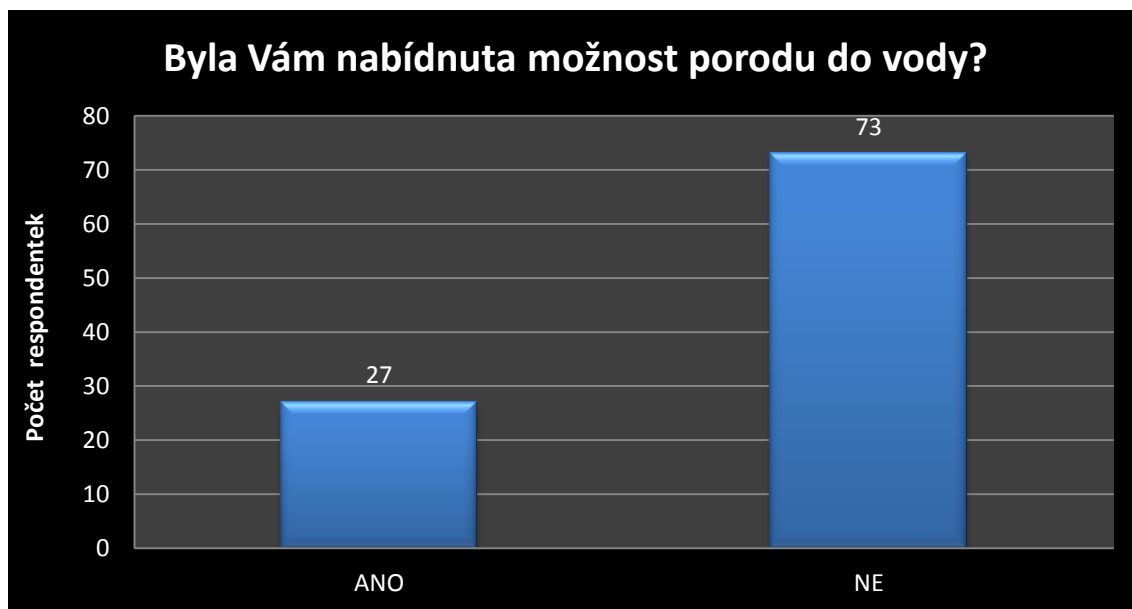
Otázka č. 7 Pokud jste během porodu využila teplou koupel, jak jste se cítila?



Graf 7 Pokud jste během porodu využila teplou koupel, jak jste se cítila?

Ze 100 (100 %) dotazovaných žen odpovědělo 34 (34 %), že se při teplé koupeli cítily příjemně, 3 (3 %) žen se cítilo nepříjemně, 12 (12 %) maminek odpovědělo celkem dobře a 51 (51 %) žen neměla teplou koupel.

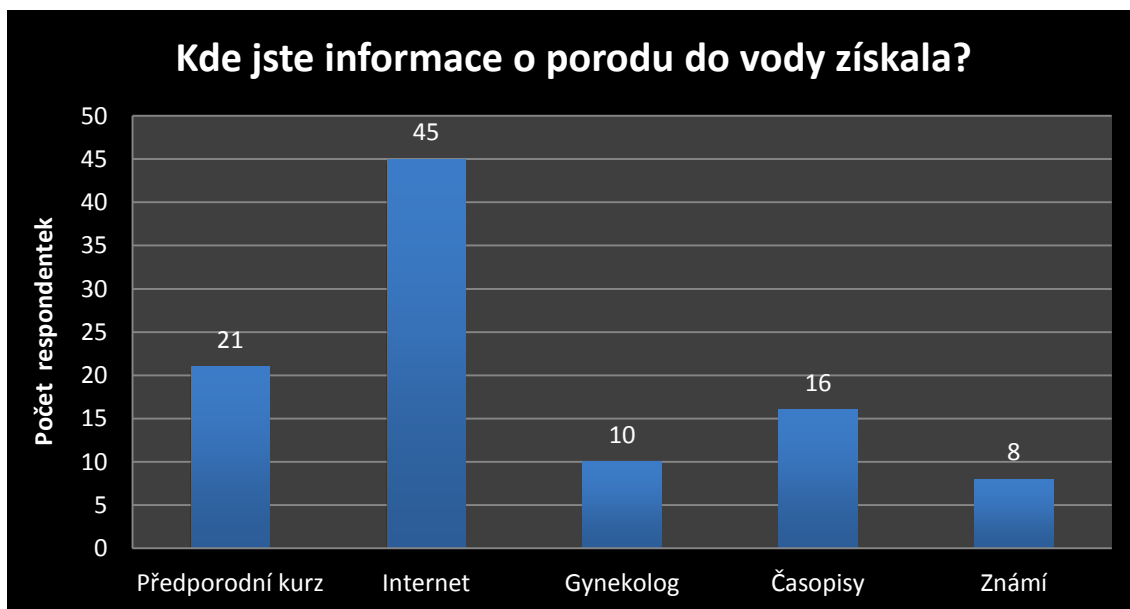
Otázka č. 8 Byla Vám nabídnuta možnost porodu do vody?



Graf 8 Byla Vám nabídnuta možnost porodu do vody?

Ze 100 (100 %) dotazovaných respondentek 27 (27 %) odpovědělo, že jim byla nabídnuta možnost porodu do vody a 73 (73 %) žen nebyla možnost porodu do vody nabídnuta.

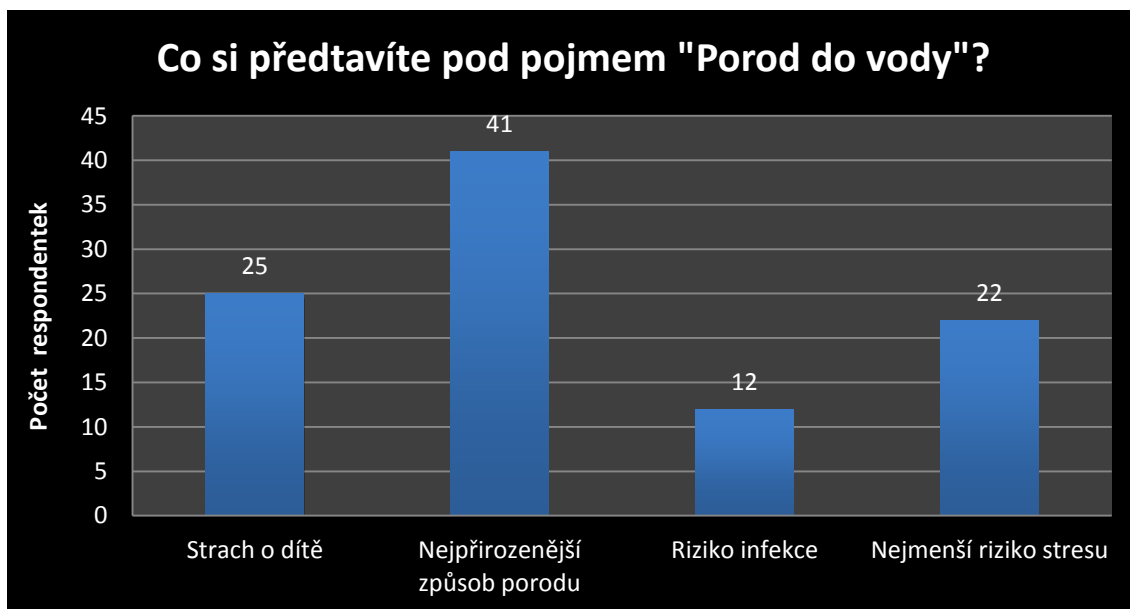
Otázka č. 9 Kde jste informace o porodu do vody získala?



Graf 9 Kde jste informace o porodu do vody získala?

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek, 21 (21 %) žen napsalo, že získalo informace o porodu do vody v předporodním kurzu, 45 (45 %) žen se dozvědělo o porodu do vody z internetu, 10 (10 %) maminek poskytl informace gynekolog, 16 (16 %) žen si přečetlo o porodu do vody z časopisů a 8 (8 %) žen se dozvědělo o porodu do vody od známých.

Otázka č. 10 Co si představíte pod pojmem „Porod do vody“?



Graf 10 Co si představíte pod pojmem „Porod do vody“?

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek 25 (25 %) žen si představí pod pojmem porod do vody strach o dítě, 41 (41 %) žen si myslí, že porod do vody je nejpřirozenější způsob porodu, 12 (12 %) žen se představí riziko infekce a 22 (22 %) žen si myslí, že porod do vody představuje nejmenší riziko stresu.

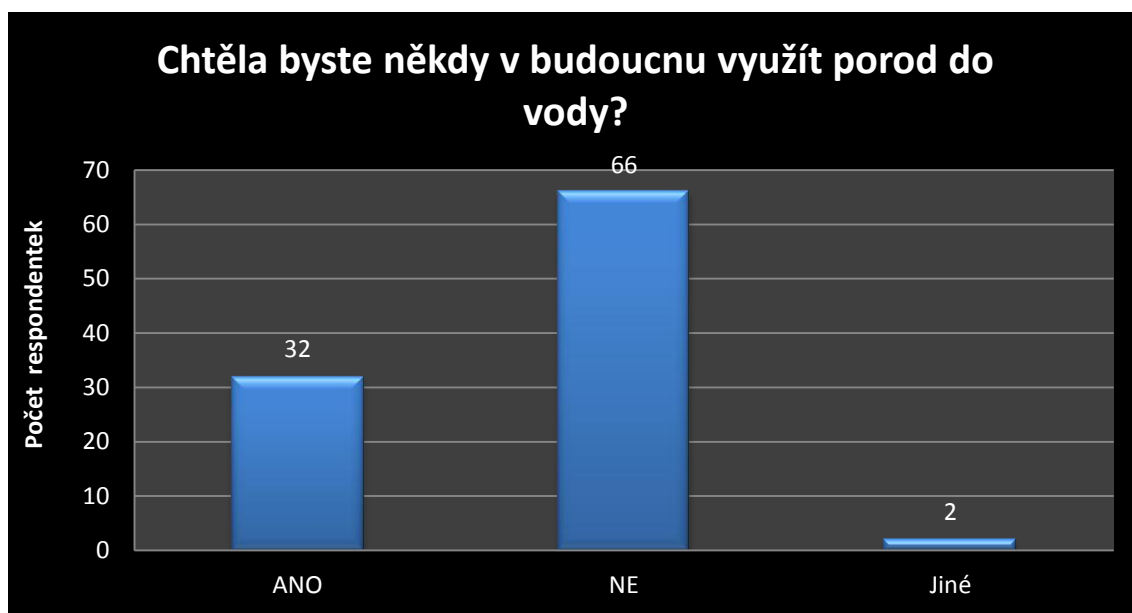
Otázka č. 11 Jaký si myslíte, že má vliv porod do vody na dítě?



Graf 11 Jaký si myslíte, že má vliv porod do vody na dítě?

Z celkového počtu 100 (100 %) respondentek si 21 (21 %) žen usuzují, že díky porodu do vody může u dítěte vzniknout infekce, 51 (51 %) žen si myslí, že pro dítě je porod do vody nejmenším rizikem stresu, 11 (11 %) žen si odpovědělo, že je zde menší riziko podchlazení a 17 (17 %) maminek si myslí, že při porodu do vody dochází k lepšímu kontaktu s dítětem.

Otázka č. 12 Chtěla byste někdy v budoucnu využít porod do vody?



Graf 12 Chtěla byste někdy v budoucnu využít porod do vody?

Ze 100 (100 %) dotazovaných žen by 32 (32 %) maminek chtělo někdy v budoucnu prožít porod do vody, 66 (66 %) žen odpovědělo, že by nechtěly využít porodu do vody a 2 (2 %) žen neví, zda porod do vody podstoupit.

Otázka č. 13 Znáte ženu ve svém okolí, která již rodila do vody?



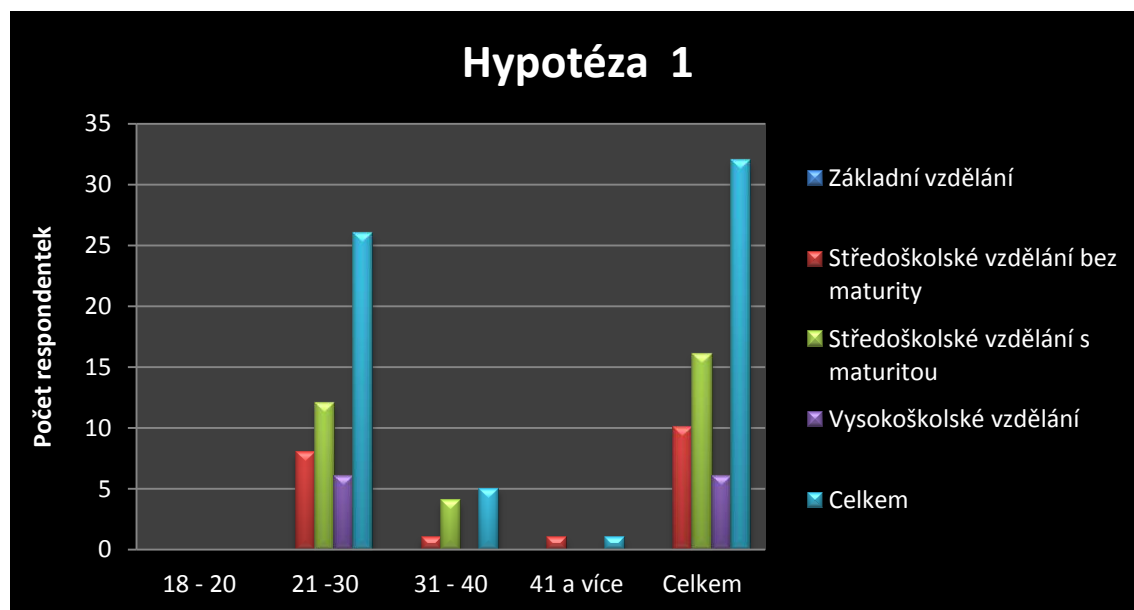
Graf 13 Znáte ženu ve svém okolí, která již rodila do vody?

Z celkového počtu 100 (100 %) žen odpovědělo 32 (32 %) maminek, že zná nějakou ženu ve svém okolí, která již rodila do vody, 65 (65 %) dotázaných žen odpovědělo, že nezná žádnou ženu, která by rodila do vody a 3 (3 %) žen odpovědělo neví.

3.4 Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza 1

Více jak 30 procent žen s vysokoškolským vzděláním ve věku 21-30 let by zvolilo porod do vody.



Graf 14 Hypotéza 1

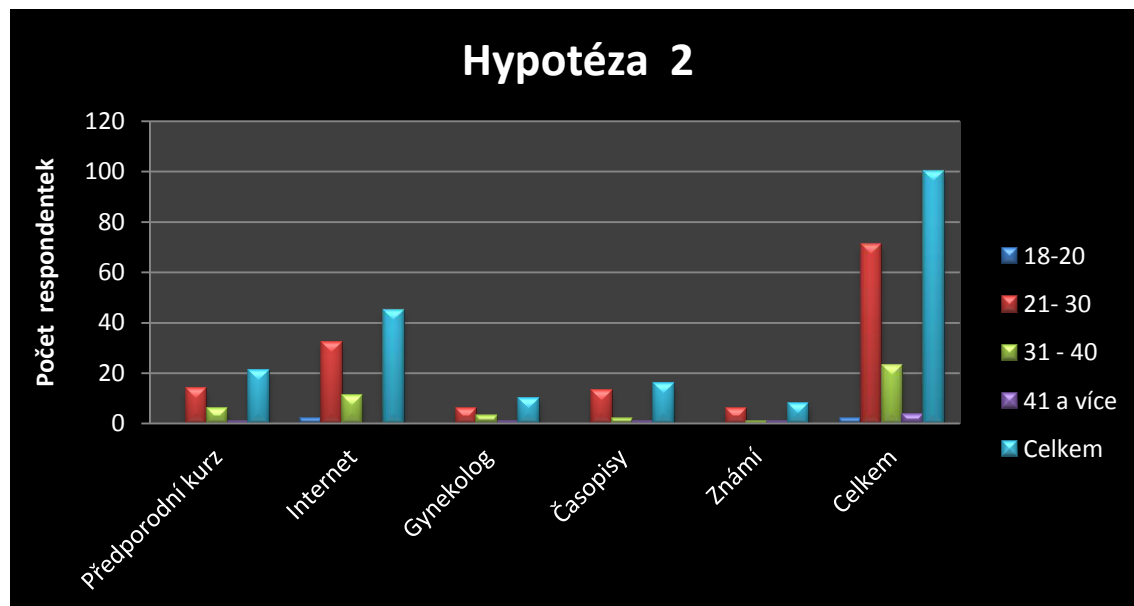
Věk	21-30
Základní vzdělání	0
Středoškolské vzdělání bez maturity	25 %
Středoškolské vzdělání s maturitou	38 %
Vysokoškolské vzdělání	18,75 %
Celkem %	81,25 %

Tabulka 1

Z celkového počtu 26 (100 %) dotazovaných respondentek ve věku 21-30 let, které v budoucnosti chtějí využít porod do vody, bylo 0 žen (0 %) se základním vzděláním, 8 (25 %) žen dosáhlo středoškolského vzdělání bez maturity, 12 (38 %) maminek má středoškolské vzdělání s maturitou a 6 (18,75 %) žen vystudovalo vysokou školu.

Hypotéza 2

Více jak 30 procent žen ve věku 21-30 let se dozvěděly o porodu do vody z internetu.



Graf 15 Hypotéza 2

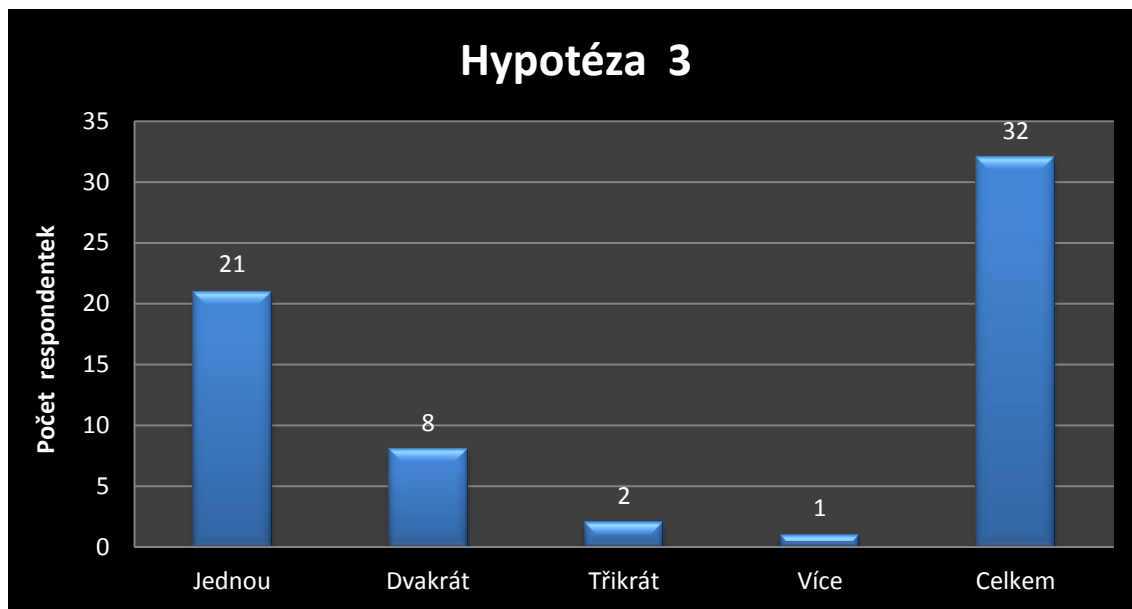
Věk	21 -30
Předporodní kurz	14 %
Internet	32%
Gynekolog	6 %
Časopisy	13 %
Známi	6 %
Celkem	71 %

Tabulka 2

Z celkového počtu dotazovaných respondentek 71 (100 %) ve věku 21-30 odpovědělo 14 (14 %) žen, že získalo informace o porodu do vody z předporodního kurzu, 32 (32 %) žen se dozvědělo o porodu do vody z internetu, 6 (6 %) maminek řekl jejich gynekolog o porodu do vody, 13 (13 %) žen si informace vyčetlo z časopisů a 6 (6 %) maminek se dozvědělo o porodu do vody od známých.

Hypotéza 3

Více jak 40 procent žen po zkušenostech ze svého porodu by si vybralo porod do vody.



Graf 16 Hypotéza 3

	%
Jednou	65 %
Dvakrát	25 %
Třikrát	6,25 %
Více	3,13 %
Celkem %	100 %

Tabulka 3

Ze 100 (100 %) dotazovaných žen, 21 (65 %) žen, které rodily jednou, by si vybraly pro příští těhotenství porod do vody, 8 (25 %) maminek, které rodily dvakrát, by chtěly porodit své příští dítě do vody, 2 (6,25 %) by po třetím porodu vybraly porod do vody a 1 (3,13 %) žen, které rodily vícekrát, by chtěly zažít porod do vody.

4 Diskuze

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaký typ žen by si vybralo porod do vody, zjistit v jakém věku a s jakým vzděláním se ženy nejvíce informují o porodu do vody a jaký vliv má parita ženy na volbu porodu do vody. K těmto třem cílům byly stanoveny tři hypotézy. Výzkum byl prováděn pomocí anonymního dotazníku, který vyplnila každá oslovená maminka. Celkem se výzkumu zúčastnilo 100 respondentek. Výsledky jednotlivých otázek byly zpracovány do grafů a tabulek. Vyhodnocení každé jednotlivé otázky se nacházelo pod grafem nebo tabulkou.

Na začátek dotazníku byly umístěny otázky týkající se věku a vzdělání respondentek. Ze 100 (100 %) dotazovaných žen bylo nejvíce žen (69 %) ve věku od 21 do 30 let a většina dotazovaných maminek (48 %) má za sebou střední školu s maturitou. K této otázce se vztahovala první hypotéza, která předpokládala, že více jak 30 % žen s vysokoškolským vzděláním ve věku 21-30 let by si spíše zvolilo porod do vody. Tato hypotéza se nepotvrdila. Myslím, že jeden z důvodů je, že ženy s vysokoškolským vzděláním si často přejí porod bez bolesti a při porodu do vody se nesmí užívat žádná analgetika.

Na otázku, kolikrát jste již rodila, odpovědělo ze 100 (100 %) dotazovaných žen, že 55 (55 %) rodily jednou, 33 (33 %) žen rodilo dvakrát, 10 (10 %) maminek rodilo třikrát a zbylé 1 (1 %) oslovených žen rodilo vícekrát. K této otázce byla také stanovena hypotéza č. 2 a to, že více jak 40 % žen po zkušenostech z předchozího porodu by si pro příští těhotenství vybralo porod do vody. Tato hypotéza se potvrdila. Ženy, které již jednou rodily, nejvíce odpovídaly kladně na volbu porodu do vody. Jeden z důvodů podle mne je snížení porodních bolestí díky teplé vodě u předchozího porodu.

U otázky, jaký způsob tišení bolesti Vám nejvíce vyhovoval v průběhu Vašeho porodu, z celkového počtu 100 (100 %) dotazovaných respondentek, odpovědělo 10 (10 %) žen, že jim nejvíce vyhovovala vana, 14 (14 %) žen zvolilo masáž, 12 (12 %) žen nejvíce vyhovoval pohyb na míči, 1 (1 %) žen pomáhala aromaterapie a nejvíce počtu žen 63 (63 %) při porodu pomohla sprcha ke zmírnění porodních bolestí.

Na otázku, zda maminka již slyšela někdy o porodu do vody ze 100 (100 %) žen všechny odpověděly, že ano.

Při otázce, zda byla maminkám nabídnuta možnost teplé koupele v průběhu jejich porodu ze 100 (100 %) respondentek odpovědělo 49 (49 %), že jim byla tato možnost nabídnuta a 51 (51 %) žen tuto možnost neměla.

Na otázku, jak se cítily maminky, když využily teplou koupel ze 100 (100 %) dotazovaných respondentek odpovědělo 34 (34 %) žen, že se cítilo příjemně, 3 (3 %) maminek se cítilo nepříjemně, 12 (12%) respondentek řeklo, že se cítilo celkem dobře a zbytek 51 (51 %) žen neměla možnost využít teplou koupel.

U otázky, zda byla maminkám nabídnuta možnost porodu do vody ze 100 (100 %) dotazovaných žen odpovědělo 23 (23 %) respondentek ano, 73 (73 %) odpovědělo, že jim tato možnost nabídnuta nebyla.

Většina žen se o porodu do vody dozvěděla z internetu, což bylo 45 (45 %) respondentek, 21 (21 %) získalo informace z předporodního kurzu, 10 (10 %) žen poskytl informace gynekolog, 16 (16 %) maminek si vyčetlo informace z časopisů, a 8 (8 %) žen se doslechlo o porodu do vody od známých. K této otázce byla také stanovena poslední třetí hypotéza a tak zněla, že více jak 30 % žen ve věku mezi 21-30 se dozvěděly o porodu do vody z internetu. Tato hypotéza se potvrdila. Většinu informací si ženy o porodu do vody našly na internetu. Internet je v nynější době největším zdrojem informací, maminky zde často píší své názory a zkušenosti.

U otázky, co si představíte pod pojmem „Porod do vody“, 25 (25 %) žen by o své dítě mělo strach, 41 (41 %) maminek, si myslí, že porod do vody je nejpřirozenější způsob porodu, 12 (12 %) respondentek si myslí, že je tu hrozí vysoké riziko infekce, a 22 (22 %) maminek si představí nejmenší riziko stresu.

Polovina dotazovaných maminek 51 (51 %) si myslí, že porod do vody má vliv na miminko ve smyslu nejpřirozenějšího způsobu porodu, 21 (21 %) žen se bojí infekce při porodu, 11 (11%) respondentek vidí menší riziko podchlazení a 17 (17 %) žen si představí lepší kontakt matky s dítětem.

V období od 1.1 1998 až 30.9 2002 proběhla pětiletá studie v porodnici ve Znojmě, kde srovnávaly peripostpartální adaptaci novorozence porozeného ve vodě a v porodním pokoji v horizontální poloze. Závěrem studie bylo, že výsledky byly u obou porodů

naprosto shodující a při zachování všech podmínek není porod do vody nijak nebezpečný pro matku ani pro dítě.

U otázky, zda by si maminky chtěly někdy zažít svůj vlastní porod do vody 32 (32 %) žen řeklo, že by porod do vody chtěly zažít, 66 (66 %) maminek by porod do vody nechtěly podstoupit a zbylé 2 (2 %) žen neví, zda by porod do vody chtěly absolvovat.

Poslední otázka zněla, zda maminky znají nějakou ženu, která již rodila do vody, 32 (32 %) žen řeklo, že takovou ženu znají, 65 (65 %) maminek takovou ženu neznají a 3 (3 %) žen odpověděly nevim.

Souhrn a vyhodnocení hypotéz

Hypotéza 1: “ Více jak 30 % žen s vysokoškolským vzděláním ve věku 21-30 let by si spíše zvolilo porod do vody“, nebyla potvrzena.

Hypotéza 2: “ Více jak 30 % žen ve věku 21-30 let se dozvěděly o porodu do vody z internetu“, byla potvrzena.

Hypotéza 3: “ Více jak 40 % žen po zkušenostech ze svého porodu by si vybralo porod do vody, byla potvrzena.

4.1 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Podle mého názoru by bylo dobré, aby porodní asistentky více nabízely možnost teplé koupele, v průběhu porodu žen. V předporodním kurzu by si měly více povídat s budoucími maminkami o porodu do vody a více propagovat výhody teplé vody při snížení porodních bolestí. Důležité je, aby maminky v porodu do vody viděly ten nejpřirozenější a nejkldnější způsob, jak porodit své vlastní dítě.

5 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá tématem porodu do vody. Do teoretické části jsem zahrnula fyziologii ženských pohlavních orgánů, fyziologický porod, porodnickou analgezií, nové směry v porodnictví a samotný porod do vody.

Jako první jsem si v této závěrečné práci stanovila, že zjistím, jaký typ žen volí porod do vody. Také jsem se chtěla dozvědět v jakém věku a s jakým vzděláním se ženy nejvíce informují o porodu do vody. Jako poslední cíl jsem si zadala ten, že zjistím jaký vliv má parita ženy na volbu porodu do vody. Díky velkému počtu dotazovaných respondentek jsem získala dostatečné množství dat, což mi zaručilo dosažení vytyčených cílů.

V praktické části jsem provedla výzkum pomocí anonymního dotazníku, který jsem sama vytvořila. Tento dotazník mi ochotně vyplnilo 100 dotazovaných maminek. Díky tvorbě mé bakalářské práce jsem zjistila, jaký způsob tišení bolesti těmto ženám nejvíce vyhovoval v průběhu jejich porodu. Zjistila jsem, zda měly možnost využít během porodu teplou koupel a pokud ano, jak se cítily. Dopátrala jsem se také, jestli maminky už někdy slyšely o porodu do vody a také jsem zjistila, odkud informace o porodu do vody získaly. Zajímaly mne také názory maminek na porod do vody, když jsem se jich ptala co si pod pojmem „porod do vody“ představí. Nejvíce mě však zajímaly otázky, jestli jim byla nabídnuta možnost porodu do vody a zda by i ony v budoucnu chtěly zkusit porod do vody.

Při zpracování teoretické části jsem se hodně dozvěděla o nových metodách porodu. Nynější představa porodu již nespočívá v tom, aby žena byla celou dobu porodu připoutaná k lůžku, nesměla jíst ani pít a po porodu nesměla vidět své dítě. V dnešní době je mnoho způsobů, jak porodit své dítě a je na každé ženě, aby se rozhodla. Porod do vody je jedním z alternativních způsobů porodu. Z mého výzkumu jsem zjistila, že maminky o porodu do vody vědí, dokonce ho některé chtějí i zkusit, ale nynější informovanost ohledně porodů do vody je nízká, a proto je těchto porodů málo. Po napsání této práce je můj osobní názor takový, že porod do vody je bezpečný, jak pro dítě, tak pro matku. Já osobně mám vodu moc ráda a porod do vody je pro mě jasná volba.

Seznam použité literatury

- ČECH, Evžen. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 8024713039.
- ČERMÁKOVÁ, Blanka. *K porodu bez obav*. 1. vyd. Brno: Era, 2008. ISBN 9788073661144.
- ELIÁŠOVÁ, Anna. *Pôrodná asistencia I Fyziológia*. Bratislava: Osveta, 2008. ISBN 80-8063-261-8.
- CHMEL, Roman. *Otázky a odpovědi o porodu*. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-80-247-2142-2.
- JOHNSONOVÁ, Jessica. *Všichni jsme děti vody*. 1. vyd. Praha: Adonai, 2002. ISBN 8086489140.
- KOBILKOVÁ, Jitka. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-31-5X.
- KUDELA, Milan. *Základy gynekologie a porodnictví*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 978-80-244-1975-6.
- LEBOYER, Frederick. *Pour une naissance sans violence*. Paris: Editions du Seuil, 1974. ISBN 8085962047
- LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2004. ISBN 8024706687.
- MAREK, Vlastimil. *Nová doba porodní*. Praha: Eminent, 2010. ISBN 80-7281-090-1.
- NAŇKA, Ondřej. *Přehled anatomie*. Praha: Galén, 2009. ISBN 80-7262-612-4.
- ODENT. *Znovuzrozený porod*. 1. vyd. Praha: Argo, 1999. ISBN 8085794691.
- PAŘÍZEK, Antonín. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 8071699691.
- ROZTOČIL, Aleš. *Moderní gynekologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2832-2.
- ROZTOČIL, Aleš. *Porodnictví*. Praha: dvzp, 2001. ISBN 8070133392.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2270-2.
- ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Porodní asistentkou krok za krokem*. Praha: Argo, 2010. ISBN 9788025703243.
- ZWINGER, Antonín. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-246-0822-7.

Seznam grafů

Graf 1 Jaký je Váš věk?	25
Graf 2 Jaké je Vaše vzdělání?	26
Graf 3 Kolikrát jste již rodila?	27
Graf 4 Jaký způsob tišení bolesti Vám nejvíce vyhovoval?	28
Graf 5 Slyšela jste již někdy o porodu do vody?	29
Graf 6 Měla jste možnost využít během porodu teplou koupel?	30
Graf 7 Pokud jste během porodu využila teplou koupel, jak jste se cítila?	31
Graf 8 Byla Vám nabídnuta možnost porodu do vody?	32
Graf 9 Kde jste informace o porodu do vody získala?	33
Graf 10 Co si představíte pod pojmem „porod do vody“?	34
Graf 11 Jaký si myslíte, že má vliv porod do vody na dítě?	35
Graf 12 Chtěla byste někdy v budoucnu využít porod do vody?	36
Graf 13 Znáte ženu ve svém okolí, která již rodila do vody?	37
Graf 14 Hypotéza 1	38
Graf 15 Hypotéza 2	39
Graf 16 Hypotéza 3	40

Seznam tabulek

Tabulka 1	38
Tabulka 2	39
Tabulka 3	40

Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Informovaný souhlas k porodu do vody

Příloha 3 Seznam porodnic v Jihomoravském kraji a na Vysočině, kde je možnost porodu do vody

Příloha 4 Michel Odent

Příloha 1

Dobrý den,

jmenuji se Ivana Šaradinová a jsem studentkou Vysoké školy Polytechnické v Jihlavě, obor porodní asistentka. Prosím Vás o vyplnění dotazníku, který je určen k obohacení mé bakalářské práce na téma Porod do vody. Dotazník je anonymní, prosím Vás o zodpovězení všech otázek v dotazníku. Milé maminky, na konec bych Vás chtěla poprosit, aby jste odpovídaly vždy jednou odpovědí, kterou nejvíce preferujete. Děkuji za Váš čas věnovaný k vyplnění tohoto dotazníku.

1. Jaký je Váš věk?
 - a) 18 - 20
 - b) 21 - 30
 - c) 31 - 40
 - d) 41 a více

2. Jaké je Vaše vzdělání?
 - a) základní vzdělání
 - b) středoškolské s maturitou
 - c) vysokoškolské vzdělání
 - d) středoškolské bez maturity

3. Kolikrát jste již rodila?
 - a) jednou
 - b) dvakrát
 - c) třikrát
 - d) více

4. Jaký způsob tišení bolesti Vám nejvíce vyhovoval v průběhu porodu?
 - a) vana
 - b) masáž
 - c) pohyb na míči
 - d) aromaterapie
 - e) sprcha

5. Slyšela jste již někdy o porodu do vody?
 - a) ano
 - b) ne
6. Měla jste možnost využít během porodu teplou koupel?
 - a) ano
 - b) ne
7. Pokud jste během porodu využila teplou koupel, jak jste se cítila?
 - a) příjemně
 - b) nepříjemně
 - c) celkem dobře
 - d) jiné
8. Byla Vám nabídnuta možnost porodu do vody v průběhu Vašeho porodu?
 - a) ano
 - b) ne
9. Kde jste informace o porodu do vody získala?
 - a) předporodní kurz
 - b) internet
 - c) gynekolog
 - d) časopisy
 - e) známí
10. Co si představíte pod pojem „porod do vody“?
 - a) strach o dítě
 - b) nejpřirozenější způsob porodu
 - c) riziko infekce
 - d) nejmenší riziko stresu
11. Jaký si myslíte, že má vliv porod do vody na dítě?
 - a) riziko infekce
 - b) nejmenší riziko stresu
 - c) menší riziko podchlazení
 - d) lepší kontakt matky s dítětem

12. Chtěla by jste někdy v budoucnu využít porod do vody?

- a) ano
- b) ne
- c) jiné

13. Znáte ženu ve svém okolí, která již rodila do vody?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Příloha 2

Informovaný souhlas k porodu do vody v nemocnici Havlíčkův Brod

Nemocnice Havlíčkův Brod, Husova 2624, 580 22, Havlíčkův Brod, IČO : 00179540 tel.: 569 472 111



NEMOCNICE
HAVLÍČKŮV
BROD

PÍSEMNÝ SOUHLAS S VÝKONEM POROD DO VODY

Jméno a příjmení pacienta :

Rodné číslo:

Oddělení:

Popis vlastního výkonu:

Porodem do vody se rozumí takový průběh závěrečné fáze porodu, kdy se hlavička novorozence i celé jeho tělo porodí pod úroveň vodní hladiny.

Dítě je vybaveno dýchacím reflexem, který nastoupí až po kontaktu obličeje plodu se vzduchem po vytažení dítěte z vody. Proto je tento způsob vedení porodu považován za bezpečný, jedná-li se o zcela normální průběh těhotenství a porodu.

Jaké jsou podmínky pro způsob vedení porodu do vody ?

- 1 plod v poloze podélné hlavičkou
- ukončený 38. týden fyziologické gravidity
- fyziologické CTG (záznam akce srdeční plodu)
- čirá plodová voda
- nepřítomnost krvácení
- fyziologické anatomické poměry rodičky (pánevní rozměry, výška, váha)
- rodička bez zvýšené tělesné teploty a známek zánětu
- zdravá rodička – nepřítomnost interních či jiných chorob, které by tento způsob porodu vylučovaly (hypertenze, epilepsie, diabetes mellitus, cévní onemocnění matky ...aj.)
- spolupracující rodička

Možnost vedení porodu do vody stanoví vždy porodník při přijetí rodičky k porodu.

Rodička před vstupem do lázně musí být vyprázdněná (očistné klyzma, Yal) a osprchovaná.

Při vlastním porodu je přítomen porodník, porodní asistentka, dětský lékař a dětská sestra.

Dojde-li v kterékoliv fázi porodu k neočekávaným komplikacím, je nutno okamžitě pobyt ve vodě ukončit a uposlechnout doporučení odborného personálu o vedení porodu jiným způsobem.



Jakým způsobem probíhá porod při využití porodnické vany?

Pokud se maminka rozhodne využít při porodu pobytu ve vaně, vyčká se rozvinutí pravidelných kontrakcí a při brance 2-3 cm vstupuje rodička do vany. Ve vaně si teplotu vody může regulovat sama – v průměru se teplota vody pohybuje kolem 38 stupňů Celsia. Teplo působí hlubokou relaxací (uvolnění) a další rychlejší dilataci (otevírání) porodních cest. Někdy porodní činnost ve vaně ustává, kontrakce jsou málo intenzivní,

Písemný souhlas s výkonem

Strana 1/2

proto se často přistupuje k medikamentóznímu ovlivnění oxytocinem. Srdeční ozvy plodu jsou sledovány kvalifikovaně rovnocenně jako mimo vany. Pokud dochází k porodu ve vodě, žena rodí v polosedě se zapřenými nohama o okraj vany, v případě s podpůrným držením partnera. Porodní asistentka klečí vedle vany. V klidu pozoruje prořezávání hlavičky. Při kontrakci rodička napomáhá vypuzení plodu tlačáním. Pozitivním efektem pro rodičku u takto vedeného porodu je úleva při bolesti i možnost měnit polohu těla v průběhu porodu. Výhodou je i méně častý nástřih hráze (epiziotomie). Hlavička i celé tělo novorozence se rodí pod vodní hladinu. Po porodu zachytí dítě porodní asistentka a s nepřerušným pupečnickem jej přiloží k prsu. Matka si může dítě hladit a omývat teplou vodou. Pupečník se nechá dotepat, teprve poté se přistupuje k jeho přerušení. Po porodu placenty v již vypuštěné vaně se přistupuje k poporodní revizi porodních cest na vyšetřovacím stole.

Jaká jsou možná rizika porodu ve vaně?

- peripartálně mateřská i novorozenecká infekce
- embolie matky krevní sraženinou, event. vodou
- hypoxie plodu
- aspirace vody novorozencem
- v ojedinělých případech rozsáhlejší poranění porodních cest rodičky

Prohlášení pacientky:

Lékař/lékařka mne srozumitelně a vyčerpávajícím způsobem informoval/a o způsobu vedení porodu do vany a možných rizicích a komplikacích. Nemám další doplňující dotazy a měla jsem dostatek času si vše rozmyslet. Tento způsob porodu jsem si zvolila sama bez nátlaku o své vlastní vůli a jsem si vědoma možných rizik a komplikací s tímto způsobem vedení porodu spojených.

Prohlášení lékaře:

Seznámil jsem pacienta se způsobem vedení porodu do vody a riziky spojenými s realizací porodu do vody. Dal jsem příležitost pacientce (jejímu zákonnému zástupci) položit otázky týkající se výše uvedených záležitostí. Na dané otázky jsem odpověděl srozumitelně, v potřebném rozsahu a co nejlépe. Jsem přesvědčen o tom, že pacientka pochopila výše uvedené informace tak, aby byla schopna se informovaně rozhodnout.

Já, pacientka, výše uvedenému rozumím a dávám písemný souhlas k porodu do vody.

Datum: _____

Jméno a podpis pacienta: _____

Jméno a podpis zákonného zástupce: * _____

Datum: _____

Jméno a podpis lékaře: _____

* vyplnit při potřebě

Příloha 3

Seznam porodnic v Jihomoravském kraji, kde je možnost родit do vody.

Porodnice Boskovice

Porodnice Brno Bohunice

Porodnice Brno Obilní trh

Seznam porodnic na Vysočině, kde je možnost родit do vody.

Porodnice Havlíčkův Brod

Porodnice Jihlava

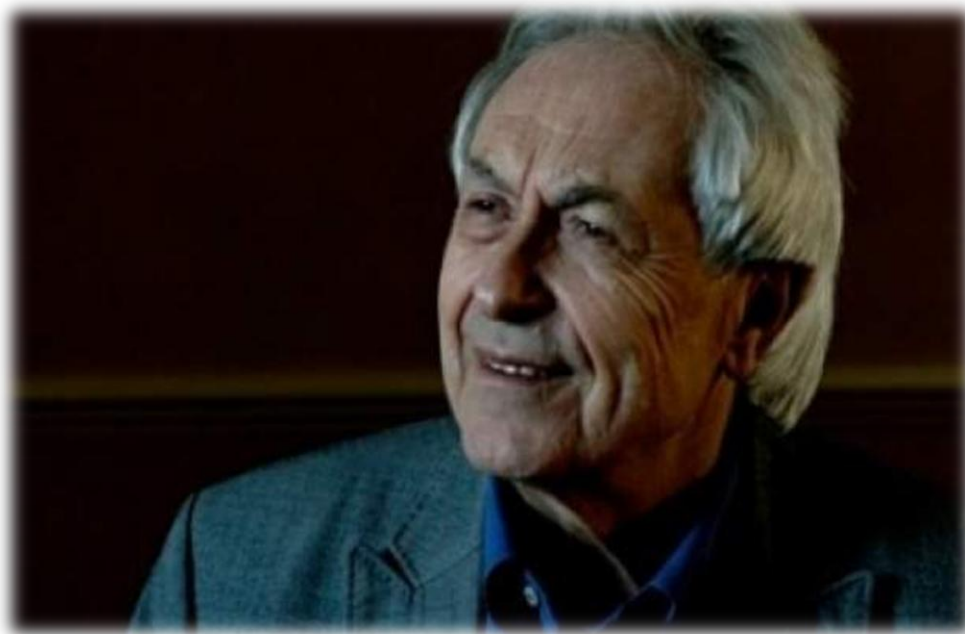
Porodnice Nové Město na Moravě

Porodnice Třebíč

www.aperio.cz

Příloha 4

Michel Odent je jeden z nejslavnějších propagátorů porodů do vody.



Vlastní úprava dle zdroje www.iham.cz

