

# PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVA – PŘEDPOKLAD DOBŘE SPOLUPRÁCE S RODIČKOU

*MUDr. M. Procházková, por. as. H. Myšáková*

PGO Oblastní nemocnice Středočeského kraje Mladá Boleslav a.s.

## 1 Úvod

Porodnická asistence je specifickou specializací v rámci ošetřovatelství, s tradicí stejně dlouhou, jakou je existence lidstva sama. Dnes je samostatným oborem, který zaznamenal během věků neobyčejně dynamický vývoj. Porod je sice fyziologickým dějem, ale bolest, která jej doprovází, je jednou z nejintenzivnějších vůbec, a rizika s ním spojená jak pro matku tak i pro plod, jsou věčným tématem pro všechny, kteří jsou na tomto procesu zúčastněni.

Dynamický rozvoj metod k ovlivnění průvodních jevů porodu a bolesti nastal zejména po převzetí porodnictví ze sféry péče laické anebo poučené veřejnosti do rukou lékařů.

Institucionalizace porodnictví přinesla některé nepříjemné průvodní jevy, jako technokratický přístup k tomuto zpravidla fyziologickému dění, odosobnění zúčastněných lidí i prostředí.

Na druhé straně ovšem došlo k významnému snížení frekvence a závažnosti důsledků porodnických komplikací a tím i morbidity a mortality rodiček a novorozenců. Dnešní vývoj zabezpečení porodnických oddělení se snaží nejen potlačit negativa, ale navíc nabízí nevídané možnosti sledování těhotné ženy i plodu před a během porodu. Tím dále přispívá k maximální možné bezpečnosti celého děje a k včasné indikaci potřebné intervence.

K úspěšné práci celého porodnického týmu je potřebná spolupráce mezi lékaři, porodními asistentkami, pomocným personálem a rodičkou. Tato spolupráce začíná již v ambulantní péči. Cílem je, aby rodička přicházela do porodnice připravena nejen po stránce fyzické ale i psychické, seznámená s prostředím i personálem. Rovněž důležitá je spolupráce s partnerem, zejména, pokud má být přítomen u porodu, a to nejen jako pozorovatel, ale jako jeho aktivní účastník.

Pro účely komplexní přípravy rodičky jsou mnohými porodnickými odděleními organizovány specializované kurzy, ve kterých má psychoprofylaxe ve spojení s účelným a pro těhotné ženy přizpůsobeným cvičením zajistit dobrou kondiční i psychologicko-teoretickou přípravu rodičky.

V dnešní moderní době musí porodnické ošetřovatelství jako dynamický proces odrážet současný stav vědomostí v tomto oboru. Zdrojem informací je nejen literatura a průběžně zveřejňované studie, ale i výstupy zpracování porodnické dokumentace. Poznatky jsou zpracovávány podle principu „evidence based medicine“ a výsledky plynule aplikovány do běžné praxe.

## 2 Skupiny žen vyžadující zvýšenou péči v rámci porodnického ošetřovatelství

### A) Hledisko demografické

V četných domácích i zahraničních studiích bylo prokázáno, že vyšší procento neúspěšných těhotenství je u žen s velmi nízkým nebo vyšším věkem a u žen s vyšší paritou, rozložení těchto demografických kritérií v naší populaci těhotných žen ve srovnání s některými vyspělými zeměmi s nižší perinatální úmrtností než v ČR je příznivé (tab. 1).

**Tab. 1 Frekvence těhotných žen v ČR s rizikovým věkem, paritou, rodinným stavem a vzděláním (1)**

	demografické a sociální rizikové faktory	frekvence v populaci
věk	méně než 17 let	1,0 %
	18–19 let	12,3 %
	více než 35 let	4,8 %
parita	IV a více	4,4 %
stav	svobodná	7,5 %
	rozvedená nebo vdova	2,4 %

Žen 17letých a mladších je pouze 1 %, rovněž žen 35letých a starších je pouze 4,8 %. Skupina žen 18–19letých není sice riziková z hlediska neúspěšnosti těhotenství, ale vzhledem k nedostatečné psychické zralosti a ekonomické zajištěnosti mnohých z těchto velmi mladých žen představuje riziko pro spolehlivou péči o kojence a úspěšný vývoj mladé rodiny. S 12,3 % těchto žen v naší populaci patří v ČR tato skupina k nejpočetnějším v Evropě. Také riziková multiparita počítaná od kvartipary a více, hraje v naší populaci s pouhými 4,4 % jen málo významnou roli.

### B) Hledisko sociální

Z různých ukazatelů sociálního rizika, jenž jsou v četných studiích dávány do nepřímé souvislosti s neúspěšným těhotenstvím, jsou ve Zprávě evidovány rodinný stav a ukončené vzdělání.

Téměř 10 % narozených dětí do neúplné rodiny (7,5 % žen svobodných a 2,4 % žen rozvedených a vdov) a 18,3 % těhotných žen s pouhým základním vzděláním (z nichž část toto ani nedokončila) jsou čísla varující, vyžadující profesionální sociologické studie v souvislosti s reprodukčním zdravím naší populace.

### C) Hledisko zdravotního stavu

Analýza tohoto hlediska vyžaduje diferenciaci ze čtyř rozdílných, vzájemně se prolínajících přístupů:

- druh, závažnost a frekvence stavu ohrožujícího zdraví matky nebo plodu, eventuálně již existujícího, nebo během těhotenství a porodu vzniklého, patologického stavu;

- čas, kdy došlo k zjištění, eventuálně k vzniku tohoto rizikového nebo patologického stavu;
- mechanismus (metoda), jakým tento stav byl zjištěn a potvrzen;
- intervence (prevence, léčba) odstraňující či zmírňující tento stav.

Výčet možných rizikových a patologických stavů je rozsáhlý; nejčastější a nejzávažnější z nich, jež by měly být ve Zprávě evidovány, byly na základě zahraničních zkušeností zařazeny do Registru přiloženého ke Zprávě. (1)

### 3 Současné trendy v porodnickém ošetřovatelství

V dnešní době se hodně mluví mezi laiky i odbornou veřejností o tzv. alternativním porodnictví. Nesporným faktem je, že porodnictví nelze dělit na „klasické – školní“ a „alternativní“, ale pouze na dobré a špatné.

Alternativní porodnictví není v Čechách dostatečně známé a samotné slovo alternativní vyvolává u laiků, ale i zdravotníků, asociace s různými paramedicínskými praktikami alternativní medicíny. Ani všichni lékaři nejsou většinou schopni vysvětlit, co si pod tímto pojmem představují. Proto je důležité vysvětlit, že jde pouze o respektování individuálních přání rodičky a jejího partnera. O snahu zajistit porod jako významný životní zážitek a ne jako nepříjemnou bolestivou epizodu, na kterou ženy raději nechťejí vzpomínat. Jde o vedení porodu a péči o rodičku jinak, než je doposud u nás zvykem. Jde o alternativy k zavedenému způsobu porodnictví, které ovšem nic neslevují na podmínkách bezpečnosti rodičky a plodu. (2)

Jiné – alternativní vedení porodu – spočívá v komplexním přístupu, jehož všechny součásti respektují obecné principy porodnictví, ale vycházejí vstříc osobnosti těhotné ženy a podporují její aktivní roli v těhotenství, při porodu a v poporodním období. (3)

Padesátá a šedesátá léta tohoto století byla v naší republice obdobím maximálního rozvoje teorie i praxe porodnické psychoprofylaxe, která dodnes je tématem mnoha kongresů a jednání. Následovalo však velké zklamání z praktických výsledků. Postupně se ukázalo, že původní cíl, tj. odstranění bolesti, metoda splnit nemůže, že však její význam je daleko širší: připravit ženu nejen na vlastní porodní děj a odstranit její strach a úzkost, ale i na celý průběh těhotenství, šestinedělí a mateřskou roli.

Rodička má přicházet k porodu připravena nejen na jeho fyziologický průběh, ale i na možné komplikace – význam této přípravy samozřejmě stoupá se stoupajícím počtem monitorovaných a operativních porodů.

Diference mezi zásadními koncepcemi profylaxe (Dick-Read a Velvovskij) je zcela minimální. Obě metody využívají v přípravě těhotných tři základních prvků:

- Prvky didaktické – dokonalá informovanost, poučení a vzdělání.
- Prvky fyzioterapeutické – cvičení pro těhotné, zvládání ekonomického dýchání apod.
- Prvky psychoterapeutické – psychoterapeutický vztah personálu a rodičky, zařazení psychoterapeutických metod s relaxačními a autosugestivními prvky, jakým je např. autogenní trénink podle J. H. Schultze. (4)

Možnosti realizace nových přístupů v rámci porodnického ošetřovatelského procesu jsou do značné míry omezeny technickými možnostmi jednotlivých oddělení a porodních sálů, ale při dobré snaze a

pružném myšlení personálu (to bývá hůře překonatelnou překážkou) se mnohé podaří zrealizovat. Základními „stavebními prvky“ dnešního porodnictví jsou:

- prostředí
- individuální přístup
- vertikální poloha a volný pohyb
- přítomnost otce u porodu
- úleva od bolesti, analgezie za porodu
- poporodní období, dobrovolný rooming-in

### **3.1 Prostředí**

Pozitivní působení prostředí na pocity a vjemy rodičky je jedním ze základních předpokladů vedení porodu. Výhodné je, aby se rodička či rodičovský pár s prostředím porodního sálu předem seznámily a při začátku porodu již vstupovaly do známých míst. Zařízení interiérů, souhra prostředí a personálu musí vytvářet v rodičích od prvního setkání pocit důvěry a profesionality.

### **3.2 Individuální přístup**

Většina rodiček a jejich partnerů chce prožít porod v intimním prostředí, kde mohou zdravotníci realizovat jejich individuální přání. Základním přáním je zajištění soukromí. V ideálním případě se celý porodní děj odehrává v jedné místnosti, nejlépe s vlastním sociálním zařízením. Z tohoto boxu odchází maminka na poporodní oddělení až společně se svým dítětem.

### **3.3 Vertikální poloha a volný pohyb**

Významná je možnost volného pohybu rodičky, použití relaxačních pomůcek (masážní strojky, relaxační míče – balony o velkém průměru, které napomáhají uvolnění pánevního dna, případně použití vany, nejlépe masážní apod.). Nutná je spolupráce rodičky s personálem, společné hledání nejvhodnějších poloh a pomůcek. To vše podporuje lepší postup porodu a snižuje spotřebu uterotonik. (5)

### **3.4 Přítomnost otce u porodu**

Přítomnost blízké osoby – nemusí se jednat jenom o otce, může jí být třeba matka, nebo poučená kamarádka, podporuje pocit bezpečí a snižuje pocit strachu z neznáma i vnímání bolesti. Umožňuje lépe překonat stres. Snižuje pravděpodobnost potřeby analgezie a operačního ukončení porodu.

Otázku přítomnosti otce u porodu by měli nastávající rodiče prodiskutovat nejpozději v posledním měsíci těhotenství. Při řešení tohoto choulostivého a rozporuplného problému by se neměli nechat ovlivnit současnými módními směry a pojednáními v tisku a ostatních sdělovacích prostředcích, které mohou po krátké době se stejným zaujetím tvrdit opak.

Muž nemůže být nucen, aby byl přítomen porodu, když by chtěl být raději někde daleko pryč. A obráceně, nikdo nemá právo vyžadovat od ženy ve jménu partnerství, aby se předváděla svému partnerovi v intimních situacích, když jí to je nemilé. Důvody pro i proti přítomnosti otce u porodu

jsou asi v rovnováze. V zásadě přítomnost otce u porodu umožňuje společný pozitivní prožitek narození chtěného a očekávaného dítěte. Působí kladně na chování rodičky i personálu. Faktor negativního vlivu přítomnosti otce či jiné blízké osoby není znám.

Co pro jednoho může být pozitivním zážitkem, může být pro jiného těžkým psychickým traumatem. Je třeba si uvědomit, že budoucí otec může přijít zcela nepřipraven na porodní sál, který, zejména při více porodech, neskýtá právě idylický obraz. Je nutné partnera ženy u porodu v rámci předporodní přípravy řádně informovat. I on by měl znát a respektovat určitá pravidla, kterými lze nepředloženým situacím předcházet, a to zejména: dodržování pitného režimu, volný a příjemný oděv, který nezpůsobuje hypertermii, a snadná orientace při hledání sociálního zařízení.

Personál porodního sálu by měl věnovat pozornost i doprovodu rodičky a včas reagovat na jeho vegetativní změny – bledost a opocení. Je vhodné navázat slovní kontakt na libovolné téma, ale zejména s ohledem na probíhající porod. Již podle slovního vyjadřování partnera je možno usuzovat na jeho hrozící psychický nebo somatický dyskomfort. Při nenadálých porodnických komplikacích, jako je císařský řez, klešťový porod ap., není nutné otce vykazovat z porodního sálu, ten většinou ocení zvýšenou péči a týmovou kooperaci o matku a dítě. Avšak záleží na konkrétních okolnostech, pro které nelze podat jednoznačný návod, na závažnosti situace, osobnosti otce, personálním obsazení porodního sálu atd.

### **3.5 Úleva od bolesti, analgezie za porodu**

Možnost svodné analgezie (epidurální či spinální) by měla být neoddělitelnou součástí porodnického servisu. Je nezbytné, aby se rodička o této možnosti včas dozvěděla, mohla ji zvážit a své přání předem sdělila. Anesteziolog pak má být během porodu k dispozici. Systémová i svodná analgezie je kontraindikována při porodu ve vodě. (6)

### **3.6 Poporodní období, dobrovolný rooming-in**

Bezprostředně po samovolném porodu zůstává žena se svým dítětem na porodním sále a přikládá je, a to i po císařském řezu, co nejdříve je to možné, k prsu. Porodní sál opouštějí společně. Na poporodním oddělení (šestinedělí) zůstává dítě stále s matkou a je tím „magickým“ motorem, který ženu pohání starat se o své dítě. Validní studie ukázaly obrovský přínos tohoto aktivního managementu, zvláště u žen po císařském řezu. Na druhé bylo prokázáno, že u žen, kdy tento časný neonatální kontakt chybí, dochází k pomalejší rekonvalescenci, tyto ženy jsou bolestivější, nevěří si a nevědí si častěji s dítětem rady.

## **4 Předporodní příprava**

Nutným předpokladem pro rozvoj nových metod v porodnictví je informovaná a připravená rodička i její partner. Za tímto účelem již většina zařízení nabízí různou formou organizovanou přípravu rodičů. Je možno zřídit např. „školu budoucích tatínků a maminek“, kterou vedou porodní asistentky. Tematika je např. rozdělena do jednotlivých lekcí. Každá lekce je vhodně doplněna diapozitivy, video programem či praktickou ukázkou. Součástí předporodní přípravy je cvičení pro těhotné, vedené rehabilitační sestrou, plavání pro těhotné, které vede porodní asistentka. Budoucí rodiče se účastní také prohlídky porodního sálu a oddělení šestinedělí, zároveň se seznámí

i s personálem. Tato prohlídka má být vždy umožněna všem zájemcům, i těm, kteří se přípravy neúčastní. Vše má vycházet ze zájmu veřejnosti. (7, 8)

Těhotenský tělocvik je pouze prostředkem, sám o sobě nemá jako příprava k porodu význam. Totéž se týká vzdělávacích filmů. Metoda není zcela prosta komplikací. V klasickém pojetí, kdy je žena vedena k tomu, že při správném chování proběhne porod bez komplikací, může případné operační ukončení porodu vnímat jako své selhání. (9)

Předporodní přípravu nelze redukovat pouze na odstranění strachu z porodu.

V širším smyslu si předporodní příprava klade za cíl:

- informovat o správné životosprávě v těhotenství (doporučení racionální výživy),
- informovat rodiče o sociálních a pracovních důsledcích těhotenství,
- seznámit ženu a jejího partnera s průběhem porodu, včetně porodnických operací,
- informovat o možnostech analgezie za porodu,
- seznámit ženu se zásadami péče o dítě po porodu (kojení).

Spolupráce v závažných a zlomových situacích je vždy založena na komunikaci, vzájemném pochopení, na připravenosti, na momentální psychofyzické kondici a na celkově uklidňující a pozitivně laděné atmosféře.

Všechny uvedené momenty je nutné připravit již za těhotenství, které je navíc emocionálně vyhraněným obdobím, aby měly pro obě strany cílený výsledek spolupráce za porodu (10)

Je známo, že rodičky které absolvovaly psychoprophylaktickou přípravu, mají menší potřebu analgetik, lépe zvládají stresové situace, které se mohou během porodu vyskytnout, lépe spolupracují zejména ve II. době porodní, kdy kvalita břišního lisu přispívá ke kratší době jejího trvání a tudíž i k lepšímu stavu narozeného dítěte. Celkově mají takto připravené rodičky menší procento porodnických komplikací (11), celkově lepší sebehodnocení a pocit jistoty a sebedůvěry (12).

Ženy, které se věnují fyzické aktivitě, mají v mnohem menším počtu a rozsahu komplikace typu těhotenských a poporodních depresí. (12)

Existují skupiny rodiček, které vyžadují zvláštní pozornost v rámci ošetrovatelského procesu a jsou „prubířským kamenem“ dovedností personálu. Jsou to tzv. nespolupracující rodičky. Tyto rodičky lze rozdělit do několika skupin:

Rodička nezkušená a nepřipravená: spolupráce je nedostatečná, nebo alespoň nedostatečně pohotová, vzdor pozitivní snaze. Postačuje ale klidná atmosféra a verbální vedení.

Rodička z odlišné kulturní sféry, která často nerozumí personálu, nezná kontaktní řeč, jeví obecně nedůvěru. Je nutný vstřícný, ženský zdravotnický personál, schopný výmluvných gest bez ztráty trpělivosti; vhodná je přítomnost blízké přítelkyně, matky, sestry rodičky, která se ale nevměšuje do činnosti zdravotnického personálu. Otázku přítomnosti manžela a porodníka-muže je nutno řešit velmi individuálně a se znalostí kulturního, popř. etnického zázemí rodičky i její rodiny.

Rodička s nízkým IQ, popř. zbavená způsobilosti k právním úkonům z tohoto důvodu, má mít možnost rodit za přítomnosti své oblíbené starší přítelkyně, vychovatelky apod.

Svodné techniky jsou u uvedených emocionálně labilních a nevypočitatelných dívek a žen málo vhodné, pokud neumožňují přesné provedení lege artis. Nejvhodnější je medikace anxiolytiky, někdy v kombinaci s malou dávkou ketaminu. (9)

Na opačném konci spektra žen tvořících rodičky jsou ženy informované, které mají aktivní snahu zapojovat se do porodního děje a které mají zcela jiné nároky na ošetrovatelský i lékařský personál. Velká část z nich se připravuje v předporodních kurzech a přicházejí do porodnice „vyzbrojeny“ maximem dostupných informací a s ochotou aktivně spolupracovat s personálem.

## **5 Kurzy pro těhotné na pracovišti PGO Mladá Boleslav**

### **5.1 Cíle psychoprofylaktické přípravy těhotných**

Základním cílem je snížení úzkosti a strachu z porodu a nabytí reálného postoje k porodu na základě poznání. Žena má vědět, co ji během porodu čeká a čím sama může přispět ke zdárnému výsledku těhotenství. Má být připravena na změny, které ji čekají během těhotenství, při porodu i po porodu. Cílem přípravy tedy není jen odstranění porodních bolestí nebo porodnických patologií, ale nabídnutí všech možností, jak s bolestí pracovat a jak ji účelně zvládat.

### **5.2 Cvičení pro těhotné**

Má vést k udržení nebo dokonce ke zlepšení celkové fyzické kondice těhotných. Zajisté není vhodné v těhotenství nadměrně zvyšovat fyzickou námahu a posilovači cviky musí být pečlivě vybrány s ohledem na stupeň těhotenství. Je však prokázáno, že zejména aerobní cvičení ženě prospívá, a to bez rizika pro nenarozené dítě. (15)

Je prokázáno, že rodičky s dobrou fyzickou kondicí lépe zvládají zátěž během porodu a mají menší množství komplikací. Výborným sportem pro těhotné je plavání, které je aerobním sportem a zároveň díky odlehčení ve vodě nezatěžuje pohybový aparát ženy. Lze ho proto doporučit prakticky až do porodu. (15)

### **5.3 Vlastní zkušenosti**

Kurzy pro těhotné na našem oddělení vede zkušená a kvalifikovaná porodní asistentka, paní Hana Myšáková, která si své vzdělání průběžně doplňuje o nové poznatky a metody účasti na školeních a kurzech s tímto zaměřením.

Těhotné jsou rozděleny do 2 skupin:

- do 30. týdne těhotenství
- ženy ve vyšším než 30. týdnu gravidity

Liší se zaměření pro obě skupiny a náplň jednotlivých hodin se opakuje v cyklech po 5 lekcích.

Součástí jednotlivých hodin je část teoretická, diskuse s rodičkami a část věnovaná cvičení a nácvičce relaxačních metod. Kurz pro účast otce u porodu probíhá jako samostatná akce pro všechny uchazeče pod vedením vrchní sestry nebo staniční sestry porodního sálu nebo oddělení šestinedělí.

Porodní děj je z hlediska aktivity rodičky rozdělen do jednotlivých fází. Během nich se mění zátěž na jednotlivé svalové skupiny, ale i intenzita kontrakcí, nastupuje psychická i fyzická únava. Návčik je zaměřen na činnosti během jednotlivých fází porodu.

**Tab. 2 Činnosti rodičky během porodu (17)**

	<b>Činnost organismu</b>	<b>Činnost rodičky</b>
I. doba porodní	děložní kontrakce	v odlehčovací poloze
	mimo kontrakci	břišní dýchání, uvolnění, zklidnění dechu
	kontrakce + bolesti	v odlehčovací poloze, břišní dýchání, masáže podle lokalizace bolestí
	mimo kontrakci	uvolnění, zklidnění dechu
	kontrakce + bolesti + nucení ke tlačení	psí dýchání v kleče s oporou o lokty
	mimo kontrakci	uvolnění, zklidnění dechu
II. doba porodní	kontrakce + bolesti	v porodní poloze, hluboký vdech, zadržetí dechu a tlačení do konečníku
	mimo kontrakci	položít hlavu, ruce na břicho, uvolnění, zklidnění dechu

**Tab.2 Náplň jednotlivých lekcí**

**1. skupina – těhotné do 30. týdne gravidity**

Lekce č.	Náplň
1.	význam cvičení v těhotenství, posilování svalových skupin
2.	cviky na procvičení svalů dna pánevního, životospráva těhotných, posilování jednotlivých svalových skupin
3.	vývoj dítěte, protistresová jógová cvičení
4.	gravidjóra, návčik celkové relaxace
5.	procvičování křížové a bederní oblasti

**2. skupina – těhotné nad 30. týden gravidity**

Lekce č.	Náplň
1.	elasticita hrudníku a její význam během porodu, dýchání, uvolňovací polohy, masáže, porodní poloha, polohy s otcem, porodní sál
2.	porod, kdy do porodnice, co sebou? posilování svalových skupin
3.	šestinedělí, protistresová jóga
4.	relaxace, její možnosti během porodu, gravidjóra
5.	vývoj dítěte, video – porod, cvičení – uvolňovací cviky, relaxace



V celém průběhu těchto hodin, kdy se počet účastnic pohybuje kolem 10, mají rodičky možnost konzultovat své potíže, probírat jednotlivé možnosti aktivního přístupu k porodu. Tím si utvářejí určitou představu o nastávajících událostech a jsou připravovány na průběh fyziologický, ale zároveň jsou přiměřenou formou připravovány ke zvládnutí případných komplikací. Nezbytnou součástí je důvěra rodičky ve střední zdravotnický personál i lékaře, její ochota ke spolupráci a pozitivní přístup.

Literatury, která se zabývá těhotenstvím a porodem, je v dnešní době na trhu bohatý výběr, ale zdaleka ne všechny publikace vycházejí z možností ale i zvyklostí v našich podmínkách. Porodní asistentka na tyto rozdíly upozorňuje a vysvětluje případné dotazy.

## 6 Závěr

Nízké procento četných a velmi různorodých patologických těhotenství a naopak vysoké procento rizikových těhotenství je důsledek rozsáhlé prenatalní péče, jež vede k poměrně včasnému a spolehlivému zachytu rizikových a patologických stavů s následnými preventivními a léčebnými intervencemi. Výsledky analýz všech dostupných dat z průběhu a výsledků perinatologické péče by měly nejen průběžně odkrývat stávající situaci včetně efektivity existujícího systému, ale být současně podkladem pro volbu optimálních změn ve strategii této péče. Všechny tyto informace by formou zpětné vazby měly být průběžně dosažitelné terénu, aby pracovníci zajišťující sběr dat poznali nejen účelnost této jejich činnosti, ale i prospěšnost nejen pro celostátní, ale i lokální management perinatální péče (1).

Trvale stoupající zájem rodičů o porodnické alternativy naznačuje, že si veřejnost začíná uvědomovat, že cílem moderního porodnictví nemohou být jen dobré výsledky lékařských statistik, ale že má být kladen důraz také na spokojenost rodičů. V definici WHO o zdraví je spokojenost pacienta jedním ze základních atributů, takže porodnické alternativy neobjevují nic nového. Snaha věnovat se individuální péči je pro personál náročnější, ale přináší spokojenost rodičkám i jejich partnerům. Porodnické alternativy jsou medicínsky možné a proto je vhodné je ženám zpřístupnit. (3)

Cílem moderního porodnictví je, aby vzdělaný a plně kvalifikovaný personál spolupracoval s připravenou rodičkou a jejím doprovodem v příjemném „domáckém – civilně vyhlížejícím“ prostředí, které by se mělo postupně stát standardem porodnických oddělení. Díky snadné dosažitelnosti nejnovějších technických vymožeností pak lze při zajištění plné bezpečnosti matky i dítěte, naplnit představu všech zúčastněných o okamžiku „zázraku zrození“ nového života.

## Literatura:

1. Štembera, Z., Zikmundová, B. Dnešní stav populace těhotných žen v ČR. Mod. Gynek. Porod. 2:184, 1992.
2. Roztočil, A., et al.: Intenzivní péče na porodním sále. Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví 1996.
3. Gogela, J., Malý, Z.: Porodnické alternativy. Mod. Gynek. Porod. 9:291, 2000.
4. Bendová, M.: Porodnické ošetřovatelství na [www.levret.cz](http://www.levret.cz).

5. Nikodem, V.C.: Pregnancy and Childbirth Module. Cochrane Database of Systematic Reviews'. Review No 03335, 1994
6. Gogela, J., Malý, Z.: Porod do vody, pro a proti. Čes. Gynek. 64:126,1999.
7. Beck, N.C., et al.: Preparation for labor: a historical perspective. Psychosom. Med. 41:243, 1979.
8. Beck, N.C., Halí J.: Natural childbirth. A review and analysis. Obstet. Gynec. 52:371, 1978.
9. Drábková, J.: Nespolupracující rodička, [www.levret.cz](http://www.levret.cz)
10. Lawani, M.M., et al.: Effect of antenatal gymnastics on childbirth: a study on 50 sedentary women in the Republic of Benin during the second and third quarters of pregnancy, in: Cahiers d'étude et de recherches francophones [Santé] 13, 2003, č.4.
11. Henriksson-Larsen, K.: Training and sports competition during pregnancy and after childbirth. Physical training is beneficial for mother and child. Lakartidningen 90:2097, 1999.
12. Nordhagen, I.H.: Physical activity among pregnant women in relation to pregnancy-related complaints and symptoms of depression. Tijds. Nor. Laegef. 122:470, 2002.
- 13.
14. Marquez-Sterling, S., et al.: Physical and psychological changes with vigorous exercise in sedentary primigravidae. Med. Sci. Sports Exercis. 32:58, 2000.
15. Broso, R, Buffeti, G.: Sports and pregnancy. Minerva Gin. 45:191, 1993.