

SOCIÁLNÍ ASPEKTY PORODU

ZPRÁVA Z VÝZKUMU

Hana Hašková

2001

Zpráva vznikla za podpory **Nadace Open Society Fund Praha** na základě výzkumu, který tato organizace zadala ke zpracování agentuře **STEM**. Poděkování směřuje také **občanskému sdružení Aperio**, které se podílelo na korektuře textu a zajišťuje tisk a distribuci studie.

Obsah

<u>1. ZÁMĚR A CÍLE VÝZKUMU.....</u>	<u>4</u>
<u>2. TEORETICKÝ ÚVOD.....</u>	<u>6</u>
2.1. Porod jako sociálně konstruovaný jev – historický pohled	6
2.2. Lékařsky vedený a přirozený porod – vymezení pojmů.....	9
<u>3. DOTAZNÍKOVÁ ŠETŘENÍ.....</u>	<u>14</u>
3.1. Metodologický postup	14
3.2. Výsledky dotazníkových šetření	16
3.2.1. Porodnice	16
Zařízení.....	16
Služby.....	19
Problémy a změny.....	23
3.2.2. MATKY	23
Přístup k porodu a poporodní péči.....	26
způsoby získávání informací.....	29
Hodnocení porodní péče	31
3.2.3. POPRVÉ TĚHOTNÉ ŽENY	34
Přístup k porodu a poporodní péči.....	34
způsoby získávání informací.....	35
Rozsah znalostí o nabídce služeb porodnic a její hodnocení.....	36
3.2.4. Porodníci	39
Porod z pohledu lékařů a jejich přístup k alternativám aktivně lékařsky vedeného porodu.....	39
Přístup k rodičkám	45
3.2.5. Rozpory a shody - shrnutí výsledků dotazníkových šetření	46
Realita v rozporu s požadavky aktérů a názorové rozdíly mezi jednotlivými aktéry.....	46
Zkušenost porodu jako zdroj změny mínění.....	52
<u>4. NOVÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZPŮSOB VEDENÍ PORODU.....</u>	<u>54</u>
4.1. Snahy o redefinici úlohy porodních asistentek.....	57
4.2. Tržní prostředí a konkurence	60
4.3. Cesta k občanské společnosti, vznik občanských sdružení a hnutí	62
<u>ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ PRO NOVÉ VÝZKUMY</u>	<u>64</u>
<u>SEZNAM LITERATURY</u>	<u>67</u>

1. ZÁMĚR A CÍLE VÝZKUMU

V rámci zdravotnických reforem se v České republice stále více diskutuje o změnách v českém porodnictví. Část odborné i laické veřejnosti požaduje jeho humanizaci, demedikalizaci a přehodnocení rutinních porodních postupů a praktik. Především v 2. polovině 90. let byla mediálně zviditelněná změna v celkovém přístupu k porodu na půdě některých českých porodnic. Otázkou však zůstávalo, nakolik je tato podpora alternativ k dosud typickému, aktivně lékařsky vedenému porodu, spíše lokální, a nakolik jde o celkové změny v přístupu k porodu i k jeho hlavním aktérům ze strany české odborné i laické veřejnosti.

Také z těchto důvodů byl v roce 2000 ve spolupráci se střediskem empirických výzkumů STEM a pod záštitou Nadace Open Society Fund Praha – programu Zdravé rodičovství proveden výzkum českého porodnictví. V jeho rámci proběhla **čtyři dotazníková výzkumná šetření za účelem získání popisu současné situace v českých porodnicích i názorové orientace hlavních aktérů porodu.**

Za tímto účelem byly za respondentky vybrány matky s dítětem mladším 1,5 roku, protože právě ony mají v paměti čerstvé zkušenosti s porodem v ČR a porod se týká především jich samotných. Dále byly vybrány poprvé těhotné ženy, což umožnilo srovnávání postojů k porodu zkušených matek na straně jedné, a žen připravujících se na svůj první porod na straně druhé. Poslední dotazovanou skupinou byli gynekologové – porodníci, kteří mají coby odborníci významný vliv na utváření veřejného mínění v této oblasti i na průběh konkrétních porodů, jež v naší republice probíhají většinou pod jejich vedením.¹

Výzkum **bezdětných těhotných žen spolu s šetřením matek s dítětem mladším jednoho a půl roku** měl přinést poznatky o názorech žen na různé způsoby vedení porodu, stejně jako o jejich schopnostech, zájmu a způsobech získávání informací o porodní péči poskytované v jednotlivých porodnicích. Ženy měly hodnotit důležitost předporodní přípravy i způsob vedení vlastního porodu. Při výzkumu měly být zohledněny rozdíly v prožívání příprav na porod ženami s předchozí porodní zkušeností a prvorodičkami. Zkoumán měl být také vliv dalších sociálních a demografických aspektů na zkušenost i očekávání těhotenství, porodu a mateřství.

Šetření **lékařů - porodníků** mělo být zaměřeno na zjišťování jejich informovanosti i přístupu k otázkám přirozeného porodu a rodičkám samotným. Šetřeny měly být také jejich postoje k přirozenému porodu a převládající pracovní vztahy mezi porodními asistentkami a porodníky, stejně jako problémy, s nimiž se v pracovním prostředí potýkají.

Výzkum porodnic měl přinést poznatky o jejich vybavení pomůckami k přirozenému porodu, o vybavení pokojů na odděleních šestinedělí, o rozšíření

¹ Šetření porodních asistentek jako dalších z hlavních aktérů ovlivňujících průběh porodu nemohlo být prozatím bohužel uskutečněno vzhledem k rozpočtovým možnostem, ale je plánováno do budoucna.

možností různých způsobů vedení porodu, o pravidlech a postupech aplikovaných během předporodní přípravy, při porodu a během poporodní péče. Zjišťovány měly být také komplikace, s nimiž se vedení porodnic setkává při prosazování nových řešení v rámci vybavení i služeb.

Vybrané údaje získané z výzkumu porodnic sloužily při sestavování „Průvodce porodnicemi České republiky“, který zprostředkovává mimo jiné především těhotným ženám přehled služeb nabízených jednotlivými porodnicemi. „Průvodce“ by měl přispět jednak ke zvýšení informovanosti těhotných žen o možnostech porodu v ČR, a jednak usnadnit i rozšířit jejich možnosti faktického informovaného výběru porodnice, v níž přivedou na svět své dítě. Formou reálného výběru i veřejné diskuse by pak mohl být vytvářen tlak na vedení porodnic vedoucí ke zlepšení nabízených služeb.

Ostatní zjišťované údaje o postojích i zkušenostech výše jmenovaných aktérů porodu mají sloužit ke srovnávání jejich pohledů na jednotlivé aspekty porodu a porovnávání jejich požadavků s realitou českého porodnictví. Celý výzkum byl konstruován tak, aby zachytil postoje k takovým postupům vedení porodu, které se nově objevují v českém porodnictví, a dále aby umožnil poznání stupně jejich rozšíření mezi dotazovanými. Kromě toho měl směřovat k identifikaci příznivců a odpůrců změn v českém porodnictví, stejně jako problémů při jejich zavádění. Tyto údaje mohou být přínosné z informačního hlediska a zároveň mohou tvořit odrazový můstek pro pochopení současného vývoje v českém porodnictví. Sloužit mohou i těm, kteří se snaží o změnu ve směru zkvalitnění české porodní péče.²

² Tato úvodní část studie se dílem opírá o článek „Současná porodní a poporodní praxe v ČR“ ze 4. čísla bulettinu „Gender, rovné příležitosti, výzkum“ z roku 2000 a stať „Výzkum porodnické praxe v ČR a její hodnocení z pohledu vybraných zainteresovaných subjektů“ z průvodního materiálu ke konferenci „Přivádíme děti na svět“ z 1.-3.2.2001.

2. TEORETICKÝ ÚVOD

2.1. POROD JAKO SOCIÁLNĚ KONSTRUOVANÝ JEV – HISTORICKÝ POHLED

Porod je významnou událostí životního i rodinného cyklu. Není čistě fyziologickou záležitostí, jelikož je sociálně konstruován i zarámován.

Podle Van Gennepa [1997] lze na porod nahlížet jako na součást přechodových rituálů. Ty začínají rituály odlučovacími, během nichž je těhotná žena vyloučena ze společnosti, z rodinného společenství a někdy i ze společenství ženského pohlaví vůbec. Těhotenství je pak pomezím období, v němž se ostatní členové společnosti chovají k těhotné ženě zpravidla jako k nemocné nebo cizince, což potvrzuje její „jiný stav“, který souvisí s vyloučením. Porodní rituály jsou rituály přijetí, jejichž cílem je znovu začlenit ženu do společnosti tak, jak k ní patřila dříve, anebo jí ve společnosti zajistit nové postavení, vymezené sociálním statutem³ matky. Tento návrat a opětovné začlenění však málokdy probíhá naráz. Rituály přijetí často připomínají různé stupně iniciace. Porod tedy není konečným okamžikem pomezí období spojeným s přijetím nového statusu a očekáváním výkonu rolí, které z něho vyplývají. To pro matku trvá zpravidla ještě déle. V této souvislosti se často hovoří o společenském šestinedělí.

V naší společnosti lze těhotenství spojovat s odloučením ženy od některých společenských, zájmových a pracovních aktivit, což je v určitých případech reflektováno i zákonem. Porušení těchto omezení může být sankcionováno. Porod samotný se pak odehrává v porodnicích a je svěřen do rukou porodníků a porodních asistentek, kteří používají za účelem jeho úspěšného průběhu i dokončení historicky proměnlivé praktiky.

Porod je tedy životním přechodem, který ženě umožňuje postupný návrat z „jiného stavu“ do stavu, který opustila, nebo v případě prvorodičky do stavu zcela nového. Je ho tedy třeba nahlížet v kontextu těhotenství, jakožto přípravy na porod i mateřství, a mateřství, jakožto očekávaného výsledku porodu. Stává se tak jedním z významných faktorů ovlivňujících život ženy.

V ČR je porod často zkoumán z hlediska jeho důsledků na život matky i celé rodiny. Je chápán jako významný mezník v životním i rodinném cyklu [Alan 1989; Čermáková... 2000; Možný 1999]. V české společnosti je první těhotenství často spojováno s uzavřením manželství a rodina prakticky vzniká až narozením dítěte. Prostřednictvím porodu, od něhož je očekáváno narození dítěte, nabývá prvorodička statusu matky, a při vysoké zaměstnanosti českých žen a postojích k výchově malých dětí se z ní, jakožto pracující ženy, stává také na určitou dobu žena v domácnosti.

³ „Sociální status je v nejobecnějším chápání souhrnné vyjádření sociální pozice člověka v určité společnosti, resp. skupině, spojené s určitou mírou ocenění ze strany druhých. Na každý status se váže jistý soubor práv a povinností“ [Velký sociologický slovník 1996: 1226].

Porod však není pouze událostí ovlivňující intrapersonálně, interpersonálně i společensky významná fakta. Vzhledem k jeho rituálnímu charakteru je na něj nutno nahlížet také jako na sociálně definovaný a přetvářený jev [Jordan 1997; Chapman 1986; Georges 1997; Kitzinger 1997]. Zjevný vliv sociálního kontextu na průběh porodu lze pozorovat pochopitelně především v dobách minulých, kdy mateřská, perinatální i neonatální úmrtnost dosahovala mnohem vyšších hodnot než dnes.

Leavitt [1987], která ve své studii analyzuje diskuse lékařů o porodních postupech v případech komplikací porodu na stránkách lékařských časopisů od počátku 80. let 19. století, zaznamenává fakt, že v té době probíhaly komplikované porody nejen za přítomnosti lékaře, ale i vybraných rodinných příslušníků a kněze. Na úryvcích z analyzovaných textů dokládá, že kněz a otec dítěte měl před masivním přesunem rodiček do nemocnic významný vliv na to, které zákroky může lékař použít, a které ne. Lékaři v člancích podle Leavitt [1987] zmiňují kromě vlivu křesťanské víry na způsob porodu také vliv počtu dříve narozených dětí rodící ženy a zaznamenávají větší tendence zachraňovat prvorozené než další potomky. U prvorodiček se v případě potratu totiž jednalo především o nenaplněnou „povinnost“ porození dědice a nedosažení očekávaného statusu.

V anglickém porodnictví oproti kontinentálnímu byl přítom život dítěte ceněn méně než život matky, takže tam převládaly kraniotomie, tzn. zničení plodu perforací jeho hlavy, nad symfyzeotomií, která mívala za následek trvalé poškození matky (způsobovala tzv. „kachní“ chůzi), a císařským řezem, který ještě v polovině 19. století končil v polovině případů smrtí matky [Leavitt 1987; Zeman, Doležal 2000].

V 19. století se ústavní péče dostávala především chudíně a duševně nemocným ženám z města. Jejich úmrtnost byla přitom ve srovnání se zbytkem žen rodících mimo ústavy vedenými lékaři výrazně vyšší [Moss-Luffrum 1993; Doležal 1994; Zeman, Doležal 2000]. Tento fakt byl po objevu sterilizace, sepse a antisepse vysvětlen spojením nemocničního prostředí, v němž docházelo k provádění pitev a koncentraci nemocných, s neznalostí těchto metod při zvýšeném počtu zásahů do porodního procesu. Instrumentální porody, prováděné v nesterilním nemocničním prostředí, tak způsobovaly větší výskyt infekčních nemocí. Ty při neznalosti antibiotik končily nezřídka smrtí [Shorter 1982; Moss-Luffrum 1993; Zeman, Doležal 2000]. V té době tedy došlo ke vzniku jakési mezery mezi přístupem porodníků a rozvojem přírodních věd, které v dané době neposkytly prostředky, jež by zajistily bezpečnou aplikaci zvoleného přístupu k porodu. Moss-Luffrum [1993] s odkazem na Foucalta přitom na konto rozvoje racionální bio-medicíny⁴ dodává, že od 18. století sloužila podobná

⁴ Termín bio-medicína užívám v souladu s pojetím Kapra a Koukoly [1998]. Jedná se o vědeckou medicínu zaměřenou na fyziologické procesy. Západní racionální bio-medicína je podle nich postavena na Descartově pojednání o oddělení duše od těla, které ještě v dobách silného vlivu křesťanství v Evropě umožnilo racionální zkoumání fyzické stránky člověka.

Ačkoliv se západní lékaři specializovali na procesy v lidském těle, není pravdou, že by nebylo známo psychosomatické pozadí nemocí. Placebo efekt byl například znám již od starověku, nicméně jeho léčebné možnosti, stejně jako léčitelské možnosti samotného lékaře jako osoby jsou chápány v rámci moderní vědecké medicíny jako výrazně limitované a nejisté. Racionální konstrukce úspěšného léku je založena na představě, že nemoc má stanovitelnou příčinu, na jejíž léčbu je možné vyvinout lék, který je účinný nezávisle na lékaři a

odhalení spíše k jejímu posílení než zapření a odmítnutí vědecké medicíny vůbec.

Porod je tedy potřeba chápat v širším sociálním kontextu. Je důležitým sociálním činitelem, nicméně jeho význam, průběh i výsledek je také tvarován v závislosti na socio-kulturním kontextu. Jak bylo výše naznačeno, dochází v čase a prostoru k proměnám osob, které rozhodují o vedení porodu, místa určeného k porodu, preference způsobů vedení porodu a změnám dalších sociálních aspektů (např. postavení dítěte ve společnosti nebo systému dědičnosti) majících vliv na vedení porodu.

působí ve všech obdobných případech. Ačkoliv je v rámci západní medicíny uznávána od 50. let 20. století definice WHO, která upozorňuje na bio-psycho-sociální pozadí zdraví a nemoci, medicína jako racionální věda soustřeďuje pozornost především na měřitelnou, dělitelnou a kvantifikovatelnou fyzickou stránku nemocného [Kapr, Koukola 1998].

2.2. LÉKAŘSKY VEDENÝ A PŘIROZENÝ POROD – VYMEZENÍ POJMŮ

Lékařsky vedený porod se na území ČR začal užívat po 1. světové válce, a to jednak jako termín a jednak jako praxe. Ta spočívá v urychlení porodu a tlumení bolesti medikamenty a invazními technikami. Tento způsob vedení porodu měl zajistit bezpečnost rodičky a plodu, díky preventivním činnostem lékaře za účelem eliminace **možných** komplikací, i jejich psychosomatický komfort plynoucí z minimalizace bolesti [Zeman, Doležal 2000]. Položení teoretických základů tohoto způsobu vedení porodu je přisuzováno J. De Leemu a R. H. Pomeroyovi, kteří ve 20. letech propagovali eliminaci nebezpečí druhé doby porodní užitím epiziotomie při celkové anestézii [Kárová, Richterová 2000].

Zmíněný způsob vedení porodu byl umožněn rozvojem porodní analgezie pro tlumení porodních bolestí a objevem sterilizace, aseptických zákroků a účinků oxytocinu pro urychlení porodu.⁵ Nebylo ho však možno uskutečňovat v domácnostech nebo v malých, technickým zázemím a důslednou sterilizací nevybavených porodních centrech. Spolu s tím, jak se rodičky stále více soustřeďovaly do nemocnic, se aktivní lékařsky vedený porod stával všeobecnou a rutinní praxí.

Porod byl vždy spjat s riziky a hrozbou smrti. Jedním z hlavních argumentů pro přemístění porodů do porodnic byla ochrana rodiček i novorozenců před hygienicky závadným prostředím. Dalším z přesvědčivých argumentů pro přesun rodiček do nemocnic bylo zajištění bezpečnosti rodičky i dítěte díky koncentraci specialistů. Hlavní argument však poskytly statistické ukazatele prudkého snížení mateřské i perinatální úmrtnosti v době přesunu rodiček do porodnic.⁶ V té době totiž ještě nebyly známy argumenty kritiků akutní bio-medicíny, kteří při vysvětlování snížení mateřské a perinatální úmrtnosti poukazují na přeceňování vlivu akutní bio-medicíny. Zdůrazňují, že na zlepšení zdravotního stavu populace měly většinový vliv jiné determinanty než akutní bio-medicína. V kontextu porodnictví se hovoří především o zlepšení výživy žen, pracovních podmínek i životního stylu, snížení jejich plodnosti a věkového rozptylu rodiček.

Od roku 1954 se aktivní lékařské vedení porodu stalo na území Čech všeobecně akceptovanou porodní politikou [Heitlinger 1987].

⁵ Rozvoj lékařské analgezie začal objevem narkotizačního efektu éteru na začátku 19. století. V porodnictví se prosadila především inhalační narkóza a později lytické směsi, které byly podle definice aktivně lékařsky vedeného porodu aplikovány během porodu rutinně stále většímu množství rodiček. S objevem epidurální anestezie pak došlo pro negativní efekty analgetických opiátů k posunu od analgezie k anestezii, která se v některých nemocnicích, především v západní Evropě a Americe stala častou formou tlumení bolesti. Vzhledem k nutnosti permanentní přítomnosti anesteziologa v případě takové formy porodu a vzhledem k některým vedlejším efektům epidurální anestezie se však v ČR tato forma tlumení bolesti nestala dominantní.

Kromě objevu urychlovacích účinků oxytocinu došlo později také k objevu účinků prostaglandinů, které jsou dnes v porodnictví používány s podobným efektem.

⁶ Ještě v roce 1948, kdy rodila v porodnicích zhruba třetina rodiček, umíralo při porodu více než 1‰ žen a perinatální úmrtnost dosahovala 51 novorozenců z 1000. Zhruba o 10 let později, kdy v porodnicích rodilo již okolo 80% rodiček, se míra obou ukazatelů snížila o polovinu [Heitlinger 1987]. Ještě v roce 1937 zemřely během porodu více než 4 ženy z 1000 [Historická statistická ročenka 1985].

Idea aktivního lékařsky vedeného porodu tak, jak se uchytila ve své době v rámci porodní praxe v ČR (ale i většině jiných států euro-americké civilizace) konkrétně spočívala v aplikaci analgetik a předporodní předoperační přípravě (klystýr, holení), upoutání rodičky do polohy vleže na porodním stole, izolaci od jiných lidí než zdravotníků, v dodržování striktních pravidel pro udržení sterility okolí rodičky a dítěte, aplikaci oxytocinu na urychlení děložních stahů a provedení epiziotomie (nástřihu hráze neboli perinea) na konci 2. doby porodní. Po představení a rozšíření elektronického fetálního monitoringu do porodnic bylo do tohoto způsobu vedení porodu zakomponováno i jeho kontinuální užívání během porodu [Heitlinger 1987; Kapr, Koukola 1998; Wagner 2000].

Kapr a Koukola [1998: 51-52] toto vedení porodu charakterizovali následovně: „**Děj porodu je koncipován a organizován jako gynekologická operace.** Odehrává se zpravidla na operačním sále za přítomnosti specialistů, pod reflektory koncentrovanými na operační pole. Rodička je dezinfikována, slyší komentáře sester a lékařů v odborném jazyce, kterému nerozumí. Mnohdy se užívá medikace, někdy částečné narkózy, nastřihuje se a potom zažívá perineum, vše ve sterilním prostředí operačního sálu, bez možnosti do průběhu zasáhnout nebo dokonce vyslovit se pro alternativní řešení. Po narození dítěte je přestřižen pupečník a novorozenec je urychleně převáděn na okysličování krve dýcháním. Donedávna byl matce zpravidla jen ukázán a odvezen na novorozenecké oddělení. V tomto schématu je z mnoha důvodů pochopitelně vyloučena přítomnost příbuzných i jakékoliv laické osoby. Na začátku první doby porodní je žena zpravidla odvezena do porodnice a zachází se s ní jako s pacientem. Je administrativně přijata, prohlédnuta, je jí přiděleno lůžko, nemocniční oděv a především končí její kontakt s manželem a rodinou“.

Je však nutné konstatovat, že aktivně lékařsky vedený porod podléhá v čase změnám, takže v současné době nejsou některé z dříve rutinně prováděných praktik již jeho bezpodmínečnou (nebo dokonce běžnou) součástí, a to aniž by byla narušena idea preference preventivních lékařských instrumentálních zásahů, medikamentózního urychlení porodu a tlumení bolesti.

V 60. letech se začíná objevovat kritika vědecké bio-medicíny a medikalizace moderního života vůbec. V západní Evropě docházelo ke vzniku self-help, self-care a patientských hnutí. Do nemocnic vstupovali kliničtí psychologové, a to v kontextu stále rostoucích výdajů na zdravotnictví a artikulace dříve do pozadí zasunutých problémů, například života chronicky nemocných. Na území Čech se změna ve zdravotnictví začala projevovat s přibližně dvacetiletým zpožděním. Ve 20. letech 20. století konstruovaný model péče o rodičku a novorozence přestával v některých bodech vyhovovat novým poznatkům a požadavkům.

Koncepce **přirozeného porodu** je vyústěním kritiky modelu lékařsky vedeného porodu. Tento termín zpopularizoval v první polovině 80. let porodník M. Odent svou knihou „Přirozený porod“, kterou napsal po několikaleté zkušenosti s vedením porodů odlišným způsobem než aktivně lékařským tak, jak byl výše popsán. Knihu napsal podle svých slov jako reakci na rozšíření jím odmítaného způsobu vedení porodu. Vedení přirozeného porodu je založeno na důvěře v instinktivní a intuitivní chování ženy během porodu, které nesmí být

narušováno ani aktivními zásahy zdravotníků. Přirozený porod má zajistit bezpečnost rodičky a plodu i jejich psychosomatický komfort plynoucí z odbourání zbytečného strachu z porodu [Odent 1995; Kitzinger 1997; Richtrová, Kárová 2000]. Aktivita lékařů, kromě psychické podpory rodičky a občasných neinvazivních kontrol postupu porodu (pro případ včasného rozpoznání nutnosti zásahu akutní bio-medicínou v případě komplikací porodu), je nahlížena z hlediska **možných** iatrogenních efektů.

Lékařské zásahy totiž mohou být interpretovány nejen jako nástroje k redukci rizikovitosti porodního procesu, ale jako rizikové mohou být chápány i ony samy. Rizika jsou přitom definována odborníky na porod, tedy lékaři, během vědeckých konferencí a jiných setkání. **Artikulaci rizik, která sama vznikají v důsledku rozvoje moderní vědy a techniky, však nelze podle Becka [1992] nahlížet jako na zamítnutí současné vědy, ale spíše jako na její přesah.** Podle něho je totiž tato kritika výrazem reflexe modernizace a moderní vědy z jejich vlastních pozic.

Vznik a prosazení daných přístupů k porodu (aktivně lékařského a přirozeného) je třeba chápat v dobovém sociálním kontextu. Zatímco medikalizace porodu zapadala do rámce úspěchů bio-medicíny i přírodních věd na začátku našeho století a slavila největší úspěchy po druhé světové válce, koncepce „přirozeného“ porodu vznikla jako reakce na tuto medikalizaci s vlnou kritiky akutní bio-medicíny, a to v době konstituce společností, které Beck [1992] nazývá rizikovými. V těchto společnostech jsou známy některé vedlejší negativní efekty technologií, jakožto produktů moderní západní racionální vědy. Kritika daného způsobu uchopování a přetváření vnějšího světa s sebou přinesla také konstrukce jeho rizik. Ta, ačkoliv stojí k moderní vědě v opozici, jsou definována jejím jazykem, protože jedině tak jsou odbornou, ale často i širokou veřejností skutečně akceptována jako relevantní. Nová koncepce vedení porodu by se nemohla prosadit bez existence „jiných“ vědců, kteří by poukazovali na „nová“ rizika.

Na začátku 80. let se například vážně diskutovalo o rizicích kontaktu matky a dítěte po porodu. Oddělení matky a dítěte jejich umístěním na novorozenecké oddělení a oddělení šestinedělí po porodu bylo zdůvodňováno nutností profesionální péče o dítě. Argumentaci prolínal aspekt humanity, a to především ve smyslu zajištění nutného odpočinku pro matku. **Přes velký odpor a strach z rizika přenosu infekce z matky na dítě i opačně, byla nakonec definována nová rizika, a to přesně v opačném smyslu.** Jednalo se o rizika **psychologických i fyziologických následků odloučení matky a dítěte po porodu. Jejich oddělování v porodnicích je spojováno s problémy se zahájením kojení a s předčasným nástupem dítěte na umělou stravu.** Ta začala být od 70. let v porovnání s mateřským mlékem označována za méně dostačující pro zdravý vývoj dítěte.

Stejně tak **definici rizik přítomnosti otců u porodu vystřídala definice rizik jejich nepřítomnosti.** Izolace rodičky od jejích blízkých bývá spojována se somatizací strachu a nejistoty, která může vést k prodlužování doby porodu a zvyšování potřeby prostředků na tlumení bolesti. V neposlední řadě se hovoří také o riziku neprofesionálního chování zaměstnanců vůči rodičkám v případě jejich odloučení od známých lidí a prostředí.

V 90. letech **dochází** v ČR ke **zpochybnění nezbytnosti polohy rodičky vleže během porodu**, zpochybňuje se riziko porodu v jiných polohách, a zároveň **dochází k definování rizik porodu v poloze vleže**.

Podobně je zpochybňována i rizikovost porodu bez předporodní - předoperační přípravy, bez rutinní aplikace analgetik apod. Zastánci přirozených porodů jsou přitom naopak definována rizika aplikace těchto postupů s poukazem na jejich iatrogenní efekty. V této souvislosti se hovoří o tzv. **spirále lékařských zásahů**, kdy jeden zvyšuje pravděpodobnost výskytu druhého. Např. zvýšené počty císařských řezů a jinak instrumentálně dokončených porodů jsou přičítány na konto rutinního užívání kardiografů. Z toho důvodu se vyvíjejí nové technologie, které by měly toto riziko limitovat, a upustilo se od kontinuálního monitorování během porodu ve prospěch intermitentního. Porod, při němž leží rodička na zádech (včetně porodu s epidurální anestézií), je spojován s instrumentálními zásahy. U instrumentálně dokončených porodů vyjma císařského řezu, což je v ČR především kleštový porod (v jiných zemích např. vakuumextrakce), je nutné provádět epiziotomii. Instrumentálně dokončený nebo indukovaný porod je spojován s negativními psychologickými důsledky pro matku i dítě, apod. [např. Harvey 1992; Heitlinger 1987; Odent 1995; Roztočil, Miklica, Kučera, Ventruba 2000; Wagner 2000].

Je však nutné si uvědomit, že rizika jsou definována na základě statistické pravděpodobnosti. Ke komplikacím během porodu anebo k iatrogenním projevům použité lékařské techniky může, ale také nemusí dojít.

S poukazem na střídání konstrukcí rizik v čase mohou zastánci změny porodní praxe směrem od aktivně lékařsky vedených porodů (které dominovaly a podle současně provedeného výzkumu OSF Praha stále ještě převažují v české porodní praxi) **naznačovat, že ani ta rizika, která jsou dnes považována většinou populací zdravotníků za reálná, nemusí být v budoucnu za rizika považována.**

Ačkoliv byla diskuse o přirozených porodech v západní Evropě brzy rozšířena i mezi širokou veřejnost, do ČR se tato koncepce dostala mezi laickou veřejnost jako celek ve větší míře až v polovině 90. let, a to poté, co byl publikován překlad Odentovy knihy a dalších zahraničních knih, obsahujících kritiku aktivně lékařsky vedených porodů.

V současné době se však v ČR hovoří nejen o přirozených, ale také **alternativních porodech**. V zásadě se jedná o boj o definici. Označením „alternativní“ se totiž vytváří pomyslná spojitost se šarlatánstvím a alternativní medicínou, která není v naší populaci zcela přijímána. Pojem „alternativní“ může také navozovat dojem něčeho marginálního a odvozeného od jiného – původního, což je v přímém rozporu s koncepcí zastánců přirozených porodů, kteří se hlásí k historickým kořenům svých praktik a zdůrazňují původnost svého přístupu k nekomplikovaným porodům a naopak novost přístupu aktivně lékařsky vedeného porodu jako přístupu, který může novými praktikami vhodně pomáhat tam, kde dříve zavedené praktiky nebyly dostačující.

V tomto textu bude však (se zdůrazněním výše uvedeného) využíváno z praktických důvodů obou termínů. Hovořit se bude totiž o českém porodnictví, v němž dominuje aktivně lékařsky vedený porod, i když se zde do praxe dostávají i prvky jeho kritiky. Skutečně přirozený porod je však v českých porodnicích výjimkou. Pokud bude tedy užito termínu „alternativa“, „alternativní“ apod., je tím míněn posun od téměř 50 let vládnoucí a dosud v určité formě převládající praxe aktivně lékařsky vedeného porodu směrem k uplatňování některých aspektů kritiky takového způsobu vedení porodu, který popsal Kapr a Koukola (viz výše). Pojem „alternativa“ tak bude v tomto textu označovat pomyslný prostor mezi aktivně lékařsky vedeným porodem a porodem přirozeným. Je tedy zřejmé, že alternativní porod v tomto pojetí neoznačuje například porod s epidurální anestézií nebo programovaný porod⁷, který sice není a nikdy nebyl v naší republice standardním, nicméně spadá pod filozofii aktivně lékařsky vedeného porodu.

Na závěr této kapitoly je nutné zdůraznit, že současná odborně i veřejně mediální polemika mezi zastánci přirozených a aktivně lékařsky vedených porodů se netýká vedení porodů patologických, které se řeší zásahy akutní bio-medicínou.⁸ Zastánci přirozených porodů totiž samozřejmě neodmítají vymoženosti současné lékařské vědy a techniky, ale rozcházejí se s příznivci aktivně lékařsky vedeného porodu v tom, kdy je využít. Je nutno si uvědomit, že hranice mezi fyziologickým, rizikovým a patologickým porodem také není jednoznačně stanovena a stává se předmětem odborných diskusí.

⁷ Programovaným porodem je zde rozuměn indukovaný porod bez zdravotní indikace na přání rodičky.

⁸ Patologických porodů je v ČR méně než 5% z celkového počtu porodů. Operativních porodů je v ČR zhruba 15%, z čehož většina je předem plánovaná [Rodička a novorozenec 1998 2000].

3. DOTAZNÍKOVÁ ŠETŘENÍ

3.1. METODOLOGICKÝ POSTUP

Za účelem získání základních informací o situaci v českém porodnictví byla zvolena **metoda dotazníkového šetření** jako relativně levná a vhodná metoda pro zmapování postojů i zkušeností široce vymezené cílové populace a nabídky jednotlivých porodnic. Poznatky z těchto šetření mohou být následně prohlubovány formou kvalitativních šetření nebo na ně může být za účelem výzkumu názorového i situačního vývoje navázáno v případě dalšího kvantitativního šetření po uplynutí několika let.

Vzhledem k výzkumnému tématu byl dále zvolen postup standardizovaných (podle dotazníků) **face-to-face rozhovorů**. Tazatelé (v případě dotazování matek a poprvé těhotných žen pouze tazatelky) agentury STEM oslovili v průběhu léta a podzimu roku 2000 respondenty z řad matek s dítětem mladším 1,5 roku, poprvé těhotných žen, gynekologů – porodníků a vedení všech českých porodnic fungujících v tomto roce na našem území.

Pro každou cílovou skupinu byl vytvořen zvláštní dotazník v rozsahu cca 30 – 60 otázek (viz příloha). V případě vedení porodnic byl vytvořen jednak záznamový arch, který vyplňoval primář (nebo jím pověřený zdravotník) za přítomnosti tazatele, a jednak dotazník, který tazatel v porodnici zanechal, aby si jej vyplněný v dohodnutém termínu následně odnesl.

Seznam a adresy porodnic poskytl Ústav zdravotnických informací a statistiky. Většina primářů byla oslovena přímo tazatelem. Z technických důvodů byly dotazníky do zbytku – šesti porodnic zaslány pouze poštou a následně bylo telefonicky ověřeno jejich doručení a případné zaslání odpovědi poštou. Datové soubory bezdětných těhotných žen a matek s alespoň jedním dítětem do 1,5 roku jsou reprezentativní podle struktury vzdělání, věku, velikosti místa bydliště a dříve platného krajského rozdělení (oporu výběru poskytl ÚZIS). Pro datový soubor lékařů - porodníků byly stanoveny a naplněny následující kvóty: pohlaví, věk a dříve platný kraj, ve kterém se nachází porodnice, v níž porodník pracuje (oporou výběru byl výzkum porodnic – v tomto výzkumu bylo zjištěno, kolik lékařů - porodníků v určitých věkových kategoriích pracuje v každé porodnici).

Celkem byly vytvořeny 4 datové soubory: 1) s dotazníkovými odpověďmi 810 bezdětných těhotných žen, 2) s dotazníkovými odpověďmi 818 matek s alespoň jedním dítětem mladším jednoho a půl roku, 3) s dotazníkovými odpověďmi 234 lékařů – porodníků a 4) s dotazníkovými odpověďmi zaštitěnými vedením (s výjimkou tří) všech porodnic fungujících na území ČR v roce 2000. Vedení tří porodnic odmítlo dotazník a záznamový arch vyplnit.

Získaná data byla zpracována za pomoci statistického programu SPSS 8.0. for Windows.

Kromě dat z kvantitativních šetření byla závěrečná zpráva z výzkumu vytvářena také na základě informací čerpaných z dalších zdrojů dat. Mezi ně patří například **monitoring tisku v 90. letech, rešerše Národní knihovny na zkoumané téma od 60. let a Lékařské knihovny v odborných časopisech od 80. let**. Dále lze za hodnotný zdroj informací považovat **účast na seminářích a konferenci o přirozených porodech v průběhu let 2000-2001, provádění nestandardizovaných, cca 30-90 minut trvajících rozhovorů (podle volného scénáře) s porodníky a porodními asistentkami ve 4 českých porodnicích, s matkami s nedávnou zkušeností porodu, představitelkami jedné z existujících oborových organizací porodních asistentek a dalších organizací prosazujících změny v českém porodnictví ze strany samotných matek**. Pro chápání zkoumané situace bylo přínosné i sledování **diskuse matek o jejich prožitcích z porodů v českých porodnicích na internetu a četba zahraniční sociálně vědní i lékařské literatury vztahující se k tématu**.

3.2. VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÝCH ŠETŘENÍ

3.2.1. PORODNICE

V roce 2000 fungovalo na našem území přes 100 porodnic. Z toho zhruba 10% porodnic fakultních a dalších více než 10% porodnic privátních. Porodnice jsou v ČR již přes 40 let téměř jediným místem, kde k porodům dochází, a proto je rozhodující za účelem zjišťování reálně fungující porodní péče zkoumat nabídku péče i zařízení k porodu především v těchto institucích.

Tabulka č.1: Porody v porodnici na území Československa

Rok	1937	1946	1950	1955	1960	1965	1970	1975
Počet % ze všech porodů	18.5	31.0	44.0	79.4	93.7	97.8	99.0	99.6

[Československé zdravotnictví 1979 In Heitlinger 1987: 199].

ZAŘÍZENÍ

Spolu s tím, jak se proměňuje během desetiletí porodní praxe, dochází ke zlepšování technických zařízení používaných především během komplikovaných a operativních porodů, ale také zlepšování i znovuobjevování nejrůznějších pomůcek ke spontánním porodům. Jedná se především o prostředky, které by měly napomáhat při tlumení pocíťované porodní bolesti jinou než farmakologickou cestou. V praxi se nejčastěji užívá za tímto účelem voda ve sprše nebo porodní vaně/bazénku, pružný porodní míč nebo žebřiny, na nichž dochází k uvolnění bederní části zad.

V nedávné době byly některé porodnice vybaveny také pomůckami k vertikální (nebo více vertikální než horizontální) porodní poloze, jako je porodní stolička, vak, žebřiny nebo žíněnka pro porod v kleku. Všemi z výše uvedených pomůcek (také viz tabulka č.2) však disponuje v současné době pouze 9 porodnic v ČR. Tři z nich mají zakoupeny již více než $\frac{3}{4}$ českých porodnic. Jedná se především o porodnice vybavené porodním míčem, sprchou a žíněnkou, které jsou většinou využívány během první doby porodní, nikoliv během samotného porodu dítěte, k němuž však mohou být využity také.

Tabulka č.2: Podíl porodnic, které mají k dispozici následující porodní zařízení a pomůcky

Porodní míč	97
Sprcha	91
Žíněnka	57

Porodní vak	44
Vana (bazének)	43
Žebřiny	37
Porodní stolička	32

Faktem zůstává, že zdaleka ne všechny porodnice, které vlastní uvedené pomůcky, je skutečně užívají. Přesto se v jejich případě jedná častěji o porodnice, v nichž dochází k většímu posunu porodní praxe k porodům, které propagoval Michal Odent, oproti porodní praxi aktivně lékařsky vedeného porodu. Porodní praxe se v těchto porodnicích totiž vyznačuje větším důrazem na rozhodování samotné rodičky v otázce její porodní polohy i aplikace klystýru. Vzhledem k možnosti střídání poloh a volby jiné polohy než vleže na porodní posteli je elektronický fetální monitor zapojován intermitentně. Ruku v ruce s poskytováním širších možností volby pro rodičky však zdravotní personál klade silnější důraz také na její předporodní vzdělávání v rámci předporodních kurzů a prohlídek porodních místností. Nakonec lze na konto těchto porodnic připsat luxusnější prostorovou organizaci porodního oddělení. Častěji poskytují rodičce samostatný pokoj (nejen porodní box), a to v průběhu obou dob porodních, což umožňuje přítomnost otce během celého porodního procesu.

Tabulka č.3: Podíl porodnic, v nichž nejsou porodní zařízení a pomůcky využívány k alternativním polohám při porodu

Zařízení trvale k dispozici	Porodní poloha, která není rodičkám nabízena	Podíl porodnic, které nevyužívají dané zařízení k alternativní poloze při porodu
Porodní stolička	Na porodní stoličce	2
Žíněnka	V kleku	12
Žebřiny	V závěsu	12
Porodní vak	Na porodním vaku	13
Vana	Do vody	27

Volbu porodní polohy nabízí rodičkám zhruba polovina českých porodnic. Jsou to především porodnice, v nichž nejsou porody vedeny pouze na porodním sále, ale v případě nekomplikovaného spontánního porodu může být rodička spolu s doprovodem v místnosti připomínající spíše pokoj než sálový porodní box. Pokud porodnice disponují porodním pokojem, bývá bohužel většinou pouze jeden (ve třetině případů dva, marginálně i více), a tak jedna z rodiček musí v případě souběhu porodů zůstat na porodním sále.

Tabulka č.4: Podíl porodnic nabízejících porod na porodním pokoji a v jiné poloze než vleže

Mají místnost pro druhou	Může žena родit v jiné poloze než vleže nebo pololeže na porodním stole či posteli?		
	Ano	Ne	Celkem

dobu porodní připomínající spíše pokoj než porodní sál?	Ano	37,8	14,4	52,2
	ne	14,4	33,3	47,7
	celkem	52,2	47,7	100,0

Populační boom poloviny 70. let měl vliv na výstavbu porodních místností dimenzovaných pro daleko větší počet rodiček než je dnes potřeba. Je tomu tak díky rapidnímu propadu porodnosti, kterému nezabránil ani fakt, že se do současného průměrného věku prvního porodu dostaly ženy poslední početně silné generace, po jejímž zrození již docházelo pouze k poklesu v počtu narozených dětí. Během populačního růstu v období socialismu byly stavěny porodní sály a místnosti pro přípravu na porod, v nichž byly rodičky od sebe odděleny pouze přepážkou či závěsem, což jako dědictví minulosti přetrvává až dodnes. **Pouze ¼ porodnic dnes nabízí individuální pokoj pro obě doby porodní, ačkoliv pro více než 60% matek představuje slyšitelná přítomnost jiné rodičky jeden ze čtyř nejhorsích zážitků z posledního porodu. Vedení mnohých porodnic se tuto situaci snaží řešit přestavbou porodních sálů. Tu pro nejbližší budoucnost plánuje až 40% z nich.**

Porodní pokoje se od porodních sálových boxů liší především pokojovou dekorací pro maskování nemocničního prostředí (přítomností nábytku, záclon apod.), dále vybavením pro alternativní polohy během porodu (porodní stolička, vak apod.) a vlastním sociálním zařízením.

Tabulka č.5: Lůžková kapacita místností pro 1. a 2. dobu porodní v porodnicích (v %)

	Kolik rodiček rodí v místnosti pro 2. dobu porodní				celkem
	Vždy pouze jedna žena	Více, částečně odděleny zdí	Více, odděleny závěsem		
Vždy pouze jedna žena	25.9	9.3	3.7	38.9	
Více, odděleny zdí		21.3	0.9	23.1	
Více, odděleny závěsem	4.6	5.6	6.5	16.7	
Více, nejsou odděleny	9.3	4.6	5.6	19.4	
místnost nemají	0.9		0.9	1.9	
celkem	41.7	40.7	17.6	100.0	

Porodní pokoje i boxy jsou dnes již během spontánního porodu většinou osvětleny pouze pokojovým světlem. Tradice ostrého bodového sálového světla tak, jak ji popsal Kapr a Koukola (viz výše), byla zavržena. Stejně tak není většinou

praktikováno kontinuální elektronické monitorování plodu, které znesnadňuje rodiče pohyb. Intermitentní monitorování je praktikováno i přesto, že jsou vyráběny menší přístroje pro monitoring dítěte, které pohyb rodiče umožňují. Některé odborné studie i praxe lékařů totiž ukázala na incidenci většího počtu císařských řezů a dalších porodních zákroků na základě kontinuálního monitorování plodu. U kontinuálního monitoringu nebo ostrého sálového světla během spontánních porodů zůstalo již jen (zhruba) 13% porodnic. Naopak porod podle LeBoyera v tlumeném osvětlení (šeru) již nabízí při spontánním porodu téměř dvakrát tolik porodnic, tedy zhruba ¼.

Co se týče poporodní péče, je nutné zdůraznit výraznou změnu **ve smyslu otevírání porodnic veřejnosti. Tento proces prošel několika fázemi až do současné doby, kdy jsou v 85% porodnic povoleny návštěvy nejen na odděleních šestinedělí, ale i na jejich (většinou dvoulůžkových) pokojích. Ve 44%, především velkoměstských porodnic, jsou dokonce nadstandardní pokoje, na nichž může partner rodičky pobývat s matkou a dítětem nepřetržitě, po celých 24 hodin denně.**

Rooming-in⁹ je praktikován již v téměř všech českých porodnicích a ve většině z nich navíc na všech pokojích na oddělení šestinedělí (cca 90% porodnic). Danou možnost většina matek využije. Doby zákazu vstupu otců na oddělení šestinedělí, pozorování dětí na novorozeneckém oddělení za skleněnými dveřmi a kolektivní kojení s rouškami na ústech se tak staly již definitivně minulostí.

Rooming-in se prosazoval v porodnicích již v 80. letech v závislosti na sílící kritice umělé výživy a podpoře kojení, která se objevila v rámci odborných kruhů již v 70. letech. Reálně však tehdy ještě přetrvávala obliba umělé výživy. Dnes se již téměř všechny porodnice připojují k propagaci kojení, a to i formou distribuce tištěných letáků, které mají jednak napomáhat s technikou kojení a jednak mají vyzdvihovat jeho klady pro zdravý růst a vývoj dítěte. Přesto ne všechny porodnice tyto tištěné materiály skutečně rozdávají matkám. Celá čtvrtina z nich je pouze vyvěšuje v rámci svých prostor, a tak záleží pouze na vůli matky, zda tyto informace sama na oddělení šestinedělí vyhledá nebo ne.

Zatímco zařízení pro koupání dítěte je již samozřejmou součástí 80% poporodních pokojů, sociální zařízení (WC a sprcha) se stalo zatím součástí pouhé třetiny těchto pokojů, (telefon téměř poloviny z nich). Tato situace se však zřejmě nebude příliš brzy měnit, jelikož přestavbu lůžkového oddělení do budoucna plánuje pouze 16% porodnic.

SLUŽBY

Podobně jako v případě oddělení šestinedělí byly veřejnosti zpřístupněny také samotné porodní pokoje a sály. Většina porodnic neodmítá žádost těhotných žen o prohlídku těchto místností. Takové seznámení těhotné ženy s místem jejího

⁹ Rooming-in je možnost nepřetržitého kontaktu matky a dítěte na pokoji na oddělení šestinedělí.

budoucího porodu je však samozřejmě pouze ve třech čtvrtinách porodnic. Seznámení s pokoji na oddělení šestinedělí je běžné pouze v necelých 60% porodnic.

V rámci historicky dlouhodobě propagované předporodní psychologicko-profylaktické přípravy na porod byly zavedeny kromě jednorázových informativních schůzek také kurzy předporodní přípravy, a to jak pro těhotné ženy, tak i pro jejich partnery k porodu. Ačkoliv takové služby nabízí okolo tří čtvrtin porodnic, účast na nich je zatím minimální. Třetina porodnic uvedla 10-24% účast svých rodiček, další třetina zhruba 25-49% účast a zbytek porodnic se rozprostřel mezi všechny ostatní kategorie.

Součástí předporodních kurzů bývá v téměř absolutní většině případů poučení o prospěšnosti kojení a seznámení rodičky s průběhem porodu i porodnicí, včetně prohlídky porodních pokojů. Zhruba v desetině až pětině předporodních kurzů však schází poučení o technice kojení a seznámení s relaxačními technikami, které může žena aktivně využívat během porodu. Jedná se o nácvik relaxačního dýchání nebo poučení o výhodách a nevýhodách různých porodních poloh. Dále také v těchto případech schází vysvětlení funkcí jednotlivých osob, které se během porodu o rodičku a její dítě starají.

Lze tedy říci, že výuka během předporodních kurzů někdy postrádá praktickou složku nácviku i informace, které může rodička během porodu aktivně využívat pro samostatné zvládání porodních bolestí.

Tabulka č.6: Rozsah poskytování předporodních kurzů, informačních schůzek a cvičení v porodnicích (v %)

	ano	ne	
		Poskytuje informační schůzku	
		ano	ne
Předporodní kurz pro ženy	77	15 <i>z toho povinný 2</i> <i>z toho pouze na žádost 8</i>	8
Předporodní kurz pro doprovod	63 <i>z toho povinný 15</i>	26 <i>z toho povinný 3</i> <i>z toho pouze na žádost 8</i>	12
Cvičení	64		36
Prohlídka porodního sálu (pokoje)	95 <i>z toho pouze na žádost 20</i>		4
Prohlídka oddělení šestinedělí	84 <i>z toho pouze na žádost 27</i>		16

Tendence k otevírání porodnic veřejnosti se snad v největší míře projevila v umožnění přítomnosti otce nejen na oddělení šestinedělí, ale také přímo u porodu. Tuto možnost umožňuje většina porodnic, přitom v polovině z nich

odhadují, že doprovod je přítomen u čtvrtiny až poloviny porodů, a v dalších 25% porodnic dokonce předpokládají přítomnost doprovodu u spontánních porodů v polovině až třech čtvrtinách případů.

Na rozdíl od standardu přítomnosti otců u porodu již není zcela běžnou jiná z mediálně diskutovaných možností volby rodičky, a to již výše zmiňovaná volba porodní polohy. Je tomu tak i přesto, že již v roce 1985 doporučilo Regionální centrum pro Evropu WHO, aby porodní zařízení umožnila ženám svobodný výběr porodní polohy. Kromě nejčastěji praktikované polohy vleže nebo pololeže je alespoň ve třetině českých porodnic dále umožňován (ale nikoliv vždy reálně uplatňován) také porod v kleku, ve stoje s opěrou a na porodní stoličce. Přitom porodnice, které nabízejí rodičkám volbu porodní polohy také častěji kladou důraz na přípravu rodičky k porodu a její informovanou volbu i v jiných aspektech porodu. Způsob vedení porodu v těchto porodnicích častěji (nicméně nikoliv důsledně) respektuje kritiku aktivně lékařsky vedeného porodu.

Tabulka č.7: Poskytování možností rodit v alternativních polohách ke klasické poloze vleže

Poloha	Podíl porodnic nabízejících danou možnost polohy při porodu
V kleku	41
Ve stoje nebo polodřepu v závěsu, s opěrou	39
Na porodní stoličce	35
Na porodním vaku	29
Ve bazénku nebo vaně s vodou	20

Během **první doby porodní** se v téměř všech českých porodnicích žena pobízí k pohybu, přičemž může používat porodní balón, který patří k inventáři naprosté většiny porodnic podobně jako sprcha, která je taktéž užívána k **uvolnění a tlumení bolesti**. Přesto však existují v současné době také porodnice bez možnosti využití těchto pomůcek, a porodnice, v nichž se v průběhu 1. doby porodní doporučuje ženám ležet v klidu na posteli. Mezi další rozšířené nefarmakologické prostředky k tlumení bolesti patří masáž zad a břicha rodičky, kterou provádí nejčastěji ona sama za případné pomoci jejího doprovodu. Pouze v polovině porodnic je zvykem, aby s masáží rodičce pomáhal i zdravotnický personál.

Naopak **tlumení bolesti farmakologickými přípravky je uplatňováno zdravotnickým personálem poměrně často. Ve více než polovině porodnic (v 62%) se analgetika dávají rodičce ještě před tím, než o ně sama požádá. V pětině porodnic se aplikují všem rodičkám bez rozdílu.** Epidurální anestézii uplatňuje více než 90% porodnic a jen pětina ji provádí pouze na základě zdravotní indikace. Naopak téměř třetina porodnic epidurální anestézii rodičkám před porodem standardně nabízí jako možnost volby.

Tato služba bývá většinou placená. Spolu s možností výběru nadstandardního pokoje na oddělení šestinedělí je jednou z nejdražších porodních služeb vůbec. Platby za doprovod k porodu dosahují většinou nižší úrovně. Ostatní široce rozšířené služby, jako například předporodní kurzy, jsou častěji (asi v polovině případů) poskytovány zdarma. Zcela zdarma bývá porod na porodním

pokoji a návštěva porodní asistentky po porodu v domácnosti, jelikož tu hradí do 3 návštěv zdravotní pojišťovna. Taková služba však není příliš rozšířená. Podle výpovědí vedení porodnic mají tuto službu reálně k dispozici pouze rodičky ze třetiny českých porodnic.

Možností volby se stává také odmítnutí předporodního holení, což však není ženami příliš využíváno. Aplikace klystýru zůstává spíše prosazovanou variantou předporodní přípravy, nicméně v některých porodnicích je doporučováno zakoupení speciálního klystýrového přípravku jako příjemnější varianty aplikace klystýru. Během porodu je pak rodičkám většinou dovoleno pít, nicméně v pětině porodnic je jakýkoliv příjem tekutin či potravin během porodu striktně odmítán.

Tabulka č.8: Nutnost předporodní přípravy v porodnicích (v %)

		Nutnost aplikace klystýru		
		Nutný	není nutný	celkem
Nutnost holení pubického ochlupení	nutné	39.5	4.4	43.9
	není nutné	21.9	34.2	56.1
	celkem	61.4	38.6	100.0

Druhá doba porodní je v naší republice většinou ukončena epiziotomií, ačkoliv WHO se k jejímu všeobecnému používání staví negativně a upřednostňuje ochranu perinea jiným způsobem [Care In Normal Birth – a Practical Guide 1996]. Přesto vedení porodnic uváděla téměř vždy nadpoloviční až 90% podíl provedených nástřihů hráze na celkovém počtu jejich rodiček. Čtvrtina porodnic se přihlásila k provádění epiziotomií ve 3/4 a více porodech z celkového počtu a 43% ve více než 1/2 nicméně méně než 3/4 případů. Epiziotomie byla rozšířena jako ochrana před rupturami 3. stupně, které se těžce sešívají a následně hojí. Poměrně vysoká čísla podílů žen, které odcházejí z porodnice s intaktní hrází v některých zahraničních porodních zařízeních, kde není k nástřihům přistupováno tak často [Přivádíme děti na svět 2001], však ukazují, že přístup zdravotnického personálu ve (zhruba) 9% českých porodnicích, který se snaží o minimalizaci provádění těchto lékařských zásahů (a výrazně nižší počet jich také provádějí) není v Evropě zcela osamocený.

Podobně jako existují významné a výrazné rozdíly mezi porodnicemi v přístupu k provádění epiziotomií, vyskytují se také rozdíly mezi porodnicemi ve smyslu četnosti provádění císařských řezů. Ačkoliv se **porody císařskými řezy nikdy nestaly v naší republice převažující formou porodu tak, jako se tomu stalo u provádění epiziotomií, jejich podíl na celkovém počtu porodů v některých porodnicích dosahuje až 20%, a to bez jakékoliv závislosti na tom, zda se jedná o perinatologické centrum, kde se koncentrují rizikové případy, nebo ne.** V současné době je tento fakt kritizován Českou gyn.-por. společností (ČGGS) na stránkách České gynekologie, hlavního oborového časopisu pro porodníky. Císařský řez je na straně jedné efektivní operací především v případě předpokládaných nebo zřetelných komplikací stavu dítěte, ale na straně druhé je jako každá rozsáhlá břišní operace nebezpečím pro matku. Toto nebezpečí se vztahuje spíše k její morbiditě, nikoliv tolik k mortalitě. Současná kritika početního vzestupu provádění císařských řezů se zdá být významná také z toho hlediska, že ještě na začátku 80. let

propagovali podle analýzy lékařských časopisů, kterou provedla Heitlinger [1987] někteří čeští porodníci císařský řez jako metodu volby.¹⁰

Na závěr lze shrnout, že mezi českými porodnicemi existují značné rozdíly ve vedení porodů, přípravě rodiček na ně i konkrétním rozdělení úkolů mezi zdravotním personálem. Zhruba v polovině případů, a především v Čechách, totiž fyziologické spontánní porody vede lékař za asistence porodní asistentky, zatímco v menší, nicméně také zhruba poloviční části porodnic, především na Moravě, vede takový typ porodu porodní asistentka za přítomnosti lékaře, který dohlíží nad jeho průběhem. V některých porodnicích provádí epiziotomie většinou lékař, jinde porodní asistentka, která volá doktora až k následnému šití, apod. Ve vztahu k rodičce definují lékaři svou roli až ve 2/3 porodnic spíše jako roli aktivního aktéra porodu, který řídí a kontroluje porod, rodičku i dítě. Rodička se tak stává především pasivním příjemcem zdravotní péče. Ve zbylé třetině porodnic svůj přístup k rodičce a dítěti definují lékaři spíše jako pasivní, kontrolující, vyhodnocující a podporující samostatnou práci rodičky.

PROBLÉMY A ZMĚNY

Jak bylo již výše naznačeno, potýkají se současná vedení porodnic především se zastaralou konstrukcí budov, a tedy i nevyhovujícím prostorovým uspořádáním porodních oddělení i oddělení šestinedělí. S tímto problémem jsou konfrontovány hlavně fakultní porodnice (tedy porodnice ve velkých městech). Strategií jejich vedení do budoucna se tedy stávají investice do lůžkové části. Městské porodnice rekonstruuji častěji porodní sály a pokoje. Okresní porodnice (převážně porodnice v menších městech) se potýkají podle výpovědí jejich vedoucích pracovníků s nedostatečným přístrojovým vybavením. Z výše uvedených hledisek, které spojuje nejčastěji uváděný problém zdravotníků, totiž finanční zajištění, se zdá být nejvíce spokojen se svou situací vedoucí zdravotní personál z privátních porodnic. Ten totiž se zajištěním porodního standardu zdaleka v největší míře považuje za svou prioritu do budoucna zavádění nadstandardní péče. Zůstává otázkou, nakolik bude tato péče dále komerčně využita.

Tabulka č.9: Problémy a plánované změny v porodnicích

Nejčastější problémy	Plánované změny
Nedostatečné finance	Přestavba porodních sálů
Nedostatečné přístrojové vybavení	Poskytování nadstandardní péče
Zastaralá budova	Přestavba lůžkového oddělení
Nedostatečné finance	Přestavba porodních sálů

3.2.2. MATKY

POROD PODLE ZKUŠENOSTÍ MATEK

Ačkoliv matky upřednostňují spíše aktivně lékařsky vedený způsob porodu, **existuje vedle nich celá čtvrtina české ženské populace s dítětem do 1,5**

¹⁰ Elektivní císařský řez je v některých zahraničních porodnicích běžný.

roku života, které preferují naopak porod, do jehož průběhu zasahuje zdravotnický personál co nejméně. Těm, které si takový porod přejí je však vyhověno spíše zřídka. Pouze třetině z těchto žen, jejichž počet byl navíc omezen pouze na ty, jejichž porod probíhal spontánně, bylo umožněno родit podle jejich představ.

Jedná se většinou o ženy, které nerodily poprvé a během porodu pro sebe častěji prosadily jinou než klasickou polohu na zádech nebo v pololeže. Vyhýbaly se polohám s připevněnými nohama, které jsou v naší republice stále ještě standardními polohami rodičky během porodu. S nohama ve třemenech rodilo celých 47% matek.

Standardní porodní poloze aktivně lékařsky vedeného způsobu porodu se vyhýbaly i ostatní ženy, jež mohly během svého porodu samy volit svou polohu. Tu si však mohla zvolit méně než čtvrtina z dotázaných matek, jejichž porod byl spontánní, i když možnost vlastní volby polohy během porodu je silně korelována s celkovou spokojeností s průběhem porodu. Nemožnost pohybu a upoutání do jediné polohy byla téměř dvoutřetinovou většinou matek zařazena spolu s bolestivými kontrakcemi, strachem o dítě a slyšitelnou přítomností jiné rodičky mezi čtyři nejhorší zážitky z porodu. V případě nového těhotenství by možnost volby polohy během porodu považovalo za důležitou okolnost výběru místa porodu téměř 80% matek. Vzhledem k výše uvedeným faktům se lze domnívat, že veřejná diskuse nad možností vlastní volby polohy během porodu není pouze okrajovou, ale má poměrně silnou podporu u klíčové populace.

Tabulka č.10: Možnost volby a reálné porodní polohy (v %)

	Nemohla volit svou polohu během porodu	Mohla zvolit svou polohu během porodu
V leže na posteli s připevněnými nohama	(!)37,0	(!)14,3
V leže na posteli bez připevněných nohou	26,5	29,2
V pololeže na posteli s připevněnými nohama	15,4	8,3
V pololeže na posteli bez připevněných nohou	(!)18,6	(!)36,3
V sedě na posteli	-	3,6
Do vody	-	1,8
Ve stoje, v závěsu	0,2	-
V kleku	0,2	1,2
Ve dřepu	0,2	0,6
V sedě na porodní stoličce	1,9	4,8
V leže nebo polosedě na žíněnce	0,2	-
Celkem	100	100

V podobném smyslu se vyjadřovaly matky také o aplikaci klystýru. Tu považovalo za jeden ze čtyř nejhorších zážitků téměř 60% žen, což je stále více

než podíl těch žen, které mezi tyto zážitky zařadily strach o vlastní zdraví. V případě nové možnosti výběru porodnice by však možnost odmítnutí klystýru hodnotila jako důležité kritérium při rozhodování o místě porodu již pouze necelá polovina žen.

Nejhorším zážitkem z porodu pro většinu matek zůstávají pochopitelně **bolestivé kontrakce**. Pouze desetina matek využila během porodu možnosti epidurální anestézie, která na straně jedné ve většině případů účinně zeslabuje prožitek bolesti, na straně druhé je však svázána s některými jinými zdravotními a porodními komplikacemi. Celá polovina žen, která této možnosti nevyužila je se svým rozhodnutím spokojena. Pouze třetina z nich by během možného příštího porodu anestézie ráda využila.

Tabulka č.11: Nejhorší prožitky porodu (součet podílů žen, jež každý konkrétní prožitek zařadily na první čtyři místa)

Bolestivé kontrakce	87
Strach o zdraví dítěte	75
Slyšitelná přítomnost jiné rodičky	61
Nemožnost pohybu, upoutání do jediné polohy	59
Jiné-nezjištěno	59
Aplikace klystýru	57
Strach o vlastní zdraví	54
Nevlídnot zdravotnického personálu	53
Nedostatek vysvětlování toho, co a proč činí zdravotnický personál s rodičkou	50

Aktivně lékařsky vedený porod je v ČR standardem. Tři čtvrtiny matek uvedly, že během svého posledního porodu pouze plnily příkazy zdravotníků. Způsob porodu, kladoucí důraz na aktivitu a intuici ženy, je praktikován z celorepublikového hlediska pouze okrajově, a téměř výlučně u žen, které tento přístup vyžadují.

Na straně jedné lze říci, že **podpora přirozených porodů není mezi ženskou populací nijak výrazná. Na straně druhé však v rámci této populace nelze opomenout silnou podporu některých praktik, které jsou zastánci přirozeného porodu obhajovány v opozici k lékařsky aktivně vedenému porodu.** Jedná se po sérii již dříve zavedených praktik přítomnosti otce u porodu nebo rooming-in nyní především (nicméně nejen) o vlastní volbu porodní polohy rodičkou. **České matky by tak rády uvítaly větší nabídku alternativ k aktivně lékařsky vedenému porodu, nicméně spíše na půdě plně technicky vybavených porodnic a se zachováním aktivity přístupu lékařského personálu.**

Porody doma nejsou v české populaci matek příliš žádány. Přesto není zanedbatelný téměř 15% podíl matek, které tuto formu porodu jednoznačně schvalují, a téměř 30% podíl dalších žen, které tuto možnost spíše podporují.

Jedná se o ženy, které **nelze vymezit ze socio-demografického hlediska, nýbrž z hlediska jejich negativní zkušenosti s průběhem svého posledního porodu.** Tyto ženy také daleko častěji preferují možnost ambulantního porodu (až 50% matek s dítětem do 1,5 roku).

Ženy, které podporují porody v domácnosti, neuvádějí, že důvodem jejich nespokojenosti je špatná dostupnost informací nebo nedostatečné vybavení porodnic porodním zařízením typu porodní stoličky, vaku, apod., ale svou zkušenost definují jako rozčarování z nevlídnosti středního zdravotnického personálu během porodu, neochoty vyhovět přáním rodičky a pocitu nemožnosti ovlivňovat vlastní porod.

Je zřejmé, že zkušenost vlastního porodu je silným faktorem v rozhodování o podobě dalších porodů ženy. Stejně tak i zkušenost s obtížností získávání kvalitních informací o porodu se promítá do další snahy nebo naopak rezignace žen na dosažení takových informací během jejich dalších těhotenství. Také těmito sociálními mechanismy, tedy **přístupem k laické veřejnosti a mírou otevřenosti, ovlivňují postoje matek k současnému stavu porodnictví sami zdravotníci.**

PŘÍSTUP K PORODU A POPORODNÍ PÉČI

Výběr porodnice považovalo před svým porodem za důležitý 55% matek. Z toho 69% matek se skutečně pečlivě rozhodovalo o tom, ve které porodnici porodí své dítě, a 31% matek považovalo výběr sice za důležitý, nicméně během svého těhotenství pociťovalo nesnáze při jeho uskutečnění. Situace je pochopitelná, jestliže si uvědomíme, že výběr prováděly především ženy z velkoměst, v nichž se nachází více porodnic. Pro ostatní je výběr více závislý na silničním propojení jejich místa bydliště s okolními porodnicemi.

Tato situace by však neměla vést k tvrzení, že dopravní dostupnost porodnice je pro většinu matek tím jediným uznávaným kritériem výběru porodnice. V naší republice jsou nakonec známy případy, kdy se rodiče před plánovaným termínem porodu na krátkou dobu přestěhovali do místa, v jehož okolí se nacházela porodnice, v níž chtěla žena přivést na svět své dítě. Jednalo se především o případy, kdy zvolená porodnice nabízela v té době nestandardní služby (např. přítomnost otce u porodu). Po zkušenosti vlastního porodu se faktor dostupnosti porodnice propadá ve svém významu pro výběr porodnice matkou až za faktor její osobní zkušenosti s konkrétní porodnicí a faktor způsobu vedení porodu. Následován je pak kritériem vybavení porodnice zařízeními nebo pomůckami k alternativním způsobům vedení porodu (např. porodní stolička, porodní míč, vak, lano, vana apod.)

Tabulka č.12: Faktory, které by (podle výpovědí matek) nejvýrazněji ovlivnily jejich výběr porodnice v případě nového těhotenství (na obecné úrovni, v %)

Faktory	Rozhodující roli	Důležitou roli	Pořadí při sečtení kategorií „rozhodující“ a „důležitá role“
Osobní zkušenost s porodnicí	64	30	2.
Způsob vedení porodu	52	41	1.

Dostupnost porodnice	50	38	3.
Vybavení porodnice zařízeními a pomůckami k alternativním způsobům vedení porodu (např. porodní stolička, porodní míč, vak, lano, vana apod.)	40	44	4.
Doporučení lékaře, zdravotní sestry	27	57	4.

Poznámka: Výběr byl prováděn také z těchto dalších položek, které však by voleny poměrně málo: Informační brožury a letáky jednotlivých porodnic; doporučení příbuzných a známých.

Tabulka č.13: Nejdůležitější důvody výběru porodnice pro matky v případě jejich nového těhotenství poté, co byly seznámeny s uvedenými možnostmi současné porodní praxe (na konkrétní úrovni, v %)

Možnosti	Podíl žen, které považují daný faktor za „důležitý“ nebo dokonce „velmi důležitý“ pro výběr porodnice	Pořadí faktorů podle volby „velmi důležitých“ pro výběr porodnice
Možnost získání informací a dohody o podávání utišujících prostředků během porodu	84	3.
Možnost volby polohy při samotném porodu	79	4.
Možnost mít dítě na oddělení šestinedělí u sebe po celých 24 hodin	78	1.
Možnost mít u porodu otce dítěte nebo jiný doprovod	74	2.
Možnost využít epidurální nebo spinální anestézii	72	6.
Možnost vidět předem porodní sál a oddělení šestinedělí	65	5.
Možnost odmítnout klystýr	47	7.

Poznámka: Výběr byl prováděn také z dalších položek, které byly podle kritéria „velmi důležité“ seřazeny směrem k nejméně důležitým takto: možnost odmítnout holení pubického ochlupení (42%), možnost родit do vody (41%), možnost porodit ambulantně, tj. odejít z porodnice domů do 24 hodin (20%), možnost porodit dítě doma za přítomnosti por. asistentky (19%).

Při hodnocení těchto výsledků je nutno si uvědomit, že mnohé ženy o daných možnostech před příchodem tazatelky nevěděly.

Reálně ženy (podle svého vyjádření) prováděly výběr porodnice především s ohledem na možnost rooming-in, který je však v současné době poskytován téměř ve všech českých porodnicích. Všechna ostatní kritéria výběru byla volena maximálně třetinou matek. Druhým nejčastěji voleným kritériem výběru byla možnost родit v různých polohách nebo za pomoci porodních pomůcek (vak, lano, porodní míč apod.).

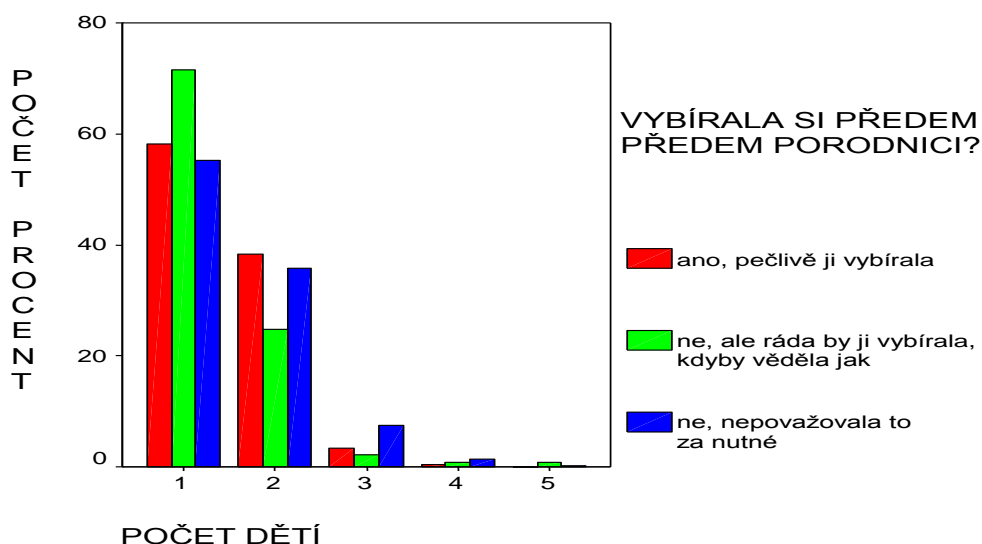
Tabulka č.14: Nejdůležitější reálně uvažovaná kritéria volby porodnice matkami během jejich posledního těhotenství (na konkrétní úrovni, v %)

24 hodin dítě	55
Polohy a pomůcky	34
Možnost docházení na předporodní kurzy	23
Možnost epidurální anestézie	20
Možnost užití tišících prostředků	19

Poznámka: Výběr byl prováděn také z těchto dalších položek: možnost dohody o podmínkách nástřihu hráze (9%), možnost родit do vody (8%), možnost pít během porodu (8%), možnost odmítnout holení pubického ochlupení (5%), možnost odmítnout klystýr (4%).

Zatímco výběr porodnice prováděly během svého těhotenství především vzdělanější a věkově starší ženy (především prvorodičky a druhorodičky), za zbytečný považovalo výběr porodnice 45% žen, a to především těch se základním vzděláním a těch, které rodily již své třetí či další dítě.

Graf č.1: Důležitost výběru porodnice v závislosti na počtu dětí matky (v%)



Ženy s nižším vzděláním a matky více dětí také častěji rezignují na účast na **předporodním kurzu**. Předporodní kurzy jsou navštěvovány celkově zatím sporadicky, i přes jejich nesporný přínos pro míru informovanosti těhotných žen o porodních možnostech v ČR. Během svého těhotenství je navštívila pouze (zhruba) čtvrtina matek.

Předporodní kurzy, na nichž dochází k seznámení rodičky s personálem a s porodní praxí té které porodnice, **přispívají k zvyšování její informovanosti o možnostech porodu v ČR. Dále přispívají k její spokojenosti s možnostmi získávání informací o porodu, a nakonec i k její celkové spokojenosti s průběhem porodu.**

Výlučnou skupinou, která se vyznačuje vyšším zájmem o tento způsob nabývání informací jsou vzdělanější ženy, prvorodičky a ženy z větších měst.

Tabulka č.15: Účast matek na předporodních kurzech v závislosti na počtu jejich dětí (v %)

Počet dětí	Navštěvovala předporodní kurz			
	ano		ne	
	s doprovodem	bez doprovodu		z toho: nepovažovala jej za důležitý
1	13.8	17.8	68.4	38.9
2	6.0	14.8	79.2	56.6
3 a více	4.0	10.0	86.0	65.1
Celkem	10.5	16.3	73.2	47.5

Ženy s podobnými socio-demografickými charakteristikami jako ty, které preferují návštěvy předporodních kurzů také častěji realizovaly porod za **doprovodu partnera**. Tím byl v naprosté většině případů právě otec dítěte. Doprovod si ke svému porodu přivedlo celých 54% matek. Doprovod chodí k porodu v polovině případů bez jakékoliv přípravy, a proto lze o jeho pomoci uvažovat spíše v rovině symbolické nebo rovině psychické opory než v rovině fyzické pomoci formou masáží nebo pomoci s různými úlevovými polohami.

V případě, že není umožněna přítomnost otce u rodičky v průběhu první doby porodní, což nastává v situaci souběhu přípravy dvou či více rodiček v jediné místnosti pro přípravu na porod, však taková pomoc není v zásadě ani realizovatelná. Nutno podotknout, že i přes snahy vedení mnohých porodnic, nejsou často stavební úpravy porodních sálů nebo místností pro přípravu na porod zatím realizovány, a tak výše zmiňovaná situace několika rodiček v jediné místnosti pro přípravu na porod není bohužel stále ještě výjimkou.

Partneři, kteří se nějakého školení před porodem zúčastnili, získali informace většinou na jednorázové informativní schůzce. **Pouze 15% partnerů při porodu prošlo dříve předporodním kurzem. Přítomnosti doprovodu u porodu však ženy později většinou nelitují.** Přítomnost partnera u porodu se v naší společnosti během poměrně krátké doby rozšířila natolik, že naopak třetina matek, jejichž partneři se porodu neúčastnili, toho zpětně lituje.

ZPŮSOBY ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ

Ačkoliv ženy získávají v hojné míře informace o těhotenství, porodu i šestinedělí především prostřednictvím svého gynekologa a jeho zdravotní sestry, překvapivě vysoký je i jejich zájem o získávání informací prostřednictvím tisku. Tato možnost je spíše záležitostí posledních let, kdy se hlavně v 2. polovině 90. let začala ve větší míře rozvíjet mediální diskuse na téma současného porodnictví. Téma porodů se dostávalo do české publicistiky i dříve, nicméně pouze sporadicky a na rozdíl od současnosti pouze jako téma zúžené na jediný aspekt celého porodního procesu. Např. v polovině 80. let se diskutovalo především o možnosti rooming-in, později o možnosti přítomnosti otců u porodu,

apod. Situace v českém porodnictví jako celku se však převážně nestávala předmětem mediálně zveřejňovaného posuzování.

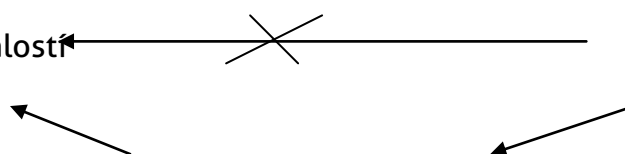
Tabulka č.16: Podíl matek využívajících následujících zdrojů informací

Zdroj informací	využila	nevyužila	Přínos zdroje pro kvalitu získaných informací
Informace od ambulantního gynekologa matky	84	16	+
Informace od příbuzných a přítel	79	21	-
Četba letáků, informačních brožur porodnic	27	73	+
Četba novin, časopisů	68	32	0
Četba odborné literatury	70	30	+
Informace od zdravotnického personálu v porodnici	56	44	+
Informace z předporodního kurzu	27	73	+

Poznámka: Ve sloupci o kvalitativním přínosu informací pro ženy z jednotlivých zdrojů označuje „+“ informace přispívající k celkové znalosti rodičky o současných porodních možnostech v ČR. Naopak ženy, které spoléhají především na zdroj označený „-“, vykazují menší míru znalostí o současných porodních možnostech. „0“ označuje zdroj, u něhož nebyla prokázána statisticky významná souvislost s mírou dosažených informací ženami, které se nechaly ovlivnit především jím zprostředkovanými informacemi.

Z hlediska informačního přínosu o možnostech dnešních způsobů porodu je nutno rozlišovat mezi odbornou literaturou, jejíž čtenářky mají větší přehled o současných možnostech porodu, a četbou výhradně populární (noviny, časopisy). Znalosti výlučně jejích čtenářek totiž skutečně nedosahují úrovně znalostí čtenářek odborné literatury. Přitom tato skutečnost statisticky významně nesouvisí s výší vzdělání matky. Lze tedy říci, že **ačkoliv jsou vzdělanější ženy více informované, a proto také více spokojené s kvalitou informací, které dokázaly získat, tak stejně informované jsou i ženy s nižším vzděláním, nicméně vyhledávající informace v odborné literatuře. Odbornou literaturou se před porodem zabývaly více než 2/3 matek, a lze tedy říci, že je o ni v této populaci velký zájem.** Pokud jde o vysokoškolačky, odbornou literaturou, vztahující se k přípravě i průběhu porodu a období šestinedělí, se zabývalo celých 85% z nich.

Míra dosažených znalostí
vzdělání



Četba odborné literatury

Pokud se ženy informují o způsobech vedení porodu během svého těhotenství přímo v porodnici, u svého obvodního gynekologa nebo na předporodních kurzech, pak jsou v diskutované oblasti také více informované.

Skutečné znalosti o možnostech porodní péče v naší republice nejsou přes deklarovanou snahu rodiček zatím příliš vysoké. Míra neznalosti konkrétních alternativ ke klasické porodní péči je přitom závislá na tom, nakolik je daná možnost v českých porodnicích rozšířená. Nešťastnou se situace malé informovanosti žen zdá být především v případech, kdy žena řadí mezi nejvíce traumatizující zážitky z porodu právě situace, jimž se mohla v některých pro ni fyzicky dostupných porodnicích vyhnout nebo je alespoň za pomoci zdravotního personálu minimalizovat. Jedná se například o možnost odmítnutí klystýru, volbu jiné než klasické porodní polohy, apod. (viz tabulka č.2 a 8).

Tabulka č.17: Míra znalostí o současné porodní nabídce v ČR – matky

Možnost	Podíl matek, které nevěděly o tom, že v některých českých porodnicích jsou nabízeny tyto možnosti
Možnost dohody o aplikaci klystýru	65
Možnost dohody o holení	63
Možnost pití během porodu	60
Možnost dohody o podmínkách nástřihu hráze	55
Možnost родit do vody	36
Možnost užití bolest tišících prostředků	28
Možnost родit s pomocí porodních pomůcek a zařízení (např. porodní míč, vak, lano...)	28
Možnost родit v různých polohách	26
Možnost aplikace epidurální anestézie	21
Možnost účasti na předporodních kurzech	15
Možnost mít dítě po porodu nepřetržitě u sebe	10

Stejně tak, jako stoupá míra informovanosti žen o jednotlivých možnostech porodu s tím, jak jsou tyto možnosti skutečně uplatňovány v jednotlivých českých porodnicích, tak také vzrůstá míra důrazu na jednotlivá kritéria výběru porodnice matkou s tím, nakolik jsou dostupná v českých porodnicích. Lze tedy shrnout, že **ženy preferují alternativní možnosti k aktivně lékařsky vedenému porodu tím více, čím více jsou tyto možnosti ověřené v praxi.**

HODNOCENÍ PORODNÍ PÉČE

Spokojenější jsou s kvalitou získaných informací především ženy, které získávaly informace na předporodních kurzech, přímo v porodnici, od svého ambulantního gynekologa, nebo ty, které studovaly odbornou literaturu. Informace získané prostřednictvím příbuzných a známých jsou matkami zpětně hodnoceny (častěji než u jiných zdrojů informací) jako informace špatné kvality. Ženy s více dětmi proto narozdíl od prvorodiček k doporučení příbuzných a známých ohledně výběru porodnice přihlížejí jen zřídka. Na rodinné a přátelské síti se naopak častěji obracejí nejmladší matky, a zároveň ženy se základním vzděláním nebo vyučené.

Spokojenost s možností získat informace o nabídce jednotlivých porodnic posiluje studium informačních materiálů jednotlivých porodnic. Informace tohoto typu vyhledávají více než 2/3 matek a celé 2/5 matek jsou nespokojené se současnými možnostmi získat informace o nabídce jednotlivých porodnic. Z těchto důvodů je možné se domnívat, že „Průvodce porodnicemi České republiky“ má na českém mediálním trhu jednoznačně své místo.

Vzhledem k současné situaci výrazných změn v českém porodnictví lze doporučit jeho průběžnou aktualizaci a zveřejnění na internetu. Internetová verze „Průvodce porodnicemi České republiky“ by přinesla možnost finančně nenákladné korekce získaných údajů vedením jednotlivých porodnic v průběhu budoucích let, stejně jako možnost neustálého připomínkování ze strany matek, které mají s porodem v konkrétní porodnici vlastní zkušenost. Vzhledem k zprostředkovatelskému účelu „Průvodce porodnicemi České republiky“ lze alespoň ze začátku doporučit také investici do jeho zkrácených regionálních tištěných verzí. Regionální „Průvodce“ by bylo možné jednoduše distribuovat do gynekologických ambulancí. Využívat by je tak mohli i gynekologové a jejich klientky - těhotné ženy, kteří nemají přístup na internet.

Z odborné péče poskytované v českých porodnicích jsou ženy nejvíce spokojené s přístupem a péčí zdravotníků na odděleních šestinedělí. V naší republice se již delší dobu, a se zvýšenou aktivitou v posledních letech, klade důraz na délku kojení dítěte bez umělého dokrmování.

Bylo prokázáno, že spokojenost s pomocí při zahájení **kojení** v porodnici se projevuje jak v délce předpokládané doby kojení, tak i ve skutečné délce doby kojení. S pomocí při kojení bylo přitom spokojeno téměř 90% matek. 3% matek uvedla, že zdravotnický personál byl v této oblasti neochotný, i když o pomoc samy žádaly. Pouze 7% matek uvedlo, že s kojením žádnou pomoc nepotřebovalo.

Po odchodu z porodnice vzrostl počet matek, které nepotřebovaly pomoc s kojením na více než jednu čtvrtinu z nich. Zároveň však také vzrostl počet těch, kterým se nedostávalo odborné pomoci, ačkoliv by ji podle svého názoru rozhodně potřebovaly. Tato situace se také zřejmě odráží až v 85% příklonu matek k požadavku na tři hrazené návštěvy porodní asistentky po porodu v domácnosti matky. V našem souboru matek své dítě nakonec po ukončení 3 měsíců života bez příkrmu nekojilo 38% matek. Po půl roce života nebylo kojeno bez příkrmů 60% dětí. 6% žen své dítě nekojilo vůbec.

Celkovou spokojenost se skutečným průběhem porodu způsobuje kromě reálné informovanosti rodičky o možných způsobech porodu především seznámení s názory zdravotnického personálu na způsob vedení porodu již před jeho počátkem, a to ať už na předporodních kurzech nebo jiným způsobem. Skutečně výrazná nespokojenost s průběhem porodu byla v poměru k ostatním matkám zaznamenána pouze u žen s klešťovým porodem, nicméně vzhledem k jejich počtu lze toto zjištění chápat pouze jako orientační, hodné dalšího zkoumání. **Spokojenost s celkovým průběhem porodu** naopak **častěji vyjadřovaly ženy, jež měly u svého porodu někoho ze svých blízkých, a ty, jež mohly samy zvolit svou polohu během porodu.**

Lze shrnout, že **míra celkové spokojenosti** s vlastním průběhem porodu vzrůstá s větší investicí ženy do získání kvalitních informací, s tím související mírou vzdělanosti matky v oblasti současných možností způsobů porodu, ale také **vzrůstá s větší investicí těhotné ženy do hledání přijatelné porodnice pro porod dítěte. Investice do získání informací během těhotenství se tedy zúročují ve spokojenosti s vlastním průběhem porodu.**

Vzhledem k tomu, že v ČR převládá aktivně lékařsky vedený porod, jsou nakonec více spokojené s vlastním průběhem porodu matky, které tento způsob porodu preferují. Na straně druhé však **spokojenost vyjadřují také ženy, jež preferují porod, do jehož průběhu zdravotnický personál zasahuje co nejméně a takový porod jim byl současně umožněn. Lze tedy jednoznačně zamítnout tvrzení, že ženy vyžadující přirozený způsob vedení porodu později, po zkušenosti s takovým porodem, svého rozhodnutí litují.**

3.2.3. POPRVÉ TĚHOTNÉ ŽENY

PŘÍSTUP K PORODU A POPORODNÍ PÉČI

Poprvé těhotné ženy daleko častěji než matky navštěvují předporodní kurzy, které jim kompenzují nedostatek osobní zkušenosti s porodem. Přitom ženy, které čerpají informace o porodu na předporodních kurzech také častěji navštěvují předporodní cvičení. Celkově je však poprvé těhotných žen, které chtějí během svého těhotenství absolvovat jak předporodní kurz, tak i cvičení, stále pouze 42%. Jedná se (stejně jako u souboru matek) o ženy s vyšším vzděláním, starší, z větších měst.

Na rozdíl od matek s větším počtem dětí je však u poprvé těhotných žen (ale i matek s jedním dítětem) nejčastěji uváděným důvodem neúčasti na některé z uvedených forem přípravy na porod fakt, že nejsou nabízeny v okolí bydliště ženy, nikoliv fakt, že je nepovažují za důležité. Předporodní cvičení přitom ženy považují za důležitější než předporodní kurz. Téměř 30% z nich však provádí místo kolektivního cvičení pravidelné cvičení doma. Za nedůležité je považuje pouze 18% poprvé těhotných žen.

Tabulka č.18: Míra návštěvnosti předporodních kurzů a cvičení pro těhotné ženy (v %)

		Navštěvuje předporodní kurz			
		ano	ne, ale chystá se	ne a nebude jej navštěvovat	celkem
Navštěvuje cvičení pro těhotné ženy	ano	12.7	5.0	5.0	22.6
	ne, ale chystá se	1.9	22.3	5.2	29.3
	ne a nebude jej navštěvovat	2.1	5.8	40.1	48.0
	celkem	16.7	33.0	50.2	100.0

Podobně jako u matek jsou to právě partneri poprvé těhotných žen účastnících se předporodní přípravy na porod, kdo se chystá jako doprovod k porodu, a za tím účelem také navštěvuje předporodní kurz. S přítomností partnera u porodu počítá více poprvé těhotných žen než matek, a to i matek, které rodily jen jednou. Lze tedy vyslovit hypotézu o tom, že česká ženská populace je více nakloněna novým trendům v porodnictví, než jak je nakonec skutečně realizuje. V průběhu těhotenství, a především prvního těhotenství, totiž větší podíl žen plánuje uskutečnění některé z poměrně nových možností (např. doprovod k porodu, výběr porodnice podle její nabídky porodní i poporodní péče, apod.), ve skutečnosti však tyto možnosti realizuje jen část z nich.

Od přítomnosti blízké osoby u porodu poprvé těhotné ženy očekávají především oporu a zprostředkování pocitu bezpečí (57%). Nezanedbatelný podíl žen však přivádí partnera k porodu také za účelem umožnění společného

prožitku porodu a uskutečnění partnerova přání (35%). Ženy, které partnera k porodu nechtějí, uvádí jako hlavní důvod stud, nevhodnost a potřebu soukromí (54%), ale také obavu z jeho selhání (12%).

Mezi poprvé těhotnými ženami je daleko menší podíl těch, které preferují porod, do jehož průběhu zasahuje zdravotnický personál co nejméně, než mezi matkami. Tato situace je pochopitelná, neboť i u matek vzrůstá preference takového způsobu porodu především mezi ženami s větším počtem dětí.

ZPŮSOBY ZÍSKÁVÁNÍ INFORMACÍ

Větší zájem o informace o nových možnostech porodní péče v naší republice mají především poprvé těhotné ženy, které se také na jejich základě daleko častěji než matky chtějí rozhodovat o tom, ve které porodnici přivedou na svět své dítě. Na základě nabytých informací pak vyžadují, aby jejich poznatky byly uplatňovány také v praxi, ale většinou pod aktivním vedením zdravotníků, kteří je konec konců s těmito poznatky a svým názorem na ně seznamují. Chceme-li tedy hovořit o posunu v přístupu žen k české porodní praxi, pak je možné (v rámci předpokladu zvětšující se tendence k výběru porodnice na základě její nabídky porodní péče) **uvažovat spíše než o plošném prosazování přirozeného porodu, o prosazování některých aspektů kritiky klasicky aktivně lékařsky vedeného porodu.**

Matky s více dětmi spoléhají především na svoji zkušenost a častěji preferují porod, do jehož průběhu zasahuje zdravotnický personál co nejméně. Nutno však podotknout, že se změnami v našem porodnictví, a zdravotnictví vůbec, je častěji vyhověno i těmto ženám. **Poprvé těhotné ženy a prvorodičky si nejsou samy sebou v tomto ohledu tak jisté. Častěji spoléhají na informace, které jim předá lékař nebo jejich známí. Vedení porodu také raději svěří do rukou zdravotnického personálu.**

Na rozdíl od skutečného získávání informací o české porodní praxi ženami na mateřské dovolené uvádějí poprvé těhotné ženy záměr získávat informace ze zdrojů, které jsou z hlediska jejich informačního dopadu na rodičku jednoznačně vyšší kvality. Jedná se především o vyšší podíl žen, které hodlají navštěvovat předporodní kurzy, získat informace přímo v porodnici, v níž hodlají porodit své dítě a seznámit se s odbornou literaturou o porodu i poporodní péči o matku a dítě. Rozdíl mezi matkami a poprvé těhotnými ženami spočívá, na straně jedné, ve skutečně nižší investici matek a plánované vyšší investici poprvé těhotných žen do získání kvalitních informací. Na straně druhé však poprvé těhotné ženy také častěji uvádějí příklon k získání nekvalitních informací od svých příbuzných a známých. **Poprvé těhotné ženy tak investují více času do získání kvalitních i nekvalitních informací o porodu jako kompenzací nedostatku vlastních zkušeností porodu. Doporučení ambulantního gynekologa nebo rady přátel nahrazují poprvé těhotným ženám při výběru porodnice osobní zkušenost (kterou tolik oceňují matky).**

Tabulka č.19: Podíl poprvé těhotných žen využívajících následujících zdrojů informací

Zdroj informací	Využila	Nevyužil a
Informace od obvodního gynekologa nebo jeho zdr. sestry	92	8
Informace od příbuzných a známých	84	16
Četba letáků a informačních brožur porodnic	71	29
Četba odborné literatury	71	29
Informace od zdravotnického personálu v porodnici	70	30
Četba novin, časopisů	66	34
Informace z předporodního kurzu	45	55

Poznámka: Srovnej s tabulkou č.7.

Co se týče získávání informací pro rozhodnutí o předpokládané délce **kojení** u poprvé těhotných žen, jsou hlavním zdrojem vědomostí především časopisy a knihy (70%), dále příbuzní a přátelé (68%) a ošetřující lékař (55%). Vliv předporodních kurzů je stále nízký vzhledem k jejich malé návštěvnosti. Ani jiné **zdroje informací však nemají statisticky signifikantní vliv na délku předpokládaného kojení ženy. Poprvé těhotné ženy nejčastěji soudí, že kojit budou do půl nebo celého roku po porodu.**

ROZSAH ZNALOSTÍ O NABÍDCE SLUŽEB PORODNIC A JEJÍ HODNOCENÍ

Rozsah znalostí o nabídce alternativ k aktivně lékařské porodní péči mezi poprvé těhotnými ženami je o málo větší než rozsah znalostí matek. Tato situace je zřejmě způsobena větší snahou po získání nových informací.

Tabulka č.20: Míra znalostí o současné porodní nabídce – poprvé těhotné ženy

Možnosti	Podíl poprvé těhotných žen, které nevěděly o tom, že v některých českých porodnicích jsou nabízeny tyto možnosti
Možnost dohody ohledně holení	56
Možnost dohody ohledně aplikace klystýru	55
Možnost pít při porodu	54
Možnost dohody o podmínkách nástřihu hráze	47
Možnost родit s různými pomůckami	29
Možnost užití bolest tišících prostředků	22
Možnost родit v různých polohách	20
Možnost родit do vody	28
Možnost epidurální anestézie	19
Možnost návštěv předporodních kurzů	13
Možnost mít dítě po porodu nepřetržitě u sebe	4

Poznámka: Srovnej s tabulkou č.8.

Mírný rozdíl je dále patrný v tom, nakolik jsou tyto informace nakonec plánovitě zahrnovány do kritérií výběru porodnice. Jsou to totiž především prvorodičky a druhorodičky, které se skutečně zabývají výběrem porodnice. Na základě výše uvedeného lze vyslovit hypotézu o tom, že se v naší republice začíná mezi ženami stále více, nicméně velice pomalu, prosazovat trend většího výběru porodnice rodičkou a zájmu o informace o porodu. Tato situace souvisí s tím, že jsou informace o porodu snadněji dostupné, a to jednak vzhledem k rozšíření mediální diskuse na toto téma, a jednak vzhledem k většímu počtu publikací o porodu a šestinedělí na českém knižním trhu. Takto dochází k odlišnostem mezi postojem a reálným chováním žen s více dětmi (které spoléhají především na vlastní zkušenost a o nové informace se příliš nezajímají) na straně jedné a bezdětných žen nebo těch, které své první dítě porodily teprve v nedávné době na straně druhé.

Po šesti měsících těhotenství má již většina žen jasnou představu o tom, ve které porodnici bude rodit. Nejdůležitějším kritériem byla pro těhotné ženy dostupnost porodnice (70%), následovaná jejím doporučením gynekologem nebo známými, znalostí jejího personálu a dobrou pověstí. Přitom u žen s rizikovým těhotenstvím, s vyšším vzděláním nebo z větších měst se kritérium dostupnosti porodnice propadlo mezi méně důležité body při výběru porodnice. **Jen o něco málo více než třetina žen z velkoměst, v nichž se nachází více než 1 porodnice, volila dostupnost porodnice jako jedno ze dvou hlavních kritérií při výběru porodnice.**

Z hlediska hierarchie důležitosti by v hypotetickém případě (dalšího těhotenství), poté, co byly ženy seznámeny s některými možnostmi současné porodní péče v ČR, **poprvé těhotné ženy volily se shodující se mírou intenzity stejná konkrétní kritéria volby porodnice jako matky na mateřské dovolené.¹¹ Rozdíl nastal pouze v mírném podhodnocení důležitosti především těch možností, které se nabízejí pro zmírnění jedněch z nejčastěji uváděných negativních zkušeností z porodu. Poprvé těhotné ženy totiž z hlediska důležitosti podhodnotily možnost využití bolest tlumících prostředků, konkrétně epidurální anestézie nebo porodu do vody, a možnost odmítnutí klystýru či holení. Nadhodnotily naopak okolnost, která je již standardem v téměř všech českých porodnicích, totiž možnost nepřetržitého rooming-in.**

Informovanější jsou stejně jako v případě matek především poprvé těhotné ženy staršího věku s vyšším vzděláním a ženy využívající ke zjišťování informací o porodní péči kvalitní zdroje. Ty zprostředkovávají porodnici, ambulantní gynekologové a jejich zdravotní sestry, a to buď formou předporodních kurzů, odborné literatury nebo odpovědí na přímý dotaz těhotné ženy v porodnici. Tyto ženy mají výrazně větší přehled především v oblasti méně známých možností porodní péče a častěji si na základě těchto znalostí také vybírají porodnici.

¹¹ Volilo se z následujících kritérií: Možnost dohody ohledně holení, možnost dohody ohledně aplikace klystýru, možnost pít při porodu, možnost dohody o podmínkách nástřihu hráze, možnost rodit s různými pomůckami, možnost užití bolest tlumících prostředků, možnost rodit v různých polohách, možnost rodit do vody, možnost epidurální anestezie, možnost návštěv předporodních kurzů, možnost mít dítě po porodu nepřetržitě u sebe (viz tabulka č.4).

Nejvíce postrádají poprvé těhotné ženy informace týkající se celkové nabídky služeb jednotlivých porodnic, rizik a výhod různých porodních poloh, možností anestézie a vybavenosti porodnice zařízeními a pomůckami k porodu. Více než třetina poprvé těhotných žen je však s dostupností informací naprosto spokojena.

Tabulka č.21: Nejvíce postrádané informace o porodních službách a možnostech porodní péče (v %)

Žádné informace	35
Nabídka služeb jednotlivých porodnic	33
Informace o porodních polohách	23
Možnosti anestézie	20
Vybavenost porodnic zařízeními a pomůckami k porodu	17

Poznámka: Odpovědi na otevřenou otázku, tzn. vlastní definice položek populací poprvé těhotných žen.

Jak bylo již výše uvedeno, plánovaly dotázané těhotné ženy daleko častěji pečlivý výběr porodnice než reálně provedly matky na mateřské dovolené. Zůstává však otázkou nakolik jej nakonec skutečně realizovaly, i když pouze necelá třetina z nich (oproti polovině matek) nepovažovala výběr porodnice za důležitý. Poměrně vysoký podíl, **více než pětina poprvé těhotných žen** (stejně jako v případě matek třetina z těch, pro něž je výběr porodnice důležitou součástí předporodní přípravy) totiž **vedla, že neví, jakým způsobem výběr porodnice provádět**. Jednalo se především o mladší poprvé těhotné ženy se základním vzděláním, které vyjadřovaly celkovou nespokojenost s možnostmi získání informací o nabídkách porodní péče v jednotlivých porodnicích. Především pro poprvé těhotné ženy bez vlastní zkušenosti porodu by měl být tedy „Průvodce porodnicemi České republiky“ po nabídce jednotlivých porodnic významnou pomocí při orientaci v tom, které porodní služby jsou již standardní nabídkou, a které jsou podporovány pouze v některých porodnicích.

3.2.4. PORODNÍCI

POROD Z POHLEDU LÉKAŘŮ A JEJICH PŘÍSTUP K ALTERNATIVÁM AKTIVNĚ LÉKAŘSKY VEDENÉHO PORODU

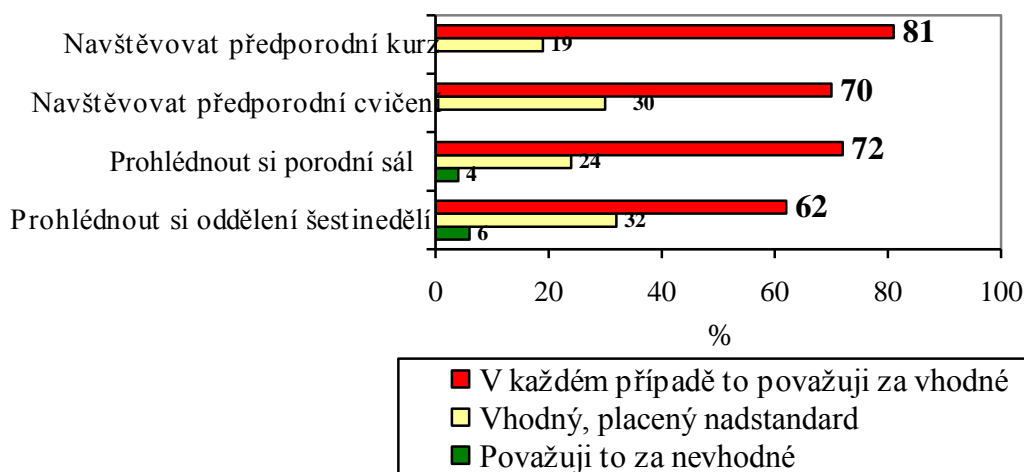
Podle lékařů by ideálním vstupem rodičky do porodního procesu byly její návštěvy předporodního kurzu. Ten považují za vhodný u každé těhotné ženy čtyři pětiny porodníků a většina z nich je také spokojena s jejich současnou kvalitou. Pouze 8% porodníků má špatné zkušenosti s předporodními kurzy a 6% s nimi nemá žádné zkušenosti. To jsou především ti zdravotníci, kteří se nedomnívají, že by žena měla mít možnost volby porodní polohy, o jejichž výhodách a nevýhodách se ženy právě často dozvídají v rámci předporodních kurzů.

Tabulka č.22: Názory porodníků na předporodní kurzy a možnost volby porodní polohy rodičkou v případě spontánního nekomplikovaného porodu (v %)

		Považuje za vhodné, aby rodičky samy určovaly porodní polohu				
		určitě ano	spíše ano	spíše ne	určitě ne	celkem
Považuje za prospěšné předporodní kurzy	ano	90.4	85.4	85.3	53.8	85.4
	ne	6.0	6.8	11.8	23.1	8.2
	neví, nemá zkušenosti	3.6	7.8	2.9	23.1	6.4
	celkem	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Ideální předporodní přípravu by podle zdravotníků dále doplnila docházka na předporodní cvičení s možností návštěvy předporodního sálu v rámci psychologické profylaxe. Přitom zhruba třetina porodníků považuje tyto možnosti sice za vhodnou, nicméně nadstandardní a placenou službu. Jedná se přitom vždy o tytéž porodníky, takže lze říci, že v této otázce se porodníci rozdělují především s ohledem na to, jestli chápou větší finanční zodpovědnost rodičky za nezbytnou součást postsocialistického zdravotnictví (menší část z nich) nebo ne.

Graf č.2: Vhodnost jednotlivých forem předporodní přípravy z pohledu zdravotníků (v%)



V době porodu by pak předporodní přípravu ve smyslu **holení a aplikace klystýru** měla absolvovat každá žena podle (zhruba) 40% porodníků. Zbytek se přiklání spíše k vysvětlení pozitiv a negativ těchto úkonů a jejich doporučení rodiče.

Stejně jako předporodní přípravu by **většina porodníků rodičkám také doporučila**, aby si předem domluvily s blízkou osobou její doprovod k porodu. **Celá polovina porodníků jsou zastánci této možnosti dokonce bez jakýchkoliv podmínek**, zbytek se převážně domnívá, že doprovod může být během porodního procesu nápomocný pouze v případě, že navštěvoval předporodní kurz. Třetina se dále domnívá, že by měla být možnost přítomnosti doprovodu u porodu sice častou, nicméně placenou službou.

Během porodu lékaři nezamítají ani farmakologické ani nefarmakologické prostředky tlumení porodních bolestí. Nejvíce doporučovanou formou nefarmakologických metod je pobyt v teplé vodě. Tři čtvrtiny porodníků vítají také pohyb (na porodním míči či v závěsu). Masáž zad a speciální způsob dýchání považuje za placebo však již celá třetina lékařů.¹² Přitom **míra informovanosti o jednotlivých způsobech tlumení bolesti přispívá k růstu důvěry v tyto metody.**

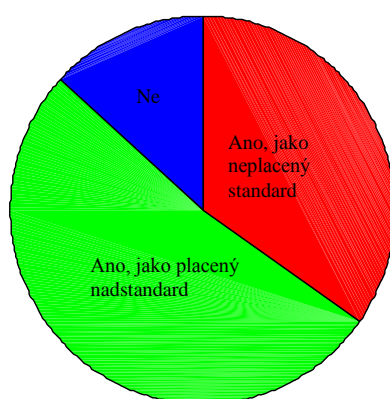
Tabulka č.23: Přístup porodníků k jednotlivým formám nefarmakologického tlumení bolesti z hlediska vhodnosti, informační dostupnosti a zájmu o informace (v %)

	Nemá dostatek informací		Pojetí metody jako účinné
		Z toho: nezajímá se o ně	
Pobyt v teplé vodě	10	0	83
Pohyb (na porodním míči, zavěšeném laně...)	20	1	74
Masáž zad a břicha rodičky	35	2	68
Speciální způsob dýchání	30	3	63

Analgetickou směs by přesto podle porodníků měla, i přes možnou aplikaci výše uvedených forem tlumení bolesti, **dostat každá rodička bez rozdílu podle třetiny lékařek a čtvrtiny lékařů.** Ostatní se domnívají, že analgetika by měla být aplikována rodičkám pouze na jejich žádost, nicméně jednoznačně s jejich předchozím doporučením od lékaře. Analgetika ženám nedoporučuje pouze pětina lékařů a epidurální anestézii nedoporučuje jen 13% porodníků. Tito lékaři jsou však spíše výjimkami. Většina gynekologů totiž epidurální anestézii doporučuje jako možnost volby a chápe ji jako placenou nadstandardní péči nebo dokonce jako běžný standard.

¹² Faktem zůstává, že během první doby porodní je u rodičky přítomna spíše porodní asistentka než lékař, takže míru reálného využití těchto postupů nelze na základě daných dat s určitostí odvodit. Přesto lze tyto údaje v souvislosti s daty zjištěnými v rámci výzkumu porodnic chápat jako vhodný materiál pro kvalifikovaný odhad.

Graf č.3: Souhlas porodníků s možností aplikace epidurální anestézie bez zdravotní indikace



Nejproblematictější otázkou se nakonec ukázal dotaz na to, zda může rodička **během porodu pít** (zhruba polovina lékařů by totiž pití doporučila a polovina zakázala) a dotaz na to, zda by měl být umožňován **programovaný porod** (ten zhruba třetina lékařů odmítá, druhá třetina přijímá pouze jako placený nadstandard a poslední třetina se k němu hlásí jako k součásti standardní nabídky péče).

Poměrně jednotní jsou zdravotníci naopak v postoji k provádění **epiziotomií**. Tři čtvrtiny z nich se totiž shodnou na tom, že nástřihy hráze by měly být prováděny pouze v případě zjevného nebezpečí ruptury, aby se tak předešlo většímu poranění a usnadnilo se ošetření a hojení vzniklé rány. Na straně druhé se však lékaři nedomnívají, že je tento zákrok vždy nezbytně nutný. Reálně proto dochází k výrazným rozdílům v provádění nástřihů, jelikož stanovení jejich nezbytnosti je především záležitostí odborného odhadu a praxe. **Celkem 16% lékařů tento zákrok provádí na základě svého přesvědčení preventivně téměř všem rodičkám.**

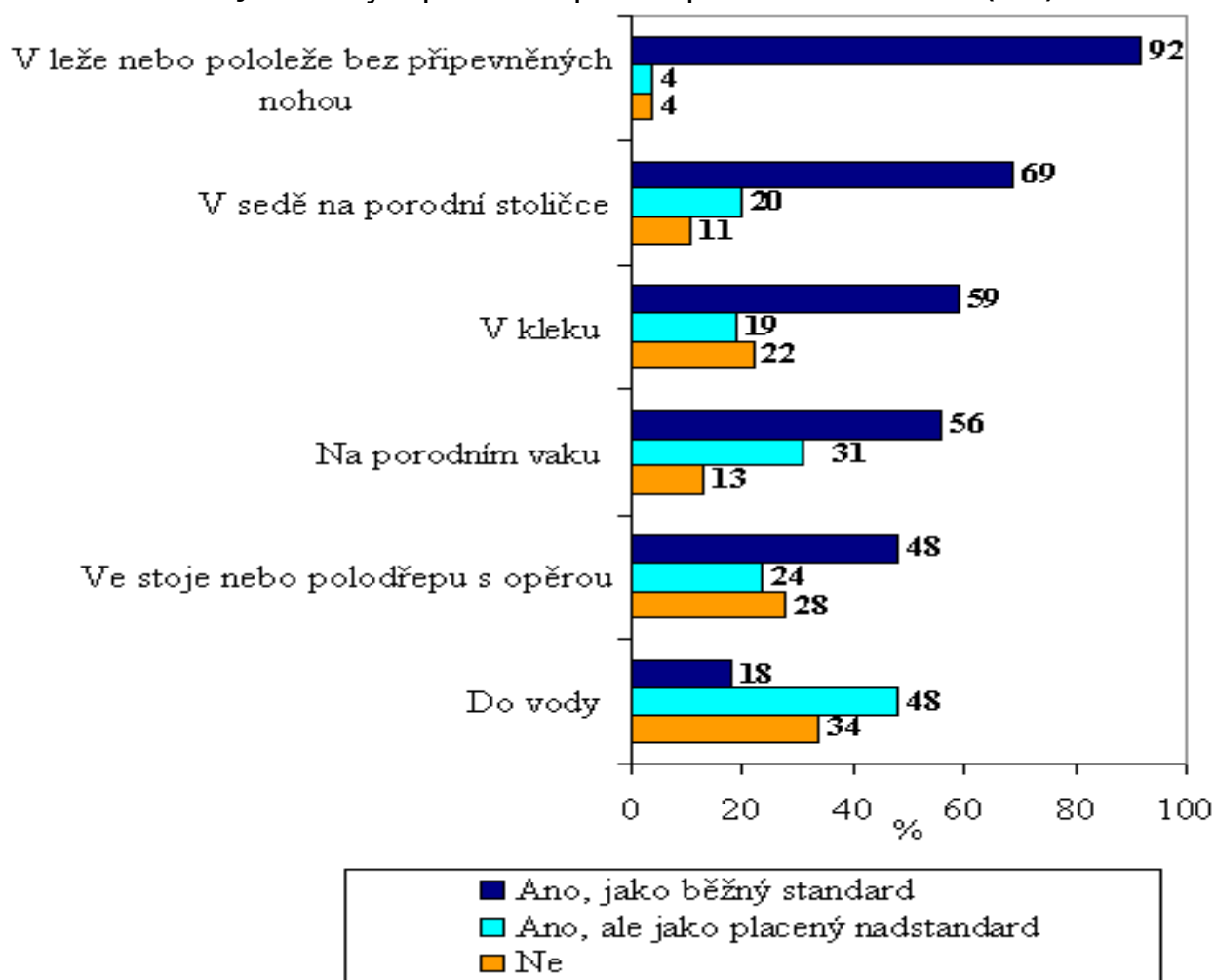
Chránění hráze její masáží není mezi českými porodníky rozšířené. Za účinnou tuto metodu považuje pouze čtvrtina z nich. Téměř 60% zdravotníků přiznává, že o daném způsobu ochrany perinea nemá dostatek informací.

Co se týče jednotlivých porodních poloh, zásadně je odmítán (a to celou třetinou porodníků) pouze porod do vody. Za standardní je naopak považována podle 90% porodníků poloha vleže nebo pololeže bez připevněných nohou. **Porodníci jsou alternativním polohám k poloze vleže s připoutanými nohama naklonění tím více, čím více se zajímají o alternativní způsoby vedení porodu.** Každou konkrétní z těchto poloh přijímají jako reálnou možnost přímo úměrně

tomu, kolik o ní mají informací. Lze tedy shrnout, že čím více jsou dostupné informace o praktickém využití té které porodní polohy, tím více je také pro lékaře akceptovatelná. Bariérou její akceptace se tak stává kromě jiného i neinformovanost lékařů.

Právě konzervatismus gynekologů sebekriticky označila celá čtvrtina porodníků – po nedostatku finančních prostředků – jednak za jeden ze dvou nejpalčivějších problémů českého porodnictví, a jednak za druhý hlavní důvod pomalého zavádění alternativních způsobů vedení porodů v ČR. Rychlost tohoto integračního procesu je podle zdravotníků dále závislá také na přetížení zdravotníků, jelikož alternativní porody vyžadují individualizovanou péči. Konzervatismus porodních asistentek a rodiček byl porodníky v daném smyslu naopak spíše odmítnut.

Graf č.4: Vhodnost jednotlivých porodních poloh z pohledu zdravotníků (v%)



Tabulka č.24: Přístup porodníků k jednotlivým porodním polohám z hlediska vhodnosti, informační dostupnosti a zájmu o informace (v %)

Poloha	Nemá dostatek informací		Pojetí polohy jako nevhodné
		Z toho: nemá zájem o informace	
Vleže nebo pololeže bez připevněných nohou	14	6	4

Na porodní stoličce	37	8	11
Na porodním vaku	45	16	13
V kleku	48	16	22
Ve stoje nebo polodřepu s opěrou	58	16	28
Do vody	50	20	34

Ačkoliv jsou dvě třetiny porodníků se stavem českého porodnictví spíše spokojeni, volili by za účelem zlepšení porodní péče především modernizaci porodnic ve smyslu jejich vylepšení klasickým technickým zařízením a humanizaci porodnic, jednak z hlediska vybavení jejich interiéru včetně pomůcek k alternativním porodům, a jednak i chování zdravotníků k rodičkám. Dalším způsobem vylepšování porodní péče by podle nich měla být větší informovanost zdravotníků v oblasti alternativních způsobů vedení porodů a především možnost jejího využití v praxi.

To platí hlavně pro porodní asistentky, pracující často pod dohledem lékařů. Situace na jednotlivých pracovištích je však v této otázce velice odlišná. Změnu této situace ve prospěch větší samostatnosti a zodpovědnosti porodních asistentek by uvítala téměř polovina lékařů, a to bez ohledu na to, jaký stav rozdělení pracovních úloh převládá na konkrétních pracovištích jednotlivých dotázaných lékařů.

Rezervovaný postoj se projevuje naopak ve vztahu k názoru o nutnosti demedikalizace porodů a rozšíření rozhodovací i finanční spoluúčasti rodiček.

Tabulka č.25: Důležitost jednotlivých okolností pro vylepšení českého porodnictví v očích lékařů

Způsob vylepšení porodní péče	Průměrné hodnoty na škále od 1 do 5 (1 = nejméně důležité, 5 = nejvíce důležité)
Modernizovat porodnice a zlepšit jejich vybavení klasickými technickými zařízeními	4.3
Provádět porody v místnostech připomínajících spíše pokoj než porodní sál	3.8
Zlepšit přístup personálu k rodičce	3.6
Modernizovat a vylepšit porodnice pro variantu přirozeného porodu	3.6
Zvětšit samostatnost a zodpovědnost porodních asistentek	3.5
Zlepšit informovanost porodníků a porodních asistentek o alternativních způsobech vedení porodu	3.2
Zrovnoprávnit alternativní porodní polohy s polohou vleže	2.9
Rozšířit participaci rodičky na rozhodování o průběhu porodu	2.8
Rozšířit finanční spoluúčast rodiček	2.8
Demedikalizovat porody	2.4

O alternativách k zavedené porodní praxi se lékaři dozvídají především z odborné literatury (98% z nich), případně na seminářích, konferencích nebo přednáškách pořádaných na území ČR (86% z nich). Ostatní informační zdroje (stáž na jiném pracovišti nebo zahraniční konference) nejsou využívány k těmto účelům ani polovinou lékařů.

Nejvíce vzdálená zůstává lékařům myšlenka porodu v domácnosti rodičky. Tuto možnost by podpořilo pouze 17% z nich. Náklady na takový porod by podle většinového názoru měly spadat do režie rodiček. **Ambulantní porod by podpořila již celá polovina lékařů,** přičemž náklady by podle nich měly být v takovém případě hrazeny zdravotní pojišťovnou.

PŘÍSTUP K RODIČKÁM

S rozšířením spoluúčasti rodiček na rozhodování o průběhu porodu souhlasí převážně ti lékaři, kteří se přiklání k alternativním způsobům vedení porodu. To jsou zároveň lékaři z velkoměst nebo naopak malých měst. Odborníci z měst střední velikosti (20 000 – 99 999 obyvatel) naopak opakovaně vykazovaly notnou dávku konzervatismu.

V otázkách rozšiřování možností volby pro rodičky jsou zdravotníci nejčastěji nakloněni tomu, aby rodičky samy rozhodovaly v oblastech, v nichž se již více prosadily alternativy k někdejší porodní praxi v porodnicích. Jedná se především o možnost rozhodnutí pro doprovod k porodu, volbu porodní polohy, možnost odmítnutí předporodního holení a volbu bolest tišících prostředků. V otázce aplikace klystýru a možnosti pití během porodu se již lékaři neshodnou. Polovina je pro svobodu volby rodičky, druhá polovina toto odmítá.

Tabulka č.26: Přístup porodníků k rodičkám (v %)

Okolnosti porod	Souhlas s možností volby rodičkou	Přesvědčení o dostatečné informovanosti rodiček
Doprovod k porodu	99	89
Volba porodní polohy	79	41
Rozhodnutí ohledně holení	65	54
Volba epidurální anestézie bez zdravotní indikace	62	21
Volba dalších bolest tlumících prostředků	60	25
Pití během porodu	52	39
Rozhodnutí ohledně aplikace klystýru	46	46

Názory porodníků na informovanost žen se výrazně liší. Zhruba polovina z nich tvrdí, že rodičky mají dost informací, aby mohly činit rozhodnutí o svém porodu, druhá polovina je však opačného názoru. Rezervy pro větší informovanost žen hledají správně v nedostatečné účasti rodiček na předporodních kurzech a také v možnostech informační mediální kampaně.

3.2.5. ROZPORY A SHODY - SHRUTÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÝCH ŠETŘENÍ

Z výzkumu vyplývá, že česká porodní praxe se mezi jednotlivými porodnicemi značně liší a prochází výraznými změnami. To se projevuje také v odlišnostech mezi tím, co od nabídky porodnic očekávají matky, poprvé těhotné ženy i porodníci, a také mezi tím, co je z jejich strany žádáno, na straně jedné, a tím, co je reálně nabízeno, na straně druhé.

REALITA V ROZPORU S POŽADAVKY AKTÉRŮ A NÁZOROVÉ ROZDÍLY MEZI JEDNOTLIVÝMI AKTÉRY

Zatímco v některých porodnicích dochází k výraznému uvolňování pravidel někdejšího modelu aktivně lékařsky vedeného porodu tak, jak jej popsal Kapr a Koukola, a dochází zde k rozšiřování nabídky alternativních způsobů k danému modelu péče, jinde se tento směr projevuje pouze ojedinělými náznaky. **Zatímco třetina porodnic se hlásí k přístupu zdravotnického personálu k rodičce ve smyslu kontroly průběhu porodu a podpory její samostatné práce, dochází ve většinovém zbytku porodnic k akceptaci některých bodů kritiky modelu aktivně lékařsky vedeného porodu, nicméně se zachováním aktivity přístupu lékařského personálu. Na první pohled tento přístup také většině matek (75%) i poprvé těhotných žen (80%) vyhovuje, nicméně pro nezanedbatelný počet z nich je nepřijatelný.** Jedná se o celou čtvrtinu žen s vlastní zkušeností porodu, které sice rodily častěji než ostatní ženy s možností vlastní volby některých okolností porodu, nicméně pouze třetina z nich byla s průběhem svého porodu z daného hlediska spokojena. Spokojenost se projevovala naopak u těch matek, které rodily podle své představy, a to ať už za aktivně lékařského vedení nebo kontrolní asistence zdravotního personálu.

Mezi jednu z momentálně mediálně nejdiskutovanějších otázek voleb rodičky patří **volba porodní polohy. Její umožnění má statisticky signifikantní pozitivní vliv na spokojenost rodičky s průběhem jejího porodu. Avšak reálně je volba nabízena pouze v polovině českých porodnic, a to i přesto, že v některých z těch, které volbu nenabízejí, mají k dispozici adekvátní porodní pomůcky k alternativním polohám.** S připevněnými nohama vleže, případně pololeže, rodila téměř polovina matek. Naopak matky, kterým byla možnost výběru polohy nabídnuta, rodily v jiné než v této standardní porodní poloze natolik výrazně častěji, že lze říci, že se poloze s připevněnými nohama přímo vyhýbaly. Nestandardnost volby porodní polohy rodičkou je způsobena jednak konzervativností některých porodníků, a jednak neinformovaností samotných rodiček. **Více než čtvrtina matek totiž neví o možnosti porodit své dítě v různých porodních polohách a více než třetina neví o možnosti родit do vody. Co se týče lékařů, považuje za nevhodné родit v jiné poloze než vleže nebo pololeže na porodním lůžku zhruba pětina z nich, přičemž porody do vody odmítá celá třetina.** Porodníci s negativním postojem k alternativním porodním polohám častěji přiznávají nedostatek informací v dané oblasti. **Ti, kteří se domnívají, že by ženy měly mít možnost rozhodovat o své porodní poloze se však obávají, že ty zatím nejsou dostatečně zpraveny o pozitivních a negativních jednotlivých alternativních poloh.** Ačkoliv se tedy většina porodníků staví za možnost rodičky rozhodovat o vlastní porodní poloze, domnívají se, že většina rodiček není v této oblasti zatím

dostatečně vzdělána. V alternativních polohách tak většinou rodí ženy, které jsou dostatečně informované a preferují spíše pasivní než aktivní přístup zdravotního personálu během porodu.

Tabulka č.27: Alternativní polohy – prožitky, znalosti, postoje a reálné možnosti poskytování

Podíl porodnic, které deklarují možnost rození v jiné poloze než vleže nebo pololeže	5 2
Podíl žen, jejichž porod byl spontánní a ony si mohly vybrat během porodu svou porodní polohu	2 4
Podíl porodníků, kteří se domnívají, že by rodička měla mít možnost rozhodnout o své porodní poloze	7 9
Podíl žen, které tvrdí, že upoutání do jediné polohy během porodu bylo pro ně jedním ze čtyř nejhorších zážitků	5 9
Podíl matek, které tvrdí, že během dalšího výběru porodnice bude možnost výběru porodní polohy jedním z kritérií výběru porodnice	7 9
Podíl matek, které nevěděly o možnosti rodit v jiné poloze než vleže nebo pololeže	2 6
Podíl porodníků, kteří se domnívají, že ženy nemají dostatek informací o porodech v jiných polohách než vleže nebo pololeže	4 1

Tabulka č.28: Poskytování možností rodit v alternativních polohách

	Podíl porodnic nabízejících danou možnost polohy při porodu	Podíl porodnic, které disponují alespoň základním vybavením k porodu v dané poloze, nicméně porod v takové porodní poloze nepraktikují	Podíl porodníků, podle nichž by porod v dané poloze neměl být prováděn	Podíl porodníků, kteří uvádějí, že nemají dostatek informací o porodech v dané poloze
V kleku	41	(žíněnka) 12	22	48
Ve stoje nebo polodřepu s opěrou	39	(ribstole) 12	28	58
Na porodní stoličce	35	2	11	37
Na porodním vaku	29	13	13	45
Do vody	20	(vana) 27	34	50

Poznámka: Poslední sloupec je nutno brát pouze orientačně, jelikož např. v případě vany není vždy jasné, jakým typem vany je porodnice vybavena.

Informovanost rodiček by podle porodníků měly zajišťovat nejlépe předporodní kurzy, případně mediální diskuse na toto téma. Předporodní kurzy mají skutečně pozitivní vliv na informovanost žen o současných možnostech porodní péče a jejich návštěvy by doporučily každé těhotné ženě až čtyři pětiny lékařů. Přesto čtvrtina porodnic žádné takové kurzy nepořádá. Čtvrtina poprvé těhotných žen přitom tvrdí, že by předporodní kurzy navštívila v případě jejich existence v okolí jejich bydliště. Pouze 15% z nich kurzy nenavštívuje proto, že je nepovažuje za důležité.

Na rozdíl od lékařů těhotné ženy preferují spíše než předporodní kurzy předporodní cvičení. To je však ženám nabízeno ještě menším počtem porodnic. Většinou je součástí předporodních kurzů, nicméně pouze tři čtvrtiny těchto kurzů poskytují cvičební hodiny. Kurz i cvičení tak navštívuje méně než polovina poprvé těhotných žen, ačkoliv cvičení považuje za důležité celých 92% z nich. Na rozdíl od předporodních kurzů však cvičební hodiny většina z nich nahrazuje cvičením doma.

Tabulka č.29: Míra důležitosti předporodních kurzů z hlediska jednotlivých aktérů a jejich reálná nabídka

Podíl poprvé těhotných žen, které považují kurzy (pro sebe) za důležité	85
Podíl matek, které považují kurzy (pro sebe) za důležité	66
Podíl lékařů, kteří považují kurzy pro rodičky za vhodné v každém případě	81
Podíl porodnic nabízejících předporodní kurzy	75

Tabulka č.30: Míra důležitosti předporodního cvičení z hlediska jednotlivých aktérů a jeho reálná nabídka

Podíl poprvé těhotných žen, které považují cvičení (pro sebe) za důležité	92
Podíl lékařů, kteří považují cvičení pro rodičky za vhodné v každém případě	70
Podíl porodnic nabízejících předporodní cvičení	64

Z hlediska předporodní přípravy na porod je nejmenší nabídka takových předporodních kurzů, kterých se může účastnit i doprovod k porodu. Doprovod k porodu se stal již standardem. Je využíván více než polovinou rodiček. I porodníci jsou účasti blízkých rodičky u porodu nakloněni, nicméně polovina z nich pouze v případě účasti doprovodu na předporodním kurzu. Partneři rodiček se však kurzů ani informativních schůzek většinou neúčastní. Pouze 15% z nich navštívuje předporodní kurz. Ve stejném podílu porodnic je také tento kurz pro doprovod povinný. Jinak jsou tyto kurzy nabízeny celkem v 63% porodnic, ale ve 12% neexistuje ani nabídka předporodní informativní schůzky.

Ačkoliv rodičky od svého doprovodu k porodu očekávají především psychickou podporu, v mnohých porodnicích se se svým partnerem setkávají až v druhé době porodní a po celou první dobu porodní zůstávají bez svých blízkých. Celých 60% porodnic totiž nedisponuje jednolůžkovou místností pro přípravu na porod a ve třetině porodnic jsou rodičky v první době porodní ponechány v jediné místnosti pospolu nebo je odděluje pouze závěs. Přitom právě

přítomnost jiné rodičky je podle hodnocení matek jedním ze čtyř nejtraumatičtějších zážitků z porodu.

Porodnice, v nichž je kladen důraz na poskytnutí samostatného pokoje pro první i druhou dobu porodní každé rodičky, se vyznačují také větší tolerancí k některým alternativám k lékařsky aktivně vedenému porodu. **Mezi takové alternativy patří možnost odmítnutí holení nebo klystýru, které jsou sice všeobecně aplikovány, preferovány lékařským personálem a přijímány rodičkami, nicméně přestaly být již bezpodmínečnou nutností porodu.** Nepříjemným faktem zůstává, že neinformovanost ženy často přispívá k nepříjemným prožitkům porodu i v případě, že se jim mohla vyhnout v případě informované volby jiné porodnice nebo způsobu porodu.

Tabulka č.31: Aplikace klystýru a holení pubického ochupení - praxe, postoj porodníků a informovanost rodiček (v %)

			Aplikace klystýru	Holení pubického ochlupení
Informovanost matek - nevěděla, že některé porodnice umožňují odmítnutí dané péče			65	63
Praxe v jednotlivých porodnicích	Nutnost	Absolutní	16	12
		Při odmítnutí vyhoví	46	32
	Možnost rozhodnutí rodičky	Většinou souhlasí s aplikací	36	44
		Většinou odmítno u	3	12
Postoj porodníků	Doporučil by danou péči	94	88	
	Souhlas s tím, že rodičky by měly mít možnost rozhodnutí o dané péči	47	66	

	Souhlas s tím, že rodičky postrádají dostatečné informace, aby se o dané péči mohly rozhodnout	54	46
--	--	----	----

Nejtraumatičtějšímu zážitku téměř absolutní většiny rodiček, totiž bolestivým kontrakcím, se snaží předcházet ve většině porodnic nabídkou epidurální anestézie a dalších bolest tlumících prostředků. **Analgetické směsi jsou využívány automaticky téměř u všech neoperativních porodů ve více než polovině porodnic a rodičky jsou o tom zpravidla dobře informovány. Epidurální anestézii, kterou by doporučily rodičkám téměř tři čtvrtiny porodníků, však volí pouze desetina matek.** Další třetina matek však po zkušenosti bolestivých kontrakcí uvádí, že během příštího porodu by takovou anestézii využila.

Tabulka č.32: Aplikace bolest tišících prostředků – praxe, postoj porodníků a informovanost rodiček (v %)

	Matky, které nevěděly o tom, že je tato služba v některých českých porodnicích nabízena	Porodnice, které poskytují danou službu	Postoj lékařů		
			Doporučil by danou službu	Souhlas s tím, že rodičky postrádají informace o dané službě	Souhlas s tím, že by rodičky měly mít možnost výběru
Epidurální anestézie bez zdravotní indikace	21	69	71	79	62
Aplikace dalších bolest tišících prostředků předtím, než si o ně rodičky samy řeknou	28	62	79	75	59
Pití během porodu	60	81	57	61	53

Co se týče provádění nástřihů hráze, je jejich počet velmi vysoký a jejich podíl na celkovém počtu porodů se v jednotlivých porodnicích výrazně liší. **Většina porodníků se sice shodne na tom, že by se epiziotomie měla provádět pouze v případech zjevného nebezpečí ruptury, nicméně nebezpečí prodlení, které visí jako Damoklův meč nad každým zdravotníkem vedoucím porod, vyvolává tendence k automatizaci tohoto úkonu. Matky většinou o možnosti dohody o nástřihu hráze neví, takže pouze čtvrtina rodiček (pětina prvorodiček)**

není během závěru druhé doby porodní nastřížena. Ochrana perinea jiným způsobem tak, jak doporučuje WHO, není v ČR příliš rozšířená ani známá, nicméně lékaři by se o jejích možnostech většinou rádi dozvěděli.

Zkušenost vlastního porodu ženy má významný a výrazný vliv na její přípravu na další porod. Bylo zjištěno, že **ženy s negativními prožitky porodů v porodnicích daleko častěji preferují porody v domácnostech. Možnost porodu v takovém prostředí je podporována dokonce až dvěma pětinami matek. Přívrženců z populace porodníků je však méně než pětina.**

Obhájci porodů doma jsou častěji nakloněni ambulantním porodům, na jejichž důležitosti se matky i porodníci shodnou. Zhruba polovina z obou skupin je totiž považuje za realizovatelné, zatímco ta druhá s jejich uplatňováním nesouhlasí.

Z hlediska zdravotní péče v porodnicích jsou matky nejvíce spokojeny se situací na oddělení šestinedělí, takže preference ambulantního porodu nesouvisí jako u porodů doma s negativními prožitky, ale spíše s jejich rodinnou situací a životním postojem. Pro ženy je v tomto období velmi důležitou podmínkou spokojenosti možnost rooming-in, která je poskytována na všech pokojích šestinedělí téměř ve všech porodnicích.

O období šestinedělí jsou podle 40% porodníků ženy informovány velice málo, a to především co se techniky kojení a péče o novorozence týče. Přesto celá čtvrtina porodnic nedistribuuje informační letáky o výhodách a technice kojení. 93% matek pak také skutečně uvádí, že s kojením má problémy, ženy s větším počtem dětí, které se mohou opřít o vlastní zkušenost s kojením staršího dítěte, nevyjímaje. Po odchodu z porodnice se podíl matek majících problémy s kojením snižuje zhruba na tři čtvrtiny, nicméně pouze třetina porodnic deklaruje, že v jejich okolí funguje systém třech pojišťovnou hrazených návštěv porodních asistentek v domácnostech matek, který může snižovat výskyt problémů s kojením. Celých 85% matek by proto tuto službu rádo využilo.

ZKUŠENOST PORODU JAKO ZDROJ ZMĚNY MÍNĚNÍ

Zkušenost porodu je důležitým faktorem ovlivňujícím jednak přístup ženy k porodu, jednak její způsoby získávání informací o porodu, dále její přístup k vlastní úloze z hlediska vedení porodu a v neposlední řadě i její sebedůvěru a důvěru ve své schopnosti porodit vlastní dítě. Matky s větším počtem dětí daleko častěji preferují porod, do jehož průběhu zdravotníci zasahují co nejméně. Při výběru porodnice, v níž porodí své dítě spoléhají především na vlastní zkušenost porodu a nespolečají tolik na doporučení ostatních. Ženy se zkušeností porodu vybírají porodnici častěji podle kritérií, která jim mohou pomoci při zvládnutí nejvíce nepříjemných prožitků během porodu. Větší sebedůvěra, co se týče dostatečnosti znalostí matek, se projevuje také v menší snaze po získání informací o nových trendech v porodnictví, která je typická spíše pro poprvé těhotné ženy.

Zůstává však otázkou, nakolik je tato skutečnost způsobena pouze rozdílem v existenci a neexistenci vlastní zkušenosti porodu u matek s větším počtem dětí na straně jedné a prvorodiček na straně druhé, a nakolik odráží také možný nový trend mezi českou ženskou populací, která se situací v českém porodnictví (vzhledem k datu svého prvního těhotenství) začala více zabývat až v 2. polovině 90.let.¹³

V tomto období se totiž rozpoutala větší mediální kampaň na téma porodnictví, na konto změn ve zdravotnictví se začal projevovat konkurenční tlak mezi porodnicemi, a tak se zvýšila i informační dostupnost o způsobech vedení porodů v jednotlivých porodnicích. Tyto faktory tak zcela jistě mohly ovlivnit i postoje prvorodiček k výběru porodnice a ke snaze po získávání nových informací, když jsou v tomto období díky mediální otevřenosti informace více dostupné a některé porodnice se snaží medializovat svá specifika předporodní, porodní i poporodní nabídky. Takové jednání vedení těchto porodnic posiluje konkurenční boj o pacientky mezi porodnicemi a utvrzuje ženy o normalitě a správnosti výběrového postupu při volbě porodnice.

Zkušenost porodu však nemá vliv pouze na postoje rodičky k porodu, ale také na postoje zdravotního personálu k rodičce. Zdravotníci považují zkušenost rodičky za jedno z důležitých kritérií svého přístupu k ní během porodu. Argumentace rodičích matek je vnímána jako argumentace podložená zkušeností vlastních reakcí na porod. Pro ženy je tak první porod jakýmsi „zasvěcením“, na něž se lze odvolávat.

Porody prvorodiček jsou mnohdy navíc podřízeny striktně dodržovaným pravidlům, která neplatí pro rodičí matky, jako například v případě provádění epiziotomií. Ty jsou v některých porodnicích prováděny v případě prvorodiček téměř vždy, zatímco v případě rodičích matek jen někdy. O tom svědčí rozdíl mezi

¹³ Odpověď na položenou otázku nelze potvrdit ani vyvrátit na základě jednorázového dotazníkového šetření, a tak je v této oblasti nutno zůstat u hypotéz. Jejich testování, které by mělo vést k očekávané odpovědi, by mohlo být provedeno v rámci možného budoucího šetření matek s dítětem do 1,5 roku po porodu.

počtem provedených nástřihů hráze. Zatímco epiziotomie byla provedena u třech čtvrtin matek, mezi prvoročkami bylo nastřiženo více než 80% z nich.

4. NOVÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZPŮSOB VEDENÍ PORODU

Ačkoliv má být tato kapitola věnována některým z nových faktorů ovlivňujících způsoby vedení porodů v ČR směrem k přirozeným porodům, je třeba si na počátku uvědomit, jaké překážky musí změny v tomto směru překonávat. Tato kapitola by měla sloužit jako jedna z prvních výzkumných sond v této oblasti, nikoliv jako ambiciózní projekt snažící se poskytnout analýzu nebo i jen většinový výčet faktorů pozitivně nebo negativně působících na prosazování změn v českém porodnictví ve směru k přirozeným porodům.

Ze statistické analýzy kvantitativních sociologických dat o porodnicích je zřejmé, že k posunu v české porodní praxi směrem k akceptaci některých aspektů kritiky aktivně lékařsky vedeného porodu tak, jak jej popsal Kapr a Koukola, dochází. Děje se tak navzdory přirozené tendenci zaměstnanců k rutinizaci jejich práce, která ve svém záměru i důsledku snižuje „transakční“ náklady vyjednávání během kolektivních činností, což péče o rodičky v našem systému organizace práce v porodnicích dozajista je.

Rutinizace činností v porodnictví bývá pro veřejnost zdůvodňována z hlediska **eliminace rizik** a zajištění bezpečnosti porodu. Je zřejmé, že standardizace a nácvik zákroku může jeho výsledek pozitivně ovlivnit. Existují však ještě další důvody pro rutinizaci práce, jako například její **usnadnění a zjednodušení**, protože každá automatizace zužuje možnosti volby, a tedy i nejistotu rozhodování. Dalším důvodem může být **ochrana zdravotníků** před obviněním ze zanedbání péče v případě aplikace nestandardního postupu.

Rutinizované postupy mívají povahu neanalyzovaných pravd, které nejsou v rámci každodenního řešení odborných problémů spojených s porodem znovu a znovu podrobovány racionální kritice, jelikož jsou již pojímány jako osvědčené. Rutinně prováděné postupy se v historii, jak bylo ukázáno výše, mění. V závislosti na této změně se proměňuje i argumentace k nim vztažená. Zatímco přítomnost otce u porodu byla dříve veřejně argumentována především jako riziko infekce, s tím, jak se jeho přítomnost stávala běžnou, se objevila argumentace, která konstruovala odmítnutí otců u porodu jako pohodlnost zdravotníků, kteří nechtěli připustit kontrolu nad svou prací. V současné době se vedou mezi lékaři diskuse ohledně nutnosti rodiček ležet během porodu na zádech v „klasické“ poloze. A znovu nalézáme podobné typy argumentů v rovině: eliminace nebezpečí versus pohodlnost zaměstnanců.

Nejde však pouze o fyzické pohodlí zaměstnanců. Je tu ještě další důvod, proč se úzkostlivé dodržování dobře dominujících stanovených pravidel zdá být v kontextu porodnice spíše racionální strategií než absurdním ritualismem. V porodnictví jsou viditelné především zvláště hrubé omyly a inovační jednání se nesetkává s výraznou odměnou. Tak například porody do vody nebo jiné nestandardní postupy s sebou nesou riziko, že v případě komplikací bude počínání zdravotníka hodnoceno přísněji než kdyby tyto komplikace nastaly během dodržení aktivně lékařského vedení porodu na suchu.

Jakmile se však jednou technika nebo postup stane standardem, může se začít používat i profylakticky, jako obrana před obviněním z neposkytnutí adekvátní péče v případě, kdy se problém již vyskytne. Tímto způsobem lze nahlížet na rutinní provádění epiziotomie ve většině českých porodnic nebo vzrůstající podíl císařských řezů v některých z nich. Podobně se užívala v USA profylakticky po několik let technika Kiellandova forcepsu, vynalezená v roce 1913 za účelem upravení pozice dítěte rotací. Teprve později se od této praxe v rutinní podobě zase upustilo [Harvey 1992].

V podobném smyslu se hovoří o vlivu techniky na jednání lékaře, jakmile je standardně používána. V této souvislosti je snad nejcitovanějším příkladem **dopad rutinního užívání kardiokografů ve smyslu zvýšení počtu císařských řezů** jako obrany lékařů proti obvinění z prodlení v případě porodních komplikací. Kardiokografy jsou zasazeny do rámce legální-rationální společnosti a organizace, v níž je třeba zajistit možnost rekonstrukce smrti nebo nemoci plodu i matky za pomoci dohodnutých pravidel a podle toho stanovit, kdo je za ni zodpovědný.

Rutinizace a standardizace postupů je tedy nedílnou součástí porodní praxe. Její důvody však mohou být, jak bylo ukázáno výše, rozličné. Původ lze hledat v nutnosti koordinace práce v porodnici, v tlaku, který vytváří na zdravotníky pravidla porodní péče a v racionálním jednání porodních asistentek i porodníků.

Ačkoliv jsou tedy zřejmé tendence ke konzervatismu zdravotníků, je jasné, proč někteří z nich inklinují spíše k rutinním praktikám než k inovaci, ke změnám v porodní praxi přesto dochází. Děje se tak nejen díky farmaceutickému a medicínskému výzkumu v případě komplikovaných a patologických porodů i těhotenství, ale také vzhledem k politicko-ekonomicko-spoločenským a demografickým změnám.

Porodnice jsou v české republice již po celá desetiletí jediným oficiálně uznávaným místem k porodu. Přesto však existuje početně (nikoliv však významově) marginální skupina matek, které rodí své děti doma. Dosud převládala mezi odbornou i laickou veřejností představa o tom, že tyto ženy nestihly pro rychlost svého porodního procesu do porodnice dojet, nicméně tato se začíná v posledních letech, na konto otevření diskuse mezi odbornou a laickou veřejností o porodech, pomalu hroutit.

Na konferencích, workshopech a seminářích o porodech, na něž je přizván jak zdravotní personál, tak i rodiče dětí, se začínají objevovat ženy, **které hovoří o své zkušenosti porodu doma jako dopředu plánované a připravované události.** Z jejich několika vystoupení na veřejnosti je zřejmé, že jejich rozhodnutí bylo vázáno na negativní zkušenosti porodu v porodnicích, a to především v první polovině 90. let.

V té době se ještě diskuse o porodech vedla téměř výlučně mezi odborníky, na rozdíl od některých západních zemí, kde probíhala již řadu let mezi všemi aktéry porodu, tedy porodníky, perinatology, psychology a také spotřebiteli jejich péče, tedy matkami [Heitlinger 1987]. Situace v českém porodnictví odpovídala paternalistickému charakteru socialistického zdravotnictví a jeho přetrvávání v pozitivním i negativním smyslu do současnosti.

Rostoucí počet veřejně slyšených hlasů žen rodících doma a porodních asistentek, které jim při těchto porodech pomáhají, i přes veškeré pocity illegality takového počínání, vyvolávají potřebu výzkumného (nikoliv jen náhodného) zjišťování důvodů počínání těchto žen.¹⁴

S kritikou péče o rodičky i jejich novorozence v porodnicích ze strany odborníků i laiků se začala prosazovat **také idea porodních domů** jako nové nabídky míst k porodu. Ta je posilována především nespokojeností s pomalou implementací změn respektujících opozici k lékařsky aktivně vedenému porodu do porodnic a představou, že filozofii přirozeného porodu nelze bezkonfliktně praktikovat spolu s filozofií aktivně lékařsky vedených porodů pod jednou střechou porodnice. V neposlední řadě ideu porodních domů podporuje také fakt jiné hierarchie pozic odborného personálu v porodnicích a porodních domech, v nichž by většinu odborné práce měly samostatně vykonávat speciálně školené a zkušené porodní asistentky. Ty by se tímto nestávaly druhými lékařkami, ale poskytovaly by porodní péči v rámci svých kompetencí těm ženám, které o takový druh porodní péče stojí a mají k němu zdravotní předpoklady.

¹⁴ V případě podpory takového výzkumného projektu by měly být zjišťovány nejen zjevné důvody takového jednání (přímým dotazem), ale také důvody latentní (sociologickou, případně psychologickou analýzou).

4.1. SNAHY O REDEFINICI ÚLOHY PORODNÍCH ASISTENTEK

Porodní asistentky jsou spojovány se změnou porodnictví ve směru k přirozeným porodům, založeným na filozofii preventivního nezasahování. Důvody, proč tomu tak je, které uvádějí zdravotníci, směřují jednak k jejich omezené možnosti medikace, kterou stanovuje legislativa, a jednak k faktu, že jejich práce vychází (vzhledem k jejich úloze během porodního procesu) častěji než práce porodníků také z poznatků z oblasti psychologie. Právě odvrát od výlučné pozornosti věnované somatickým aspektům porodu k pozornosti soustředěné také na vliv psychologických a sociálních aspektů na průběh porodu je totiž pro zastánce přirozených porodů typický.

Porodní asistentky totiž jako jediné ze zdravotního personálu tráví s rodičkou všechny doby porodní, ale především dlouhou první dobu porodní. Lékař je v případě nekomplikovaného porodu často přivolán po provedení vstupní předporodní prohlídky až na začátek druhé doby porodní, která proběhne ve více než 90% případů do 20 minut.

Doménou rozhodování porodních asistentek je tedy během porodního procesu především první doba porodní. Pokud si může žena v první nebo i druhé době vybírat polohu, v níž bude rodit, znamená to pro porodní asistentku pomoc při jejím zkoušení; pokud rodičce není aplikována anestézie, pak je na porodní asistentce, aby prováděla masáže a neustále radila, jaké úlevové polohy a praktiky může rodička využít; pokud má být porod co nejméně rušen invazními lékařskými zásahy, pak to pro porodní asistentku znamená převzetí větší zodpovědnosti za vyhodnocování průběhu porodu.

Samostatnost porodních asistentek během vedení porodu byla oslabována s přesunem rodiček do nemocnic, a pak především od začátku 60. let, kdy došlo ke zrušení studijního oboru porodní asistentka a v souvislosti s tím také k terminologické i praktické proměně porodních asistentek na ženské sestry, které tak z hlediska svých někdejších kompetencí definitivně pozbyly své profesní autonomie.¹⁵

Proměnou na ženské sestry dostaly porodní asistentky na starost také péči o gynekologicky nemocné ženy. Rodičky byly s přesunem do nemocnic umístěny spolu s nemocnými ženami do stejného zdravotnického zařízení a během

¹⁵ Až do 18. století asistovaly u porodu výhradně porodní báby, které v kritických případech volaly chirurga. V 18. století se začalo praktické porodnictví vyučovat i na univerzitě. Od vlády Marie Terezie začaly být porodní báby zkoušeny z anatomie a skládaly přísahu do rukou děkana a vrchnosti. Od poloviny 19. století dostaly možnost vzdělání i na klinice. Zkoušky porodních asistentek se lišily od zkoušek porodníků pouze v tom, že nezahrnovaly nauku o nástrojích a provádění „nástrojového“ porodu. Ještě před 1. světovou válkou byla založena Jednota porodních bab (později asistentek), která v roce 1923 dosáhla téměř 4000 členek a stala se největší na světě. Její předsedkyně se stala také předsedkyní Mezinárodního svazu porodních asistentek. Jednota vydávala odborný časopis a stala se reprezentantkou stavu vůči úřadům i veřejnosti. Zasazovala se o větší vzdělanost, odměny, nárok na penzi a regulaci počtu porodních bab. V roce 1948 byla Jednota zrušena a roku 1963 došlo k přeměně porodních asistentek na ženské sestry [Zeman, Doležal 2000; Königsmarková 2001].

předporodní prohlídky byly vyšetřovány gynekologem-porodníkem, který léčil také tamější nemocné ženy. Porodní asistentka - ženská sestra tak již nebyla někdejší autonomním aktérem během porodu, asistentkou rodičky, ale podle výpovědí některých zdravotníků spíše asistentkou doktora.

V 90. letech začal být znovu užíván termín porodní asistentka a nezávisle na sobě byly vytvořeny dvě profesní organizace: Sdružení porodních asistentek Čech a Moravy a Česká asociace porodních asistentek, která vydává od roku 1998 časopis Porodní asistentka. Není však pravdou, že by se studium a náplň činností, které je oprávněna provádět porodní asistentka v porodnici, po roce 1989 výrazně legislativně změnila podobně jako k tomu došlo před 40 lety. Výkon pracovních povinností porodních asistentek se totiž stále řídí vyhláškou MZ ČR z roku 1981 a směrnicí MZ ČR z roku 1986. § 20 písm. c) směrnice MZ ČR č. 10/1986 o náplni činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků, který se týká náplně činností ženské sestry (nyní porodní asistentky) stanovuje, že porodní asistentka vyšetřuje ženy s fyziologicky probíhajícím těhotenstvím, připravuje rodičky k porodu, pečuje o ně ve všech dobách porodních a v průběhu šestinedělí; vede fyziologické porody, a pokud není přítomna dětská sestra, provádí první ošetření novorozence; asistuje při porodních výkonech a operacích. Vyhláška MZ ČR č. 77/1981 Sb. o zdravotnických pracovnících stanovuje, že porodní asistentky vykonávají odbornou činnost podle povahy vykonávané práce buď samostatně, nebo podle pokynů lékaře, případně vedoucího středního zdravotnického pracovníka [Dorazilová 2000].

Vzhledem k tomu, že však není specifikován rozsah práce prováděné porodní asistentkou samostatně a práce prováděné podle pokynů lékaře, dochází k situaci, kdy je rozsah samostatně prováděné práce asistentek vyjednáván v rámci každého jednotlivého pracoviště. Rozsah práce prováděné porodní asistentkou samostatně se tak stává předmětem vyjednávání na pracovištích i mezi oborovými organizacemi. **Požadavky České asociace porodních asistentek se vztahují s odvoláním na příslušná nařízení EU k délce a podobě jejich studia i vymezení profesních kompetencí [Mastiliaková 2000], a to ve smyslu posílení jejich profesní autonomie, hrdosti, pracovního vymezení a možnosti jeho praktického naplňování.**

Ačkoliv by se mohlo na první pohled zdát, že v tomto smyslu nedošlo zatím k žádnému praktickému posunu, skutečnost je jiná. Zatímco postavení porodních asistentek v porodnicích doznalo pouze kosmetické změny (podle tvrzení některých zdravotníků došlo v souvislosti se změnou porodní praxe směrem k přirozeným porodům k posunu v pracovní náplni porodních asistentek ve smyslu získání většího prostoru pro inovační jednání, samostatné rozhodování i zvýšení přímé zodpovědnosti za vlastní vykonanou práci¹⁶), **mimo porodní zařízení dostaly**

¹⁶ Ve fakultní nemocnici v Brně provedli za účelem zvýšení adresné zodpovědnosti porodních asistentek, ale zároveň i zviditelnění jejich práce, která je nezbytnou podmínkou jejího společenského i peněžního ocenění, změnu v zaznamenávání postupu porodní péče. Je nutné si uvědomit, že lékařský záznam je také osobitým, i když neživým, aktérem v porodnictví, jelikož představuje jedinou oficiální verzi toho, co se skutečně během každého konkrétního porodu odehrálo. Takto se i on stává důležitým předmětem vyjednávání pozic a zodpovědností. Změnu v porodnici v Brně popisuje Koptavá a Kameníková [2000: 6] následovně: „Porodní asistentka zaznamenávala průběh porodu, ale nikde nebyla zaznamenána její poučení, doporučení a veškerá ošetrovatelská péče o rodičku. Bylo nutno vytvořit novou ošetrovatelskou dokumentaci. Asi po půl roce práce a hledání nejlepších variant se nám podařilo inovovat porodní křivku, kde je záznam lékaře, medikace, průběh porodu, záznam porodní asistentky, *ošetrovatelská diagnóza, ošetrovatelské činnosti, ošetrovatelská zpráva*

porodní asistentky po „sametové“ revoluci jednoznačnou šancí na skutečné osamostatnění. Některé z nich uzavřely vlastní smluvní dohody s pojišťovnami a kromě péče v šestinedělí a pořádání předporodních kurzů nabízejí ženám také doprovod k porodu. Jejich pozice během porodu se však příchodem do nemocnice mění. Soukromá porodní asistentka pak přebírá spíše pozici přítelkyně a ztrácí pozici samostatného odborníka rozhodujícího o postupu porodu a nesoucího za svá rozhodnutí odpovědnost, kterou by mohla zastávat v případě spontánního porodu jako zaměstnankyně porodnice.

Tyto asistentky v zásadě zaplňují mezeru vzniklou v primární péči o rodičky. Podle výzkumu matek postrádají ženy, ve vztahu k soukromým porodním asistentkám, zdravotní péči především v období šestinedělí, kdy jim schází pojišťovnou hrazená odborná péče v domácnosti. Ta byla dříve poskytována ženskými sestrami z gynekologických ambulancí OÚNZ, které po zrušení OÚNZ, během následné privatizace ambulancí většinou odešly v rámci snižování počtu středního zdravotního personálu, který mohly ambulance financovat. Současný počet privátních porodních asistentek, které by vykonávaly péči o ženy v šestinedělí je udržován v některých regionech na nízké úrovni nejen díky nezájmu porodních asistentek o tuto samostatnou práci, ale také kvůli problematičnosti vyjednávacího procesu mezi zdravotními pojišťovnami, porodními asistentkami a vedením porodnic.

Ačkoliv jsou změny ve směru k přirozenému porodu spojovány převážně s profesionalizačními tendencemi porodních asistentek, je zřejmé, že **snahy po plném a samostatném uplatnění vzdělání porodních asistentek a jejich dalším sebevzdělávání na seminářích a konferencích nejsou nutně vítány všemi z nich.** Strategie středního zdravotnického personálu se mohou lišit. Jedna část porodních asistentek volá po profesní autonomii a poukazuje na některé státy západní Evropy s argumentací jejich výborných (srovnatelných nebo dokonce i lepších) výsledků perinatální i mateřské úmrtnosti za současné absence lékařů u většiny porodů, jež vedou naopak porodní asistentky (Švédsko, Holandsko).¹⁷ Druhá část o rozšíření kompetencí, a tak i zodpovědnosti neusiluje. Kvalifikovaně odhadnout jejich podíly však zatím kvůli neprozkoumanosti tématu nelze.¹⁸ K odhadu není možné použít ani členské základny v posledních deseti letech vzniklých profesních organizací porodních asistentek, a to především vzhledem k jejich překrývání a částečně i neaktuálnosti. Vzhledem ke klíčové roli porodních asistentek v procesu implementace kritiky aktivně lékařsky vedeného porodu, a to ať už ve smyslu její podpory či nesouhlasu, se zdá být důležité (plošné-kvantitativní i analyticky hloubkové-kvalitativní) zkoumání také této populace.

předání rodičky na oddělení... Ošetrovatelská dokumentace se stala nedílnou součástí odborných vědomostí a činností ve smyslu zvýšené a adresné odpovědnosti porodní asistentky“.

¹⁷ Ve Švédsku rodí ženy ve velkých a velmi dobře vybavených perinatologických centrech, ovšem pouze třetinu z nich navštíví během porodu lékař. V Holandsku rodí třetina žen doma za přítomnosti porodních asistentek. Množství císařských řezů se tam pohybuje pod 10% a postup během těhotenství a porodu je převážně obrácený tomu, který je běžný v ČR. Zatímco zde je žena v péči lékaře, který může rozhodnout o tom, kdo povede porod, který nevykazuje patologické znaky, v Holandsku je těhotná žena v péči porodní asistentky, která je povinná ženu odeslat k lékaři, pokud těhotenství nebo porod tyto znaky vykazují [Přivádíme děti na svět 2001]. Česká asociace porodních asistentek tak s odvoláním také na tyto skutečnosti napadá konstrukci o nutnosti dohledu doktora nad průběhem porodu za účelem eliminace jeho rizik.

¹⁸ Podle výpovědí několika zástupkyň České asociace porodních asistentek by podíl asistentek jednoznačně prosazujících přirozené či alternativní porody měl být menší než polovina.

4.2. TRŽNÍ PROSTŘEDÍ A KONKURENCE

Vedle profesionalizačních snah porodních asistentek je nutné připsat na konto hlavních faktorů přispívajících k zavádění alternativ k aktivně lékařsky vedenému porodu, se svrchovanou pravomocí lékaře rozhodovat o průběhu porodního procesu, také **zvyšování konkurence mezi porodnicemi**. Tu lze spojovat **jednak s privatizací porodnic a jednak s rapidním propadem porodnosti**¹⁹. **Téma konkurence, kterou pociťují představitelé některých porodnic, otevírá úvahy o rodičkách jako klientkách, vzácném zdroji, o jehož získání a kontrolu usiluje vedení porodnic.**

Konkurenci na straně jedné podporují snahy jednotlivých vedení porodnic upozornit na specifika porodní péče na jejich pracovišti, na straně druhé se však konkurence může úspěšně rozvíjet pouze v některých regionech v závislosti na dopravní obslužnosti a poměrném počtu tamějších porodnic a rodiček.

V souvislosti s vytvářením konkurenčního prostředí mezi porodnicemi dochází podle zdravotníků jednak ke změnám v přístupu k rodičce směrem k její větší autonomii rozhodování, a jednak k rozšiřování nabídky poskytované péče, z níž může volit. Je tedy zřejmé, že konkurence nemusí nutně přispívat pouze k prosazování přirozených porodů, ale také například k většímu uplatňování porodů s epidurální anestézií v závislosti na míře přesvědčivosti argumentace odborníků. Jednoznačně však dochází ke zvyšování vítané i zatracované zodpovědnosti matek za jejich zdraví i zdraví dítěte.

Vzrůstající konkurence mezi porodnicemi podporuje také vznik služeb s porodem a poporodní rekonvalescencí souvisejícími spíše vzdáleně. Jedná se například o možnost 24-hodinové přítomnosti otce na poporodním oddělení, o nadstandardní vybavení porodních i poporodních pokojů a počátky takových sociálních služeb jako je prodej fotografie dítěte po narození apod.

S.E. Eisenstadt konstatuje, že v rozsahu, v němž klienti představují pro organizace vzácný zdroj, rozvíjejí tyto organizace vedlejší služby pro přilákání klientů, které nemusí souviset s jejich hlavními cíli. Pokud však na klientech takto bezprostředně závislé nejsou, rozvíjejí téma služeb veřejnosti pouze jako součást ideologie. Ideologie služby klientům je přinejmenším od minulého století nedílnou součástí velkých organizací, jako například vzdělávacích a zdravotnických institucí [Keller 1996]. U obou typů zmíněných institucí byl odhalen silný tlak na konformitu klientů, která se stává vedlejším produktem těchto institucí. Tato tendence organizací přitom neznamená, že přestanou sloužit účelům, kvůli nimž vznikly nebo jimiž legitimizují svou existenci, ale projevuje se spíše tím, že aktivity k dosažení stanovených cílů jsou prováděny tak, aby vyhovovaly členům organizace, nikoliv v první řadě klientům. Tato ochota klientů k přizpůsobení má výrazný potenciál právě v organizacích poskytujících služby, o jejichž prospěšnosti mohou polemizovat pouze odborníci a vzhledem ke klientům panuje názor, že sami nedokáží posoudit, co jim prospívá a co naopak škodí [Keller 1996].

¹⁹ Počet živě narozených na 1000 obyvatel klesl ze 14,9 v roce 1980 na 8,7 o téměř 20 let později. Jedná se o pokles ze 153 801 živě narozených dětí na 89 471. Ve stejných letech došlo k poklesu úhrnné plodnosti na 1 ženu ze 2,07 na 1,13 dítěte [Statistická ročenka 1999 2000; Fialová, Hamplová, Kučera, Vymětalová 2000].

I u porodnic došlo podle výpovědí zdravotníků v některých regionech k teoreticky popsanému posunu od institucí spíše nepřímo závislých na počtu svých klientů k institucím neustále ohroženým jejich zrušením v případě prohry se svými konkurenčními partnery v boji o nedostatečný zdroj rodiček.

4.3. CESTA K OBČANSKÉ SPOLEČNOSTI, VZNIK OBČANSKÝCH SDRUŽENÍ A HNUTÍ

Fakt, že k výše popsaným změnám v porodnictví dochází právě v současné době se nezdá být náhodný. Velký podíl na rozpoutání veřejné diskuse mezi rodiči, zdravotníky, kteří ve svých porodnicích reálně podporují přirozené porody a zdravotníky, kteří tento přístup odmítají, mají totiž zájmová občanská sdružení, která by z politicko-legislativních důvodů před rokem 1989 jen těžko vznikala. Devadesátá léta 20. století se stala pro ČR dobou **obnovování občanské společnosti** a svobodných možností zakládání svépomocných a zájmových sdružení i jejich svébytných veřejných projevů.

V kontextu porodnictví se jedná především o Hnutí za aktivní porod, které bylo založeno na jaře 1999 na popud několika matek, rozčarovaných ze svých zážitků z českých porodnic. Později, s tím jak se rozšiřovala jeho členská základna o ženy i muže, odborníky v oblasti porodu i laiky, naplánovaly jeho představitelky rozšíření zájmu sdružení i na další aspekty mateřství a Hnutí bylo přejmenováno na **Hnutí za aktivní mateřství (HAM)**.

Jak vyplývá již z jejich názvu, podporují především aktivní přístup žen ke svému porodu. Chtějí ženy vyzvat k tomu, aby samy vyžadovaly slušné zacházení a svobodu volby v porodnicích a nepodléhaly pasivně nemocniční rutině. Za tímto účelem se jejich činnost zaměřuje především na šíření informací o porodech, během nichž nejsou praktikovány rutinní postupy aktivně lékařsky vedeného porodu. V této oblasti spolupracují především s mateřskými centry, v nichž provádějí přednášky a semináře na toto téma, dále oslovují státní orgány, zdravotní pojišťovny i odborné lékařské společnosti a formou peticí, demonstrací a médií i širokou veřejnost.

Jejich činnost není solitární, nýbrž spolupracují s dalšími podobně zaměřenými společnostmi, jako je **Aperio** a v širším tematickém pojetí i **Nadace Gender Studies**, zabývající se postavením žen v české společnosti. Ta Hnutí poskytuje půdu pro budování veřejné knihovny koncentrující publikace o porodnictví a porodech. Specifikem HAM je zaměření na citlivé otázky domácích a ambulantních porodů.

V září roku 1999 začala svou osvětovou a vzdělávací činnost o přirozených porodech také skupina s názvem **Zdravé rodičovství**. To vzniklo jako jeden z programů **Nadace Open Society Fund Praha**, který se po dvou letech úspěšného fungování osamostatnil a v březnu 2001 bylo založeno občanské sdružení **Aperio - Společnost pro zdravé rodičovství**. Jeho členky dále rozvíjejí aktivity bývalého programu Zdravé rodičovství. Podobně jako HAM usilují o zvyšování informovanosti o možnostech přirozených porodů, o posilování vědomí spoluzodpovědnosti za vlastní zdraví i zdraví dětí, o napomáhání vytváření partnerského modelu vztahů mezi těmi, kdo zdravotní péči poskytují a těmi, kdo ji přijímají a také o rozvoj přímého dialogu mezi odbornou a laickou veřejností v oblasti porodů a jejich legislativního rámce. Činí tak prostřednictvím osobních vystoupení nebo článků ve veřejných médiích a podporou i organizací seminářů, kurzů, diskusních setkání i konferencí pro rodiče či odborníky nebo pro obě skupiny dohromady. Jejich cílem

je posílení prestiže rodičovství v celospolečenském měřítku a zvýšení informovanosti o jeho aktuálních problémech a možných způsobech jejich řešení. Spolupracují s **Českou asociací porodních asistentek (ČAPA)**, podporují profesní prestiž a samostatnost porodních asistentek, a to i podporou vzniku prvních porodních domů v ČR. Dohromady s ČAPA, HAM a Českou gyn.-por. společností (ČGPS) uspořádaly 4. mezinárodní konferenci o přirozeném porodu v ČR. Specifikum jejich činnosti spočívá v podpoře výzkumných aktivit v oblasti porodů v ČR a překladatelské činnosti odborné i osvětové literatury či publikování původních titulů. V této oblasti spolupracují mimo jiné také s nakladatelstvím **One Woman Press**.

Fakt, že **jsou aktivity výše popsaných zájmových občanských i profesních skupin navzájem propojené a podporované**, svědčí o úspěšné organizaci tohoto společenského hnutí. Taková organizace skýtá, v kombinaci s aktivními příznivci i účastníky na straně odborníků, jejich profesních organizací i rodičů, vysoký potenciál pro společenskou změnu.

Angažovanost dalších organizací, zaměřených na ženská témata obecně (Nadace Gender Studies, Ona Woman Press), ukazuje, že **diskuse nad stavem českého porodnictví není jen úzce vymezenou odborně-lékařskou reflexí, ale součástí celospolečensky se rozvíjejícího dialogu nad postavením žen v české společnosti, možnostmi jejich veřejného slyšení a spolurozhodování o záležitostech, které se úzce dotýkají jich samotných i celé společnosti**.

ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ PRO NOVÉ VÝZKUMY

Závěrem lze říci, že záměry provedení čtyř dotazníkových šetření byly úspěšně naplněny. Bylo zjištěno, jaké lékařské přístupy, služby, zařízení a porodní pomůcky jsou rodičkám nabízeny v porodnicích na území ČR, s jakými problémy se v současné době potýká zdravotní personál v porodnicích, jaké postoje k alternativám k aktivně lékařsky vedenému porodu zaujímají rodičky i lékaři, jaká je jejich informovanost, zájem a způsoby získávání informací o těchto alternativách i jejich nabídce v rámci současného českého porodnictví.

Je možné shrnout, že současný stav porodnictví v ČR již neodpovídá tomu, který popisoval Kapr a Koukola nebo Heitlinger v 80. letech. Jednoznačně zde totiž **došlo k otevření porodnic veřejnosti, otevření dialogu mezi odbornou a laickou veřejností o podobě českého porodnictví a mírnému posunu směrem od paternalistického přístupu zdravotníků vůči rodičkám k možnosti jejich větší participace na určování průběhu jejich porodu. Na tyto změny lze nahlížet v širším kontextu demografických, politických, ekonomických i společenských změn podporujících vznik a svobodnou aktivitu zájmových občanských sdružení i profesních skupin, stejně jako konkurenci mezi porodnicemi.**

Porodní praxe se mezi jednotlivými porodnicemi významně liší, a to jak z hlediska jejich vybavení k porodu i poporodní péči nebo přístupu k rodičce a jejímu doprovodu, tak i z hlediska způsobů vedení porodu. Obdobně výrazné rozdíly lze nalézt i mezi postoji odborné i laické veřejnosti k využívání různých porodních zařízení a uplatňování odlišných způsobů vedení porodu. Rozdíly se projevují jednak mezi odborníky a laiky a jednak mezi ženami s vlastní zkušeností porodu, které častěji preferují přirozené porody, a nezkušenými, na lékaře a známé spoléhajícími prvorodičkami.

Spokojenost rodiček s průběhem vlastního porodu je závislá na míře naplnění její představy o porodu. Spokojenost roste jak u žen, které porodily alternativně a tuto formu porodu také žádaly, tak i u žen, které preferovaly aktivně lékařsky vedený porod a ten jim byl také poskytnut.

Výzkum zachytil, které metody a porodní zařízení jsou v českém porodnictví dobře zavedené (porodní balón, teplá voda k tlumení bolesti...), a které se užívají naopak spíše sporadicky. Mezi druhými jmenovanými lze dále rozlišovat mezi těmi, k nimž vládne větší nedůvěra (porod do vody), ať už v rámci odborné nebo laické veřejnosti, a mezi těmi, které sice nejsou všeobecně zavedené, nicméně nejsou ani odmítané.

Alternativy k aktivně lékařsky vedenému porodu nejsou paušálně odmítané ani jednou ze sledovaných skupin. Rodičky přitom vykazují poměrně malou míru informovanosti o jednotlivých aspektech kritiky aktivně lékařsky vedeného porodu. Lékaři však pochopitelně podmiňují umožnění větší participace rodiček na rozhodování o způsobu vedení porodu jejich dostatečnou mírou poznatků o těchto záležitostech.

Vzhledem k tomu lze doporučit podporu kvalitních zdrojů informací o způsobech vedení porodů a především jejich mediální zviditelnění. Jedná se především o předporodní kurzy, které jsou jednak nedostatečně navštěvované, a jednak nejsou zdaleka nabízeny ve všech porodnicích. Dále se jedná o odbornou literaturu vztahující se k danému tématu, o níž je mezi populací žen poměrně vysoký zájem. V neposlední řadě je pak nutno podpořit průběžné informování žen o nabídce jednotlivých porodnic, jelikož právě tyto informace významně zvyšují spokojenost žen s dostupností informací o porodu a zvyšují také možnosti informovaného výběru místa k porodu.

Z výzkumu vyplývá, že by ženy přes většinovou spokojenost s porodní i poporodní péčí uvítaly odbornou pomoc s kojením i po návratu z porodnic domů. Lze se tedy domnívat, že by namísto mohla být také podpora realizace třech zdravotní pojišťovnou hrazených návštěv porodní asistentky v domácnosti ženy v období šestinedělí v těch regionech, kde taková služba nefunguje. Namísto by tedy byla podpora dialogu mezi soukromými porodními asistentkami, zdravotními pojišťovnami a vedením porodnic.

Co se týče dalších cílů zadavatele výzkumu, lze, za účelem rozšiřování vědomostí o porodních alternativách i jejich praktického uplatnění, doporučit podporu pracovních stáží v porodnicích, v nichž jsou již alternativy k aktivně lékařsky vedeným porodům zavedeny, jelikož i praxe (nejen teorie) je pro lékaře a porodní asistentky důležitou součástí odborného vzdělání. Z rozhovorů se zdravotníky je dále zřejmé, že jejich vzdělávání je z hlediska dalšího uplatnění nových poznatků v praxi úspěšné především pokud se jej účastní větší skupina porodních asistentek i lékařů z pracovního týmu porodnice než když se jej účastní jednotlivci.

Současně provedený rozsáhlý výzkum je třeba hodnotit nejen z hlediska jeho přínosu ke zjištění současného stavu situace porodnictví v ČR, ale také z hlediska toho, že jako první výzkum toho druhu v ČR otevřel mnohé další otázky a stěžejní témata pro možná další šetření v této proměnlivé oblasti.

Z hlediska zjištěných informací lze doporučit opakované výzkumné šetření, v menším rozsahu, během prvního desetiletí 21. století. Současný jednorázový výzkum totiž bez širší možnosti porovnání nově získaných dat s daty historickými příliš neumožňuje interpretaci vývoje. Provedený výzkum tak může být nahlížen nejen optikou jeho původního cíle, totiž zmapování současné situace porodnictví v ČR, ale může být také nahlížen jako odrazový můstek pro sérii dalších výzkumů. Jimi zjištěná data bude pak již možné, za předpokladu podobné konstrukce výzkumů, srovnávat s daty současně získanými, což přinese větší možnosti artikulace závěrů o proměnách českého porodnictví a vlivech na ně působících. Takové znalosti jsou pak užitečné především pro ty, kteří chtějí provádět drobné společenské změny a zpětně vyhodnocovat účinnost jednotlivých provedených kroků.

Pro možný budoucí výzkum, který by měl sledovat posun v přístupu žen k těhotenství a porodu včetně jejich znalostí o nabídce porodní péče, a zároveň tak poskytnout také data pro vyhodnocení vlivu rozšíření informací o českých porodnicích formou distribuce „Průvodců porodnicemi České republiky“ a

informací o přirozeném porodu formou publikační činnosti, lze navrhnout redukci výzkumu o šetření poprvé těhotných žen. Při zachování dostatečného počtu respondentů v souboru matek a vhodně volených otázkách totiž dojde k zjištění podobných informací formou vyčlenění souboru prvorodiček během analýzy dat. Zároveň pak je ale třeba doporučit, aby byly některé z otázek kladených v současně provedeném výzkumu pouze těhotným ženám zváženy i pro šetření matek.

Z hlediska možných budoucích šetření doporučuji zahrnout mezi sledovanou populaci také porodní asistentky, a to na základě zjištění jejich vysoké důležitosti v procesu prosazování i blokování možností uskutečnění změn v českém porodnictví.

Z hlediska možných kvalitativních šetření se jeví jako zajímavé výzkumné téma zjišťování důvodů, způsobů přípravy na porod i prožitků porodu u žen, které se rozhodly porodit své dítě jinde než v porodnici. Pro účely takového výzkumu lze doporučit techniku výběru „snow-ball“, techniku sběru dat „nestrukturovaný nahrávaný rozhovor face-to-face“ a biografický sociologický přístup k výzkumu.

Formou „nahrávaných nestrukturovaných biografických vyprávění“ nebo formou „písemných anket pro vyprávění“ matek o jejich zkušenostech porodu, lze za pomoci kvalitativního sociologického přístupu získat popisy, vysvětlení a snad i teorii týkající se prožitků porodů matkami.

Za účelem získání případových studií o změně porodní praxe v konkrétních porodnicích lze doporučit také kvalitativní sociologický přístup a techniku sběru dat „nestrukturované nebo polostrukturované nahrávané rozhovory face-to-face“ nebo „skupinový rozhovor“ se zaměstnanci porodnice. Takový výzkum by mohl prozradit více o způsobech prosazování nových přístupů do porodní praxe na půdě porodnic a problémech s tím spojených.

SEZNAM LITERATURY

- Alan, J. 1989. *Etapy života očima sociologie*. Praha: Panorama.
- Annandale, E. 1989. „Proletarianization or Restrification of the Medical profession? The Case of Obstetrics.“ *International Journal of Health Services* 4:611-634.
- Anspach, R.R. 1988. „Notes on the Sociology of Medical Discourse: The Language of Case Presentation.“ *Journal of Health and Social Behavior* 4:357-375.
- Beck, U. 1992. *Risk Society: Towards a New Modernity (Theory, Culture, and Society Series)*. London: Sage Publication.
- Berg, M. 1995. „Reconceptualizing Postwar Medical Practice“. *Social Studies of Science* 3:437-476.
- Berg, M., Bowker, G.C. 1997. „The Multiple Bodies of the Medical Record: Toward a Sociology of an Artifact.“ *Sociological Quarterly* 3:513-537.
- Berg, M. 1998. „Order(s) and disorder(s): of Protocols and Medical Practices.“ In: *Differences in Medicine: Unravelling Practices, Techniques & Bodies*. Berg, M., Mol, A. (eds.). London: Duke University Press. Pp. 226-245.
- Berger, P.I., Luckmann, T. 1999. *Sociální konstrukce reality*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury.
- Care In Normal Birth - a practical Guide*. 1996. WHO.
- Casper, J.M. 1998. „Working on and around Human Fetuses“ In: *Differences in Medicine: Unrevealing Practices, Techniques & Bodies*. Berg, M., Mol, A. (eds.). London: Duke University Press. Pp. 28-52.
- Čermáková, M., Hašková, H., Křížková, A., Linková, M., Maříková, H., Musilová, M. 2000. *Souvislosti a změny genderových diferencí v české společnosti v 90. letech*. Praha: Sociologický ústav AV ČR: Gender a sociologie.
- Česká asociace porodních asistentek. 2000. „Co chtějí české porodní asistentky.“ *Porodní asistentka* 10:7-14.
- Davies, M.G. 1997. „Whose Body? Recent Historiography Relating to Women, Health and the Medical Profession.“ *Gender and History* 2:380-384.
- Disman, M. 1993. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.
- Doležal, A. 1994. „Úvod do studia historie porodnictví.“ *Moderní gynekologie a porodnictví* 3:241-263.
- Doležal, A., Gutvirth, J. 1977. *Antropologia maternitatis*. Praha: Univerzita Karlova.
- Dorazilová, R. 2000. „Jsou porodní asistentky schopny definovat a hájit své profesní zájmy?“ *Porodní asistentka* 9:14-15.
- Drábková, J., Drobný, Z., Dvořáková, J., Zeman, Z. 1996. „Postupy non lege artis a odpovědnost za tyto postupy v porodnictví.“ *Moderní gynekologie a porodnictví* 3:244-269.
- Ferguson, P. 2000. „Jak pomoci sám sobě.“ *Porodní asistentka* 10:15-17.
- Fialová, L., Hamplová, D., Kučera, M., Vymětalová, S. 2000. *Představy mladých lidí o manželství a rodičovství*. Praha: SLON.
- Foster, P. 1995. *Women and the Health Care Industry*. Buckingham: Open University Press.
- Foucault, M. 1997. *Psychologie a duševní nemoc*. Praha: Dauphin.
- Foucault, M. 2000. *Dohlížet a trestat*. Praha: Dauphin.
- Fox, B., Worts, D. 1999. „Revisiting the Critique of Medicalized Childbirth a Contribution to the Sociology of Birth.“ *Gender and Society* 3:326-346.

- Garrety, K. 1997. „Social Worlds, Actor-Networks and Controversy: The Case of Cholesterol, Dietary Fat and Heart Disease.“ *Social Studies of Science* 4:727-773.
- Georges, E. 1997. „Fetal Ultrasound Imaging and the Production of Authoritative Knowledge in Greece.“ In: *Childbirth and Authoritative Knowledge*. David-Floyd, R.E., Sargent, C.F. (eds.). Berkeley: University of California Press. Pp. 91-112.
- Harvey, J. 1992. *Behind the Medical Mask/Medical Technology and Medical Power*. Coventry: University of Warwick.
- Hašková, H. 2000. „Současná porodní a poporodní praxe v ČR.“ *Gender, rovné příležitosti, výzkum* 4:13-15.
- Hašková, H., Labusová, E., Ryntová, L. 2001. „Výzkum porodnické praxe v ČR a její hodnocení z pohledu vybraných zainteresovaných subjektů.“ In: *Přivádíme děti na svět*. (Průvodce po konferenci). Štormerová, Z., Ryntová, L., Frydrychová, A. (eds.). Praha: Nadace Open Society Fund Praha. Pp. 30-31.
- Heitlinger, A. 1987. *Reproduction, Medicine and the Socialist State*. New York: St. Martin's Press.
- Historická statistická ročenka ČSSR*. 1985. Praha: SNTL.
- Hubík, S. 1999. *Sociologie věděni*. Praha: SLON.
- Chalmers, B. 1997. „Changing Childbirth in Eastern Europe: Which Systems of Authoritative Knowledge Should Prevail?“ In: *Childbirth and Authoritative Knowledge*. David-Floyd, R.E., Sargent, C.F. (eds.). Berkeley: University of California Press. Pp. 263-286.
- Chapman, E.M. 1986. *The Social Construction of Birth and the Effects of Culturally Induced Birth Factors*. Coventry: University of Warwick.
- Jordan, B. 1997. „Authoritative Knowledge and Its Construction.“ In: *Childbirth and Authoritative Knowledge*. David-Floyd, R.E., Sargent, C.F. (eds.). Berkeley: University of California Press. Pp.55-79.
- Kabele, J. 1998. *Přerody a principy sociálního konstruování*. Praha: Karolinum.
- Kabele, J. 1999. „Metodologie intervenčního heuristického vyšetřování.“ In: *Filipov II*. Praha: Informatoria katedry sociologie FSV UK. Pp. 113-136.
- Kapr, J., Koukola, B. 1998. *Pacient: Revoluce v poskytování péče*. Praha: SLON.
- Kárová, A., Richtrová, M. 2000. *Přirozený porod a kurzy předporodní přípravy – psychologický pohled*. Ročníková práce z klinické psychologie. FF UK.
- Kaufert, P.A., O'Neil, J. 1993. „Analysis of a Dialogue on Risks in Childbirth: Clinicians, Epidemiologists, and Inuit Women.“ In: *Knowledge, Power, and Practice: The anthropology of medicine and Everyday Life*. Lindenbaum, S., Lock, M. (eds.). Berkeley: University of California Press. Pp. 32-54.
- Kavan, L. 2000. „Jsou „alternativní“ porody jen módním výstřelkem?“ *Medica revue* 1:45.
- Keller, J. 1996. *Sociologie byrokracie a organizace*. Praha: SLON.
- Kitzinger, S. 1997. „Authoritative Touch in Childbirth: A Cross-Cultural Approach“ In: *Childbirth and Authoritative Knowledge*. David-Floyd, R.E., Sargent, C.F. (eds.). Berkeley: University of California Press. Pp. 209-232.
- Koktavá, A., Kameníková, M. 2000. „Naše zkušenosti s ošetrovatelskou dokumentací.“ *Porodní asistentka* 10:6-8.
- Königsmarková, I. 2001. *Alternativní porody a porodní asistentky v českém prostředí*. Tištěný materiál ze semináře ze dne 13.3. v Nadaci Gender Studies Praha.
- Kuhn, T.S. 1997. *Struktura vědeckých revolucí*. Praha: Oikoyomenh.

- Kutner, N.G., Brogan, D. 1990. „Gender Roles, Medical Practice Roles, and Ob-Gyn Career Choice: A Longitudinal Study.“ *Woman and Health* 3:99-117.
- Leavitt, J.W. 1987. „The Growth of Medical Authority: Technology and Morals in Turn-of-the-Century Obstetrics.“ *Medical Anthropology Quarterly* 1:231-255.
- Leboyer, F. 1995. *Porod bez násilí*. Praha: Stratos.
- MacFarlane, A., Mugford, M., Johnson, A., Garcia, Jo. 1995. *Counting the Changes in Childbirth Trends and Gaps in National Statistics*. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit.
- Makovický, E. a kol. 1981. *Sociálne lekárstvo a organizácia zdravotníctva*. Martin: Osveta.
- Mastiliaková, D. 2000. „Základní principy evropské strategie WHO pro vzdělávání sester a porodních asistentek.“ *Porodní asistentka* 8:8-9.
- Miller, T. 2000. „Losing the Plot: Narrative Construction and Longitudinal Childbirth Research.“ *Qualitative Health Research* 3:309-324.
- Mithlohner, M. 1994. „Trestněprávní charakter lékařského zákroku.“ *Moderní gynekologie a porodnictví* 4:451-459.
- Moss-Luffrum, B.J. 1993. *Paradigmatic Resonance and Disjunction in the Development of the Human Sciences: Accountability and Expertism in the History of Parturial Practices*. Coventry: University of Warwick.
- Možný, I. 1999. *Sociologie rodiny*. Praha: Slon.
- Nicolson, M., McLaughlin, C. 1987. „Social Constructionism and Medical Sociology: A Reply to M.R. Bury.“ *Sociology of Health & Illness* 2:108-126.
- Nicolson, M., McLaughlin, C. 1988. „Social Constructionism and Medical Sociology: A Study of the Vascular Theory of Multiple Sclerosis.“ *Sociology of Health & Illness* 3: 235-259.
- Oakley, A. 1980. *Women Confined: Towards a Sociology of Childbirth*. New York: Schocken Books.
- Odent, M. 1995. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo.
- Podalová S., Hohlová S., Malý Z. 1999. „Srovnání bezpečnosti vertikální a horizontální porodní polohy.“ *Česká gynekologie* 2:100-102.
- Právní postavení žen v České republice*. 1998. Hendrychová, S. (ed.). Praha: Nadace Gender Studies.
- Rodička a novorozenec 1998*. 2000. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Roztočil A., Miklica J., Kučera M., Ventruba P. 2000. „Přínos kontinuálního monitorování kyslíkové saturace plodu (FSpO2) pomocí intrapartální fetální pulzní oxymetrie (IFPO) k diagnostice akutní hypoxie plodu.“ *Česká gynekologie* 4:224-230.
- Shorter, E. 1982. *A History of Women's Bodies*. New York: Basic Books.
- Simerská, L., Smetáčková, I. 2000. *Pracovní a rodinná praxe mladých lékařek*. Praha: Sociologický ústav AV ČR: Sociologické texty.
- Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny*. 1994. Vodáková, A. (ed.). Praha: SLON.
- Srp, B. 1991. „Mateřská úmrtnost v ČR.“ *Česká gynekologie* 3:242-263.
- Statistická ročenka 1999*. 2000. Praha: Český statistický úřad.
- Stephenson, P.A. 1992. *International Differences in the Use of Obstetrical Interventions*. WHO regional office for Europe.
- Strauss, A., Corbinová, J. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert.
- Šráčková, D. 1981. „K problematice řešení vztahu matka-dítě v neonatálním období.“ *Československá pediatrie* 12:689-692.

- Štembera, Z. 1995 a. „Analýza zvýšení frekvence císařského řezu v České republice.“ *Česká gynekologie* 4:183-191.
- Štembera, Z. 1995 b. „Jak zabránit dalšímu zvýšení frekvence sectio caesarea v České republice?“ *Česká gynekologie* 6:283-289.
- Štomerová, Z. 2000. „Systém porodnické péče v Holandsku a základní pilíře bezpečného porodu doma.“ *Porodní asistentka* 9:13.
- Van Gennep, A. 1997. *Přechodové rituály*. Praha: NLN.
- Velký sociologický slovník*. 1996. Praha: Karolinum.
- Wagner, M. 2000. „Porod pro příští tisíciletí ve Střední Evropě.“ *Porodní asistentka* 9:15-18.
- Zeman, Z., Doležal, A. 2000. *Právní odpovědnost a právní vztahy v porodnictví*. Praha: Galén.

DALŠÍ ZDROJE:

Konference: *Přivádíme děti na svět*. Praha: hotel Pyramida. 1.-3. února.



APERIO – Společnost pro zdravé rodičovství
Plzeňská 66, 151 24 Praha 5
T: 222 364 083 M: 739 062 011
E: aperio@aperio.cz
www.aperio.cz

V knihovně Aperia jsou k prezenčnímu zapůjčení podrobné podklady
výzkumu ve třech svazcích: *Těhotné, Porodníci, Matky*.