

Alternatívne metódy vedenia pôrodu

Študijný text

PhDr. et Bc. Eva Moraučíková, PhD.



Zlín, 2021

Alternatívne metódy vedenia pôrodu

PhDr. Bc. Eva Moraučíková, PhD.

2021

KATALOGIZACE V KNIZE - NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Moraučíková, Eva, 1972-

Alternatívne metódy vedenia pôrodu : študijný text / Eva Moraučíková. -- 1. vydanie, vydané elektronicky. -- Ve Zlíně : Univerzita Tomáše Bati, 2021. -- 1 online zdroj

Nad názvem na 1. straně souboru: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. -- Obsahuje bibliografii

ISBN 978-80-7678-054-5 (online ; pdf)

* 618.2 * 613.952 * 615.8 * (075.8)

– porodnictví

– poporodní péče

– alternativní medicína

– učebnice vysokých škol

618 - Gynekologie. Porodnictví [14]

37.016 - Učební osnovy. Vyučovací předměty. Učebnice [22]

Informácie o autorovi:

Eva Moraučíková, PhDr., Bc., PhD.

Ústav zdravotnických věd

Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Štefánikova 5670

760 01 Zlín

Tel.: +421918722197

E-mail: moraucikova@utb.cz

Oponenti:

Mgr. Renáta Hrubá, Ph.D.

Mgr. Kateřina Slováčková

Jazyková korektúra nebola realizovaná, za jazykovú správnosť zodpovedá autor.

Rozmnožovanie a šírenie len s povolením autora a FHS UTB ve Zlíně

1. vydanie

2021

© Eva Moraučíková

ISBN 978-80-7678-054-5

Úvodné slovo

Študijný text je určený predovšetkým študentkám v odbore pôrodná asistancia resp. študentkám v odbore ošetrovateľstvo, ktoré participujú na starostlivosti o matku a dieťa, aby nezabúdali na skutočnosť, že pred nimi je pri vykonávaní akýchkoľvek činností predovšetkým žena/rodičovský pár a jej/ich dieťa, ktorí očakávajú, že ich bude vnímať a rešpektovať so všetkými ich potrebami. Cieľom učebných textov je, aby študentky získali ucelenú informáciu o niektorých alternatívnych metódach vedenia pôrodu s dôrazom na EBMid (EBM, EBN). Pôrodné asistentky by mali mať snahu o zlepšenie starostlivosti o matku a dieťa ku čomu im môže dopomôcť inkorporácia nových metód, ktoré si stále hľadajú cestu do praxe, s cieľom nahradiť bežné rutinné postupy a tým skvalitniť poskytovanú starostlivosť. V učebných textoch sú uvedené nefarmakologické metódy vedenia pôrodu, ktoré vychádzajú z filozofie pôrodníkov Fredericka Leboyera, Michela Odenta, Fernanda Lamaza, Grantly Dick-Reada.

OBSAH

OBSAH	5
ÚVOD	5
1 NORMÁLNY VERSUS ALTERNATÍVNY PÔROD	6
1.1 Normálny pôrod.....	6
1.2 Alternatívny pôrod	12
2 ALTERNATÍVNE METÓDY VEDENIA PÔRODU	17
2.1 Pôrod podľa Fredericka Leboyera	19
2.2 Pôrod podľa Michela Odenta	22
2.2.1 Polohy pri pôrode	26
2.2.2 Pôrod do vody.....	32
2.3 Pôrod podľa Fernanda Lamaza	34
2.3.1 Dýchanie počas pôrodu	37
2.3.2 Nefarmakologické metódy zmiernenia bolesti.....	41
2.4 Pôrod podľa Grantly Dick- Reada.....	53
2.4.1 Sprevádzajúca osoba pri pôrode.....	56
2.4.2 Psychofyzická príprava na pôrod	63
2.4.2.1 Pôrodný plán	65
2.4.3 Miesto pôrodu	66
3 DESATORO PRIRODZENÉHO PÔRODU V PÔRODNICI	77
3.1 Starostlivosť o zdravie žien v tehotenstve.....	80
ZÁVER	84
ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY	85
ZOZNAM POUŽITÝCH SYMBOLOV A SKRATIEK	95
ZOZNAM PRÍLOH	96



ÚVOD

Posledné desaťročia priniesli do starostlivosti o matku a dieťa výrazné zmeny, ktoré boli ovplyvnené spoločensko- ekonomicko- politickou situáciou. Vznik konkurenčného tlaku, ženských občianskych združení a hnutí, kritika medicinizácie ľudského života si vyžiadala zmenu v prístupe k žene, dieťaťu a rodine, ako aj zmeny v poskytovaných službách. Do popredia vystupujú požiadavky, ktoré sa viažu na humanizáciu, redukciiu paternalistického prístupu k pacientom, ako aj potreba prehodnotenia rutinne používaných praktík.

Do praxe sa implementovali nové koncepcie v starostlivosti o ženu a dieťa, prostredníctvom ktorých sa vytvárajú podmienky pre možnosti výberu. V záujme humanizácie poskytovaných služieb sa zavádza vo väčšej miere hlavne individualizovaný prístup a starostlivosť, ktorá stojí v protiklade k rutinnej štandardizácii. Niektorí kritici hodnotia zavádzanie humanizujúcich prvkov do starostlivosti o ženu a dieťa ako psychologizáciu alebo komercializáciu starostlivosti. Na ceste za zlepšením starostlivosti o matku a dieťa je možnosť využitia niektorých koncepcií, ktoré podporujú právo ženy spolurozhodovať, redukujú jej submisívne postavenie a vykonávanie rutinných zásahov, čím sa posilňuje prežívanie materstva, pôrodu a kontinuálnej väzby matka – dieťa – otec.



1 NORMÁLNY VERSUS ALTERNATÍVNY PÔROD



Ciele štúdia kapitoly:

- Oboznámiť sa so základnou terminológiou- normálny pôrod, fyziologický pôrod, prirodzený pôrod, alternatívne spôsoby vedenia pôrodu.
- Poukázať na nejednotnosť definícií pôrodov v odbornej literatúre.



Kľúčové slová: pôrod, WHO, alternatívny, pôrodné praktiky

V tejto kapitole učebnice sú uvádzané niektoré definície normálneho a alternatívneho pôrodu podľa jednotlivých odborníkov, ktorí v praxi pracujú so ženou (rodičkou), dieťaťom a rodinou. Snahou bolo zachytiť nejednotnosť názorov odborníkov, nejednotnosť terminológie a množstvo rôznych definícií, ktoré súvisia so starostlivosťou o matku a dieťa v procese pôrodu.

1.1 Normálny pôrod

Čo znamená normálny pôrod? Od čoho je závislá definícia normálneho pôrodu? Na uvedené otázky je dôležité hľadať a nájsť odpoveď, najmä ak chceme nájsť diferenciu medzi tým, čo je normálny pôrod, alternatívny pôrod a alternatívy používané pri vedení pôrodu. Aké faktory rozhodujú o používaní termínu „normálny pôrod“? Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie je dôležitý stupeň rizikovosti tehotnosti a priebeh I. a II. doby pôrodnej (Treffers, Hoop- Benderová, 1996).

„Normálny pôrod je spontánne vyvolaný, s nízkym rizikom na začiatku pôrodu, ktoré je nemenné počas celej I. a II. doby pôrodnej. Dieťa sa narodí spontánne v pozícii hlavou dopredu, v období medzi ukončeným 37. a 42. týždňom tehotenstva. Po pôrode je matka a dieťa v dobrom stave“ (WHO, 1999).



WHO stanovuje za cieľ v starostlivosti pri normálnom pôrode zdravie matky a dieťa s minimálnym počtom intervencií, ktoré sú kompatibilné s bezpečnosťou. Tento prístup, ktorý je zahrnutý v normálnom pôrode, by mal byť odrazom validného logického záveru a nemal by zabraňovať prirodzenému procesu (WHO, 1999).

Do starostlivosti o matku a dieťa sa implementuje:

- podpora, pomoc a ochrana fyziologického pôrodu,
- relevantná informovanosť o rizikách a benefite indukcií,
- zabezpečenie komfortu bez indukcie pôrodu.

Východisko Svetovej zdravotníckej organizácie pre definíciu normálneho pôrodu prijala aj Britská asociácia, ktorá zabezpečuje a poskytuje zlepšenie materských služieb, doplnila spotrebiteľa služieb, ako ďalší faktor, rozhodujúci o používaní daného termínu. Uvedená organizácia definuje normálny pôrod ako pôrod prebiehajúci bez medicínskej intervencie. Obsah definície sa vzťahuje aj na termíny prirodzený alebo fyziologický pôrod. Podobne aj Centrum pre zdravie a sociálnu starostlivosť publikuje informácie o tom, aké sú stanovené definície pre normálny pôrod. Normálny pôrod je pôrod bez indukcie, bez používania inštrumentálneho pôrodu, bez spinálnej alebo epidurálnej anestézie, cisárskeho rezu a bez epiziotómie (Romano, Goer, 2008).

Enkin, Keirse, Renferm, Neilsong (1996) uvádzajú za základ dobrej starostlivosti tzv. „pôrodný potenciál“, to znamená určiť si formu priebežného hodnotenia zdravotného stavu tehotnej ženy a stanoviť mieru pravdepodobnosti, že priebeh pôrodu bude „normálny“. Pri normálnom pôrode by pre intervenciu do prirodzeného priebehu mal existovať opodstatnený dôvod.

Starostlivosť aj v tomto prípade zahŕňa podporu, pomoc a ochranu fyziologického pôrodu, poskytnutie relevantných informácií o rizikách a benefite indukcií, indikovanie indukcií pôrodov nie z dôvodov komfortu a používanie metód na podporu fyziologických mechanizmov, ktoré sa využívajú na progresiu pôrodu.

S normálnym pôrodom sa identifikuje aj prirodzený pôrod. Tento termín zaviedol do pôrodníctva lekár- pôrodník Michael Odent, ktorý poukázal na skutočnosť, že pôrod sa môže viesť aj iným spôsobom, ako aktívne lekársym. Jeho definícia prirodzeného pôrodu zahŕňa psychosomatický komfort pre matku a dieťa, odbúranie strachu z pôrodu a komplikácií z preventívnych zásahov (Odent, 1995, Hašková, 2001).



Koncepcia prirodzeného pôrodu je orientovaná na spontánny pôrod, minimalizáciu farmakoterapie, lekárskeho zásahov, čo však neznamená odmietanie lekárskeho postupu v prípade komplikácií. Preto aj „prirodzenosť“ v danom kontexte je rôzne definovaná.

Stadelmann (2004) uvádza že: „prirodzené metódy a spôsoby vedenia pôrodu môžu telu pomôcť len vtedy, keď je skutočne pripravené na pôrod. Keď krčok maternice a poloha dieťaťa je zrelá na pôrod“.

V nasledujúcom texte je uvedené, ako niektorí autori opisujú prirodzený pôrod:

- „Prirodzený pôrod je pôrod bez strachu, bez zbytočných vyšetrení prístrojmi, bez iných lekárskeho vyšetrení a zásahov, v pokojnom prostredí, kde rodička môže zaujať akúkoľvek polohu“ (Holomáň, 2006).
- Prirodzený pôrod je pôrod bez lekárskeho zásahov a bez podania liekov.
- Prirodzený pôrod (natural childbirth, prepared childbirth) je vlastne spôsob vedenia pôrodu, pri ktorom sa zohľadňujú psychologické a fyziologické potreby tehotnej ženy a podporuje sa jej aktívna účasť na tomto fyziologickom deji (Pařízek, 2006).
- Prirodzený pôrod môže trvať aj dlhšie ako dva dni. Z pôrodov, do ktorých nemôže zasiahnuť pôrodník, by skončilo asi 1% smrťou matky a 10% smrťou dieťaťa (Čepický, Černá, 2006).
- „Prirodzený pôrod je spôsob pôrodu v ktorom je lekárskeho zásah čo najmenší. Je všeobecne považovaný za optimálny spôsob rodenia, ktorý je najbezpečnejší pre dieťa a najviac vyhovujúci matke. Predpokladom sú normálne tehotenstvo, fyziológia pôrodných ciest, silná motivácia matky, fyzická a emocionálna príprava a konštantná a intenzívna podpora matky v priebehu pôrodu.“

Prirodzený pôrod má pozitívne účinky. Bolesť a stres, ktoré sú spojené s normálnym pôrodom majú veľký význam pre ženu aj dieťa. Organizmus ženy reaguje na pôrodné bolesti vylučovaním adrenalínu a endorfínov. Adrenalín ženy mobilizuje prívod energie a endorfíny tlmia bolesť a zlepšujú náladu. Počas pôrodu sa v tele rodičky vyskytuje až tridsaťkrát vyššia hladina endorfínov ako normálne. V mozgu dochádza k vyplavovaniu oxytocínu, ktorý zlepšuje náladu a utlmí pamäťové centrá (Goer, 2002, Verny, Kelly, 1993). Tieto účinky pri intravenózne podávanom oxytocíne chýbajú, nakoľko tento oxytocín neprechádza hematoencefalickou bariérou. Stresové hormóny sú prínosom aj pre novorodenca, u ktorého napomáhajú príprave pľúc na dýchanie, mobilizujú energetické zásoby ukryté v glukóze,



spôsobujú odliv krvi z končatín k srdcu a mozgu dieťaťa, chránia dieťa počas pôrodu pred hypoxiou (Goer, 2002).

Niektorí pôrodnici zastávajú názor, že za normálny môžeme pôrod vyhodnotiť až retrospektívne, a tak pristupujú k starostlivosti o rodičku ako pri pôrode komplikovanom. Rodička nemá možnosť prežiť pôrod svojím vlastným spôsobom, v mieste, ktoré si vyberie a je konfrontovaná so zásahmi, ktoré často nie sú potrebné. Polarizácia názorov vyústila nielen do samotných definícií základných pojmov, ale aj do metód a stratégií, ktoré sa používajú v starostlivosti o tehotnú ženu a prenatálne dieťa.

Etika je veda o morálke. Morálka v pôrodnej asistencii je to, čo sa dotýka dobra a prospechu alebo škody a ublíženia. Každý zrealizovaný výkon v starostlivosti o tehotnú ženu (rodičku, šestonedielku) a dieťa má morálny dopad (Kutnohorská, 2007). Základným princípom toho, čo by mala morálka znamenať v klinickej praxi, je stáročiami potvrdená povinnosť podporovať a chrániť záujem ženy a dieťaťa (Chervenak, McCullough, 1997).

WHO na základe relevantných vedecky získaných poznatkov stanovila a rozdelila pôrodné praktiky do 4 kategórií v závislosti od ich užitočnosti, účinnosti a škodlivosti. V klinickej praxi, pri ich realizácii, niektoré z nich dostávajú aj etický rozmer vo vzťahu k tehotnej žene (rodičke, šestonedielke) a dieťaťu.

Praktiky odporúčané WHO (1999), ktoré sú pri pôrode jednoznačne prospešné a ktoré by mali byť podporované:

- osobný plán, v ktorom je stanovené, kde bude pôrod prebiehať a kto ho povedie, ktorý je vypracovaný v spolupráci s budúcou matkou počas tehotenstva a je známy otcovi dieťaťa a ich rodine,
- vyhodnotenie rizikovosti tehotenstva počas prenatálnej starostlivosti, prehodnotenie počas každého kontaktu so zdravotníckym systémom a v čase prvého kontaktu s poskytovateľom starostlivosti počas pôrodu,
- sledovanie telesného a psychického stavu ženy počas všetkých pôrodných dôb,
- poskytnutie tekutín (per os) počas pôrodu,
- rešpektovanie výberu miesta pôrodu, ktoré žena urobila po náležitom poučení,
- poskytovanie starostlivosti pri pôrode na najperiférnejšej úrovni, na ktorej je pôrod uskutočniteľný a bezpečný, a kde sa žena cíti isto a bezpečne,
- rešpektovanie práva ženy na súkromie v mieste pôrodu,



- empatická podpora od poskytovateľov starostlivosti počas pôrodu,
- rešpektovanie prania ženy pri výbere sprevádzajúcich osôb pri pôrode a narodení dieťaťa,
- poskytovanie informácií ženám v takej miere, v akej žiadajú,
- neinvazívne, nefarmakologické postupy zmiernovania pôrodnej bolesti, ako napríklad masáže a relaxačné techniky,
- monitorovanie „plodu“ prostredníctvom periodickej auskultácie,
- použitie jednorázového materiálu a náležitá dekontaminácia nástrojov pre opakované použitie počas celého pôrodu, použitie rukavíc pri vaginálnom vyšetrení, počas pôrodu dieťaťa a pri manipulácii s placentou,
- voľnosť pohybu a výberu polohy,
- podpora inej polohy ako v ľahu na chrbte,
- pozorné sledovanie vývoja pôrodu,
- profylaktická aplikácia uterotoník v III. dobe pôrodnej u žien s rizikom popôrodného krvácania a u žien, ktoré sú ohrozené aj malou stratou krvi,
- sterilita pri prestrihnutí pupočnej šnúry,
- prevencia hypotermie novorodenca,
- skorý telesný kontakt medzi matkou a novorodencom a podpora zahájenia dojčenia v prvej hodine po pôrode v súlade s odporúčaním WHO,
- rutinné vyšetrenie placenty a vaku blán.

Praktiky, ktoré sú jednoznačne škodlivé alebo neefektívne a ktoré by mali byť eliminované podľa WHO (1999):

- rutinná aplikácia klystíru,
- rutinné oholenie pubického ochlpenia,
- rutinná intravenózna infúzia počas I. doby pôrodne,
- rutinné zavedenie periférnej intravenózne kanyly,
- vyšetrenie per rektum,
- použitie röntgenovej pelvimetrie,
- aplikácia uterotoník v ktorejkoľvek dobe pred vypudením plodu takým spôsobom, že ich účinok nemôže byť kontrolovaný,
- rutinné využitie polohy na pôrodnom lôžku s podperami alebo bez,



- tlačenie na vyzvanie so zadržaním dychu počas II. doby pôrodnej,
- masáž a rozťahovanie perinea v II. dobe pôrodnej,
- aplikácia orálnych tabliet ergometrínu v III. dobe pôrodnej ako prevencia alebo kontrola krvácania,
- rutinná aplikácia ergometrínu parenterálne v III. dobe pôrodnej,
- rutinný výplach maternice po pôrode,
- rutinné vyšetrenie (manuálna kontrola) maternice po pôrode.

Praktiky, ktoré nie je možné jednoznačne doporučiť, nakoľko neexistuje dostatok dôkazov o ich prospešnosti, a ktoré by mali byť aplikované až po zrelej úvahe pokiaľ ich ďalší výskum objasní (WHO, 1999):

- nefarmakologické metódy zmiernovania bolesti- fytoterapia, ponorenie do vody, nervová stimulácia, atď.,
- rutinné prevedenie amniotómie v I. dobe pôrodnej,
- tlak na fundus počas pôrodu,
- zásahy na ochranu perinea a vedenie hlavy novorodenca v okamihu pôrodu,
- aktívna manipulácia s novorodencom vo chvíli narodenia,
- rutinná aplikácia oxytocínu, kontrolovaný ťah za pupočník alebo kombinácia týchto postupov počas III. doby pôrodnej,
- skoré podviazanie pupočníka,
- stimulácia bradaviek na zvýšenie intenzity kontrakcií maternice počas III. doby pôrodnej.

Praktiky, ktoré sa často používajú nevhodne (WHO, 1999):

- obmedzenie príjmu potravy a tekutín počas pôrodu,
- zmiernovanie bolesti liečivom pre celkovú aplikáciu (napr. Dolsin i.m.),
- zmiernovanie bolesti použitím PEDÁ,
- elektronické sledovanie plodu,
- použitie sterilných rúšok a odevov počas pôrodu,
- opakované alebo časté vaginálne vyšetrenia, hlavne v prípade, že ich realizuje viac ako jeden poskytovateľ starostlivosti,



- urýchlenie pôrodu oxytocínom,
- rutinný prevoz rodičky do inej miestnosti na začiatku II. doby pôrodnej,
- cievkovanie močového mechúra,
- povzbudzovanie ženy, aby tlačila vo chvíli, kedy je diagnostikovaná úplná alebo takmer úplná dilatácia hrdla maternice skôr, ako žena sama pocíti potrebu tlačiť,
- rigídna snaha o dodržanie stanoveného trvania II. doby pôrodnej, napríklad jedna hodina v prípade, že stav matky aj plodu je dobrý a pôrod pokračuje,
- operatívny pôrod,
- liberálne alebo rutinné používanie epiziotómie,
- manuálna kontrola maternice po pôrode.

V klinickej praxi je potrebné dodržiavať všeobecne akceptovanú povinnosť rešpektovať autonómiu tehotnej ženy (rodičky, šestonedielky) (Kliment, Cupaník, 2000). Pôrodná asistentka okrem vedomostí v oblasti medicíny (pôrodníctvo, gynekológia), pôrodnej asistencie, ošetrovateľstva, filozofie, psychológie (komunikácie) má mať vedomosti z etiky a zdravotníckeho práva, a to v takej miere, aby bola napĺňaná zdravotnícka morálka. Pre jej úspešné napĺňanie je nevyhnutné sústavné vzdelávanie pôrodných asistentiek v oblasti eticko- zdravotníckeho povedomia.

1.2 Alternatívny pôrod

V súčasnej pretechnizovanej dobe hľadáme únik vo viacerých sférach bytia ku krásnu, morálke, umeniu a náboženstvu. Spomínané kategórie patria k oblastiam, ku ktorým sa slovo veda nehodí. Na druhej strane sú oblasti, kde využitie vedeckých poznatkov a techniky je nesporné. Trendom súčasného zdravotníctva je medicína založená na dôkazoch (EBM) a ošetrovanie založené na dôkazoch (EBN). To je oblasť, kde výsledky vedy a nové technológie patria ku každodenným aspektom, ktoré ovplyvňujú starostlivosť o pacienta. Nešťastím tejto doby je poukazovanie na to, že vedecký postup zlyhal a je potrebné hľadať iný- alternatívny postup. A to je spúšťacím mechanizmom sporu medzi alternatívnou a vedeckou medicínou. Súčasná vedecká medicína sa niekedy spochybňuje a ponúkajú sa cesty, ako ju „humanizovať“ zefektívniť, alebo dokonca úplne zmeniť. Zložitosť života, živej hmoty a najmä



človeka je príčinou toho, že výskum v medicíne nie je priamočiary a že mnohé tvrdenia treba revidovať, lebo sa ukázali ako chybné. Naproti tomu stojí alternatívna medicína, ktorá ponúka jednoduché, zaujímavé, ale iracionálne vysvetlenie, ktoré priťahuje svojou jednoznačnosťou. Problém môžeme vidieť aj vo vzdelávaní, kde štúdium vedeckej medicíny je celoživotnou záležitosťou (pregraduálne, postgraduálne), a alternatívnej medicíny sa venujú väčšinou laici s niekoľkodňovým kurzom (Šoltés, 2008).

Šoltés (2008) definuje alternatívnu medicínu ako: „súbor diagnostických a terapeutických postupov, založených na iracionálnych princípoch, ktoré nerešpektujú objektivitu a vedecky odôvodnené zásady v diagnostike a terapii.“ Niektoré formy alternatívnej medicíny (paramedicíny) sa právom označujú ako šarlatánstvo. Iné sa opierajú o menej problematiku teórie biorytmov, sily podvedomia (autosugescie), makrobiotiky, akupunktúry alebo liečebné metódy, ako homeopatia, hydroterapia a liečebná gymnastika (Nakonečný, 1994).

Alternatívna medicína a jej prvky sa vniesli pod rúškom „humanizácie“ aj do pôrodnictva. Jej filozofia sa spája s určitým módnym trendom a novosťou. Následná implementácia alternatívnych teórií je často len odozvou na nie príliš vľúdne zaobchádzanie s rodičkou (submisívne postavenie) v minulosti. K uvedenému stavu prispieva aj kritika biomedicíny, nárast feminizmu a vznik ženských občianskych hnutí za humanizáciu v pôrodnictve. Do popredia vystupujú požiadavky, ktoré sú zamerané na redukciu paternalizmu, pasivity v prístupe starostlivosti a obmedzená možnosť spolurozhodovania. Niektoré požiadavky, ktoré hnutie predkladá, sú opodstatnené (prostredie pôrodnice má pripomínať domáce prostredie, partner pri pôrode má byť samozrejmosťou), ale niektoré nie sú v súlade s výsledkami vedeckých výskumov a sú v rozpore s etickými princípmi povolania a legislatívou (Hašková, 2001). Ako napríklad pôrod v domácom prostredí, pre ktorý nie sú vytvorené podmienky a nie je schválená legislatíva, pretože nemáme zabezpečenú sieť poskytovateľov pre uvedenú formu zdravotnej starostlivosti. Pôrod v takomto prostredí by znamenal pre rodičku a novorodenca riziko (hrozba komplikácií, ktoré môžu nastať kedykoľvek aj počas fyziologického pôrodu). Prijímatelia služieb požadovali najmä zmeny v prístupe k tehotnej žene a rodine, ako aj k samotnému poskytovaniu starostlivosti a redukovaniu rutinných činností. Zvýšený prísun zahraničnej literatúry a zvyšovanie informovanosti o rôznych alternatívach využívaných pri pôrode vniesli do pôrodnictva a pôrodnej asistencie nemálo problémov a nejasností. Mnohé alternatívne metódy nemajú fyziologický základ a často sa zamieňa terminológia pojmov.



V odbornej literatúre sa môžeme stretnúť s nemalým množstvom nie celkom relevantných definícií „alternatívneho pôrodu“ (alternatívneho pôrodnictva). Uvedené definície sa používajú v danom kontexte napriek tomu, že v skutočnosti nejde o alternatívny pôrod, ale o alternatívne spôsoby vedenia pôrodu. Vystihuje to názor odborníka: „Hoci kto dnes hovorí o alternatívnom pôrode alebo pôrodnictve, ale málokto vie, čo to vlastne je. Asi každý vnútorne cíti, že ide o akýsi protipól klasického alebo tradičného nemocničného pôrodnictva“ (Pařízek, 2006).

Slovník cudzích slov vysvetľuje slovo alternatívny (pôvod z francúzskeho slova *alternative*) ako „zástupný, iný, náhradný, s možnosťou voľby“. Slovo alternatíva je vysvetlené ako „možnosť voľby medzi viacerými riešeniami, keď treba rozhodnúť sa pre jedno z nich“ (Slovník cudzích slov, 2021).

V nasledujúcom texte sú uvádzané niektoré názory, „definície“ alternatívneho pôrodu, ktoré je možné nájsť v dostupnej odbornej literatúre:

- „Alternatívny pôrod znamená fyziologický, nerušený pôrod. Začína sa už starostlivosťou o matku v poradni“ (Eliášová et al, 2000). S danou definíciou nie je možné celkom súhlasiť, fyziologický pôrod nie je alternatívny. Fyziologický pôrod je proces, ktorý má fyziologický mechanizmus a alternatíva znamená, že je možnosť náhrady alebo výberu. Otázkou je, za čo sa dá vymeniť, nahradiť fyziologický proces? Starostlivosť o matku a dieťa v „poradni“, t. j. v gynekologicko– pôrodnickej ambulancii sa realizuje štandardnou starostlivosťou v súlade s legislatívnymi normami a nie alternatívnou starostlivosťou.
- Nasledovné tvrdenie akceptuje ohľaduplnosť a aktivitu. „Alternatívny pôrod je prirodzený, aktívny, ohľaduplný, zohľadňujúci potreby matky“ (Hájek, 2006). Ak nie je prístup pracovníka ohľaduplný alebo vedenie pôrodu nie je ohľaduplné, čo by sa v našich humánnych podmienkach nemalo stať, tak potom aký je to pôrod? Definícia spochybňuje, že fyziologický pôrod sa nevedie ohľaduplne a nerešpektujú sa potreby a záujmy matky.
- „Sú pôrody, pri vedení ktorých sa využívajú pôvodné tradície a spôsoby pôrodu. Ich cieľom je pomáhať dieťaťu na svet čo najprirodzenejším spôsobom a vyhýbať sa chirurgickým výkonom“ (Bašková, Žiaková, 1999).



- „Alternatívne vedenie pôrodu spočíva v komplexnom prístupe, kde všetky udalosti rešpektujú všeobecné prístupy moderného pôrodníctva a zároveň vychádzajú v ústrety osobnosti rodičky a podporujú jej aktívnu úlohu v tehotnosti, pri pôrode a v popôrodnom období. Postup, spôsob, ktorý nechráni bezpečnosť rodičky a plodu počas pôrodu, nie je alternatívny pôrod“ (Holomáň, 2006). Myslel tým autor, že len alternatívne vedenie pôrodu zabezpečuje komplexný prístup a len alternatívny pôrod je bezpečný? Naskytuje sa otázka: Do akej miery je bezpečný podľa uvedenej definície fyziologický pôrod, ktorý jednoznačne vystihuje definícia normálneho pôrodu? Moderné pôrodníctvo je založené na dôkazoch (EBM), čo si protirečí s uvedeným názorom, ako aj definíciou alternatívnej medicíny.

Alternatívy pôrod sa častokrát pokladá za protiklad k aktívne lekárske vedeným pôrodom. Ak sú to alternatívy, ktoré s medicínskou oblasťou nesúvisia a nemajú fyziologický medicínsky základ, do akej miery sú bezpečné? Z definícií, ktoré sú v texte uvedené, nie je explicitne dané, čo je alternatívny pôrod alebo alternatíva využívaná pri pôrode. V názoroch je veľa rozdielností a nejasností. Autori často zamieňajú alebo dokonca až stotožňujú fyziologický proces za alternatívny. Preto treba s uvedeným termínom narábať uvážlivo a zvážiť všetky fakty a poznatky, ak ho chceme v pôrodníctve používať. Fyziologický proces pri pôrode nemôžeme nikdy nahradiť za niečo iné, pretože by to už nebolo fyziologické.

Ak chceme urobiť pôrod bezpečným, často musíme v určitom čase zasiahnuť a využiť výsledky vedeckej medicíny. Pri jednotlivých alternatívach vedenia pôrodu, ktoré má žena k dispozícii, by sa nemalo zabúdať na to, že všetko, čo žena cíti, čo hovorí, čo si myslí a v čo dúfa, ovplyvňuje jej nenarodené dieťa. Alternatívy, ktoré jej ponúkame, majú byť bez výnimky humánne, účinné, bezpečné, zdôvodnené (EBM, EBMid) a primerané. Moderné pôrodníctvo by malo pomáhať dieťaťu prísť na svet prirodzeným spôsobom a so ženami zaobchádzať nie ako s „pacientkami“. Žena má právo vyjadriť sa k „zbezbolestneniu“ pôrodu, ignorovať jej želania je bezohľadné (Verny, Kelly, 1993).



Kontrolné otázky:

1. Vymenujte rozdelenie pôrodných praktík do jednotlivých kategórií podľa WHO.



2. Vymenujte päť pôrodných praktík, ktoré sú odporúčané WHO ako prospešné.
3. Vymenujte 5 pôrodných praktík, ktorých využívanie pri pôrode WHO pokladá za škodlivé resp. neefektívne.
4. Vymenujte 5 pôrodných praktík, ktoré nie je možné podľa WHO v procese pôrodu jednoznačne odporučiť.
5. Vymenujte 5 pôrodných praktík, ktoré sa podľa WHO používajú v procese pôrodu nevhodne.
6. Vysvetlite význam slova „alternatívny“.
7. Definujte „normálny pôrod“ podľa WHO.



2 ALTERNATÍVNE METÓDY VEDENIA PÔRODU



Ciele štúdia kapitoly:

- Orientovať sa v jednotlivých alternatívnych metódach vedenia pôrodu
- Vedieť vysvetliť jednotlivé alternatívy vedenia pôrodu.
- Pochopiť filozofiu vedenia pôrodu jednotlivých pôrodníkov - M. Odent, F. Leboyer, F. Lamaze, G. Dick-Read.
- Uvedomiť si prínos EBM pri využívaní jednotlivých alternatívnych metód vedenia pôrodu.



Kľúčové slová: EBM, spôsob vedenia pôrodu, miesto pôrodu, pôrod do vody, polohy pri pôrode, dýchanie počas pôrodu, sprevádzajúca osoba, psychofyzická príprava na pôrod, nefarmakologické metódy

Naplánovanie metódy (alternatívy) zahŕňa porozumenie potrebám a záujmom (matky a dieťaťa), naplánovaním činností, ktoré vedú k zlepšeniu schopností v súlade s terapeutickým plánom, tak aby sa zlepšil/podporil zdravotný stav matky a dieťaťa s dôrazom na prevenciu komplikácií, ktoré sa môžu objaviť vzniknutím novej situácie. Existuje niekoľko spôsobov, ktoré môžeme pri vedení pôrodu využiť, ale nie každý je vhodný pre každú ženu (Dvořák, 2002). Pri rozhodovaní môžu rodičke/rodičovskému páru pomôcť pôrodná asistentka, lekár, priatelia alebo rodina. „To, že sa rozhodujú medzi rozličnými alternatívami, prispieva nielen k upokojeniu mysle, ale dodáva aj určitú istotu, ktorá bude na prospech rodičom i dieťaťu“ (Verny, Kelly, 1993).

Alternatívne metódy využívané pri vedení pôrodu môžeme rozdeliť na:

A) Metódy podľa spôsobu vedenia pôrodu:

1. Nefarmakologické metódy:
 - pôrod podľa Grandly Dick- Reada,
 - pôrod podľa Fernanda Lamaza,



- pôrod podľa Frederica Leboyera,
- pôrod podľa Michela Odenta,
- pôrod podľa Sheily Kitzingerovej,
- Bradleyho metóda,
- Alexandrova technika,
- psychofyzická príprava na pôrod,
- otec alebo iná podporná osoba pri pôrode (príbuzný, priateľka, dula),
- muzikoterapia, audioanalgézia, hypnóza, vizualizácia,
- fyzikálne metódy- hydroanalgézia (relaxačný kúpeľ, pôrod do vody, intradermálny ob-
strek), TENS.

2. Farmakologické metódy:

- celková analgézia- inhalačná, intravenózna,
- miestna analgézia- pudendálna analgézia, paracervikálna analgézia, epidurálna blo-
káda- EDA, subarachnoidálna blokáda- SAZ, kombinovaná EDA a SAZ,
- aromaterapia,
- homeopatia,
- fytooterapia,
- programovaný pôrod,
- cisársky rez- primárny (plánovaný, elektívny),
 - sekundárny (neplánovaný- akútne, urgentný),
 - na želanie rodičky.

B) Metódy podľa miesta pôrodu:

- pôrod v home rooms,
- pôrod v pôrodnom dome,
- pôrod v domácnosti,
- ambulantný pôrod,
- hotel ako pôrodnica,
- centrum aktívneho pôrodu (Modifikované podľa: Pařízek, 2006, Tomáš, Danko, 2002,
Procházka et al, 2020, Procházka, Plika, 2018).



Skôr ako sa rodičovský pár rozhodne, ktorú metódu alebo kombináciu metód si počas pôrodu vyberie, je nevyhnutné, aby mal dostatok informácií. Ideálne je, ak informácie sprostredkuje skúsená pôrodná asistentka alebo lekár. V žiadnom prípade by sa v praxi nemal pokladať za postačujúci náhodný (často nevhodný) výber metódy (pranie rodičky, rodičovského páru) len na základe laických odporúčaní a samovzdelávania ženy. Žena nemusí informácie, ktoré získa od laikov alebo samovzdelávaním, správne pochopiť. Až keď tehotná žena získa primerané, relevantné množstvo informácií, ktoré sú jej aj vysvetlené, môže sa rozhodnúť pre niektorú alternatívnu metódu pri pôrode. Metóda musí spĺňať kritérium bezpečnosti pre rodičku aj dieťa, ako aj zohľadňovať individuálne predstavy/potreby rodičky (rodičovského páru). V praxi by sme mali rozhodnutie dokumentovať vo forme informovaného písomného súhlasu, ktorý dáva rodička dobrovoľne na základe vopred poskytnutých zrozumiteľných informácií. Žena má právo kedykoľvek svoj súhlas odvolať.

„Názorová nejednotnosť odborníkov zaoberajúcich sa klasickým a alternatívnym pôrodom vedie k myšlienke, že neexistuje klasické a alternatívne pôrodníctvo, neexistuje lekárske vedený pôrod a pôrod prirodzený, je len dobré a zlé pôrodníctvo“ (Roztočil, 2008). Pričom za dobrý pôrod môžeme pokladať pôrod, na ktorý žena spomína s pocitom uspokojenia a sebanaplnenia, a je jedno, v akom prostredí pôrod prebehol. Zážitok z pôrodu môže byť pozitívny dokonca aj v prípade, že bol pôrod veľmi bolestivý a vyčerpávajúci. Dobrý pôrod nie je len otázkou bezpečnosti a dosiahnutia cieľa: „fyzicky zdravá matka a fyzicky zdravé dieťa“. Patrí sem aj množstvo emócií a zážitkov, ktoré si žena nesie so sebou po celý život (Štromerová, 2005).

2.1 Pôrod podľa Fredericka Leboyera

Frederick Leboyer, francúzsky pôrodník, bol priekopníkom novej metódy, ktorá sa pri vedení pôrodu uplatňuje a ktorú opisuje vo svojej knihe „Pôrod bez násilia“. Prišiel s úplne novým pohľadom na novorodenca, ktorý podľa Leboyera cíti, počuje, vidí, prežíva, prudko a bolestivo vníma svetlo, hluk i hlasnú reč. Leboyer tak isto ako Rank (bol prvý, kto považuje novorodenca za osobnosť) označil novorodenca za osobnosť s plne rozvinutým vnímaním, čo viedlo k dôležitosti úpravy prostredia a k zmene zaobchádzania s dieťaťom bezprostredne po pôrode (Lajtman, 2004). Poukazuje na dôležitosť prvého nádychu novorodenca, pri kto-



rom ho páli prúdiaci vzduch, páli ho pokožka pri kladení na váhu. Naproti tomu stojí tvrdenie, že stres pre adaptáciu donoseného novorodenca je žiaduci. Podnety, ako sú sucho, zmena teploty, svetlo, hluk a pôsobenie gravitačnej sily aktivujú endogénnu sekréciu tyreotropínu a katecholamínov, pri ktorých vyplavení sa aktivujú procesy ako srdcová činnosť a konstriktoria ciev na periférii. To vedie k zvýšenému prietoku krvi centrálnymi orgánmi a zvyšuje ich účinnosť (Roztočil et al, 2017). Podľa Dowlinga, ak nedochádza k vylúčeniu adrenalínu pri pôrode, tak dieťa nie je chránené pred bolesťou a prežíva väčšiu traumu. Adrenalin sa vylučuje hlavne počas kontrakcií a tým pomáha dieťaťu prekonať bolesť z pôrodu a chráni dieťa po pôrode (spustenie imunizácie, dokončenie vývoja pľúc,...). Nedostatok katecholamínu a adrenalínu pri pôrode spôsobuje nedostatočné prekrvenie mozgu a vzniká trauma (Balint, 2007).

Leboyer odporúča vložiť novorodenca do vody- do vody, z ktorej prišiel, ktorá má teplotu tela. Bolo pozorované, že daná metóda dokáže novorodenca viac upokojiť, no napriek masáži a kúpeľu novorodenci kričali rovnako ako deti narodené konvenčným spôsobom (Verny, Kelly, 1993). Leboyer poukazuje na hrôzu, ktorú prežíva novorodenec, keď ho pôrodník drží visiac dolu hlavou. Jeho chrbtica, ktorá bola doteraz ohnutá, sa zrazu napne ako luk. Je unavené plačom a vzápätí prichádza samota. Novorodenec je sám, necíti svoju matku ani otca. Prežíva pocit zúfalstva a beznádeje. Práve uvedené fakty a zistenia napomohli k zmene prístupu k pôrode a k novorodencovi tak, aby pôrod bol novou skúsenosťou a priateľským vstupom do života. Ďalej sa poukazuje na nutnosť zmeniť prostredie pôrodnej sály. Najdôležitejšie je šero a ticho. Ošetrojúci personál by sa mal naučiť hlavne tichému a pokojnému dorozumievaniu. Cudzie a nepokojné prostredie pôrodnej sály, hluk, ostré svetlo, pocit neistoty, chlad, neosobný prístup zdravotníckych pracovníkov negatívne vplývajú na rodičku a novorodenca (Eliášová, 2008). Leboyer sa nesústreďuje výlučne na matku, ale na zážitok dieťaťa z pôrodu a narodenia, a na to, ako tento zážitok môže ovplyvniť dieťa v jeho dospelom veku. Nie všetko, čo sa pri pôrode skutočne odohráva, je psychologicky prijateľné. Je správne, ak dieťa prichádzajúce na svet dôstojne privítame a sme zainteresovaní na ohľaduplnejšom pôrode (Stoppardová, 1996). Novorodenec potrebuje hlavne dotyk, ktorý má nielen pre jeho nahé teličko, ale aj pre matku veľký význam. Ide o intímnu chvíľu, ktorá upevní ich vzájomné puto. Dieťa spočíva bruškom na bruchu matky, ktorá ho hladká a láska po chrbátiku. Nesmie sa náhlieť a pohyb musí byť plynulý (Leboyer, 1991). Zo štúdie zvierat je známe, aký veľký význam majú prvé hodiny a dni po pôrode pre ďalší vývoj vzájomného vzťahu medzi matkou a dieťaťom (napr. odlúčenie jahniatka od matky na



niekoľko hodín po pôrode vedie k jeho neprijatiu). Pri pozorovaní matiek rôznych kultúr si môžeme všimnúť, že sa po pôrode správajú rovnako. Hovoria k novorodencovi, hladkajú ho, dotýkajú sa ho špičkami prstov, jemne masírujú rúčky, ukazujú dieťa manželovi, snažia sa o očný kontakt (Hašto, 2008). Aj u ľudí sa predpokladá, že včasný kontakt je významný (Chertok, 1966). Leboyer tvrdil, že netreba urýchliť prestrihnutie pupočnej šnúry, pretože novorodenec nesmie prežiť ani okamih bez kyslíka. Ak sa pupočná šnúra oddelí okamžite, mozog dieťaťa veľmi prudko a násilne prichádza o kyslík. Prejaví sa to srdcovúcim a úzkostlivým krikom. Tak sa rodí ten najväčší stres! Počas prvých minút po pôrode sa do organizmu dieťaťa dostáva kyslík z dvoch zdrojov- pupočnou šnúrou a pľúcami. Nesmieme zabúdať, že pri pôrode pri intaktnej pupočnej šnúre prietok krvi pokračuje, aj keď má klesajúcu tendenciu. Pri nepodviazanom pupočníku, ak je dieťa na úrovni alebo pod úrovňou placenty, presunie sa takto až do zastavenia pulzácie pupočníka 60- 200 ml krvi (tzv. placená transfúzia). Pri nadmernej placentárnej transfúzii vzniká hypervolémia novorodenca, ktorá kladie zvýšené nároky na srdce novorodenca. Opačným prípadom môže byť hypovolémia novorodenca s nízkym tlakom a hematokritom, ktorá je spôsobená držaním dieťaťa nad úrovňou placenty (napr. pri cisárskom reze) alebo pri neúplnej kompresii pupočnej šnúry (Javorka, Buchanec, Kellerová, 1992). Leboyer ďalej tvrdil, že dieťa po chvíli dýcha úplne, voľne, nenútene, radostne a nachádza pôžitok v tom, čo ho tak veľmi páli. Narodenie je v pamäti každého. Ale táto skúsenosť bola taká bolestná, že sa skrýva v nevedomí, odkiaľ sa ustavične snaží dostať na povrch. Vymažme z našej mysle nevedome spojené predstavy „narodenie“ a „utrpenie“. Privádzaj-me na svet deti plné sily, vitality a uspokojenia, nie plné bolesti, úzkosti, zhrozenia a zúfalstva (Leboyer, 1991).

Metodika pôrodu podľa Leboyer je rozdelená na časť pôrodnícku a neonatologickú:

- pôrodnícka časť zahŕňa- psychologickú prípravu matky, ticho, trpezlivosť, pozornosť, sústredenie, techniku pôrodu,
- neonatologická časť zahŕňa- pozorovanie začiatku dýchania, masáž chrbátika, dotepanie pupočníka, teplo, šero, polozenie dieťaťa na brucho matky, očistný kúpeľ (Leboyer, 1991).

Dnes vieme, že prvé minúty po narodení sú najdôležitejšie v živote človeka. Pokiaľ dieťa nezíska, tak ako to Leboyer odporúča, istotu, že svet je bezpečné miesto, kde ho milujú, tak sa začne odvíjať špirála vedúca k násiliu a agresii. Nevhodným prostredím na pôrod,



oddelením rodičky od dieťaťa, množstvom prístrojov a rutinných zásahov ovplyvníme stav mysle a tela tak, že to, čo by bolo ľahké a prirodzené, sa stane neprirodzeným (napr. konvenčná poloha pri pôrode) a ťažkým (Marek, 2002). Pre ľudské mláďa je matka bázou istoty. „Úzkosť vyvoláva jednoduchá neprítomnosť vzťahovej osoby a táto úzkosť je elementárna. Novorodenec je predsa osamotený, bezmocne vystavený všetkým nebezpečenstvám“ (Eibl-Eibesfeldt, 1986, In Hašto, 2008). Materské správanie, perfektne komplementárne, závisí taktiež od okolia a pôrodných podmienok. Pôrod a prvé prisatie sú kľúčovými udalosťami, ktoré nemôže ignorovať žiadny výskum (Valent, 2001). Pohotovosť k cicaniu je najvyššia prvých 20-30 minút po pôrode. Skoré prisatie vyvolá vyplavovanie oxytocínu (mierni popôrodné krvácanie). Spôsobí to aj silnú emočnú náklonnosť. U matiek, ktorým bolo umožnené priložiť si dieťa bezprostredne po pôrode k prsníku, môžeme pozorovať intenzívnejšiu emočnú náklonnosť k dieťaťu (viac sa deťom prihovárajú, používajú viac adjektív, menej rozkazovacích slov, zdráhajú sa v prvých mesiacoch po pôrode zveriť dieťa do opateru niekoho druhého) a väčšiu ochotu dojčiť. Matky bez včasného kontaktu s dieťaťom sú v budúcnosti úzkostnejšie a je riziko, že dieťa bude zle opatrované (Hašto, 2008). Odlúčenie matky od dieťaťa bezprostredne po pôrode bolo v minulosti rutinnou záležitosťou v pôrodnickej praxi v našich podmienkach. Pôrodnici na celom svete Leboyerovu myšlienku „pôrodu bez násilia“, bohužiaľ, interpretovali ako pozornosť sústredenú výhradne na dieťa, a tak vlastne odsunuli matku (Odent, 1995). Nesmieme zabúdať na dôležitý fakt, na ktorý poukazujú niektorí odborníci, že dieťa a matka sú dvaja aktívni partneri a dieťa potrebuje spoľahlivú dostupnú vzťahovú osobu, pričom je rozhodujúca matkina náklonnosť k dieťaťu (Hašto, 2008).

2.2 Pôrod podľa Michela Odenta

Knihou chirurga Michaela Odenta „Znovuzrodený pôrod“, ktorá bola vydaná v Anglicku roku 1984, ovplyvnila do značnej miery pôrodu v Európe a Spojených štátoch amerických. Podľa Odenta v chirurgii a pôrodnicte platí, že zníženie počtu rušivých výkonov na minimum znižuje bezprostredné riziko, pričom sú vytvorené lepšie dlhodobé výsledky. Na francúzskej klinike v Pithiviers sa po príchode Odenta začal pôrod vnímať ako súčasť sexuálneho a citového života. Miesto pôrodu podľa Odenta by sa malo podobat' na miesto pre



milovanie a nie na nemocničnú izbu. Odentova pôrodná miestnosť bola malá, zatemnená, príjemne vyhriata, v ktorej žena nadobudla rýchlejšie pocit súkromia, pohodlia a slobody pohybu, ktorú nazval „primitívna“ alebo „divošká“. Rodičkám nepodával na utíšenie bolesti analgetiká (kritizuje epidurálnu analgéziu pre pripúťanie na posteľ, napriek tomu, že dnes už nemusí byť tento faktor opodstatnený, vstupuje tu ešte druhý faktor, a to zlá spolupráca rodičky v II. dobe pôrodnej), nepresadzoval podávanie umelých hormónov, pretože rušia prirodzenú rovnováhu, od ktorej závisí spontánny priebeh pôrodu. Odent je prvý, ktorý ženám povedal: „Ak chcete, aby som zaručil úľavu od bolesti, tak ku mne radšej nechodte.“ Odent vytvára klímu pre inštinktívne konanie pri pôrode, pri ktorom žena vyhľadáva úľavovú polohu (mnoho rodičiek podľa Odenta dospeje k polohe na štyroch alebo na boku), žena môže vokalizovať, zabudnúť na samu seba, čo uľahčí spontánny pôrod, ktorý je spojený so špecifickou hormonálnou rovnováhou. Táto hormonálna rovnováha má vplyv aj na ďalší rozvoj vzťahu matka- dieťa, ktorý podľa Odenta má byť umocnený prvým dojčením. V miestnosti, v ktorej žena rodila, bola umiestnená chladnička s vodou, ovocnými šťavami a džúsmi, ktoré mohla žena konzumovať. Pôrodné asistentky ponúkali žene cukor a med, aby mala dostatok energie. Štúdie poukazujú na extrémne nízke hladiny cukru v krvi u žien, ktoré počas pôrodu nejedli a nepili a na prítomnosť ketónov v moči. Hladovanie sa ukázalo významným faktorom vo vzťahu k dĺžke pôrodu, nasadeniu oxytocínu a použitiu klieští (Goer, 2002). Vnútrožilové infúzie vedú často k preťaženiu organizmu tekutinami, čo sa prejaví nadbytkom tekutiny v tkanivách, hromadením tekutín v pľúcach, znížením osmotického tlaku a zriedením krvi (Goer, 2002, WHO, 1999).

Od roku 1949, kedy bola realizovaná štúdia, ktorá preukázala, že ženy, ktoré jedli a pili počas pôrodu mali vyššie riziko aspirácie sa začal dodržiavať pôst počas pôrodu. Do tohto obdobia sa rodičkám odporúčalo počas pôrodu jesť aj piť. V súčasnej dobe sú informácie o tom, že pôst počas pôrodu nezaručuje prázdny žalúdok a pri niekoľkohodinovom hladovaní sa vo zvýšenej miere vylučuje kyselina chlorovodíková, ktorá môže spôsobiť komplikácie pri aspirácii. V roku 1989 štúdia pre Národné centrum pre pôrod poukázala na to, že u 11 814 žien, ktoré pili a jedli počas pôrodu nebol jediný prípad aspirácie, pričom 22% zo sledovanej skupiny žien podstúpilo cisársky rez (Rodrigues, 2010).

U Odenta žena mohla počas pôrodu využiť bazén na relaxačný kúpeľ, prípadne, ak jej to bolo príjemné, mohla do vody aj porodiť. Prívrženci hydroanalgézie pripisujú teplej vode príjemné pocity, ktoré majú navodzovať zvýšené vyplavovanie endogénnych opioidov



a súčasne nižšiu produkciu katecholamínov. Opisujú rýchlejšiu dilatáciu bránky, skrátenie pôrodu a nižšie percento operačných intervencií (Pařízek, 2002).

Odent odporúča obmedziť všetky podnety, ktoré by rušivo na rodičku pôsobili. Nesúhlasí s prítomnosťou otca pri pôrode v tom prípade, ak sa otec zúčastňuje len ako pozorovateľ, príliš veľa rozpráva, žiada od ženy racionálne správanie, prejavuje vlastnú úzkosť, má majetnícke správanie, chce ženu počas pôrodu držať, masírovať ju alebo sa s ňou maznať. Žena podľa Odenta potrebuje pokoj, nie stimuláciu. Lábusová (2021) poukazuje na schopnosť ženinho tela vyprodukovať hormóny, ktoré sú pre spontánny pôrod nutné. Tieto hormóny prirodzenou cestou vznikajú v podkôrových centrách mozgu, ktoré riadia nižšie a vôľou neovplyvniteľné prejavy nášho organizmu. Aby mohli tieto centrá pracovať efektívne, musí v mozgovej kôre ženy dôjsť k dočasnému útlmu. Mozgová kôra totiž zodpovedá za vyššie, špecifické ľudské funkcie. Aby sa tak stalo, nesmie byť žena ničím a nikým rušená. Tento jav môžeme pozorovať aj u samíc vo zvieracej ríši, ktoré opustia stádo, keď majú porodiť. V priebehu pôrodu neexistuje separácia medzi nervovou sústavou a endokrinným systémom. Počas pôrodu je najaktívnejšia hypofýza a hypotalamus, ktoré predstavujú tzv. staré mozgové štruktúry- primitívny mozog. Zmena správania rodičky charakteristická pri pôrode na úrovni vedomia sa vysvetľuje redukciami neokortikálnej aktivity. To predstavuje jeden z najdôležitejších aspektov fyziológie pôrodu. Stimuláciou neokortexu dochádza k nadmernému prísunu adrenalínu, čo môže spomaliť priebeh pôrodu (Odent, 1999).

Odent počas pôrodu neodporúča robiť vaginálne vyšetrenia, nakoľko progresia pôrodu sa dá zistiť podľa správania rodičky- napr. v prechodnej fáze pôrodu býva žena podráždená a nemusí spolupracovať (Leifer, 2004). Odent neodporúča monitorovania prenatálneho dieťaťa pomocou CTG prístroja (prináša to rušivý vplyv do vzťahu matka- dieťa).

V databáze Cochrane je záver štúdie, ktorá porovnáva vaginálne vyšetrenia realizované po dvoch hodinách a vaginálne vyšetrenia realizované po 4 hodinách. Výsledkom skúmania je, že sa nenašiel žiadny rozdiel v dĺžke pôrodu. Výsledok štúdie nezhrňa výskyt infekcií u matiek a novorodencov a celkový pohľad matiek na pôrod (Downe, Gyte, Dahlen, Syngata, 2013).

V Odentovej metóde sa najviac venuje pozornosť subjektívnemu prežívaniu rodičky a takmer sa nevenuje pozornosť intrauterinnému stavu prenatálneho dieťaťa. Na rozdiel od Leboyera, ktorý uprednostňuje viac dieťa, Odent prikladá aktívnejšiu úlohu žene (Eliášová, 2008). Odent predpokladá, že pokojné prostredie okolo rodičky je zárukou intrauterinného



zdravia prenatálneho dieťaťa (Pařízek, 2002). Mnoho rodičiek na Odentovej klinike rodilo v podpore s podporou chrbáta, čo je z mechanického hľadiska veľmi účinná poloha, pri ktorej sa zintenzívňuje pôsobenie váhy smerom kolmo dolu, minimalizuje sa svalová námaha, spotreba kyslíka a uľahčuje sa uvoľnenie svalstva hrádze.

Podľa štúdií zaregistrovaných v Cochrane v skupine tehotenstvo a pôrod sú zaregistrované výsledky 25 štúdií, kde boli porovnávané výsledky u dvoch skupín rodičiek (skupina vo vzpriamenej polohe a skupina v ležiacej polohe), ktoré potvrdili, že prvá fáza pôrodu trvá o 1 hodinu a 20 minút kratšie ak je rodička počas tejto fázy vo vzpriamenej polohe. Pravdepodobný vplyv sa ukázal aj vo vzťahu nižšieho využitia epidurálnej analgézie, na zníženie využitia cisárskeho rezu a bola menšia pravdepodobnosť prijatia novorodenca na novorodenecké oddelenie (Lawrence, Lewis, Hofmeyr, Styles, 2013). Použitie bočnej a zvislej polohy v porovnaní s polosedom a s litotomickou polohou v druhej dobe pôrodnej podľa 20 štúdií zaregistrovaných v Cochrane v skupine tehotenstvo a pôrod vyšli výsledky významné čo sa týka dĺžky trvania II. doby pôrodnej (skrátenie v priemere o 4,28 min), zníženie nutnosti použitia epiziotómie, zníženie vnímania bolesti a nižší výskyt abnormalít srdcovej činnosti plodu (Gupta, Sood, Hofmeyr, Vogel, 2017).

Odent zriedkavo používal vákuovú extrakciu a epiziotómiu, ale pri nepostupujúcom pôrode vaginálnou cestou neváhal použiť cisársky rez. Odentova nemocnica mala najmenej všetkých zásahov do pôrodu, epiziotómií, pôrodov pomocou klieští a cisárskych rezov (6-7%) (Stoppard, 2005). Pôrodné asistentky nechránili hrádzu, nepridržiavali hlavičku dieťaťa, ich úlohou bolo len zachytiť rodiace sa dieťa. Po pôrode dieťa ostávalo pri matke, ktorá ho držala v náručí. Placenta sa rodila bez zásahu pôrodníka. Po pôrode bolo dieťa ponorené do vlažnej vody. Odent pri vedení pôrodu odporúča pôrodným asistentkám využiť empatiu, intuíciu a inšpiráciu. Usiloval sa dosiahnuť u ženy prežívanie pôrodu ako osobný a intímne hlboký zážitok (Odent, 1995).

Kitzingerová v predhovore anglického vydania Odentovej knihy uvádza: „Odent prežíva pôrod ženy s radosťou, ale nie ako niekto, kto ho riadi, načúva žene, nie je tu preto, aby panoval, ale aby slúžil, nie aby diktoval, ale aby učil. Prináša svedectvo, že každý pôrod je cesta objavovania, úsilia, tvorivej bolesti, záhady a jasavej radosti“ (Odent, 1995).



2.2.1 Polohy pri pôrode

Štúdie poukazujú na skutočnosť že 85% žien prírodných národov rodí vo vertikálnej polohe. Poloha na chrbte s abdukovanými dolnými končatinami sa v pôrodníctve začala využívať so vstupom pôrodníc do pôrodného deja. Dôvodom bol fakt, že v tejto polohe sa ľahšie realizujú vaginálne pôrodné operácie, ale aj prevencia a ošetrovanie vzniknutých pôrodných poranení. Poloha na chrbte je zaznávaná pre nevyužívanie zemskej gravitácie ako pôrodnej sily a vypudzovanie dieťaťa horizontálnym smerom predlžuje vypudzovaciu dobu, čo rodičku vyčerpáva a pôrod pociťuje bolestivejšie. Kompromisom medzi vertikálnou a horizontálnou polohou je poloha v polosedě, kedy sa uplatňuje zemská gravitácia a oblasť rodidiel zostáva dobre prístupná (Roztočil et al, 2020).

Polohy pri pôrode:

- v ľahu na chrbte,
- v ľahu na boku,
- v sede na pôrodnej stoličke,
- v polosedě,
- poloha na štyroch končatinách,
- kolenoprsná poloha,
- v kľaku,
- v drepe,
- v podrepe,
- sed na päťách,
- v stoji,
- v stoji v predklone (žena sa opiera o sprevádzajúcu osobu, alebo o okennú parapetu, rebriny...).

Pri viacerých polohách rodička potrebuje oporu, ktorou môže byť sprevádzajúca osoba resp. pomôcka, ktorá je dostupná na pôrodnom sále. Všetky polohy môžu byť využívané v rôznych obmenách (napr. asymetrické polohy).

**Pomôcky, ktoré je možné využiť na zaujatie určitej polohy počas pôrodu:**

- pôrodná stolička,
- polohovateľné pôrodné kreslo (pôrodná posteľ),
- lano,
- madlo (upevnené o stenu),
- rebriny,
- pôrodnický vak,
- partoball/fit-lopta (možnosť využiť aj v sprche),
- malá lopta (slúži ako pomôcke pri opieraní sa chrbtom o stenu),
- žinienska, molitanová podložka (iná podložka),
- vankúše,
- vaňa.

Pri vedení pôrodu je potrebné si uvedomiť, že žena by mala zaujať takú polohu, ktorá jej momentálne vyhovuje. Úlohou pôrodných asistentiek resp. sprevádzajúcej osoby je pomoc rodičke pri zaujatí polohy a pri zmene polohy.

Zmeny pozície

Odporúča sa polohu meniť každých 30 až 60 minút, čo prispeje k zníženiu svalového napätia a tlaku na jednu časť tela. Je dokázané, že zmena polôh mení vzťah medzi hmotnosťou, kontrakciami maternice, dieťaťom a panvou. Vzpriamená poloha urýchľuje priechod dieťaťa pôrodnými cestami (uplatnenie pôsobenia gravitačnej sily) (Labusová, 2008).

Výhody vzpriamenej polohy počas pôrodu:

- napomáhanie fyziologickému mechanizmu, ktorý sa uplatňuje počas pôrodu,
- pôsobenie gravitačnej sily umožňuje priamy kontakt hlavičky dieťaťa s hrdlom maternice, stimulujú sa intrareceptory v oblasti vnútornej bránky,
- kontrakcie sú silnejšie, efektívnejšie a menej bolestivé,
- vytváranie väčšieho tlaku na panvu vplyvom hmotnosti dieťaťa,
- odkláňanie maternice počas kontrakcií od chrbtice smerom k dutine brušnej,
- lepšie prekrvenie placenty a teda i lepší prísun kyslíka dieťaťu,
- spojenie lonovej kosti sa rozostúpi a zväčší sa priestor pre vstup hlavičky do panvy,



- uvoľnenie pánvového dna, tlak hlavičky dieťaťa smeruje na perineum,
- aktívne zapájanie rodičky do procesu pôrodu,
- rodička získava pocit, že má pôrod pod kontrolou,
- podporovanie rotácie dieťaťa do predného postavenia,
- vstupovanie hlavičky dieťaťa do panvy pod uhlom 45°,
- spotreba analgetík v menšom množstve,
- skrátenie času pôrodu, ovplyvnenie srdcového rytmu dieťaťa,
- chránenie mechanizmu kontroly hlavy dieťaťa vzhľadom na menší tlak na svaly krku a záhlavia dieťaťa, čo má vplyv na jeho motorický vývoj a dojčenie,
- napomáhanie spontánnému vypudeniu placenty (Matulníková, 2004, Balaskasová, 2010).

Základ efektívnej vzpriamenej polohy tvorí prechod línie gravitácie cez ťažisko a bázu opory. Hmotnosť tela by mala spočívať viac na päťach a rozdelenie hmotnosti medzi horné končatiny a chodidlá pomáha uvoľniť pánvové dno. Telová os by mala smerovať od atlantookcipitálneho skĺbenia smerom k jedenástemu hrudníkovému stavcu a končiť má na päťach. Uvedené elementy pri nesprávnom využití (nácviku) držania tela menia svoju stabilitu, čím môžu ovplyvniť priebeh pôrodu (Matulníková, 2004).

Výhody polohy v drepe počas pôrodu:

- predĺženie pánvového väziva a oblúka lonovej spony v dôsledku prehnutia bedrovej a krížovej chrbtice,
- uvoľnenie väziva a šliach, svalových úponov, najmä sakroiliakálneho skĺbenia v dôsledku ohnutia chrbtice,
- natiahnutie brušných svalov a poloha chrbtice vo flexii umožňujú naklonenie panvy,
- zakrivenie chrbtice z tvaru písmena „S“ v úseku krížovej chrbtice sa redukuje na tvar písmena „C“, vytvorí sa súbežná os plodu a pôrodného kanála,
- účinnejší zostup plodu,
- zvýšenie tlaku v panve, zintenzívnenie kontrakcií,
- optimalizovanie svalového úsilia,
- uvoľnenie perinea,
- zväčšenie veľkosti panvy,
- nestláča sa dolná dutá žila a aorta,



- optimálny prísun kyslíka dieťaťu (Matulníková, 2004, Balaskasová, 2010).

Poloha v drepe a jej správne zaujatie si vyžaduje pružné bedrové, kolenné a členkové kĺby, pričom musia byť uvoľnené svaly a väzy. Krk je voľný, predĺžený. Modifikovaná poloha je drep v závese a sedenie v drepe. Drep nespĺňa svoj účel ak sa zaťahuje hlava dozadu, guľatia sa ramená, päty nie sú na podložke a kolená sú pritiahnuté ku sebe. Dochádza tak k napínaniu stehenných svalov a pánvového dna.

Jednou z alternatív drepu je **kl'ak**, ktorý sa využíva pre aktívny vzpriamený pôrod. Rodička môže kl'ačať vzpriamene, alebo sedieť na päťách. Poloha pomáha uvoľniť panvové dno a vnútorné svaly stehna.

Na dosiahnutie koordinácie končatín, hlavy, krku a chrbtice sa využíva **poloha na štyroch**. Hlava smeruje dopredu a nie je zaklonená dozadu. Oblasť krížovej chrbtice sa nemá prehýbať. V tejto polohe netlačí plod na receptory krčka maternice, kontrakcie nie sú také silné (Matulníková, 2004).

Polohy počas prvej doby pôrodnej:

- ľah na boku – ak sa žene zažiada v prvej dobe pôrodnej ľahnúť si, tak by si mala ľahnúť na bok, nie na chrbát. Hlavu a vrchnú nohu si môže podložiť vankúšmi,
- poloha v stoj – počas kontrakcií sa môže žena opierať napr. o stenu, operadlo stoličky, sprevádzajúcu osobu...,
- sed v predklone – žena si sadne čelom k operadlu stoličky a ruky si oprie o vankúš, ktorý je položený na operadle. Hlavu si položí na prekřížené ruky. Kolená by mali smerovať od seba,
- poloha na štyroch – žena sa spustí na kolená a oprie sa o dlane. Vytáča panvu z jednej strany na druhú. Pri tejto polohe sa nemá prehýbať chrbát v driekovej oblasti (Roztočil et al, 2020, Simkinová, 2000).

Počas prvej doby pôrodnej si žena môže vyskúšať niekoľko polôh. V rozličných fázach pôrodu jej budú vyhovovať odlišné polohy.

Polohy v prechodnej fáze pôrodu – koniec prvej doby pôrodnej:

- kl'ak – je najobľúbenejšia poloha v tejto fáze pôrodu,



- ľah na boku – je dobré využiť keď je rodička unavená. Rodička si sama vyberie bok na ktorý si ľahne. Je vhodné, aby boli končatiny podložené, panva sa stane voľnejšou,
- koleno – prsná poloha – rodička v tejto polohe nezostane zvyčajne dlhšie ako päť kontrakcií.

Ak prechodná fáza trvá dlhšie, je dobré striedať polohy, striedať státie a pomalé chodenie (Kopáčiková, 2020).

Polohy počas druhej doby pôrodnej:

- vzpriamená poloha alebo poloha v stoj v predklone, je náročnejšia na zabezpečenie bezpečia pre dieťa aj rodičku,
- podporovaný kľak alebo hompáľajúca sa poloha – v tejto polohe sa žene pomáha uchytaním pod ramenami, čo redukuje tlak jej vlastnej váhy na nohy a chodidlá,
- poloha v drepe – táto poloha je pomerne namáhavá. Zotrvanie v tejto polohe je nepohodlné z hľadiska času a prechod z aktívnej polohy do oddychujúcej je náročný,
- poloha v sede – poloha je praktická v tom, že sa ľahko prechádza z aktívneho tlačenia počas kontrakcie ku oddychu medzi kontrakciami,
- poloha v ľahu na chrbte (v polosedě) – je najvhodnejšia poloha pre prístup ku perineu, čo umožňuje ľahko realizovať niektoré pôrodnické výkony,
- poloha v ľahu na boku je vhodná napr. pri výskyte hemoroidov,
- poloha na štyroch – výhodou tejto polohy je rýchly prechod z aktívnej fázy tlačenia do polohy určenej na oddych medzi kontrakciami. Túto polohu sa odporúča nacvičiť už pred pôrodom (Simkinová, 2000, Forrstromová, Hampsonová, 1996).

Odlahčovacie polohy počas pôrodu:

- prvá odlahčovacia poloha – žena potrebuje molitanovú podložku alebo zloženú prikrývku. Rodička si kľakne rozkročmo na podložku pri posteli, ktorej sa rukami pri-držiava. Špičky nôh by mala mať položené cez okraj podložky. Počas kontrakcie si sadne zadkom mädzi päty, telo je vzpriamené až v miernom záklone. V tejto polohe žena mierne kmitá k podložke. Mimo kontrakcie sa žena zdvihne do vzpriameného kľaku, hornú časť tela a ruky si oprie o posteľ,



- druhá odľahčovacia poloha – žena je v širokom stoji rozkročmo, špičky a päty sú ďaleko od seba, rukami sa pridržiava postele. Pri kontrakcii sa žena dá do drepu, telo je vzpriamené až v záklone. Žena kmitá zadkom v malom rozsahu vpred a vzad. Mimo kontrakcie sa žena pomocou rúk zdvihne do staja, opiera sa o posteľ.

Odľahčovacie polohy s pomocou partoballu:

- žena sedí na partoballe (na ktorom je podložka pre chorých) s nohami rozkročmo, telo je vzpriamené, chodidlá sa ľahko opierajú o zem a rukami sa pridržiava postele, stola atď. Počas kontrakcie sa mierne pohupuje hore a dole. Mimo kontrakcie zostáva sedieť na lopte a upokojí dýchanie. Pohupovanie sa môže zameniť za rotačné pohyby panvy,
- žena stojí nohami rozkročmo, chrbtomu ku stene. Medzi stenou a chrbtom si pridržiava loptu. Počas kontrakcie sa mierne pohybuje smerom hore a dole, čím si masíruje oblasť krížov (Roztočil et al, 2020).

Odľahčovacie polohy zabraňujú rodičke, aby sťahom sedacích svalov a svalov panvového dna kládla odpor postupu plodu pôrodnými cestami (Simkinová, 2000, Roztočil et al, 2020).

Použitie partoballu má nasledujúce účinky:

- tlmí bolestivé pociťovanie kontrakcií (účinnok sa násobí pri aplikácii hydroterapie),
- urýchľuje priebeh prvej doby pôrodnej,
- rotačný pohyb panvy rodičky sediacej na partoballe počas kontrakcie uľahčuje rotáciu hlavičky,
- masáž krížovej oblasti.

Kontraindikácie použitia partobalu:

- rodička s hmotnosťou nad 95 kg (pri dobrej pohyblivosti rodičky sa treba riadiť nosnosťou lopty podľa údajov výrobcu),
- nespolupracujúca rodička,
- patologicky prebiehajúci pôrod (Repková, Kolaříková, 2003).



2.2.2 Pôrod do vody

Jednou z alternatívnych metód vedenia pôrodu je pôrod do vody. Predstavuje určitý trend, pohodlie, vymoženosť aj novinku oproti klasickým metódam vedenia pôrodu (Žúbor, 2004). Ide o alternatívu vzniknutú civilizačne- do novo (Roztočil et al, 2017). Človek je suchozemská bytosť a nie je pre neho prirodzené privádzať na svet svoje potomstvo vo vode. Na strane druhej analgetický účinok vody je nespochybniteľný. Otázka pôrodu do vody je často diskutovanou témou. Odborná literatúra prináša veľa názorovej nejednotnosti. Záujem verejnosti o túto metódu sa odzrkadľuje v snahe zdravotníkov vychádzať v ústrety a mnohé zdravotnícke zariadenia túto možnosť pôrodu ponúkajú.

„Pôrod do vody je spôsob vedenia pôrodu, kde vypudzovacia fáza v druhej dobe pôrodnej prebieha pod vodnou hladinou, to znamená, že hlavičku i celé telo novorodenca rodička porodí pod vodnou hladinou“ (Žúbor, 2007).

„Pôrod do vody je podľa môjho názoru len pôrodnou atrakciou“ (Tošner, 2003).

Popularizátorom pôrodu do vody bol ruský lekár Igor Charkovskij, ktorý viedol pôrody takýmto spôsobom v šesťdesiatych rokoch 20. storočia a vo svojej práci z roku 1963 poukázal na menší traumatizmus plodu a zachovanie väčšieho počtu neurónov v mozgu novorodenca (Roztočil et al, 2008). Do praxe uviedol túto alternatívu aj francúzsky pôrodník Odent v roku 1983, keď v štátnej nemocnici v Pitsviers, kde sa používala voda v prvej dobe pôrodnej, jedna rodička sa v bazéne s vodou cítila tak dobre, že sa zdráhala vystúpiť z vody, napriek tomu, že pôrod rýchlo postupoval (Odent, 1995).

Riziká pôrodu do vody:

- zvýšené riziko bakteriálnej a vírusovej kontaminácie pre rodičku, dieťa a personál,
- problematické zaistenie 100% dezinfekcie vane pri opakovanom použití,
- kontaminácia vody- pri pôrode odchádza stolica, moč, krv, smolka, plodová voda do vody, v ktorej matka leží,
- hrozí riziko podchladenia matky a plodu s následnou acidózou,
- hypotenzia, znížená kyslíková perfúzia placentou, dehydratácia matky,



- aspirácia plodu (v dnešnej dobe vieme, že dieťa chráni „Diving- Reflex“- pokiaľ je tvár dráždená vodou, reaguje novorodenec reflexne, ide o uzáver trachey a zastavenie dýchania, tento reflex vzniká v posledných mesiacoch tehotenstva, u predčasne narodených detí ešte nie je dobre rozvinutý) (Geist, Harder, Stiefel, 2007), ihneď po pôrode sa má tvár dieťaťa dostať nad vodnú hladinu, kde nasleduje prvý nádych, potom by sa už nemala tvár novorodenca ponoriť,
- poranenie, pokĺznutie matky aj personálu (pracovné úrazy),
- obmedzený prístup pôrodníka k plodu, neprirodzená poloha matky aj pôrodníka,
- problém hodnotenia stavu plodu počas pôrodu,
- vytiahnutie rodičky z vody a presun na pôrodné lôžko je komplikované, predlžuje dobu realizácie prípadnej život zachraňujúcej intervencie,
- zvýšené riziko krvácania v III. dobe pôrodnej, sťažený odhad krvných strát,
- riziko vzniku embolizácie vodou (Tošner, 2003, Žúbor, 2007).

Benefit pôrodu do vody pre matku:

- väčší komfort, mobilita a relaxácia rodičky,
- zníženie pôrodných bolestí,
- zníženie účinku gravitačnej sily, rodička je nadnášaná vodou, čo uľahčuje jej pohyb a šetrí jej fyzickú silu,
- urýchlenie dilatácie cervixu,
- zníženie potreby aplikácie uterokinetík a analgetík,
- navodenie fyziologickej rovnováhy medzi katecholamínmi, oxytocínom, prostaglandínom a endorfínmi,
- zníženie prípadnej hypertenzie, strachu a stresu u rodičky, uľahčenie dýchania,
- urýchlenie II. doby pôrodnej, relaxácia svalstva panvového dna, zníženie popôrodného poranenia a potreby epiziotómie,
- zníženie vzniku syndrómu dolnej dutej žily,
- utuženie rodinného a rodičovského vzťahu (Žúbor, 2007, Roztočil et al, 2017).

Benefit pôrodu do vody pre plod:

- jemný a pomalý príchod dieťaťa na svet, zníženie možnosti traumatizácie,



- lepšia adaptácia novorodenca na vonkajšie prostredie,
- dieťa nie je ovplyvnené vedľajším účinkom liekov, nakoľko voda má hydroanalgetický účinok a znižuje potrebu farmakologickej intervencie (Žúbor, 2007, Roztočil et al, 2008).

Relaxačný kúpeľ

Analgetické účinky vody môžu využiť aj ženy, ktoré nemôžu porodiť do vody, a to po dohode s pôrodnou asistentkou alebo lekárom vo forme sprchy alebo kúpeľa na uvoľnenie a zníženie pôrodných bolestí. Teplotu vody si rodička môže regulovať sama (približne 38°C). Maximálna dĺžka pobytu vo vode sa odporúča približne do 2,5 hodiny. Potom by si mala žena od vody oddýchnuť. V prípade akýchkoľvek komplikácií treba relaxačný kúpeľ prerušiť. Dlhý pobyt v priveľmi teplej vode môže rodičku vyčerpať. Do relaxačného kúpeľa môžeme pridať aj pár kvapiek relaxačného oleja.

Intrakutánne vpichy sterilnej vody

Táto metóda sa zakladá na podobnom princípe ako transkutánna elektrická nervová stimulácia (TENS). Na štyri miesta v sakrálnej oblasti sa aplikuje intrakutánne po 0,1 ml sterilnej vody. Rovnako ako pri transkutánnej elektrickej nervovej stimulácii (TENS) aj v tomto prípade sa v konečnom dôsledku uvoľňujú endorfíny, ktoré ovplyvňujú prenos nociceptívnych impulzov bolesti. Intrakutánymi vpichmi sa pomerne účinne tlmia najmä bolesti chrbta, na ktoré sa rodičky v priebehu pôrodu často sťažujú. Analgetický účinok na bolesti podbruška počas kontrakcií je však minimálny. Účinok intrakutánnych vpichov trvá priemerne 70 minút a v priebehu pôrodu sa vpichy môžu niekoľkokrát opakovať (Tomáš, 2000). Táto metóda je pomerne rozporuplná, nakoľko injekcie čistej vody sú pomerne bolestivé (Pařízek, 2006).

2.3 Pôrod podľa Fernanda Lamaza

Francúz Fernand Lamaze vychádzal z učenia I. P. Pavlova o reflexných teóriách a z jeho neurofyziologických štúdií bolesti. Bolesť počas pôrodu opisoval ako podmienenú reakciu,



ktorá sa dá potlačiť vytvorením nových podmienených reakcií, ktoré znižujú a eliminujú bolesť. Uvádza ďalšie faktory, ktoré prispievajú k bolesti pri pôrode a medzi ktoré môžeme zaradiť kultúrne akceptované názory o pôrode a strach z bolesti a komplikácií, ktoré primárne vyplývajú z nedostatku vedomostí o priebehu pôrodu. Preto sa stalo primárnym cieľom Lamazeho metódy eliminovať strach najskôr edukáciou o priebehu pôrodu, mechanizme pôrodu a neurologických cestách bolesti. Na základe tohto poznania je možné nahradiť veľkú časť obáv a strachu novými podmienenými reflexmi, ako napríklad dýchacie techniky realizované počas kontrakcie. Podľa jeho metódy cieľom dýchacích techník nie je len podpora aktivity na odpútanie pozornosti, ktorá potláča bolestivé podnety, ale zámerom je adekvátne okysličenie, čo napomáha uvoľneniu svalov (Martin, Reeder, 1991). Lamazeova metóda sa nazýva aj psychoprofylaktická a je základom väčšiny antenatálnych kurzov. Používa mentálne a dychové techniky, ktoré zamestnávajú myseľ rodičky a obmedzujú schopnosť mozgu vnímať bolesť, učí reagovať na kontrakcie uvoľnením (Leifer, 2004).

Autor metódy poukazuje na to, že akokoľvek bude žena relaxovaná, vždy bude mať nejakú skúsenosť s bolesťou a bude sa s ňou chcieť vyrovnáť.

Lamaze opísal tri fázy, ako pomôcť žene vyrovnáť sa s bolesťou:

- prvá fáza- strach z pôrodu je eliminovaný na minimum pomocou poskytnutia informácií a ich pochopením ženou. Edukácia pomáha „zahnať“ strach a napätie, ktoré môžu vyvolať pri pôrode mnohé komplikácie (Verny, Kelly, 1993),
- druhá fáza- učí ženu, ako správne relaxovať, oboznámiť sa s telom, ako sa vysporiadať s bolesťou,
- tretia fáza- naučí podvedome používať rytmické dýchanie v nadväznosti na každú kontrakciu na odpútanie od bolesti (Stoppard, 2005).

Lamaze rozdelil správanie rodičky počas pôrodu na 7 zložiek: dychové cvičenia, relaxácia, použitie lokálnych (akupresúrnych) bodov, automasáž, prítomnosť a pomoc partnera, tréning prežívania stresu a systém praktickej edukácie.

Psychofyzická príprava na pôrod podľa Lamazeho:

- 3. mesiac tehotenstva- 1. lekcia: oboznámenie sa s metódou, poskytnutie informácií o tehotenstve, sociálnych problémoch a správaní počas tehotenstva,



- 28. týždeň tehotenstva- ďalšie lekcie, ktoré sa skladajú z teoretickej časti, ktorá vedie k vysvetleniu metódy vo vzťahu k pôsobeniu reflexov, so zreteľom na jednotlivé fázy pôrodu a im zodpovedajúce typy kontrakcií maternice (detailne sa prediskutuje pôrod z fyziologického hľadiska, prostriedky na odstránenie nepohodlia, anatómia a psychológia vzťahujúca sa na pôrod), a praktickej časti, kde sa žena naučí cielenej relaxácii a rôznym formám dýchania, pričom je vedená k tomu, aby cvičila denne, aby si tréningom zvykla na pôrodnú činnosť a aby vedela pri pôrode automaticky reagovať podľa aktuálnej situácie. Matka a jej podporná osoba by si mali vyčleniť počas dňa čas na nácvik techník dýchania. Tým, že sú techniky, ktoré sa žena naučila na kurze, opakovane precvičované, stávajú sa novými podmienenými reflexmi, potrebnými na to, aby sa pôrod stal pozitívnou skúsenosťou. Techniky dýchania môže žena použiť na zvládanie stresu a nepríjemnej situácie aj počas dňa v priebehu tehotenstva.

Počas predpôrodnej prípravy sa zámerne nepoužíva slovné spojenie pôrodná bolesť, ale kontrakcie/sťahy maternice, s ktorými sa má žena naučiť „spolupracovať“. Prítomnosť partnera je považovaná za nutnosť, preto sú predpôrodné lekcie pripravované zásadne pre rodičovský pár. Táto príprava má viesť k pozitívnemu postojú a k pohotovosti k aktívnej spolupráci ženy, čo vyžaduje od pôrodnického personálu citlivý a individualizovaný prístup. Lamaze kladol veľký dôraz na svedomitú školenie žien a profesionálne vzdelávanie rodičovského tímu. Propagoval názor, že tréningom naučené správanie rodiacej ženy môže byť naplno využité len vtedy, ak je jednotne podporované všetkým personálom (Pařízek, 2002). Jeho metóda kladie dôraz na disciplínu a sebaovládanie. Je vhodná pre ženu, ktorá má rada veci pod kontrolou (Verny, Kelly, 1993).

V databáze Cochrane je štúdiá do ktorej bolo zahrnutých 245 žien. Závěry tejto štúdie poukázali na skutočnosť, že ženy ktoré absolvovali predpôrodnú prípravu vedeli lepšie rozoznať nástup pôrodnej činnosti, čo malo za následok menší počet návštev pred nástupom pôrodu v zdravotníckom zariadení. Žiaľ neexistuje ešte dostatok dôkazov, aby bolo možné konštatovať, že predpôrodná príprava jednoznačne pomôže ženám rozoznať začiatok pôrodnej činnosti (Lauzon, Hodnett, 1998).



2.3.1 Dýchanie počas pôrodu

Myšlienky Lamazeho sa v súčasnom pôrodníctve využívajú v pôrodniciach na celom svete. Myšlienky niektorých odborníkov zaoberajúcich sa dýchaním pri pôrode sú súčasťou nasledujúcej podkapitoly.

Správne dýchanie počas pôrodu je veľmi dôležité, nakoľko svaly potrebujú kyslík, aby mohli dobre pracovať a aby dieťa bolo dobre zásobované. Preto musíme venovať tejto problematike dostatočnú pozornosť (Wessels, Oellerich, 2006). Napätý sval maternice trpí nedostatočným zásobením kyslíka v dôsledku stiahnutých ciev, čo spôsobuje vznik bolesti (Trča, 2004). V prípade použitia rôznych techník dýchania je dôležité mať techniku správne naučenú a dopredu nacvičenú, inak jej využite pri pôrode nebude efektívne. Dýchacie techniky je potrebné začať používať až vo chvíli, keď žena nezvláda počas kontrakcie chodiť a rozprávať. Priskoré nasadenie techniky dýchania vedie k predčasnej únave rodičky (Leifer, 2004). Dýchanie samo osebe bolesť počas kontrakcie neznižuje, môže ale prispieť k celkovému uvoľneniu, a tak k lepšiemu priebehu pôrodu (Procházková, Myšáková, 2007).

Nájdu sa aj iné názory na nácvik dýchania ešte pred pôrodom. „Dýchame celý život a nikto nás to neučil. Rovnako- vieme dýchať pri pôrode- prispôbime dýchanie danej situácii. Žena dýcha pri pôrode nesprávne, len keď je v strese alebo má strach“ (Doležalová, Königsmarková, 2006).

Techniky dýchania podľa Lamazeho:

- pomalé dýchanie- ide o uvoľnené dýchanie, frekvencia je nižšia ako zvyčajne, vdychovať a vydychovať sa môže nosom alebo ústami podľa toho, čo je pre ženu príjemnejšie. Tento spôsob dýchania umožňuje dobré okysličenie a napomáha relaxácii a odvádza pozornosť od kontrakcií. Používa sa vo včasnej fáze pôrodu (Príloha P II),
- modifikované pomalé dýchanie- toto dýchanie má vyššiu frekvenciu ako zvyčajne. Dýchanie je plytké a ak žena takýmto spôsobom dýcha dlhšie, môže dôjsť k hyperventilácii. Začiatok dýchania je pomalý a so zvyšujúcou intenzitou bolesti sa zrýchľuje (Príloha P III),
- dýchanie podľa vzorca- rýchlosť je rovnaká ako pri modifikovanom dýchaní, ale v pravidelných intervaloch sa pridáva pomalé vyfúknutie, a tak sa vytvára rytmický vzorec.



Táto technika si vyžaduje koncentráciu a je zvlášť vhodná v prechodnej fáze pôrodu (Príloha P IV),

- dýchanie počas tlačenia- Valsalvov manéver sa začína dvomi počiatocnými hlbokými nádychmi a výdychmi na začiatku kontrakcie. Potom sa žena nadýchne a zadrží dych, kým brušné svaly vyvinú silu, perineum ostáva uvoľnené. Počas zadržania dychu sa ráta do 6, potom sa rodička opakovane nadýchne a celý proces sa zopakuje, kým kontrakcia pretrváva. Kontrakcia sa zakončí hlbokým nádychom a výdychom (Príloha P V) (Martin, Reeder, 1991).

Dýchanie v prvej dobe pôrodnej

Latentná fáza- v tejto fáze netreba vo väčšine prípadov realizovať dychové techniky.

Aktívna fáza- kontrakcie sa zosilňujú zo stredne silných až na silné, frekvencia je okolo 3 minút, trvajú približne 45 sekúnd. V tejto fáze kontrakcie môžu diktovať žene spôsob dýchania (Aperio et al, 2006).

Možnosti dýchania v aktívnej fáze:

- pomalé dýchanie- začína a končí očistným dychom (hlboký nádych alebo výdych podobný hlbokému vzdychu, ktorý napomáha relaxácii a sústredeniu na relaxáciu), nasleduje dýchanie ako v spánku, frekvencia by mala byť približne polovicu normálnych dychov, aby bol plod dostatočne zásobovaný kyslíkom. Počas pôrodu treba dýchať pokojne, nádych má byť nosom a výdych nemá byť cez zatvorené pery, ale pery sa majú uvoľniť, čo zaistí ľahšie otvorenie krčka maternice (Príloha P VI) (Burchardt, 2019),
- dýchanie s modifikovanou frekvenciou- táto sekvencia začína a končí očistným dychom, počas kontrakcie žena dýcha zreteľne a plytko. Frekvencia by nemala presiahnuť dvojnásobok normálnej frekvencie (Príloha P VII) Žena môže kombinovať pomalé dýchanie a dýchanie s modifikovanou frekvenciou. Pri rýchlom dýchaní môže nastať problém s hyperventiláciou (Príloha P VII),
- Modulované dýchanie- pre nepripravenú rodičku je problémom, nakoľko si vyžaduje sústredenie na moduláciu. Začína očistným dychom, po ktorom nasledujú rýchle dychy



isto vhodné, aby žena uvoľnila svalstvo panvového dna a povolila svaly okolo úst (neodporúča sa pevne zvierat' čeľuste). Povolenie svalov okolo úst napomáha uvoľneniu svalov panvového dna (Aperio et al, 2006). Žena má tlačiť, keď sa na to cíti- samovoľne, neodporúča sa tlačenie na vyzvanie (zníženie výskytu popôrodných komplikácií- problém s vylučovaním moča) (Bloom et al, 2006). Pri tlačení na vyzvanie sa dĺžka pôrodu skrátila o 13 minút, čo je pri 12- hodinovom trvaní pôrodu u prvorodičky zanedbateľný čas, pričom Apgar skóre novorodenca nebolo lepšie (Farrokh, 2018). Počas pôrodu si nemá žena nechať vnútiť cudzí rytmus dýchania- „jej normálne dychové tempo je ideálne“. Po kontrakcii má žena robiť hlboký nádych (brušné dýchanie), ako by chcela nafúknuť balón. Dieťa dostane extra porciu kyslíka. Krátko pred pôrodom hlavičky, keď nemôže žena ešte tlačiť, pomáha psie dýchanie, ktoré znižuje tlak, a dieťa sa môže šetrnejšie (jemnejšie) narodiť. Najdôležitejší na dychovej technike je dlhý a pokojný výdych. Vhodné je mať dýchanie nacvičené ešte v čase pred pôrodom.

Cvičenia slúžiace na nácvik dýchania počas pôrodu:

- bublifuk- žena sa zhlboka nadýchne nosom a výdych robí cez plastický kruh bublifuku,
- balón- dýchanie je určené pre rodičovský pár, nastávajúci rodičia sa postaví oproti sebe, pred sebou vo výške tváre si pridržia nafúknutý balón, balón uvoľnia a dýchajú do neho, každý zo svojej strany tak, aby sa čo najdlhšie udržal nad ich hlavami, muž si prispôsobí svoje dýchanie dýchaniu ženy,
- plávanie- pri plávaní plaveckým štýlom prsia žena vydychuje pod vodnú hladinu,
- vata- rodičovský pár si sadne oproti sebe za stôl a do stredu položia kúsok vaty, fúkajú do vaty tak, aby zotrvala približne v strede stola.

Počas cvičenia môže dôjsť k trpnutiu prstov, čo je zapríčinené hyperventiláciou. V tom prípade treba začať dýchať pokojne a pred ústa a nos si treba dať ruky (Burchardt, 2019).

Význam nácviku dýchania:

- psychologický,
- odstraňovanie alebo znižovanie bolesti,
- zlepšenie fyziologického stavu,
- efektívne kyslíkové zásobenie,



- zvýšenie vitality pľúc,
- sústredenie rodičky na správne dýchanie, odpútanie od nepríjemných pocitov,
- profylaxia intrauterinnej asfyxie plodu (Rovná, 2005).

2.3.2 Nefarmakologické metódy zmierňovania bolesti

Nefarmakologické techniky pomáhajú žene zvládnuť kontrakcie počas pôrodu bez použitia medikamentov. Účinný postup proti bolestivým kontrakciám očakáva väčšina rodičiek. V dnešnej dobe je možnosť využitia mnohých metód, ktoré sa od seba navzájom odlišujú podľa účinnosti, dĺžky analgetického pôsobenia a technickej náročnosti (Pařízek, 2006). Na dosiahnutie lepších výsledkov je vhodné, aby žena mala nefarmakologické metódy nacvičené ešte v predpôrodnom období, ideálne je nácvik realizovať v antenatálnych kurzoch.

Relaxácia

Relaxáciu môžeme pokladať za základ viacerých alternatívnych metód. Existuje množstvo relaxačných cvičení (relaxačných zostáv), ktoré sú vhodné pre tehotné ženy. Počas relaxačného cvičenia sa môže počúvať hudba alebo sa spieva. Spev môže cvičenie uľahčiť a žena si zvykne na svoj hlas, ktorý prípadne bude pri pôrode používať (Wessels, Oellerich, 2006).

„Relaxácia je stav zníženého psychosomatického napätia. Slúži k uvoľneniu, odpútaniu sa a k intenzívnemu odpočinku“ (Janáčková, 2007).

„Rodička si môže riadiť relaxáciu sama, alebo jej môže pomáhať sprevádzajúca osoba, prípadne pôrodná asistentka. Nácvik relaxácie treba zintenzívniť pár týždňov pred pôrodom“ (Repková, 2007).

Typy relaxácie:

- progresívna- žena počas relaxácie rozpoznáva rozdiel medzi napnutým a uvoľneným svalstvom, dokáže sťahovať a uvoľňovať rôzne svalové skupiny a celé telo,
- neuromuskulárna disociácia (diferenčná relaxácia)- žena intenzívne sťahuje jednu svalovú skupinu a vedome uvoľňuje všetky ostatné. Partner, ktorý ju povzbudzuje, sleduje, ktoré svaly okrem napätej svalovej skupiny zostali neuvoľnené,



- dotyková- žena sťahuje jednu svalovú skupinu a pri uvoľňovaní ju partner (sama žena) hladí alebo masíruje,
- relaxácia pri bolesti- partner stláča šľachu alebo veľký sval na ramene prípadne dolnej končatiny a striedavo zvyšuje a znižuje intenzitu tlaku (Leifer, 2004).

Pozitíva relaxácie:

- zníženie vnímania bolesti,
- redukcia únavy,
- možné skrátenie pôrodných bolestí,
- prerušenie cyklu strach– napätie– bolesť (Martin, Reeder, 1991).

„Relaxačné metódy vychádzajú z poznatkov o vzájomnej súvislosti medzi tromi faktormi: psychickou tenziou, funkčným stavom vegetatívnej nervovej sústavy a napätím kostrového svalstva. Keďže tonus kostrového svalstva je možné vôľou meniť, je tu daná možnosť využiť zámernú svalovú relaxáciu na dosiahnutie psychického uvoľnenia a na ovplyvnenie aj orgánových funkcií riadených vegetatívnou nervovou sústavou“ (Calvin, Hall, Lindzey, 2002).

Prvým krokom k dosiahnutiu stavu relaxácie je uvedomenie si napätia. Tehotná sa učí relaxovať, redukovať napätie, vnímať rozdiel medzi napätím a uvoľnením, uvedomovať si svoj dych, jeho hĺbku a rytmus. Počas pôrodu môže využívať uvoľňovanie brušného svalstva, čo znižuje bolestivosť kontrakcií (Benkovská, 2003). Klinické štúdie poukazujú na význam predpôrodného autogénneho relaxačného tréningu, najmä nácviku dýchania, ako na jednu z najúčinnějších nefarmakologických metód pôrodnickej analgézie. Natrénované uvoľňovanie panvového dna a správne dýchanie pozitívne modulujú sekréciu b-endorfinu počas kontrakcií maternice.

Stimulácia kože

Počas pôrodu sa používajú rôzne techniky stimulácie kože. Najčastejšie ide o masáž, ktorú si môže realizovať sama rodička, alebo jej masáž poskytne sprevádzajúca osoba, prípadne pôrodná asistentka. Masáž je založená na súhre rôznych ťahov a tlakov. Podstatou jej účinku



je uvoľnenie mäkkých tkanív s následným povolením napätia stiahnutého svalstva, k lepšiemu prekrveniu a k ľahšiemu vyplaveniu látok, ktoré znižujú vnímanie bolesti (Janáčková, 2007). Masáž znižuje hladinu glukokortikoidov a adrenalínu, stišuje pulzujúcu bolesť, napomáha relaxácii a sústredeniu sa na následné aktivity (Joshi, 2007).

Obmeny masáže:

- efleráž- masírovanie brušnej alebo inej oblasti počas kontrakcie. Narušuje prenos impulzov bolesti, ale dlhšia aplikácia znižuje účinok. Masážna schéma alebo jej oblasť sa mení, akonáhle je menšia účinnosť,
- iné masáže- relaxácii napomáha masáž spánkov alebo ramien. Počas pôrodných bolestí je veľmi účinná silná masáž na dlaniach alebo chodidle. Pri akejkoľvek masáži môže dôjsť k návyku, preto vždy treba zmeniť masírovanú oblasť,
- tlak na sakrum- znižuje bolesť pociťovanú „v krížoch“. Treba zistiť, ktorá poloha žene najlepšie vyhovuje posunutím tlakového bodu alebo zmenou intenzity tlaku,
- tepelná stimulácia- stimulujeme tepelné receptory buď aplikáciou chladu (obklad na tvár), alebo priložením zohriatej rúšky, termoforu, prípadne použitie teplej sprchy (Leifer, 2004).

Základné hmaty masáže podľa mechanizmu pôsobenia sú:

- trenie je plošne pôsobiaci hmat, ktorý slúži na spracovanie povrchových vrstiev kože. Tá sa trením prekrví a sčervenie – mechanické pretretie,
- vtieranie a roztieranie sú hmaty, ktoré pôsobia väčším tlakom na svaly, šľachy, medzi kostené priestory, dlane a stupaje,
- jemné hnetenie slúži na spracovanie svalov a svalových skupín, na ktoré sa pôsobí striedavým tlakom. Medzi spôsoby hnetenia patrí: vlnité hnetenie, krúživé hnetenie, prerušovaný stisk, prevaľovanie, pretláčanie.

Najčastejšie sa masírujú nasledovné časti tela:

- hlava a krk– skôr sa masírujú počas tehotenstva nakoľko sa pri nich využíva poloha na chrbte s pokrčenými nohami v kolenách. Nohy môžu byť položené na stoličke, partoballe, posteli atď.,



- chrbát– ideálna pri tejto masáži je poloha v kľaku, kolená smerujú od seba a chodidlá mierne k sebe. Žena sa oprie o vankúše, partoball, stoličku alebo posteľ resp. sedí obrátena na stoličke. Masírujúca osoba si kľakne za ženu,
- stehná, lýtka a chodidlá– žena sedí na stoličke, nohy sú v pozícii od seba s chodidlami na zemi. Masírujúca osoba kľací pred ženou,
- brucho– túto časť tela si môže masírovať žena sama (Balaskasová, 2010).

Na masírovanie pri pôrode sa môže použiť rastlinný olej s pridaním éterických olejov (aromaterapia), liehový prípravok s mentolom alebo masťný krém.

Aromaterapia

„Aromaterapia je metóda, ktorá využíva počas pôrodu účinkov vysokokoncentrovaných esenciálnych olejov, pochádzajúcich výlučne z aromatických rastlinných zdrojov“ (Tomáš, 2000). Tento spôsob zmiernenia pôrodných bolestí dokáže sklbiť fyziologické účinky masáže s psychologickým vplyvom esencií na psychiku a emócie rodičky (Tomáš, 2000). Esenciálne oleje prenikajú, sú absorbované inhaláciou, dýchacím systémom, pokožkou, potnými pórami a vlasovými folikulami. Neskôr sa vstrebávajú telesnými tekutinami a krvným obehom. Pôsobia teda vnútorne (Pavúrová et al, 2004).

Účinky aromaterapie:

- uvoľňuje svalový spazmus,
- odstraňuje napätie, úzkosť, strach,
- dodáva potrebnú energiu, pôsobí relaxačne a upokojujúco,
- celkovo harmonizuje nervový systém,
- urýchľuje jednotlivé pôrodné doby a znižuje intenzitu pôrodnej bolesti,
- pomáha zvládnuť gestózu,
- napomáha hojeniu pôrodných poranení,
- dopomáha ku komfortu rodičky pri pôrode.

**Spôsob aplikácie:**

- inhalácia 3- 4 kvapiek oleja vo vodnom roztoku, ktorý sa odparuje z aromalampy alebo z navlhčenej gázy položenej na radiátore,
- inhalácia éterického oleja kvapnutého na papierovú vreckovku,
- privoňanie k fľaštičke s éterickým olejom,
- masáž (kríže, podbruško, slabiny, šija, chodidlá), na ktorú sa použijú 2 kvapky oleja, ktorý sa pridá do olivového oleja, bio slnečnicového oleja, mandľového oleja, jojobového oleja, šípkového oleja, marhuľového oleja alebo neparfumovaného telového mlieka (účinnosť masáže nie je okamžitá, nastupuje po 30 minútach a trvá niekoľko hodín),
- kúpeľ na ktorý sa použije 8-15 kvapiek oleja na 250 gramov soli z mŕtveho mora a pridá sa do vlažnej vody vo vani (slúži predovšetkým na uvoľnenie svalov a zmiernenie stresu, zvýšenie sebadôvery a skrátenie pôrodu),
- obklad.

Kontraindikácie použitia aromaterapie:

- prítomnosť alergie v anamnéze na inhalačné alergény, chemické látky a jednotlivé zložky v éterickom oleji,
- počas masáže vznik kožnej alergie, chorobné zmeny na koži na predpokladanom mieste masáže (Dyeová, 1992, Eliášová, 2008, Chvojková, 2006, Repková, 2007, Tomáš, 2000, Matka a dieťa, 2021).

Esencie používané v I. dobe pôrodnej:

- Majoránka záhradná (*Organum majorana*)- silné antispazmatikum, znižuje tlak krvi, vhodná pri emočnej precitlivenosti, plačlivosti a traume ženy z predchádzajúcich pôrodov,
- Levandul'a úzkolistá (*Levandula augustifolia*)- vodný roztok levandule v rozprašovači je dobré použiť na očistenie ovzdušia pôrodnej sály medzi jednotlivými pôrodmi, chladí a ukludňuje telo ženy, keď má pocit tepla, pôsobí relaxačne, znižuje krvný tlak,
- Čierne korenie (*Piper nigrum*)- používa sa v minimálnej koncentrácii, má analgetický účinok, podporuje vytrvalosť, pomáha ženám, ktoré sú uzatvorené do seba otvoriť sa,



- Ylang- ylang (*Cananga odoreta*)- pri zvýšenom tlaku krvi alebo pri preeklampsii ovplyvňuje činnosť nadobličiek (znižuje tvorbu adrenalínu), pri prežívaní šoku, nepoužívať pri nízkom tlaku krvi, epilepsii, rakovine prsníka, maternice a vaječníkov (súvis s estrogénmi),
- Harmanček rímsky (*Anthemis nobilis*)- pomáha pri bolesti, kŕčoch, sťahoch svalstva, znižuje pocit tepla, pôsobí protizápalovo, pri podráždení a hneve,
- Geránium (*Pelargonium graveolens*)- harmonizujúci olej, tonizuje a posilňuje nervový systém a nadobličky, dodáva energiu, posilňuje krvný obeh, nepoužívať pri zníženej zrážanlivosti krvi.

Esencie používané v II. dobe pôrodnej:

- Jasmín veľkokvetý (*Jasminum grandiflorum*)- používa sa v malých dávkach, ide o silné uterotonikum, podporuje odlúčenie placenty, uľahčuje traumy z dlhotrvajúceho pôrodu, pomáha dodávať sebaistotu, pôsobí ako významná emočná podpora pri úzkosti, neuróze, navodzuje eufóriu a optimizmus,
- Šalvia muškátová (*Salvia sclare*)- je veľmi silná, preto sa musí aplikovať v nízkej koncentrácii, má fytoestrogénne účinky, mierne znižuje krvný tlak, používa sa k príprave na pôrod a pri prenášaní dieťaťa, masáž s ňou je účinná pri bolestiach chrbta, má mierne euforizujúce účinky, pôsobí ako sedatívum, uvoľňuje napätie, účinkuje pri popôrodnej depresii,
- Carterov kadidlovník (*Boswellia carterii*)- posilňuje maternicu a kontrakcie, harmonizuje dýchanie počas pôrodu, prerušuje väzby na predchádzajúce pôrody, znižuje strach z pôrodu, používa sa na inhaláciu alebo na masáž hrudníka, skľudňuje, v kombinácii s epidurálnou analgéziou môže znižovať krvný tlak,
- Klinček (*Eugenia caryophyllata*)- má výrazné antiseptické a antibiotické účinky, používa sa na konci II. doby pôrodnej pri nervovom a fyzickom vypätí, podporuje kontrakcie, urýchľuje pôrod, má analgetický účinok, uľahčuje vypudzovanie placenty, uľahčuje dilatáciu pôrodných ciest (Chvojková, 2006, Aromaterapie, 2021).

Počas aplikácií aromatických prípravkov pôrodná asistentka sleduje intoleranciu aromaterapie (bolesť hlavy, nevoľnosť, olej vnímaný ako zápach) a monitoruje kožné prejavy a dýchanie. Pri zistení intolerancie aromaterapiu preruší, vyvetrá, pomôcky vyhodí a kožu



umyje nedráždivým mydlom (Tomáš, 2000). Z esenciálnych olejov, ktoré sa používajú v pôrodnickej aromaterapii, sú najúčinnnejšie oleje z levandule, šalvie, eukalyptu, kamiliek, tymiánu, jazmínu, citrónu, grepu a mandarínky (Chvojková, 2006, Pařízek, 2006, Stadelmann, 2004, Tomáš, 2000).

Napriek tomu, že neexistujú dôkazy o prechode éterických olejov placentou, neodporúča sa oleje používať v prvom trimestri tehotenstva. Uškodiť by mohli aj vysoké koncentrácie. Odporúča sa aromaterapiu vyskúšať už v čase tehotenstva (Jirásková, 2021). Ženy, ktoré nie sú na aromaterapiu zvyknuté a prinesú si ku pôrodu množstvo olejov, vo väčšine prípadov nepoužijú žiadny (Doležalová, Königsmarková, 2006). Použitie aromaterapie pri pôrode patrí do kompetencie pôrodnej asistentky, ktorá má s danou problematikou skúsenosti.

Pravidlá bezpečnosti použitia aromaterapie pri pôrode:

- je nutné viesť dokonalú dokumentáciu o použitých esenciálnych olejoch a masážach,
- získať súhlas ženy pri použití akéhokoľvek éterického oleja,
- uistiť sa, že je žene vôňa vybraného éterického oleja príjemná,
- začínať s nižšou koncentráciou (1%) a koncentráciu zvyšovať, len keď je to nevyhnutné (maximálne 2%),
- povzbudiť partnera, aby sa aktívne zúčastnil masáže svojej partnerky, pri ktorej bude použitý éterický olej (Aromaterapie, 2021).

Mentálna stimulácia

Mentálna stimulácia alebo meditácia patria ku kognitívnym a behaviorálnym prístupom ovládania bolesti. Tieto techniky zlepšujú pocit rodičky, že má bolesť pod kontrolou a dovoľujú sa jej podieľať na manažmente bolesti. Cieľom mentálnej stimulácie je odpútať pozornosť rodičky od bolestivých kontrakcií tak, že pozornosť sústreďuje najčastejšie na vonkajší podnet (Repková, Padyšáková, 2007). Úlohou tejto metódy je naučiť tehotné ženy odpútať svoju myseľ od bolesti predstavovaním si niečoho príjemného (Lowdermilk et al, 1997).

Možnosti zamerania pozornosti:

- zameranie na hlas osoby sprevádzajúcej pri pôrode,



- sústredenie sa na hudbu, počítanie, rytmus vlastného dýchania,
- sústredenie sa na určité detaily vo svojej predstave,
- zameranie sa na počítanie, na vyludzovanie mantry, opakovanie nejakého slova (Repková, 2007).

Vizualizácia

Žena sa učí vytvárať upokojujúce myšlienkové prostredie tým, že si predstavuje, ako sa nachádza na nejakom uvoľňujúcom a upokojujúcom mieste. Zameranie sa na predstavu svojho vlastného, ešte nenarodeného dieťaťa, na komunikáciu s ním, predstavovanie si mechanizmu dilatácie pôrodných ciest. Vhodné je začať s nácvikom vizualizácie v antenatálnom kurze, no aj nepripravená žena si dokáže s pomocou pôrodnej asistentky vytvoriť upokojujúce myšlienkové predstavy (Leifer, 2004, Repková, Padyšáková, 2007). Žena si môže predstavovať veci, ktoré sú jej príjemné a ktoré jej prinesú úľavu a uvoľnenie (napr. kontrakciu si predstaví ako vlnu, ktorá ju unáša na svojom spenenom vrchole, alebo ako horu, po ktorej sa šplhá hore a dole, alebo ako vznášajúceho sa vtáka nad morskými vlnami). Predstavivosť rodičiek je veľmi kreatívna a prínosná (Tomáš, 2000). Počas prestávok medzi jednotlivými kontrakciami sa rodičke odporúča zavrieť oči, predstaviť si pekný letný deň, záhradu s mäkkým trávnikom, na ktorom leží a nikde sa neponáhľa, stromy, ktoré ponúkajú príjemný chládok, vánok a okolo príjemné a svieže vône (Procházková, Myšáková, 2007). Pomáha žene koncentrovať sa na príjemný zážitok a odpútava tak pozornosť od bolesti (Janáčková, 2007). Okrem vytvárania si vlastných predstáv žena môže sledovať objekt vo svojej blízkosti, a to tak, že zameria pohľad na určitý obraz, bod alebo predmet v miestnosti. Niektoré ženy zatvoria oči a sústredia sa na vnútorný bod. Ďalšou z možností je možnosť sledovať počas I. doby pôrodnej televízor, pričom sa nemusí vnímať obraz, ale len zvuk v pozadí, ktorý znižuje rušivé zvuky z okolia. Niektoré pôrodné sály sú vybavené VHS alebo DVD prehrávačom a rodička si môže priniesť svoj obľúbený film (program), ktorý sleduje pred pôrodom aj po pôrode (Leifer, 2004).

Muzikoterapia

Hudba a rytmus sú ako liečebné prostriedky využívané ľudstvom už od nepamäti. Pôvodne bola hudba používaná ako forma komunikácie s nadprirodzenými silami, ako spôsob, ktorým sa ľudia snažili zapôsobiť na bohov, démonov alebo určitého jedinca. Bol to spôsob



boja proti úzkosti a chorobe. Aristoteles poukazoval na uvoľňujúce účinky hudby, ktoré pomáhajú odplaviť stresoidné faktory (pôrod môžeme zaradiť medzi záťažové situácie). Vo väčšine prípadov sa hudba využívala na liečbu psychických, psychosomatických, sociálnopsychologických problémov a na psychoanalýzu, čím sa zaoberali viacerí autori napr. Aeskulap, Burton – anglický lekár, Ambrois – francúzsky lekár, Pontvik – Američan, Dreikurs, Duglass – Švéd. Pri počúvaní hudby sa upokojí alebo stimuluje tep a rytmus dýchania. Hudba prechádza do duše hlbšie a bezprostrednejšie ako slová. Má výchovnú a zušľachtľujúcu funkciu. Prináša estetické zážitky a vytvára radostnú atmosféru. Má fyziologický a psychický účinok, ktoré navzájom súvisia (Šimanovský, 1998, Zelinová, 2007).

American Music Therapy Association (AAMT) definuje muzikoterapiu takto: „Muzikoterapia je použitie hudby s terapeutickým cieľom: znovuobnovenia, udržania a zlepšenia mentálneho a fyzického zdravia. Ide o systematickú aplikáciu hudby riadenú terapeutom v terapeutickom prostredí tak, aby sa dosiahla želaná zmena v správaní“ (Zelinová, 2007).

V súčasnej dobe sa môžeme stretnúť s tromi základnými konceptmi muzikoterapie:

- pedagogický,
- medicínsky,
- psychoterapeutický (Zelinová, 2007).

Muzikoterapia sa využíva v medicínskych odboroch ako tzv. farmakoterapeutický prostriedok. Služi ako audioanalgetikum alebo sedatívum, napomáha pozitívne ovplyvniť telesný a psychosociálny stav. Výsledky W. Critchleya a R. A. Hendersona pod názvom „Music and Brain: Studies in the Neurology of Music“ ukazujú, že reakcie na hudbu môžu do chodu viesť neurologický proces, pri ktorom upokojujúca a osviežujúca hudba môže značne pomôcť pri vytváraní veľkých molekúl, nazývaných peptidy, ktoré zmierňujú bolesti tým, že pôsobia na špeciálne receptory v mozgu (Halpern, Lingerman, 2005).

Využitie muzikoterapie pri pôrode:

- znížiť fyziologické reakcie na stres (pôrod sa pokladá za stresogénnu situáciu, prostredie nemocnice je pre ženu neznáme a môže pôsobiť stresujúcim dojmom),
- odvrátiť pozornosť od bolesti (pôrodná bolesť je opisovaná ako jedna z najsilnejších),



- zdanlivo urýchliť prežívanie bolesti vzhľadom na čas, ktorý pri počúvaní hudby plynie inak (trvanie pôrodu u prvoroďičky- I. doba),
- pomáha zamerať pozornosť a koncentrovať sa (nápomocné pri vizualizácii alebo pri koncentrovaní sa na správny spôsob dýchania),
- iniciovať a posilniť vzťah žena- zdravotnícky pracovník- rodina,
- ako auditívna stimulácia (biofeedback), ktorá tlmí nevhodné hluky (nemocničné zvuky, stonanie iných rodičiek, zvonenie telefónu, zvuky nôh náhliaceho sa personálu) a učí ženu kontrolovať svalový tonus počas aj mimo kontrakcie.

Muzikoterapiu využívame po dohode s rodičkou. Žena môže dať sama podnet na využitie hudby pri pôrode. V prípade, že je iniciátorom ošetrojúci personál, žena musí so spomínanou alternatívou súhlasiť. Výber hudby je možné ponechať na rodičku. Obľúbené nosiče s nahrávkami si môže do pôrodnice priniesť z domu. Rodička si audiotechniku sama kontroluje a ovláda a počas kontrakcie si môže intenzitu zvuku zvyšovať alebo znižovať (Pařízek, 2002). Pri stlmenom svetle sa účinky hudby prehĺbia a žena sa tak ľahšie zbaví vnútorného napätia a prekoná najrôznejšie problémy.

Nahrávky vhodné na uvoľnenie a upokojenie:

- klasika: R. Schuman – Snenie, J. S. Bach – Air, C. Debussy – Svit luny, F. Chopin – Kvapky dažďa, F. Mendelssohn-Bartholdy – Sen noci svätajánskej,
- moderná hudba: Vangelis, Enya,
- pomalé jazzové skladby (Šimanovský, 1998).

Relaxačná hudba je vhodný doplnok pre všetky ostatné druhy metód pôrodnickej analgézie (Pařízek, 2002). Môže sa použiť pri prirodzenom pôrode, predčasnom pôrode alebo cisárskom reze. Pomáha zútnuť prostredie, upokojiť rodičku a jej blízkych, a okrem vyjadrenia bolesti môžeme pomocou nej vyjadriť aj radosť spojenú so zrodom nového života (Marek, 2002).

Muzikoterapia sa odporúča používať v kombinácii s dychovými cvičeniami v spojení s fonáciou určitých hlások pri výdychu:

- fonácia hlásky „a“ vyjadruje stav človeka, ktorý sa zbavuje ťažkého bremena, starostí a trápenia,



- fonácia hlásky „o“ vyjadruje prekvapenie, symbolizuje radostné očakávanie,
- fonácia hlásky „i“ symbolizuje radosť, spokojnosť, pohodu,
- fonácia hlásky „e“ vyvoláva pocit vnútornej vyrovnanosti (Doležalová, 2004, Mátejevová, 1993).

Existuje jeden druh hudby, ktorý by mohol a mal spoľahlivo upokojiť každého človeka, a tým je jeho vlastný spev. Jedným z najväčších objavov súčasnosti je zistenie, že keď uvoľníme hlasivky (bručanie, spev ťahavých piesní, spev samohlásky) uvoľníme i emočné bloky a následne psychiku. Hlas matky je pre dieťa (prenatálne, postnatálne- predčasne narodené i donosené) najdôležitejší zvuk (Marek, 2007).

Muzikoterapia je metóda, kde nie je jednoznačne dokázaný účinok na zmiernenie bolesti. Nesporné je, že: „zvukové impulzy spúšťajú uvoľňovanie endorfínov, ktoré zmiernujú bolesť a zlepšujú náladu“ (Kolektív autorov, 2006).

Audioanalgézia

„Audioanalgézia je metóda, pri ktorej sa zmierňuje a potláča pocit bolesti zmenou aktivity mozgovej kôry sluchovým dráždením počas kontrakcií tzv. bielym šumom, to je zmesou počuteľných frekvencií rovnakej intenzity“ (Tomáš, Danko, 2002).

„Audioanalgézia zmierňuje alebo potláča pocit bolesti zmenou aktivity mozgovej kôry. Podstatou účinku je dráždenie sluchového centra (pri použití slúchadiel), počas kontrakcií prístrojovo vytvoreným šumom. Ide o zmes všetkých počuteľných frekvencií rovnakej intenzity, nazývaných biely šum“ (Pařízek, 2006).

Počúvanie relaxačnej hudby a muzikoterapiu môžeme považovať za určitú formu audioanalgézie. Na základe týchto poznatkov je miesto muzikoterapie a audioanalgézie ako možnosti alternatívnych prvkov pri pôrode nezastupiteľné a nesporné. V čase tehotenstva je tiež možné využiť relaxačné a uvoľňujúce účinky hudby, ktoré pôsobia nielen na matku, ale aj na prenatálne dieťa.

Akupunktúra

Akupunktúra našla svoje uplatnenie aj v pôrodníctve. Pomocou nej sa zabezpečuje v prvom rade pokojnejší priebeh pôrodu a lepšie znášanie pôrodných bolestí. Osvedčila sa aj pri stimulácii pôrodnej činnosti, proťahovaných pôrodoch, spazmoch krčka maternice, dilatácii



pôrodnej bránky či relaxácii svalov panvového dna. Vlastné „zbezbolestnenie“ pôrodu pomocou akupunktúry sa uskutočňuje stimuláciou hlavného antalgického bodu s generalizovaným pôsobením a hlavného sedatívneho bodu s generalizovaným pôsobením v kombinácii so stimuláciou lokálnych bodov na znecitlivenie oblasti perinea, pošvy, rekta či chrbta. Akupunktúra je vysvetľovaná celým radom koncepcií, najčastejšie tzv. vrátkovou teóriou Melzacka a Walla. Účinok akupunktúry býva vysvetľovaný ako uvoľňovanie vlastných endorfínov a enkefalínov v organizme, tak i priamym ovplyvnením prenosu bolesti.

Teoreticky by sa akupunktúra mohla stať vďaka svojej nenáročnosti ideálnou metódou na tlmenie pôrodných bolestí. U väčšiny rodičiek však nestačí na potlačenie celého spektra pôrodných bolestí, a preto ju treba kombinovať s ďalšími analgetickými metódami. Akupunktúra je najúčinnějšía v prvej dobe pôrodnej po otvorenie bránky do 5 cm. Akupunktúrne ihly sa ponechávajú až do vypudzovacej fázy. Analgetická účinnosť je dobrá u dokonale poučených rodičiek, ktoré musia s metódou súhlasiť a spolupracovať. Pozitívne psychické naladenie rodičky a dobrý prístup personálu je nevyhnutnou podmienkou úspechu.

Kontraindikáciou akupunktúry pri pôrode je akútna psychóza, poruchy zrážanlivosti krvi, kožné infekcie, celkové infekčné ochorenie, dekompenzovaný diabetes mellitus, závažné ochorenia srdca a nesúhlas rodičky alebo pôrodníka (Tomáš, 2000, Pařízek, 2002). Niektorí odborníci zdôrazňujú neúčinnosť akupunktúry na zmierňovanie pôrodných bolestí u bielej rasy, u ktorej sa popisuje jej analgetický účinok približne 5% (Pařízek, 2006).

Predpoklady pre použitie akupunktúry sú:

- metóda musí byť poskytovateľom zvládnutá,
- rodička musí akupunktúru akceptovať,
- v prípade strachu z ihly musíme rodičku počas prípravy na pôrod strachu zbaviť,
- použiť len jednorazové sterilné ihly (Bürger, 2019),
- akupunktúru môže vykonávať lekár so špecializáciou v odbore akupunktúra.

Akupresúra

Akupresúra je metóda, v ktorej ide o aplikáciu tlaku v aktívnych bodoch. Na miesto vpichovania ihiel sa používa silný tlak palca alebo končekov prstov v mieste akupresúrnych bodov zhodných s akupunktúrnymi, čo prináša úľavu od bolesti. Jednou z akupresúrnych techník



je aj bodová masáž. Počas akupresúry sa má žena uvoľniť, zatvoriť oči a pravidelne dýchať cez pootvorené ústa. Človek, ktorý vykonáva akupresúru, má so ženou spolupracovať a pred výkonom by si mal umyť ruky v teplej vode a niekoľkokrát ich navzájom pošúchať, aby boli teplé (Boledovičová, 2005). Na realizáciu metódy nie sú potrebné žiadne zariadenia, masážne prípravky, osoba sa nemusí vyzliekať, odporúča sa voľné oblečenie. Pri akupresúre sa používajú palce, dlane, prsty, kolená, lakty resp. špeciálne upravené tyčinky. Akupresúrne body, ktoré sa používajú u tehotných počas pôrodu, sú v oblasti krížov alebo chodidiel (Pařízek, 2002).

Techniky akupresúry:

- neutrálna- jemný tlak na aktívny bod sa postupne zvyšuje. Tlakové pôsobenie trvá 5- 6 sekúnd s prestávkou s prstom na bode 4- 6 sekúnd. Opakovať sa má 5 až 10- krát,
- tonizačná (dráždivá)- výraznejší tlak 3- 5 sekúnd s náhlym uvoľnením, opakuje sa 5 až 7-krát. Je vhodný pri celkovej telesnej slabosti, únave, depresii, spavosti a kolapsových stavoch,
- sedatívna (upokojujúca, tlmivá)- nástup a uvoľnenie tlaku je jemné a pomalé. Tlak sa postupne zosilňuje počas 30 sekúnd a vytrvá sa v ňom 2 až 3 sekundy. Uvoľňovanie trvá 20 až 30 sekúnd. Využíva sa pri spazmoch, bolestiach a kŕčoch (Boledovičová, 2005).

V databáze Cochrane sú uverejnené závery 14 štúdií, kde sa sledoval účinok nefarmakologických metód tlmenia bolesti pri pôrode (akupunktúra, hypnóza, audioanalgézia, aromaterapia, akupresúra, masáže, relaxácia). Výsledky poukázali, že hypnóza a akupunktúra môžu bolesť pri pôrode zmierniť (sledovaný súbor bol ale malý). Pri ostatných metódach nie je dostatok dôkazov o ich účinku na zmiernenie bolesti (Smith, Collins, Cyna, Crowther, 2006).

2.4 Pôrod podľa Grantly Dick- Reada

Dick- Read vytvoril koncepciu prirodzeného pôrodu a dal ju do pozornosti nielen odborníkom v medicínskej oblasti, ale hlavne matkám. Považuje sa za zakladateľa západoeurópskeho smeru prípravy na pôrod. Vychádzal z predpokladu, že úzkosť (strach) zvyšuje napätie



dolného segmentu maternice, čo je príčinou bolestivosti pôrodných kontrakcií a bolesť zvyšuje strach. Je to začarovaný (zacyklený) kruh, ktorý musí byť prerušený, aby pôrod nebol rušený. Dick- Read pokladá za príčinu bolesti strach, preto je jeho metóda založená na jeho odstránení (Chertok, 1966). Dick- Read tehotné učil relaxačné cvičenia a počas pôrodu sa snažil znižovať úzkosť ženy trvalou prítomnosťou pôrodníka pri žene. Dick- Read ako prvý hľadal emocionálne faktory zbezbolestnenia pôrodu. Jeho teória vysvetľuje základný mechanizmus vzniku syndrómu strach- napätie- bolesť. Štúdia, ktorá bola realizovaná na Univerzite v Michigane, ukázala, že úzkostlivé ženy rodili dlhšie než ženy pokojné a poukázala aj na častejší výskyt komplikácií (Verny, Kelly, 1993). Úzkosť, strach a napätie zhoršujú bolesť, nakoľko sa aktivizuje celý rad fyziologických a psychologických mechanizmov, ktoré vedú k znižovaniu prahu bolesti a tým k zníženiu tolerancie bolesti. Organizmus si vytvára vlastný morfín- endorfín, ktorý je tvorený predovšetkým v mozgu, a enkefalín, ktorý je tvorený v mieche. Pri bolestivom dráždení organizmus uvoľní endorfín a ten obsadí receptor bolesti (nociceptor). Bolesť tak nie je vnímaná na úrovni miechy a mozgu. Hladina endorfínu sa počas pôrodu v organizme ženy zvyšuje, čo môžeme pokladať za prirodzenú reakciu organizmu, pričom sa zníži intenzita prežívania bolesti (Janáčková, 2007). Fyziologické reakcie organizmu na stres môžu byť aj prínosom, a to v prípade, že osoba sa snaží aktívne zvládnuť stresové situácie. Atkinson (2003) poukazuje na pozitívnu koreláciu vzostupu noradrenalínu a adrenalínu s výkonom v rôznych situáciách. Bez ohľadu na druh stresora sa organizmus pripraví na zvládnutie núdzovej situácie. Zvýši sa srdcová frekvencia, krvný tlak a zrýchli sa metabolizmus. Do krvi sú vyplavené hormóny, ktoré stimulujú premenu bielkovín, tukov a cukrov. Dochádza k vysychaniu slín a hlienu, čím sa zvyšuje množstvo vzduchu prúdiaceho do pľúc (dieťa má väčšiu porciu kyslíka). Do krvi sa vylučuje endorfín, prirodzená látka tlmiaca bolesť. Napr. strach núti tehotnú ženu pripraviť sa na pôrod svojou účasťou v antenatálnom kurze alebo napr. do organizmu novorodenca sa cez placentu dostáva adrenalín a noradrenalín, čo vedie k ľahšej popôrodnej adaptácii (novorodenec podá lepší výkon). Sympatikový systém má za následok vylučovanie hormónov nadobličiek. Do tohto procesu vstupuje aj adrenokortikotropný hormón, ktorý vedie k uvoľneniu kortizolu (Atkinson, 2003, Verney, Kelly, 1993). Niektoré štúdie poukázali na fakt, že adrenokortikotropný hormón má opačný účinok ako oxytocín a samozrejme pôsobí aj na dieťa. Oxytocín vyvoláva amnéziu, preto si na čas pôrodu a na bolesť spojenú s ním nepamätáme. V prípade stresu matky a vyplavenia adrenokortikotropného hormónu táto fyziologická ochrana organizmu nefunguje (Verny, Kelly, 1993). Podávanie syntetických hormónov- oxytocínu tento prirodzený proces môže narušiť vzhľadom na to, že syntetický



oxytocín neprechádza cez hematoencefalickú bariéru z krvi do mozgu, pôsobí len lokálne na maternicu a nemá vplyv na správanie ženy (Šráčková, 2007).

Teória Dick- Reeda je založená na celoživotnom pozorovaní pôrodov u zvierat a žien (pomocník pri pôrodoch v nemocnici a v domácom prostredí v Londýne, pôsobil ako lekár v Kongu, kde asistoval pri pôrode ženám z primitívnych kmeňov), pričom poukazuje na skutočnosť, že strach je hlavnou príčinou bolesti. Zaviedol vzdelávanie žien v antenatálnej príprave dôsledným učením, ale taktiež emocionálnou podporou v nádeji eliminácie strachu a napätia. Celá príprava v antenatálnych kurzoch je zameraná na uvoľnenie tela a mysle rodičky (tehotnej). Pařízek (2002) opisuje prípravu na pôrod podľa Dick- Reeda nasledovne: „Princípom prípravy na pôrod je orientovanie tehotnej na aktívne uvoľnenie a psychologickú prípravu na cieľ prípravy, čo je prirodzený pôrod, pri ktorom sa používa pomalé a relaxačné dýchanie.“ Dick- Reedove predpôrodné sedenia obsahovali učenie možnosti prirodzeného pôrodu, dychových cvičení, kontroly dýchania a kompletnej relaxácie. Hlavným slovom v jeho vzdelávaní je príprava- pripravenosť nie len prísunom informácií, ale taktiež požiadanie o pomoc, cítiť sa bezpečne a bezstarostne (Stoppard, 2005). V profylaxii používa metódy vysvetľovania, uvoľňovacie cvičenia, gymnastiku, ktoré účinkujú afektívne, vegetatívne a na svalové uvoľnenie.

Príprava na pôrod podľa Dick- Reeda obsahuje tri časti pôsobenia na rodičku:

- didaktická časť- oboznámenie ženy s priebehom pôrodu a fyziológiou pôrodu,
- fyzioterapeutická časť- žena sa učí mentálne a fyzicky relaxovať,
- psychoterapeutická časť- dôraz sa kladie na vzťah medzi rodičkou a pôrodníkom, ktorý má byť založený na dôvere (Chertok, 1966).

Thomas ako výhody Reedovej metódy počas pozorovania 200 žien pri pôrode zisťuje menej „kriesených“ detí, skrátenie pôrodu, menej operatívnych pôrodov, menšie krvácanie, viac šťastných matiek, lepšiu adaptáciu rodičov na začiatok rodinného života.

Kruger, Mandy, Jacobson kritizovali Reedovu metódu, ale zhodli sa na tom, že je priekopníckou z hľadiska psychosomatického a zohľadňuje emocionálne potreby ženy (Chertok, 1966). Dick- Reedyho technika predstavuje pragmatický, rozumný a nepredpojatý prístup k narodeniu dieťaťa, kladie dôraz na to, čo sa stane počas pôrodu a po pôrode. Pozornosť sa okrem dýchania venuje predovšetkým výchove (Verny, Kelly, 1993).

2.4.1 Sprevádzajúca osoba pri pôrode

Sprevádzajúcou osobou rodičky pri pôrode môže byť otec dieťaťa, príbuzný (matka, sestra), priateľka alebo dula. Ženy, ktoré pri pôrode sprevádzala iná starostlivá osoba, potrebujú menej liekov proti bolesti (Goer, 2002). Nevhodným spoločníkom pri pôrode je osoba citlivá a labilná, ktorá neznesie pohľad na krv, vyrušuje a neumožní žene, aby sa poddala pôrodnému mechanizmu. Sprevádzanie, ktoré je naplnené stresom, zvýrazní u ženy pocit bezmocnosti, stratu kontroly a zvyšuje u ženy neistotu (Kameníková, 2007).

Cochrane v skupine tehotenstvo a pôrod, u žien, ktoré mali intrapartálne kontinuálnu podporu jednej osoby pôrod trval kratšie, bola vyššia pravdepodobnosť, že pôrod bude spontánny vaginálnou cestou, menej pravdepodobné bolo využitie intrapartálnej analgézie a u žien bola nižšia nespokojnosť s priebehom pôrodu. Účinok sa zintenzívnil, keď kontinuálnou osobou nebol zdravotník (v štúdiách nebolo vyšpecifikované kto konkrétne bol pri pôrode: otec, dula, príbuzní...) (Hodnett, Gates, Hofmeyr, Sakala, 2007).

Ďalšie závery štúdií poukazujú na skutočnosť, že u žien ktoré mali počas pôrodu kontinuálnu podporu bol vo väčšej miere pôrod spontánny vaginálnou cestou, bola menšia pravdepodobnosť operačných pôrodov, v menšej miere sa využilo tlmenie bolesti a novorodenci mali v 5. minúte lepšie výsledky Apgarovej skóre (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzava, Cuthbert, 2017).

V databáze Cochrane je záver štúdie, ktorá poukazuje na pozitívny vplyv sprevádzajúcej osoby pri pôrode na ženy a deti, zvýšenie spontánneho vaginálneho pôrodu, kratšieho pôrodu, nižšieho výskytu cisárskych rezov, nižšieho výskytu vaginálnych operačných pôrodov, použitia akejkoľvek analgézie vrátane epidurálnej analgézie, lepšieho Apgarovej skóre v 5 minúte a zníženia negatívnych pôrodných zážitkov v prípade kontinuálnej podpory žien počas pôrodu (Lauzon, Hodnett, 2001).

Otec pri pôrode

Obdobie bezprostredne pred pôrodom, v priebehu pôrodu a počas šestonedelia je charakterizované závislosťou tehotnej a šestonedielky od blízkych osôb, a to najviac od otca dieťaťa (Roztočil et al, 2008). Málo si uvedomujeme, že úloha a podpora otca by nemala byť len pri



pôrode samotnom. Dôležité je, aby otec dieťaťa bol zapojený do celého deja už omnoho skôr (návšteva poradne, ultrazvukového vyšetrenia spolu s partnerkou, spoločné vyberanie pôrodnice, spoločné návštevy psychofyzickej prípravy na pôrod) (Pařízek, 2006).

Účasť otca pri pôrode chápeme ako nadštandard. Je známe, že má priaznivý vplyv na priebeh pôrodu, na spoluprácu rodičky, na eliminovanie bolestí, na utuženie spolužitia v rodine, aj keď v našich podmienkach s tým neboli také bohaté skúsenosti ako vo viacerých okolitých krajinách a regiónoch (Čunderlík, 2000).

„Dôvody pre a proti prítomnosti otca pri pôrode sú v rovnováhe. Dnes prevláda trend účasti otca dieťaťa pri pôrode. Muži, ktorí boli pri narodení svojho dieťaťa, často tvrdia, že išlo o najkrajší zážitok ich života“ (Eliášová et al, 2000).

„Čo pre jedného môže byť pozitívnym zážitkom, môže byť pre iného ťažkou psychickou traumou“ (Macků, Macků, 1998).

„Zvykli sme si prisudzovať otcom rolu, ktorá väčšine z nich nesedí“ (Goer, 2002).

Mnohí muži predstavujú pre svoju ženu, ktorá je v ťažkej situácii, skutočnú pomoc. Žena nemá pocit, že je sama medzi cudzími ľuďmi, muž ju drží za ruku, dodáva jej odvalu a upokojuje ju. U citlivého alebo labilnejšieho nastávajúceho otca môže drastický zážitok pôrodu jeho dieťaťa vyvolať až psychickú traumu. Veľmi často sa stane, že muž pri prvom pohľade na krv omdlie a personál sa musí o neho postarať (Macků, Macků, 1998).

Dokumenty OSN, WHO ako jednu z praktík počas normálneho pôrodu odporúčajú zaradiť: „rešpektovanie ženinho výberu spoločnosti pri pôrode a po narodení dieťaťa.“ Rada Európy a Európskej únie, sa v článku 7 bod 5 uvádza: „ženy majú právo, aby s nimi pri pôrode bola dospelá osoba, ktorú si vyberú.“

Klady prítomnosti otca pri pôrode pre matku:

- emocionálna podpora,
- ľahšie zvládanie stresovej situácie (pôrod), zvládanie strachu, úzkosti, panických reakcií a urýchlenie pôrodu (fyziologického, patologického),
- lepšie zvládanie bolesti, menšia aplikácia analgetík,
- aktívny otec spríjemňuje žene prežitie pôrodu a poskytuje jej niektoré malé služby (monitoring časových intervalov medzi kontrakciami, masáž, pomoc pri kontrolovanom dýchaní, rodička sa môže o svojho partnera oprieť alebo sa na neho môže doslova zavesiť,



spolu sa môžu uvoľniť v rytmickom tanci, pri ktorom žena pohybuje bokmi zo strany na stranu),

- prítomnosť pri cisárskom reze vedie k pokojnejšiemu vnímaniu operačného výkonu a k miernejšiemu vnímaniu pooperačných bolestí (Roztočil et al, 2008).

Výhody prítomnosti otca pri pôrode pre otca:

- psychologicky kladné prežívanie pomoci rodičke pri pôrode,
- pozitívny vplyv na ďalšie spolužitie partnerov,
- intenzívnejší vzťah otec- dieťa. Otcovia, ktorí boli pri pôrode, boli svojimi deťmi upútaní, nedočkavejšie sa ich chceli dotýkať, držať ich na rukách, hrať sa s nimi, vedeli odlíšiť svoje deti od iných a cítili sa príjemnejšie, keď si mohli deti privinúť k sebe (Verny, Kelly, 1993),
- predpokladané riziká prítomnosti otcov pri pôrode sa nepotvrdili. Otcovia neomdlievajú, nechovajú sa arogantne a nemajú po pôrode ženy sexuálne dysfunkcie (Roztočil et al, 2008).

Dôležité je, aby si prítomnosť pri pôrode želali obidvaja rodičia. Ak si to žena nepraje, alebo pokiaľ sa muž na to necíti, nie je na tom nič zlé a už vôbec to neznamená, že budú zlými rodičmi (Trča, 2004).

U žien, ktoré sú počas pôrodu podporované a majú pocit bezpečia je bolesť miernejšia. Nesmierne dôležité je zabezpečiť rodičke súkromie, pohodlie, príjemné prostredie, informácie, poradenstvo, zdroje podpory a emocionálnej pomoci vo forme osoby, ktorá je schopná rodičke pomôcť prekonať bolesť, dodá jej silu a poskytne jej psychický a duchovný komfort (Lowe, 2002). Typy na zvládnutie pôrodnej bolesti sú: vedomosti o tom čo ženu počas pôrodu čaká, viera v seba a emocionálna podpora.

Dieťa (súrodeneč) pri pôrode

Nemocničné prostredie nie je stavané na to, aby pri pôrode mohla byť celá rodina (Štromeřová, 2005). V zahraničí, kde je možné porodiť doma, môžu byť pri pôrode prítomné aj deti. Každá rodina si musí zvážiť a rozhodnúť sa na základe individuálneho posúdenia mentálnej zrelosti dieťaťa. Za ideálnych podmienok môže byť pôrod pre dieťa a rodinu prínosom a rodinný rituál ich bude sprevádzať ďalším životom. Ak sa rodina rozhodne, že pri pôrode



dieťa bude, malo by mať k dispozícii niekoho, kto sa mu bude venovať, kto mu bude nablízku a postará sa o jeho pocity a potreby (Doležalová, Königsmarková, 2006). Prítomnosť dieťaťa pri pôrode treba dopredu dobre zvážiť a premyslieť. Niektorí psychológovia pred týmto variantom varujú (Aperio et al, 2006).

Priateľka pri pôrode

Ak si žena vyberie za sprevádzajúcu osobu svoju priateľku, je vhodné, keby ona sama bola matkou. Otec dieťaťa sa môže v takom prípade na chvíľu vzdialiť a načerpať novú energiu, uvoľniť sa (Stadelmann, 2004).

Dula pri pôrode

V súčasnej dobe sa na pôrodné sály v rámci humanizácie pôrodnictva začali vracat' partneri rodičky, čo prispelo k ich zblíženiu so ženou. V pôrodnej sále sa často rodičia cítia osamelí a pôrod pre nich býva po psychickej stránke náročný (Klaus, Kennell, 2004). V minulosti sa na pôrodnej sále nachádzala jedna osamelá osoba, v súčasnej dobe sa na pôrodnej sále nachádzajú osamelé osoby dve. Tento problém by mohla vyriešiť osoba- žena, ktorá by stála medzi rodičkou (jej partnerom, príbuznými) a pôrodnou asistentkou, lekárom alebo iným zdravotníckym personálom. Takouto osobou by mohla byť dula (z gréckeho slova opatrovateľka). Dula je špeciálne vyškolená žena, ktorá poskytuje psychickú (emocionálnu), ale aj fyzickú pomoc rodičke, jej partnerovi a rodinným príslušníkom. Dula sa už počas tehotenstva zoznámi s rodičkou, s jej práním a predstavami o pôrode. Poskytne jej dostatok informácií o priebehu tehotenstva, o životospráve, o pôrode, porozpráva sa s budúcimi rodičmi o prípadných obavách a môže v spolupráci so ženou pripraviť pôrodný plán, ktorý si starostlivo prejdú spolu s partnerom. Stará sa o ženu po celú dobu pôrodu a určitý čas aj po narodení dieťaťa. Komunikuje s personálom pôrodnice, oboznámi ich so želaniami rodičky a s jej pocitmi. Žene trpezlivo vysvetľuje nevyhnutnosť niektorých medicínskych zásahov (Kto je dula?, 2021). Pomáha otcovi dieťaťa a príbuzným, ktorí sú spolu s rodičkou pri pôrode, aby mali pocit bezpečia a je im psychickou oporou. Jej úlohou je dopĺňať prácu pôrodných asistentiek resp. lekárov. Nie je zdravotníckym pracovníkom, ale je ich pomocníkom (Pařízek, 2006). Počas svojho pobytu v nemocnici sa dula stará o „svoju“ rodičku, pôrodné asistentky tak majú viac času venovať sa iným rodičkám. Majú viac času na prípravu pomôcok, prostredia na pôrod a môžu nerušene viesť pôrod. Výhodou je, ak dula chodí do nemocnice častejšie



a personál ju už pozná a vie, čo môže od nej očakávať, do akej miery sa dá na ňu spoľahnúť a či je zodpovedná. Pôrodná asistentka súbežne s doulou poskytuje svoju starostlivosť (Leifer, 2004). Po pôrode dula poskytuje žene pomoc počas šestonedelia, pomôže a poradí pri dojčení a starostlivosti o dieťa. Dula sa pokladá za lepšieho sprievodcu pri pôrode ako manžel. Ide ale o platenú službu (Čepický, Černá, 2006).

Kritériá, ktoré má dula spĺňať:

- vzdelaná (osvedčenie o účasti na akreditovanom kurze),
- láskavá, nadšená, empatická, flexibilná,
- nerobí rozdiel medzi ľuďmi rôznej rasy, náboženstva a sociálneho postavenia,
- dobrý zdravotný stav,
- osobné skúsenosti s pôrodom (nie je podmienkou),
- schopnosť prirodzeného dotyku,
- schopnosť dobre komunikovať, načúvať,
- schopnosť nevnucovať vlastné predstavy o priebehu pôrodu,
- mať vlastnú filozofiu o podpore matky a otca počas pôrodu (Klaus, Kennell, 2004).
- spoľahlivá,
- trpezlivá,
- taktná,
- individuálny prístup k rodičke,
- dodržiavať mlčanlivosť,
- poskytovať pocit bezpečia.

Najhlavnejšie úlohy duly:

- zabezpečenie kontinuity starostlivosti- plánovanie vopred, začiatok pôrodu, prostredie pôrodu, súkromie, pohyb, dotyky,
- priebežné informovanie ženy,
- podpora rodičky pri jej rozhodnutiach,
- citlivý prístup k pocitom a kultúrnym zvyklostiam,
- podpora pre sprevádzajúce osoby– všetci (matka, otec, dula, príbuzní) pracujú ako jeden tím,



- advokácia, obhajoba záujmov rodičovského páru (Goer, 2002).

Dula ako pomocník pre pôrodné asistentky:

- výhodou je, keď ju zamestnanci pôrodnice poznajú,
- vhodné je, aby sa dula prišla do nemocnice pred začiatkom pôsobenia v nej predstaviť a oboznámiť sa s prostredím, zvyklosťami a personálom nemocnice,
- dula, ktorá dokáže úzko spolupracovať s rodičkou, rozumie jej signálom, dokáže ju ukládať a pôrodná asistentka vidí, že jej práca má efekt, bude na oddelení vítaná,
- potrebné je, aby spolupracovala s lektorkou predpôrodnej prípravy a bola schopná doplniť a rozvíjať jej informácie,
- zaisťuje efektívnu komunikáciu medzi rodičkou a zdravotníckym personálom,
- poradí partnerovi, ako byť pri pôrode užitočný,
- postará sa o partnera (príbuzných) rodičky, ak je to potrebné (psychická, emocionálna podpora,...),
- pozná pôrodný plán a želania ženy,
- neustále monitoruje ženu– všíma si, čo sa deje, rozpráva sa s rodičkou, snaží sa niečo zmeniť a ak niečo zmení, kontroluje, či to bolo užitočné,
- pomáha vytvárať domácu atmosféru (ľahké občerstvenie, hudba, príjemné teplo, svetlo,...) (Kto je dula?, 2021).

Prínos prítomnosti duly pre pôrodné asistentky:

- viac času pre iné rodičky,
- neodvádzanie sústredenosti od činností, ktoré vykonáva (zabezpečená starostlivosť o otca a príbuzných),
- efektívnejšia spolupráca s rodičkou a jej príbuznými,
- rodička, ktorú sprevádza pri pôrode dula, je vo väčšine prípadov na pôrod pripravená (absolvovala predpôrodnú prípravu) (Jirásková, 2021).

Prítomnosť duly pri pôrode za určitých podmienok (kontinuálna starostlivosť zo strany duly už v čase tehotenstva a počas celej doby pôrodu) môže znížiť (je možné dosiahnuť nasledovné čísla):



- počet cisárskych rezov- zníženie o 45%,
- dĺžku prvej doby pôrodnej- pri porovnaní dvoch skupín žien- skupina žien bez duly rodila 19 hodín a s dulou 9 hodín (bez použitia oxytocínu a cisárskeho rezu),
- použitie oxytocínu- zníženie o 50%,
- použitie klieští, vákuumextraktora- zníženie o 34%,
- žiadosť o epidurálnu anestéziu- zníženie žiadostí o 31% (Klaus, Kennell, 2004, Jirásková, 2021).

Niektoré aktivity, ktoré definujú združenia zastrešujúce duly, zasahujú do kompetencií pôrodnej asistencie (Repková, Padyšáková, 2007).

Úloha sprevádzajúcej osoby pri pôrode:

- pýtať sa rodičky, čo môžete pre ňu urobiť, aby sa cítila pohodlnejšie. V prípade, že nevie odpovedať, sprevádzajúca osoba má mať pre ňu vlastné návrhy. Sprevádzajúca osoba sa nesmie nechať znechutiť, ak má pocit, že rodička ich rady neprijala,
- v prípade, že rodička vyzerá unavená alebo vystresovaná sprevádzajúca osoba môže navrhnúť zmenu polohy,
- realizovať masáž chrbta, nôh a pliec,
- v priebehu kontrakcií je potrebné sa s rodičkou rozprávať a pochváliť ju za úspech,
- pripomínať rodičke, že pôrod pokročil v porovnaní s pár hodinami nazad,
- každých pár hodín ju povzbudiť aby sa trochu napila,
- približne každé dve hodiny jej pripomenúť, aby sa vymočila,
- zabaviť ju čítaním, hrou spoločenskej hry, sledovaním TV, DVD resp. počúvaním rádia, CD,
- robiť dychvé cvičenia spolu s rodičkou (Lees, Reynoldsová, McCartanová, 2005).

Pôrod on-line

Vďaka moderným technológiám súčasnosti môže byť celá rodina prítomná pri príchode nového dieťaťa na svet a to aj v prípade, že je od miesta pôrodnice vzdialená stovky kilometrov. Moderné komunikačné technológie zažívajú veľký rozkvet, a tak možnosť internetového prenosu pôrodu nie je žiadnou raritou. Najväčší problém pri prenose je ochrana osobných



údajov, čo je v prípade pôrodu veľmi citlivá záležitosť. Vzhľadom na to, že sa dnes už celkom bežne prostredníctvom internetu operuje na diaľku, budúcnosť možno prinesie aj možnosť prestrihnutia pupočnej šnúry otcom dieťaťa. To, do akej miery a akým spôsobom sa do praxe táto možnosť zavedie, ukáže až budúcnosť, nakoľko ide o alternatívu tretieho tisícročia (Pařízek, 2006).

2.4.2 Psychofyzická príprava na pôrod

Jednou z kompetencií pôrodnej asistentky je vedenie psychofyzickej prípravy na pôrod. Odborná erudícia pôrodnej asistentky zabezpečuje správnosť vedenia žien, správnosť voľby prednášok, aj ich prezentovanie, správnosť voľby fyzickej prípravy. Odbornosť pôrodnej asistentky pomáha dodržiavať kontinuitu od začiatku prípravy až po pôrod. Základnú prípravu na pôrod by mala viesť skúsená pôrodná asistentka, ktorá prešla minimálne trojročnou praxou na pôrodnej sále a získala odbornú spôsobilosť na výkon špecializovaných/certifikovaných pracovných činností. Vhodné je, keď kurz prebieha v nadväznosti na zdravotnícke zariadenie, kde sa tehotná rozhodla rodiť. V súčasnej dobe narastá počet súkromných kurzov prípravy na pôrod, ktoré nie vždy vedie lektor spĺňajúci odborné predpoklady (Horová, 1999, Mokranová, Zlámalová, 1990, Roztočil et al, 2008).

Predpôrodná príprava môže z hľadiska svojho zamerania, spôsobu organizácie a zvolenej formy prebiehať viacerými spôsobmi a jednotlivé typy prípravy na pôrod sa od seba môžu veľmi odlišovať. Konceptie, ktoré poskytujú rámec na vytvorenie vhodného prenatálneho programu, napriek svojej teoretickej rozdielnosti nemajú odlišné nazeranie na fenomén materstva. Ich spoločným cieľom je účinne ovplyvniť a udržať čo najväčšiu schopnosť tehotnej ženy a rodiny na angažovanosti v starostlivosti o matku a pre/postnatálne dieťa, ako aj podporiť a posilniť dôveru rodičov pri plnení požiadaviek rodičovstva (Matulníková, 2007). Psychofyzická príprava býva spravidla rozdelená na dve časti- teoretickú a praktickú časť (Pařízek, 2006).

Teoretická časť spočíva v získavaní informácií, ktoré súvisia s tehotenstvom, s pôrodom a s popôrodným obdobím. Je rozdelená na viac častí, kde sa tehotné v jednotlivých prednáškach dozvedia teoretické vedomosti aj praktické zručnosti týkajúce sa priebehu tehotenstva, pôrodu a popôrodného obdobia.



V súčasnej dobe sa osvedčilo rozdelenie teoretickej časti psychofyzickej prípravy na 4–6 prednášok, z ktorých každá sa zaoberá jednou ucelenou problematikou so zameraním na priebeh tehotenstva, pôrodu a šestonedelia. Existujú rôzne modifikácie podľa jednotlivých pracovísk, niekedy sa predpôrodná príprava mení len na informácie o prevádzke pôrodnice (Čepický, Černá, 2006). Súčasťou predpôrodnej prípravy býva exkurzia na pôrodné sály. Počas exkurzie sa tehotné zoznámia s prostredím pôrodných sál a personálom. Pôrodné asistentky alebo lekár oboznámia ženy a ich partnerov so zvyčajnými postupmi pri prijímaní a počas pôrodu, možnosťami nefarmakologických a farmakologických metód tlmenia pôrodných bolestí, systémom starostlivosti o novorodenca a rodičku ihneď po pôrode. Táto časť psychofyzickej prípravy je využívaná na informácie o možnostiach spolupráce rodičky a jej partnera s pôrodnou asistentkou alebo lekárom, a o informovaní rodičiek o možnosti odberu pupočníkovej krvi. Exkurzia je vždy umožnená pre všetkých záujemcov, aj tých, ktorí sa nezúčastnili kurzov psychofyzickej prípravy (Moravčíková, 2008). V tejto časti predpôrodnej prípravy je možné využiť viacero metód edukácie (prednáška, videoprojekcia, práca s literatúrou, ...). Výskumy ukázali, že po premietnutí videozáznamu sa stres žien znížil až trojnásobne (Janáčková, 2008).

V praktickej časti psychofyzickej prípravy na pôrod sa tehotná žena a jej partner (sprevádzajúca osoba) zoznámia s aktivitami, ktoré sú pre budúcu matku veľmi dôležité. Cieľom fyzickej prípravy rodičky je dosiahnuť taký stav organizmu, aby bol schopný zvládnuť záťaž v priebehu tehotenstva a počas pôrodu. Táto časť prípravy zahŕňa nácvik správneho dýchania, účinného tlačenia a relaxácie v jednotlivých fázach pôrodu, špeciálne cvičenia určené pre tehotné ženy a nácvik partnerskej masáže (Aperio et al, 2006). Pre účasť na tejto časti psychofyzickej prípravy je dôležitá konzultácia s gynekológom, ktorý potvrdí, že tehotná žena sa môže zúčastniť týchto aktivít. Praktická časť nadväzuje na časť teoretickú a trvá približne 45 minút. Pre ženy a ich partnerov sa odporúča vhodné voľné oblečenie, pohodlná obuv a dostatočný príjem tekutín počas cvičenia. Pri zostavovaní programu sa zohľadňujú nutričné požiadavky, kde najmä po 13. týždni tehotnosti sa zvyšuje metabolická spotreba o 300 kcal denne a to hlavne uhlíhydrátov, ktoré sa využívajú na energetický výdaj pri cvičení. Fyzickú aktivitu tehotná žena plánuje podľa svojej fyzickej kondície, zdravotného stavu a predchádzajúcich aktivít v oblasti cvičenia (Matulníková, 2007). Počas cvičenia je nevyhnutné sústrediť sa na správnu realizáciu cvikov, nakoľko zle uskutočnené cvičenie viac uškodí ako prospeje (Wessels, Oellerich, 2006). Súčasťou praktickej časti prípravy je



odporúčenie vhodných doplnkových pohybových aktivít, ako sú plávanie, turistika a pravidelné denné prechádzky na čerstvom vzduchu. Naopak, žena musí byť upozornená na niektoré športy, pri ktorých hrozí riziko úrazu (kolektívne loptové hry, atletika, jazda na koni) (Čech et al, 2006, Roztočil et al, 2008).

Počas realizácie psychofyzickej prípravy žien na pôrod je dôležité s frekventantkami kurzu otvorene diskutovať a prispôbovať sa požiadavkám skupiny. “Podceňovanie spätnej väzby, zanedbávanie hodnotenia efektívnosti edukácie- edukácia má svoje ciele, ktoré sa majú jej realizáciou dosiahnuť, preto pôrodná asistentka nesmie zanedbávať hodnotenie ich splnenia“ (Magerčiaková, Littva, 2008). Spätaná väzba je jedným z princípov efektívnej edukácie.

2.4.2.1 Pôrodný plán

Pôrodný plán je v posledných rokoch súčasťou moderného pôrodníctva. Zostavuje si ho žena/rodičovský pár v kurzoch predpôrodnej prípravy, spolu s pôrodnou asistentkou, ktorá vedie kurzy predpôrodnej prípravy a v ideálnom prípade bude prítomná pri pôrode. Nakoľko pôrod nie je proces, v ktorom môžeme všetko naplánovať, je vhodnejšie namiesto názvu pôrodný plán používať názov **pôrodné želania** (Aperio et al, 2006).

„Pôrodný plán je písomný zoznam požiadaviek matky, ktoré by chcela dodržať počas pôrodu“ (Pařízek, 2006).

Zostavením plánu pôrodu dieťaťa si žena zabezpečí svoju aktívnu účasť na spôsobe, akým jej dieťa príde na svet a na všetkom, čo budú prežívať ako rodina po jeho narodení. Želania a myšlienky ženy by sa mali starostlivo uvážiť a posúdiť so zdravotníkmi a partnerom. V takomto vzťahu bude môcť vzniknúť dôvera, pôrod bude prebiehať oveľa radostnejším a príjemnejším spôsobom. Pôrodný plán je vhodné prekonzultovať s pôrodnou asistentkou už počas tehotnosti. Prediskutovať požiadavky s pôrodnou asistentkou, s odborníkom, ktorý vedie prenatálne kurzy, pretože budú vedieť žene poradiť a odovzdať skúsenosti matiek s miestnymi zdravotníckymi zariadeniami. Dôležité je budovať priateľské vzťahy medzi rodičovským párom a personálom, ktorý sa o nich stará, pretože nie sú povinní všetky prania plniť. Na plán pôrodu si má žena pripísať poznámku o osobitných potrebách (Stoppardová, 1996).



„Plán pôrodu je zoznam vecí, ktoré sú pre ženu dôležité a ktoré sa týkajú jej pôrodu a nasledujúcich zážitkov“ (Kitzingerová, Baileyová, 1997). Plán sa môže týkať sprevádzajúcich osôb pri pôrode, postupov pri vedení pôrodu, vybavenia pôrodnej miestnosti, činnosti počas pôrodu, času, ktorý chce žena stráviť s dieťaťom v súkromí, dojčenia novorodenca a podobne (Kitzingerová, Baileyová, 1997).

Nie vždy je vhodné zostavovať pôrodný plán písomne. Niekedy stačí v období tehotenstva počas exkurzie na pôrodnej sále ústna komunikácia a nájdenie kompromisu medzi možnosťami a zvyklosťami pracoviska, bezpečným pôrodom a želaním rodičky. Ak personál pôrodnice nemôže alebo nechce vyhovieť želaniam rodičky, je možné nájsť pôrodnicu inú, kde jej želanie splnia (Čepický, Černá, 2006). V niektorých pôrodniciach pôrodné plány prijímajú s nedôverou, čo sa môže počas pôrodu negatívne prejaviť na prístupe personálu. Inde naopak pôrodný plán očakávajú, s rodičkou ho ochotne prekonzultujú a počas pôrodného procesu sa jej snažia maximálne vychádzať v ústrety (Aperio et al, 2006).

2.4.3 Miesto pôrodu

Pri výbere miesta pôrodu je najdôležitejšie, aby si tehotná zistila aké má možnosti, zvážila svoje priority a potom sa rozhodla. Inštinktívne pocity ženy sú veľmi dôležité a najviac sa prejavujú na konci tehotenstva.

Pôrod v nemocnici

Väčšina žien rodí v nemocnici, či už v štátnej (v štátnej pôrodnici je pôrod hrazený zdravotnou poisťovňou), alebo súkromnej. Za jednu z dôležitých výhod nemocničného prostredia sa udáva bezpečnosť pôrodu (dostupnosť techniky, odborného personálu). Zážitok z pôrodu v nemocnici sa bude odlišovať podľa výberu nemocnice a profesionality personálu, no celkom pravdepodobne bude zahŕňať určité procedúry. Ak si žena želá, aby bol jej zážitok iný, musí si o tom pohovoriť s pôrodnou asistentkou či lekárom (Stoppardová, 1996). Pôrodné asistentky odvedenie fyziologického pôrodu, napĺňajú bezozvyšku. Ich postavenie v spoločnosti je dané aj mierou uznania ich samostatnej odbornej práce medzi laickou, ale aj odbornou verejnosťou.



Najmodernejšie zariadenia sa zvyčajne nachádzajú vo fakultných nemocniciach. Lekári tu majú spravidla viac skúseností s komplikovanými pôrodmi. Naproti tomu menšie nemocnice majú domácejšiu atmosféru. Žena tu nájde ľudí, čo jej dokážu pomôcť a pôrod tu bude oveľa osobnejší. Väčšina nemocníc umožňuje exkurzie pre budúce mamičky. V prípade, že neponúkajú možnosť exkurzie a sú v tomto smere voči návštevníkom nekompromisní, budú asi rovnako prísni aj pri starostlivosti o matku (Stoppardová, 1996).

Počas návštevy pôrodnice sa ženy oboznámia s prostredím a personálom, čo prispeje k tomu, že sa žena bude v tomto prostredí cítiť voľnejšie. Pôrodnicu si žena môže vybrať aj na základe rôznych ukazovateľov kvality, ako je počet cisárskych rezov, perinatálna úmrtnosť atď. (Čepický, Černá, 2006). Vhodné je poznať filozofiu prístupu k práci pôrodnej asistentky, pri ktorých sa žena rozhodla rodiť. Spôsob, akým pôrodná asistentka žene odpovedá na otázky, samotné odpovede a štýl správania pôrodnej asistentky by mal žene vyhovovať. Pôrodná asistentka má vzbudiť u ženy pocit dôvery (Verny, Kelly, 1993).

Najčastejšie otázky, na ktoré nastávajúca matka hľadá odpoveď pri výbere pôrodnice:

- Aké je vybavenie pôrodnej sály?
- Je možná prítomnosť partnera pri pôrode?
- Je každej žene urobená epiziotómia?
- Aké sú možnosti tlmenia pôrodných bolestí?
- Je možné vybrať si polohu počas pôrodu?
- Bude novorodenec priložený k prsníku ihneď po pôrode?
- Je možnosť darovania pupočníkovej krvi?
- Je možné realizovať cisársky rez vo zvodovej (teda nielen v celkovej) analgézií?
- Je v nemocnici pre prípad nepredvídateľnej komplikácie jednotka intenzívnej starostlivosti pre novorodenca?
- Koľko lôžok je na štandardnej izbe?
- Existuje možnosť objednať si izbu, kde by mohla matka byť sama s dieťaťom a partnerom?
- Aké sú obmedzenia pre návštevy na oddelení?
- Bude novorodenec počas celej hospitalizácie na izbe s matkou alebo na noc bude umiestnený na novorodeneckom úseku?
- Na ktorý deň po pôrode bude žena po nekomplikovanom pôrode prepustená domov?



(Gregora, 2005)

Dnes pôrodnice v rámci humanizácie redukovali používanie niektorých rutinných výkonov, ktoré sa v minulosti realizovali. Prijali do svojej praxe odporúčania WHO, ktoré sa týkajú neefektívnych praktík používaných často nevhodne. Odporúčania, ktoré obsahuje dokument WHO „Starostlivosť v priebehu normálneho pôrodu- praktická príručka“, sa zaoberajú jednotlivými činnosťami počas pôrodu bez ohľadu na úroveň alebo miesto poskytovania. Stojí ale za zamyslenie sa nad tým, ktoré praktiky sú naozaj opodstatnené a užitočné, a ktoré sa používajú v nemocniciach nevhodne.

Vo Veľkej Británii v minulosti bola robená epiziotómia 90% rodičiek. V súčasnej dobe pôrodné asistentky/lekári od tohto výkonu ustupujú a realizovaný je len v opodstatnených prípadoch, keď je dieťa v núdzi alebo sa ide použiť forceps. V rokoch 2006-2007 bol u 13% rodičiek vo Veľkej Británii robený tento operačný výkon. Vyššia miera použitia epiziotómie je aj v súčasnej dobe v Spojených štátoch amerických a v krajinách Východnej Európy. „Prax epiziotómie sa zakladá na strachu. V prípade neistoty sa vždy urobí nástrih i keď oprávnenosť tohto zovšeobecnenia nástrihu hrádze sa doteraz nikde vedecky nedokázala...“ (Coquatrix, 1985 In Steffen, 2009). „Dôkladné vyhodnotenie literatúry pripúšťa záver, že podiel nástrihov hrádze do 20% môže byť vedecky oprávnený. Prax je však v rámci Európy odlišná. V niektorých regiónoch je podiel nástrihov hrádze 1,5% a spontánnych nadržnutí 4,5%, pričom v istých klinikách dosahuje 100%. Táto skutočnosť stojí na zamyslenie“ (Coquatrix, 1985 In Steffen, 2009).

Nakao, Moji, Honda, Oishi (2008) realizovali dotazníkový výskum s cieľom poukázať na vzťah prvého priloženie k prsníku a dĺžku dojčenia. Z analýzy vyplynulo, že podiel matiek, ktoré dojčia v dĺžke štyroch mesiacov bol signifikantne vyšší u tých, ktoré svoje dieťa začali dojčiť do 120 minút po pôrode v porovnaní s viac ako 120 minút (alebo 2,5, $p = 0,01$), ale nebol zistený štatisticky významný výsledok u tých ktoré začali dojčiť do 30 minút po pôrode v porovnaní s viac ako 30 minút (alebo 1,8, $p = 0,06$).

V databáze Cochrane sa nachádza 30 štúdií, ktoré sa venujú obdobiu bezprostredne po pôrode a bondingu medzi dieťaťom a matkou. Výsledky štúdií poukázali na jednoznačný prínos bezprostrednej interakcie matka a novorodenec najlepšie metódou skin to skin. Prínos sa ukázal štatisticky významný v nasledovných položkách: pozitívny účinok na dojčenie, lepšie opatrovateľské správanie zo strany matky, kratší čas plaču novorodenca a u predčasne narodených detí sa zistila lepšia kardio- respiračná stabilita. Nenašiel sa žiadny nežiaduci účinok (Moore, Anderson, Bergman, 2016).



Podľa všeobecnej definície je skin to skin proces, ktorým sa vykonáva okamžitý a priamy kontakt koža na kožu medzi matkou a novorodencom bezprostredne po narodení až po prvé kŕmenie. WHO považuje túto metódu ako veľmi účinnú pri telesnej termoregulácii, podpore dojčenia, vytvorenia citovej väzby a to bez ohľadu na miesto, váhu, gestačný vek a podmienky, či vybavenia nemocničných zariadení (WHO, 2003). Popisuje ju v klasifikácii praktík pri starostlivosti o matku a novorodenca po pôrode. Medzi jednoznačne prospešné praktiky zaradila WHO „skorý telesný kontakt medzi matkou a novorodencom“. Na druhej strane opisuje obmedzenie kontaktu matky a dieťaťa po pôrode ako dokázateľne škodlivé, alebo neúčinné a mali by sa zo starostlivosti o matku a dieťa vylúčiť (WHO, 1999). Z využitia tejto metódy plynú rôzne výhody nielen pre samotnú matku a dieťa, ale aj pre nemocničné zariadenia. Skin to skin kontakt a jeho podpora má nezastupiteľné miesto v starostlivosti o celú ošetrovateľskú jednotku, ktorá v sebe zahŕňa novorodenca, matku, otca a aj najbližšiu rodinu. Čím viac sa matka a dieťa podporia pri vzájomnom kontakte, tým viac sa im uľahčí nový štart do života. V prípade matky sa podporí jej materské správanie, čo vedie k naplneniu materstva. „Materstvo je pre takmer každú ženu krásne a veľmi intenzívne obdobie“ (Simočková, 2014). Podpora skin to skin kontaktu je finančne nenáročná a stačí sa len vyhnúť rutinným zvyklostiam a vypracovať štandardy pre túto ošetrovateľskú starostlivosť. Podľa všeobecnej definície je skin to skin proces, ktorým sa vykonáva okamžitý a priamy kontakt koža na kožu medzi matkou a novorodencom bezprostredne po narodení až po prvé kŕmenie. Metódu skin to skin sa neodporúča obmedziť, len na dobu cca. 60 minút po prvé kŕmenie, ale predĺžiť jej využitie neobmedzene, podľa potrieb matky a dieťaťa (Sears, Searsová, 2012).

Pôrodné asistentky majú profesionálnu povinnosť nahrádzať rutinné postupy a praktiky počas pôrodu za postupy založené na dôkazoch. Aj skin to skin je ľahko použiteľná metóda založená na dôkazoch, ktorej uplatnenie v praxi zlepšuje popôrodnú adaptáciu novorodenca a v neposlednom rade i samotnej matky.

Pôrod v centre aktívneho pôrodu (Pôrod v pôrodnom dome)

Počas pôrodu v centre sa žena kontroluje sama alebo ju kontroluje pôrodná asistentka. Vo veľkej miere sa na tlmenie bolesti indikujú alternatívne metódy. Dieťa po pôrode ostáva pri matke. Pupočník sa necháva dopulzovať a dieťa je bezprostredne po pôrode priložené k prsníku. Vyšetruje sa len patologická gravidita. Ide o prirodzený pôrod. Potreby ženy sa uspo-



kojújú v maximálnej možnej miere. Nozokomiálne infekcie sú eliminované (platí len v prípade, že centrum aktívneho pôrodu nie je súčasťou pôrodnického pracoviska). Do úvahy sa berú pocity a intuícia rodičky a pôrodnej asistentky, ako aj samotná príprava na pôrod (Elišová et al, 2000).

V centrách aktívneho pôrodu sa využíva koncept aktívneho pôrodu, ktorý z pohľadu histórie pôrodníctva nie je ničím novým. Jedná sa o prirodzený pôrod a prirodzené správanie žien počas pôrodu. Žena má počas pôrodu svoje telo pod kontrolou, nie je teda len v pasívnej role. V prípade, že sa rodička rozhodne využiť koncept aktívneho pôrodu je potrebné aby mala vedomosti o tehotenstve, pôrode, raste a vývoji dieťaťa, ale aj adekvátnu fyzickú prípravu. Počas prípravy na pôrod by sa mala naučiť využívať rôzne vzpriamené polohy a dokázať sa v nich uvoľniť. Počas pôrodu si bude môcť aktívne a efektívne pomôcť. Už počas tehotenstva by mala žena získať dôveru a sebadôveru vo vlastné telo, objaviť v sebe schopnosť porodiť, aktivovať materský inštinkt a pocit maximálnej sebakontroly (Balaskasová, 2010).

Výhody aktívneho pôrodu sú:

- menšia spotreba analgetík,
- menší pocit bolesti a nepohody,
- sťahy maternice sú výkonnejšie, takže zvyčajne nie je potrebné pôrod umelo stimulovať,
- kratšia otváracia doba,
- vyššia porcia kyslíka pre dieťa,
- menšia potreba využitia klieští alebo vákumextraktora,
- nerušené pôsobenie hormónov, ktoré regulujú pôrodný proces (Balaskasová, 2010).

Pôrod v home rooms

Koncepcia home rooms je v súčasnej dobe najvyšším stupňom humanizácie pôrodníctva. V podmienkach slovenského pôrodníctva by to mohla byť určitá forma riešenia pre ženu a jej dieťa. Ide o bezpečnú alternatívu. Idea spočíva vo vytvorení rodinného, civilného prostredia na pôrodnej sále. V tomto priestore sa vedie celé intrapartálne obdobie, počas ktorého sprevádzajúce osoby nemusia tento priestor vôbec opustiť. Do vybavenia pôrodnej izby patrí: pôrodná posteľ, sedacia súprava, kuchynský kút (súčasťou ktorého je aj zamaskovaná



skrinka s liečivami a pomôckami potrebnými k pôrodu), relaxačná a pôrodná vaňa, pôrodný vak, pôrodná stolička, rebriny, závesné lano, sprcha, WC a vývody medicínskych plynov (zamaskované, aby nepôsobili rušivo). Hygienické problémy v tomto prostredí neboli opísané. Výhodou je blízkosť štandardnej pôrodnej a operačnej sály, ktorá sa použije v prípade náhle vzniknutej patológie (Roztočil et al, 2008). Pôrod v home rooms je alternatíva, ktorá sa pokúša skombinovať opateru v nemocnici s uvoľnenou atmosférou domova.

Ambulantný pôrod

Určitá skupina žien uprednostňuje domáce prostredie, ale nechce porodiť doma. Jedným z variantom ústavného/domáceho (môžeme povedať, že je to niečo medzi pôrodom doma a v nemocnici) pôrodu je pôrod ambulantný, ktorý prebehne v zdravotníckom zariadení, ale žena v priebehu prvých 24 hodín po pôrode nemocnicu aj s novorodencom opustí (Aperio et al, 2006, Pařízek, 2006). V prípade, že sa šestonedielka rozhodne opustiť zdravotnícke zariadenie spolu s novorodencom skôr ako je štandardom, podpisuje negatívny reverz, čo znamená, že odmietla starostlivosť a zodpovednosť za zdravotné komplikácie svoje a novorodenca preberá na seba. Možnosť ambulantného pôrodu je možné akceptovať len v prípade, že pôrod prebehol bez nástrihu hrádze, bez poranenia a väčšej krvnej straty. Musí byť zabezpečená pravidelná návšteva šestonedielky pôrodnou asistentkou, prvé dni minimálne dvakrát denne a šestonedielka nesmie zostať sama s novorodencom. Ambulantné sledovanie kladie zvýšené nároky na matku, ktorá sama musí dieťa sledovať. Starostlivosť o novorodenca musí prevziať pediater. Je potrebné vystavenie potvrdenia o prevzatí do ambulantnej starostlivosti pediatrom (Holomáň, 2006).

Podmienky pre ambulantný pôrod:

- musí ísť o normálny (fyziologický) pôrod,
- zdravotný stav matky a novorodenca nesmie byť komplikovaný,
- mikrobiologické vyšetrenie pošvy matky, ktoré bolo realizované 4- 6 týždňov pred pôrodom (prítomnosť baktérií v pošve zvyšuje riziko vzniku infekcie u novorodenca),
- v rodine nesmie mať nikto infekčné ochorenie (Pařízek, 2006).

Uvedený spôsob rodenia je výhodný najmä z ekonomického hľadiska. Kritériom je však rozpracovaný systém domácej ošetrovateľskej starostlivosti a dostupná sieť poskytovateľov.



Pôrod doma

V minulosti bol pôrod doma bežnou záležitosťou. Pôrodné asistentky privádzali na svet v domácom prostredí jednu generáciu za druhou. Pôrody sa začali presúvať vo väčšej miere z domáceho prostredia do pôrodníc v polovici minulého storočia, po vojne (Doležalová, Königsmarková, 2006).

V zahraničí je možnosť porodiť doma reálna aj v súčasnosti. K štátom, kde pôrod doma je samozrejmosťou, patrí Holandsko, kde za pôrodnými asistentkami stoja silné odborové zväzy (Čepický, Černá, 2006). Počet domácich pôrodov v Holandsku presahuje 38%. Majú vypracovaný špeciálny systém pôrodnickej starostlivosti (Pařízek, 2006). Medicínska vzdelanosť populácie v Holandsku je na vysokej úrovni a vysokoškolsky vzdelané pôrodné asistentky spĺňajú praktickú aj teoretickú odbornosť na vykonávanie tejto činnosti (Roztočil et al, 2008).

Pôrod doma je sporný aj z právneho hľadiska. Matka rozhoduje o ohrození dieťaťa, ktoré o vlastnej vôli nemôže rozhodnúť ináč (Čech et al, 2006). Na druhej strane nie je žiadna norma, ktorá by žene zakazovala rodiť doma alebo kdekoľvek inde. Niektoré názory na pôrod doma pokladajú túto problematiku za etický problém, nakoľko v domácich podmienkach môže byť ohrozené nielen zdravie matky, ale aj dieťaťa (Kopecká, Korcová et al, 2008).

Názory na vedenie pôrodu v domácom prostredí sa líšia. Zástancovia prirodzeného pôrodu a humanizácie pôrodníctva majú kladný postoj k danej alternatíve. „Prianie rodiť doma v bezpečí a známom prostredí má aj v dnešnom svete svoje miesto i v našej spoločnosti. Táto forma pôrodníctva si musí všetky náležitosti s ňou spojené dôkladne naplánovať, zvážiť a pripraviť. Aj rodičia, ktorí chcú rodiť doma, majú svoje právo na pochopenie a starostlivosť“ (Stadelmann, 2004).

Hlavné dôvody, ktoré vedú ženu k tomu, aby porodila doma:

- negatívna skúsenosť z predchádzajúceho pôrodu v pôrodnici,
- oddelenie matky a dieťaťa ihneď po pôrode,
- neosobná atmosféra nemocnice a lípnutie na niektorých zabehnutých postupoch, nechota nemocnice poskytnúť počas pôrodu len podporu a do pôrodu nezasahovať,
- pocit bezpečia,



- možnosť mať pri sebe viac ako jednu sprevádzajúcu osobu (vrátane detí),
- túžba po súkromí,
- možnosť prirodzeného pôrodu, ktorá sa v nemocnici veľmi často naruší podaním liekov (Štromerová, 2005).

Ženy, ktoré sa rozhodli porodiť doma, sú v konfrontácii s množstvom faktorov (negatívnych, pozitívnych), ktoré musia zvážiť a na základe vlastného uváženia a dostatočného množstva informácií od zdravotníckych pracovníkov by malo byť ich rozhodnutie v zmysle čo najväčšieho benefitu pre samotnú rodičku a dieťa. Každá žena má právo vybrať si miesto a spôsob svojho pôrodu. Mala by tak urobiť na základe objektívnych, kvalifikovaných informácií. Pokiaľ si vyberie spôsob ohrozujúci jej zdravie, nesie za svoj život zodpovednosť ako v iných prípadoch (Tošner, 2003).

Na zváženie vedenia pôrodu v domácom prostredí sú nasledujúce situácie:

- predchádzajúci ťažký pôrod, komplikovaný pôrod alebo veľmi silné krvácanie po pôrode,
- predchádzajúci cisársky rez,
- tehotenstvo, ktoré presiahlo 42. týždeň,
- mierne zvýšený krvný tlak,
- pôrod piateho a ďalšieho dieťaťa (Štromerová, 2005).

Výhody pôrodu doma:

- možnosť úplne ovplyvniť, kto sa pôrodu zúčastní (vrátane detí),
- vylúčenie nozokomiálnej nákazy,
- prirodzený pôrod, ktorý je pre niektoré rodiny veľmi dôležitý (Leifer, 2004),
- „zástancovia domácich pôrodov uvádzajú, že žena je v domácom prostredí pokojnejšia, čo znižuje riziko komplikácií“ (Hudáková, 2005).

Nevýhody pôrodu doma:

- obmedzený výber pôrodníka, pôrodné asistentky/lekári nechcú odvádzať pôrody doma,



- málo času (drahocenné minúty zaberie transport) na poskytnutie neodkladnej starostlivosti v prípade, že sa matka alebo dieťa ocitnú v ohrození života,
- nemožnosť predchádzajúceho nadviazania vzťahu s lekárom v prípade, že musí byť matka prijatá do nemocnice (Leifer, 2004).

Otázkou ostáva, či je pôrod doma skutočne bezpečný. Nateraz nie je dostatok štatistických údajov o bezpečnosti takéhoto pôrodu, čo znamená, že nemôže byť odporúčaný. Štúdie, ktoré sú k dispozícii, nepostačujú. V Oregone vypracovali štúdiu, ktorá poukázala na dvojnásobnú úmrtnosť detí, ktoré sa narodili v domácom prostredí (Verny, Kelly, 1993).

V Cochrane databáze je zaradených 6 štúdií, ktoré porovnávajú pôrod v domácnosti a pôrod v nemocnici do ktorých boli zaradené rodičky, u ktorých sa predpokladala žiadna alebo veľmi nízka lekárska starostlivosť počas pôrodu. Zo záverov môžeme vidieť, že v domácom prostredí je nižšia žiadosť o analgéziu počas pôrodu, vyššia spokojnosť s intrapar-tálnou starostlivosťou a menej epiziotómií. Jediná jedna položka, ktorá vyšla v neprospech pôrodu v domácom prostredí je trend k vyššej perinatálnej úmrtnosti (Hodnett, Down, Walsh, 2012).

Pôrodnica ako hotel

Na území Rakúska a Nemecka je sieť štvorhviezdičkových hotelov, ktoré sa špeciálne venujú vytváraniu programov pre tehotné ženy a ich sprevádzajúce osoby. Celá starostlivosť je založená na princípe najvyššej kvality, individuálneho prístupu, oddychu, cielených informáciách a individuálnej príprave. Sieť hotelov, ktorých je spolu 22, z toho 19 v Rakúsku a 3 v Nemecku, poskytuje svoje služby pod záštitou Gerlinde Remsing, ktorá je pôrodnou asistentkou s 20 ročnou praxou a viceprezidentkou grémia pôrodných asistentiek. Stará sa o kontrolu vytvorených programov. Programy sú zamerané hlavne na prípravu na pôrod a wellnes počas tehotenstva. Len v dvoch zo spomínaných hotelov je zmienka o možnosti samotného pôrodu. Vzdelané pôrodné asistentky počas programov objasňujú ženám a ich sprevádzajúcim osobám otázky týkajúce sa tehotenstva, pôrodu, šestonedelia, životosprávy, dojčenia, novorodeneckých masáží. Ponúkajú profesionálne činnosti od monitoringu pomocou CTG, cez laserovú terapiu po pôrode. Ženy majú možnosť zapojiť sa do plávania pre tehotné. Počas pobytu sú vítaní aj členovia rodiny: otec, priateľka, sestra, starí rodičia atď. Hotely ponúkajú rôzne balíčky služieb, pričom jadro tvorí príprava na pôrod, kde sa žena dozvie množstvo dôležitých faktov, typov, trikov a cvikov. Celý program je zostavený tak,



aby bola žena vedená k prirodzenému pôrodu a k aktívnemu prežitiu materstva. Špeciálne balíčky služieb sú ponúkané aj pre otcov. Dĺžka pobytu a výber balíčka služieb závisí od finančnej schopnosti rodiny, ktorá sa pre takýto pobyt rozhodla. Počas šestonedelia je možné využiť služby „babysitter“. Celý chod hotela je prispôsobený nárokom tehotných žien, šestonediel'ok a novorodenca. Vybavenie hotela je koncipované tak, aby spĺňalo tie najprísnejšie štandardy, vrátane maličkostí, ako sú poduška na dojčenie, detský telefón v každej izbe apartmánu, mliečna kuchynka, dostatok prevarenej vody v ktorúkoľvek hodinu počas dňa. Súčasťou areálu hotela je wellnes centrum, golfové ihrisko a detský park. Hotely lákajú svoju klientelu na nadštandardné prostredie a služby, ktoré sú záujemcom poskytované. Vedenie pôrodu v pôrodnici ako hotel je na spôsob pôrodného domu (Urlaub-anbieter, 2021, Newlifehotels, 2021).

V databáze Cochrane sú zhrnuté závery 10 štúdií do ktorých bolo zapojených 11795 žien. Porovnávali vplyv konvenčného prostredia zdravotníckych zariadení a alternatívneho prostredia zdravotníckych zariadení (pôrod v home rooms, Snozelen pôrodné miestnosti – miestnosť, ktorá obsahuje množstvo zmyslových podnetov a nábytok je navrhnutý tak, aby podporoval pocit pokoja kontroly a slobody pohybu). Výsledok skúmania poukázal na skutočnosť, že pôrody vedené v alternatívnom prostredí zdravotníckeho zariadenia, mali u rodiacich žien za následok použitie menšieho množstva lekárskeho zákroku, bola zvýšená pravdepodobnosť spontánneho vaginálneho pôrodu, spokojnosť matiek bola vyššia a preukázala sa aj vyššia pravdepodobnosť pokračovania dojčenia jeden až dva mesiace po pôrode. Na základe tohto zistenia, ale nie je možné jednoznačne vyvodiť závery o pozitívnom účinku alternatívneho prostredia zdravotníckych zariadení z dôvodu, že boli použité rôzne modely starostlivosti o rodičky (Hodnett, Downe, Walsh, 2012).



Kontrolné otázky:

1. Stručne charakterizujte pôrod podľa F. Leboyera.
2. Stručne charakterizujte pôrod podľa M. Odenta.
3. Stručne charakterizujte pôrod podľa F. Lamaza.
4. Stručne charakterizujte pôrod podľa G. Dick-Reada.



5. Vymenujte úlohy sprevádzajúcej osoby pri pôrode.
6. Vymenujte podmienky za akých je možné realizovať ambulantný pôrod.
7. Vymenujte kontraindikácie využitia aromaterapie pri pôrode.
8. Vymenujte pomôcky, ktoré sa používajú na zaujatie určitých polôh počas I. a II. doby pôrodnej.
9. Opíšte techniky dýchania, ktoré sa používajú v aktívnej fáze I. doby pôrodnej.
10. Vymenujte nefarmakologické metódy zmierňovania bolesti, ktoré sa využívajú počas pôrodu.
11. Vymenujte riziká pôrodu do vody.
12. Vymenujte kontraindikácie použitia partoballu počas pôrodu.
13. Vymenujte výhody pôrodu v domácom prostredí.
14. Popíšte výhody aktívneho pôrodu.
15. Popíšte techniky akupresúry.
16. Uveďte, čo je cieľom muzikoterapie počas pôrodu.
17. Uveďte príklady esencií, ktoré sa používajú pri aromaterapii v I. dobe pôrodnej.
18. Uveďte, aký význam má nácvik dýchania.
19. Ako často sa odporúča meniť polohu počas pôrodu?
20. Vymenujte polohy pri pôrode.



3 DESATORO PRIRODZENÉHO PÔRODU V PÔRODNICI



Ciele štúdia kapitoly:

- Oboznámiť sa s desatoro prirodzeného pôrodu v pôrodnici.
- Naučiť sa používať skórovací dotazník - starostlivosť o seba v tehotnosti.



Kľúčové slová: prirodzený pôrod, telesné zdravie, starostlivosť o seba

Desatoro prirodzeného pôrodu vychádza zo záverov XXX. celoštátnej konferencie Sekcie perinatálnej medicíny ČGPS ČLS JEP, materiálov a odporúčaní Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO), Českej gynekologicko–pôrodnickej spoločnosti (ČGPS), Detského fondu OSN (UNICEF), Koalície za zlepšenie služieb v pôrodníctve (CIMS), Medzinárodnej iniciatívy za pôrodnú starostlivosť o matku a dieťa (IMBCI) a nadväzuje na dlhodobé aktivity organizácií usilujúcich o skvalitnenie pôrodnej starostlivosti v Českej republike.

1. DIALÓG

Usilovať o dialóg s rodičkou, priateľskou komunikáciou a empatickým správaním zdravotníckeho personálu:

- Jednať s rodičkou slušne a úctivo.
- Aktívne načúvať želaniam a potrebám rodičky.
- Poskytovať rodičke emocionálnu podporu.
- Trpezlivo odpovedať na otázky ohľadom poskytovanej starostlivosti.

2. INDIVIDUÁLNY PRÍSTUP

Zohľadňovať individuálne želania a potreby rodičky i novorodenca po celú dobu pobytu v pôrodnici:

- Poskytovať starostlivosť v súlade s kultúrnym zázemím rodičky.
- Posilovať sebadôveru ženy v schopnosť porodiť dieťa a starať sa o neho.
- Dbať na želania rodičky formulované v pôrodnom pláne.



- Zhodnotiť prípadné individuálne riziká.
- Sledovať nie len fyzickú, ale aj psychickú kondíciu ženy vo všetkých fázach pôrodu a adekvátne na ňu reagovať.

3. INFORMOVANOSŤ

Informovať pravdivo, zrozumiteľne, bez zastrasovania a včas o všetkých úkonoch v rámci poskytovania starostlivosti:

- Informovať o práve na informovaný súhlas.
- Poskytovať údaje a štatistiky o pôrodných výkonoch, zásadách a výsledkoch.
- Školiť personál o nefarmakologických spôsoboch tíšenia bolesti a následne o nich informovať rodičku.
- Ukazovať relaxačné techniky a úľavové polohy.
- Informovať rodičku o tom, ako sa správne starať o novorodenca.
- Informovať o možnostiach nadväzujúcej starostlivosti o matku a dieťa.

4. REŠPEKT

Rešpektovať intimitu a súkromie ženy, vyvarovať sa familiárnosti v prístupe k žene:

- Snažiť sa zamedziť tomu, aby sa rodičky počas pôrodu navzájom počuli.
- Zaistiť pre rodičku a novorodenca základné potreby: kľud, teplo v miestnosti (nahriatie uteráka apod.), pocit súkromia a bezpečia.
- Oslovovať ženu menom.

5. ODBORNOSŤ

Sledovať a uplatňovať najnovšie odborné odporúčania (WHO, ENCA a pod.):

- Zodpovedať za kvalitu starostlivosti poskytovanú každou ošetrojúcou osobou.
- Uplatňovať prekazateľne prínosné, vedecky podložené postupy (lege artis).
- Zavádzať opatrenia prispievajúce k zdravotnej pohode matky a dieťaťa.
- Pôrodnú starostlivosť podriaďovať výhradne potrebám rodičky a dieťaťa.
- Zaistiť rodičkám prístup k profesionálnej starostlivosti pôrodných asistentiek.
- Nepraktizovať postupy, ktoré sú vedecky označené za škodlivé (non lege artis).



6. SÚHLAS

Realizovať všetky lekárske zásahy a medikáciu len v opodstatnených prípadoch a vždy na základe informovaného súhlasu rodičky:

- Obmedziť na minimum rutinné postupy, ktorých realizácia nie je počas fyziologického pôrodu opodstatnená, pokiaľ to nevyžaduje aktuálny zdravotný stav (intravenózne podanie oxytocínu, epiziotómia, dirupcia vaku blán, okamžité prerušenie pupočníka, apod.).

7. BEZ POPLATKOV

Nespoplatňovať prítomnosť blízkej osoby pri pôrode a umožniť, aby ženu mohlo sprevádzať viac osob naraz:

- Potvrdzovať právo matky na nepretržitú podporu blízkej osoby vo všetkých fázach pôrodu.

8. SLOBODA

Voľbu polohy ponechať vo všetkých pôrodných dobách na rozhodnutí rodičky:

- Odhovárať od horizontálnej polohy v ľahu na chrbte.

9. STOP ŠKODLIVEJ SEPARÁCII

Podporovať skorý kontakt koža na kožu a samoprisatie. Zaistiť nepretržitú blízkosť matky a dieťaťa po pôrode i na oddelení šestonedelia. Fyziologického novorodenca vyšetřovať na tele matky alebo v jej blízkosti:

- Vnímať matku a novorodenca ako jednu jednotku.
- Obmedziť rutinný postup v starostlivosti o novorodenca na minimum.
- Podporovať včasnú väzbu matky a dieťaťa a ich kontakt koža na kožu bezprostredne po pôrode najmenej po dobu jednej hodiny. Ak to nie je zo zdravotných dôvodov možné, tak bezodkladne podporiť včasnú väzbu otca a dieťaťa.



10. DOJČENIE

V maximálnej možnej miere podporovať dojčenie, zaistiť vľúdnú a praktickú pomoc, načúvať potrebám a požiadavkám matky:

- Zamerať sa na prevenciu možných problémov s dojčením.
- Povzbudzovať matku k rozpoznaní, kedy je dieť pripravené na dojčenie a ponúkať matke pomoc.
- Trpezlivosť v prístupe k žene pri nácviku dojčenia.
- Usilovať o udelenie certifikátu Baby friendly hospital (BFH) a dodržiavať podmienky stanovené touto certifikáciou.

(Roztočil, 2020)

3.1 Starostlivosť o zdravie žien v tehotenstve

Vieme, že pre dobrý priebeh pôrodu a tehotenstva je dôležité, aby žena mala dobré zdravie. Dobré zdravie je ťažko definovateľné. Jedná sa o individuálnu záležitosť. Okrem telesného zdravia je pre holistický pohľad na ženu dôležitá aj psychická, sociálna a spirituálna zložka. Davidsová, Pascal-Bonarová (2014) navrhli spôsob vyhodnotenia zdravotného stavu pre tehotné ženy. Keď tehotná žena nie je v optimálnom zdravotnom stave, tak to môže negatívne ovplyvniť priebeh pôrodu a šestonedelia

Starostlivosť o seba v tehotenstve – skórovací dotazník

Predpôrodná starostlivosť je niečo viac než kontrola u lekára raz za niekoľko týždňov. Je to starostlivosť, ktorú by mala venovať žena sama sebe. Nižšie uvedené body sú súčasťou starostlivosti ženy o seba počas tehotenstva. Ku každej položke je potrebné priradiť body.

Bodovací systém:

4 body: robím to úplne prirodzene

3 body: robím to pravidelne, ale musím sa snažiť

2 body: robím to príležitostne, trochu sa tomu bránim

1 bod: nejde mi to alebo doteraz som to neskúsila



Výživa

- Každý deň konzumujem potraviny zo 4 základných skupín.
- Užívam potravinové doplnky, o ktorých viem, že ich potrebujem.
- Každý deň pijam aspoň 2 litre vody, ovocnej šťavy atď.
- Sledujem, kedy mám hlad a podľa toho sa najem.
- Doprajem si niečo, o čom viem, že je to pre dieťa a pre mňa obzvlášť dobré.
- Doprajem si svoje zdravé obľúbené jedlá len pre potešenie.

Cvičenie a relaxácia

- Každý deň chodím na čerstvý vzduch, a pokiaľ je to možné som na slnku.
- Každý deň urobím niečo pre to, aby som sa trochu zapotila.
- Každý deň si pretiahnem chrbát, nohy a ramená.
- Niekoľkokrát do týždňa sa venujem cvičeniu pre tehotné.
- Tancujem voľne v rytme hudby.
- Každý deň realizujem cviky na posilnenie a uvoľnenie svalstva panvového dna.
- Každý deň sa aspoň raz úplne uvoľním.
- Postupnú relaxáciu realizujem aspoň dvakrát týždenne.
- Aspoň raz za týždeň sa nechám masírovať od partnera (alebo niekoho iného).
- Nosím pohodlné oblečenie, v ktorom sa môžem voľne pohybovať.
- Myslím na to, aby som si raz denne uvoľnila napäté časti tela.
- Pred spaním sa uvoľním a pokúsim sa zabudnúť na každodenné starosti.

Psychická pohoda

- Bez zábran si poplačem, vždy keď sa mi chce.
- Kedykoľvek potrebujem, požiadam partnera (ak ho mám) o podporu, dotyk a sex.
- Ventilujem frustráciu skôr, než zo mňa prudko vybuchne.
- Každodenne môžem svojmu partnerovi prejavovať lásku a nehu.
- Aspoň raz denne k sebe pocitujem lásku a som na seba dobrá.
- Doprajem si chvíle o samote a nachádzam nové spôsoby ako ich užívať.



Rozumová príprava

- Aspoň raz do týždňa si prečítam niečo o tehotenstve.
- Pripravujem si otázky, ktoré kladiem pôrodnej asistentke alebo lekárovi.
- Sledujem ako sa mi počas tehotenstva darí – prechádzam svoje týždenné alebo denné aktivity a hľadám oblasti, ktoré potrebujem zlepšiť.
- S partnerom alebo ďalšími ľuďmi, ktorí ma podporujú, pravidelne preberám praktické záležitosti týkajúce sa tehotenstva, pôrodu a rodičovstva.
- Pripravujem si pôrodný plán, tak, že si postupne zapisujem svoje nápady a preferencie.
- Kedykoľvek môžem, zúčastním sa prednášok alebo premietania filmu o pôrode.

Sociálna príprava

- Aspoň jedenkrát do týždňa sa stretávam s ďalšími tehotnými ženami.
- Vo verejnom priestore hovorím s matkami malých detí a s tehotnými ženami.
- Kedykoľvek je to možné, všímam si správanie novorodencov a vzájomnú komunikáciu v rodine.
- Požiadam kamarátky a príbuzné o konkrétnu pomoc počas tehotenstva a po pôrode.
- Premýšľam o zmenách súvisiacich s narodením dieťaťa a ujasňujem si, ako sa s nimi vyrovnám.
- Povzbudzujem svojho partnera, aby hovoril s ďalšími rodičmi, čítal o rodičovstve alebo si so mnou rozprával o dieťati.

Príprava na materstvo

- S dieťaťom stále udržiavam fyzický kontakt.
- Každý deň si dieťaťko predstavujem a posielam mu svoje myšlienky.
- Hovorím dieťaťku, že je chcené a milované.
- Keď som v strese, dieťaťu hovorím, že to môže byť náročné, ale stres s ním nemá nič spoločné.

**Vyhodnotene:**

124 – 160 bodov: Áno, tehotnosť si užívate a správne sa o seba stráte.

96 – 123 bodov: Vediete si dobre, ale mohla by ste sa na tehotenstvo viacej sústrediť. Zamerajte sa na oblasti v ktorých máte medzery a uvedomte si, kde by ste sa mohla zlepšiť alebo motivovať.

40 – 95 bodov: Možno ste veľmi zamestnaná niečím iným, ale rozhodne by ste nemala na tehotenstvo zabúdať. Skúste nejak spojiť činnosti, kde ste získala málo bodov, s takou činnosťou, kde ste obstála dobre. Napríklad ak chodíte každý deň von a nedarí sa vám brať vitamíny, užite ich vždy keď odchádzate z domu.

Tento spôsob posúdenia zdravotného stavu tehotných žien si môže žena realizovať sama, alebo ho môže použiť pôrodná asistentka napr. počas kurzov predpôrodnej prípravy.

**Kontrolné otázky:**

1. Vymenujte body desatora prirodzeného pôrodu v pôrodnici.
2. Aký je Váš názor na skórovací dotazník - starostlivosť o seba v tehotenstve.



ZÁVER

Do starostlivosti o matku a dieťa je vhodné implementovať aj alternatívne spôsoby vedenia pôrodu. Je žiaduce v praxi používať metódy, ktoré sú založené na dôkazoch (**EBM**). V tejto starostlivosti je najdôležitejší pohľad na matku a dieťa, ktorý musí byť **holistický**. Pôrodná asistentka má pristupovať k matke a dieťaťu tak, aby: zachovala úctu k životu, dôstojnosť a hodnotu človeka, jeho autonómiu a individualitu. Neodporúča sa oddeľovať novorodenca od matky. Matku a dieťa je potrebné brať ako celok. Pri napĺňaní myšlienky holizmu je potrebné v starostlivosti o matku a dieťa tímovo spolupracovať. **Multidisciplinárny tím**, ktorý participuje na starostlivosti, majú tvoriť: pôrodná asistentka, lekár (gynekológ- pôrodník, neonatológ, konziliár, napr. internista, chirurg, neurológ...), fyzioterapeut, asistent výživy, sestra pracujúca na novorodeneckom oddelení, sociálno-zdravotnícky pracovník, pomocný personál, rodinní príslušníci, podporné skupiny/osoby (napr. laktačná poradkyňa) a duchovný. Neoddeliteľnou súčasťou starostlivosti o matku a dieťa má byť **efektívna komunikácia**, vrátane psychoterapeutického rozhovoru. Vedenie podporného rozhovoru je nevyhnutné počas jednotlivých pôrodných dôb. Z komunikácie nie je možné vylúčiť sprevádzajúcu osobu, ktorá dokonca môže uľahčiť komunikáciu medzi ženou- rodičkou a zdravotníckym personálom. Pôrodná asistentka nemá pri komunikácii a poskytovaní informácií prekročiť svoje kompetencie. V starostlivosti o matku a dieťa nesmie chýbať dôraz na **súkromie a bezpečnosť**. Pôrod je zásahom do najintímnejších sfér ženy- rodičky. S týmto je nevyhnutne spojená potreba zabezpečenia súkromia pre ženu nielen počas ambulantnej (prenatálnej) starostlivosti, ale aj počas samotnej hospitalizácie, či už na pôrodnej sále, vyšetrovni alebo na izbe pre šestonedielky (rooming-in). Miestnosti, kde sa pohybuje žena- rodička, musia spĺňať hygienicko- epidemiologický štandard, a zariadenie, ktoré sa v miestnostiach nachádza, musí byť pre ženu a novorodenca bezpečné. Počas pôrodu žena pociťuje kontrakcie bolestivo a bolesť tiež môže zmeniť správanie ženy- rodičky. Okrem bezpečnosti, dôraz má byť kladený na úpravu a estetiku prostredia, ktoré má pripomínať domáce prostredie, čo napomáha k eliminácii strachu. Nesporne pozitívny vplyv má aj **edukácia** v antenatálnom kurze. Dôkladne pripravená žena- rodička (rodičovský pár) lepšie spolupracuje počas pôrodu. Je aktívnejšia, ľahšie sa adaptuje, nepociťuje strach a pôrod zväčša prebieha bez komplikácií. Počas kurzov je viac priestoru nielen na fyzickú starostlivosť a prípravu, ale aj na psychickú podporu, ktorá v rámci holistického ošetrovateľstva nesmie byť opomínaná. V praxi však býva častokrát podceňovaná, resp. nezostáva na ňu čas.



ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

APERIO et al. *Porodní příběhy*. Praha: Grada, 2006. 262 s. ISBN 80-87049-03-9.

Aromaterapie. 2021. [online]. Dostupné na: <https://aromaterapie.cz/>, [citované 21.9.2021].

ATKINSON, R. L. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003. 751 s. ISBN 80-7178-640-3.

BALASKASOVÁ, J. *Aktivní porod*. Praha: Argo. 2010. 223 s. ISBN 978-80-257-0178-2.

BALINT, P. *Postrehy zo sympózia Udalosti pred narodením a jeho dôsledky*. 2007. [online]. Dostupné na: <https://www.i-psychologia.sk/view-516.php>, [citované 22.9.2021].

BAŠKOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, K. Psychoprofylaktická príprava na pôrod. In *Info-sestra*. 1999. roč. 2, č. 3, s. 19, ISSN 1335-4132.

BENKOVSKÁ, A. Praktická príprava na pôrod. In *Sestra*. 2003. roč. 24, č. 1. s. 22- 23, ISSN 1335-9444.

BLOOM, S. et al. *Es geht auch ohne „Hecheln!“, „Atmen!“ and „Pressen!“* 2006. Dostupné na: <https://www.wissenschaft.de/umwelt-natur/es-geht-auch-ohne-hecheln-atmen-und-pressen/>, [citované 22.9.2021].

BOLEDOVIČOVÁ, M. Akupresúra a jej využitie. In *Sestra*. 2005. roč. IV, čís. 3, s. 13-14, ISSN 1335-9444.

BOHREN, A. M., HOFMEYR, J. G., SAKALA, C., FUKUZAWA, K. R., CUTHBERT, A. Continuous support for women during childbirth. 2017. In *Cochrane Database of Systematic Reviews 2017*, Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6. Accessed 22 September 2021. [online]. Dostupné na: <https://www.cochrane-library.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/full>. [citované 22.9.2021].

BURCHARDT, S. *Atembungen vor der Geburt*. 2019. [online]. Dostupné na: <https://www.rund-ums-baby.de/atemuebung.htm>, [citované 21.9.2021].

BÜRGER, B. *Geburt und alternative Schmerztherapien*. 2019. [online]. Dostupné na: <https://www.netdokter.de/schwangerschaft-geburt/geburt-und-alternative-schmerz-3557.html>, [citované 20.9. 2021].

CALVIN, S., HALL - LINDZEY, G. *Psychológia osobnosti*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 2002. 510 s. ISBN 80-0803-38-43.



COQUATRIX, N. *Episiotomie et mutilations sexuelles*. Nursing Québec. č. 5, roč. 3, s. 22-26 In STEFFEN, G. 2009. Je rutinný, profilaktický nástrih hrádze oprávnený? Bratislava: Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek. 2009, 70 s. ISBN 978-80-967818-6-7.

ČECH, E. et al. *Porodnictví*. Praha: Grada, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.

ČEPICKÝ, P., ČERNÁ, M. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence*. Praha: Levret, 2006. 99 s. ISBN 80-903-1839-8.

ČUNDERLÍK, A. Účast' otca pri pôrode- „standard“ alebo „nadstandard“. In *Lekársky obzor*. 2000. roč. 49, č. 5, s. 169-170, ISSN 0457-4214.

DAVISOVÁ, E., PASCAL-BONAROVÁ, D. *Orgasmický porod*. Praha: Argo. 2014. 272 s. ISBN 978-80-257-1156-9.

DOLEŽALOVÁ, J., KÖNIGSMARKOVÁ, I. *Hovory s porodní bábou*. Praha: Argo, 2006. 165 s. ISBN 80-7203-792-7.

DOLEŽALOVÁ, J. *Porod doma*. Praha: Formát, 2004. 207 s. ISBN 80-86718-46-8.

DOWNE, S., GYTE, G. M. L. DAHLEN, H. G., SINGATA, M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. In *Cochrane Database of Systematic Reviews 2013*, Issue 7. Art. No.: CD010088. DOI: 10.1002/14651858.CD010088.pub2. [online]. Dostupné na: <https://www.cochrane-library.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010088.pub2/full>. [citované 22.9.2021].

DVOŘÁK, M. Přirizený porod. In *Lékárske listy*. 2002. roč. 51, č. 18, s. 27-32, ISSN 0044-1996.

DYEOVÁ, J. *Aromaterapie pro ženu a dítě*. Praha: Alternativa, 1992, 243 s.

EIBL-EIBESFELDT, J. *Die Biologie des menschlichen Verhaltens. Grundriss Humanethologie*. 2. Aufl. Piper, München, 1986. In HAŠTO, J. *Vztáhová väzba*. Martin: Osveta, 2008. 300 s. ISBN 80-88952-28-X.

ELIÁŠOVÁ, A. et al. *Pôrodnické ošetrovatel'stvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2000. 102 s. ISBN 80-8063-053-4.

ELIÁŠOVÁ, A. *Pôrodná asistencia I. Fyziológia*. Martin: Osveta, 2008. 104 s. ISBN 80-8063-261-8.

ENKIN, M., KEIRSE, M. J. N. C., RENFERM, M., NEILSONG, M. *Efektívni péče v perinatológii*. Praha: Grada, 1996. 386 s. ISBN 80-7169-417-7.



FARROKH, A. *Geburtsphasen*. 2018. [online]. Dostupné na: <https://www.frauenaeerzte-im-netz.de/schwangerschaft-geburt/geburt/geburtsphasen/>, [citované 20.9.2021].

FORRSTROMOVÁ, B., HAMPSONOVÁ, M. *Alexandrova technika v těhotenství a při porodu*. Brno: Barrister&Principal, 1996, 127 s. ISBN 80-85947-11-0.

GEIST, CH., HARDER, U., STIEFEL, A. *Hebammenkunde*. Stuttgart: Hippokrates, 2007. 809 s. ISBN 978-3-8304-5388-8.

GOER, H. *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. Havlíčkův Brod: One Woman Press, 2002. 549 s. ISBN 80-86356-13-2.

GREGORA, M. et al. *Kniha o matce a dítěti*. Praha: Grada, 2005. 230 s. ISBN 80-247-0854-X.

GUPTA, J. K., SOOD, A., HOFMEYR, G. J. VOOGEL, J. F. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. In *Cochrane Database of Systematic Reviews 2017*, Issue 5. Art. No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub4 [online]. Dostupné na: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab002006.html>. [citované 20.9.2021].

HAŠKOVÁ, H. *Názorové diference k současným zmenám v českém porodnictví*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky, 2001. 53 s. ISSN 1213-0028.

HÁJEK, Z. Alternativní vedení porodu. In *Porod I. Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: Levret, 2006. vol. 15, č.4, prosinec, s. 496-502, ISSN 1211-1058.

HALPERN, S., LINGEMAN, H. A. *Muzikoterapie*. Bratislava: Vydavateľstvo Eko-konzult, 2005. 194 s. ISBN 80-8079-044-2.

HAŠTO, J. *Vztáhová väzba*. Martin: Osveta, 2008. 300 s. ISBN 80-88952-28-X.

HODNETT, E. D., DOWN, S., WALSH, D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. 2012. In *Cochrane Database of Systematic Reviews 2012*, Issue 8. Art. No.: CD000012. DOI: 10.1002/14651858.CD000012.pub4 [online]. Dostupné na: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab000012.html>. [citované 18.9.2021].

HODNETT, E. D., GATES, S., HOFMEYR, G. J., SAKALA, C. Continuous support for women during childbirth. In *Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007*, Issue 4. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub2. [online]. Dostupné na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12917986/> [citované 17.9.2021].

HOLOMÁNĚ, K. Alternatívne pôrodnictvo, čo je a čo nie je. In *Gynekológia pre prax*. 2006. č. 4, s. 231-233, ISSN 1336-3425.



HOROVÁ, E. Niektoré nevyužitú aspekty psychofyzickej prípravy žien na pôrod. In *Info sestra*. 1999. roč. 2, č. 3, s. 17- 18, ISSN 1335-4132.

HUDÁKOVÁ, Z. Vplyv pôrodu na život človeka. In *Sestra*. 2005. roč. IV, č. 1, s. 26-27, ISSN 1335-9444.

CHERTOK, L. *Psychosomatické metódy bezbolestného porodu historie, teorie a praxe výbor*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1966. 85 s.

CHERVENAK, F., McCULLOUGH, L., B. Čo je to pôrodnická etika? In *Praktická gynekológia*. Bratislava: SAP, 1997. roč. 4, č. 3, ISSN 1335-4221.

CHVOJKOVÁ, V. Provoňte porodnice...podruhé. In *Porodní asistence*. Praha: Porodní asistence o.s. 2006. roč. II. čís. 2, s.18-22, ISSN 1801-5808.

JANÁČKOVÁ, L. *Bolest a její zvládnání*. Praha: Portál, 2007. 191 s. ISBN 978-80-7367-210-2.

JAVORKA, K., BUCHANEC, J., KELLEROVÁ, E. *Krvný oběh plodov, novorodencov, detí a adolescentov*. Martin: Osveta, 1992. 274 s. ISBN 8021703822.

JIRÁSKOVÁ, V. *Kdo je to dula?* 2021. [online]. Dostupné na: <http://www.duly.cz/>, [citované 19.9. 2021].

JOSHI, V. *Stres a zdraví*. Praha: Portál, 2007. 156 s. ISBN 978-80-7367-211-9.

KAMENÍKOVÁ, M. Křehká image pracoviště. In *Sestra*. Praha: Mladá fronta, 2007. roč. 17, č. 12, s. 26-27, ISSN 1210-0404.

KITZINGEROVÁ, S., BAILEYOVÁ, V. *Těhotenství den po dni*. Martin: Osveta, 1997. 129 s. ISBN 80-88824-50-8.

KLAUS, M. H., KENNEL, J. H. *Porod s dulous*. Praha: One Women Press, 2004. 277 s. ISBN 80- 86356-34-5.

KLIMENT, M., CUPANÍK, V. Etické a právne problémy pri ochrane reprodukčného zdravia v gynekológii a pôrodnictve. In *Slovenská gynekológia a pôrodnictvo*. Bratislava: SAP. 2000, roč. 7, č. 4, ISSN 1335-0862.

Kolektív autorov. *Vše o léčbě bolesti*. 2006. Praha: Grada. 2006. s. 355, ISBN 80-247-1720-4.



KOPÁČIKOVÁ, M. Slobodná voľba polohy pri pôrode – úloha pôrodnej asistentky. In *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: A-medi management s.r.o. 2020. Vol. 28, č. 2, červenec, s. 125-129, ISSN 1121-1058.

KOPECKÁ, K., KORCOVÁ, M. et al. *Zdravotnícká etika*. Martin: Osveta, 2008. 119 s. ISBN 978-80-8063-278-6.

KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 2007. 163 s., ISBN 978-80-247-2069-2.

Kto je dula? 2021. [online]. Dostupné: <http://www.duly.sk/>, [citované 19.9. 2021].

LÁBUSOVÁ, E. *Cesta ke spokojenému porodu*. 2021. [online]. Dostupné na: http://www.evalabusova.cz/cesty/I_1_medicinsky.php, [citované 21.9. 2021].

LAJTMAN, E. Vývojové trendy v pôrodníckej starostlivosti. In *Gynekológia pre prax*. Bratislava: Solen, 2004. 38-42 s. ISSN 1336-3425.

LAWRENCE, A., LEWIS, L., HOFMEYR, G. J., STYLES, C. Mothers' position during the first stage of labour. In *Cochrane Database of Systematic Reviews 2013*, Issue 10. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub4 [online]. Dostupné na: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab003934.html>. [citované 22.9.2021].

LAUZON, L., HODNETT, D., E. Antenatal education for self-diagnosis of the onset of active labour at term. In *Cochrane Database of Systematic Reviews 1998*, Issue 4. Art. No.: CD000935. DOI: 10.1002/14651858.CD000935. [online]. Dostupné na: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000935/full>. [citované 22.9.2021].

LAUZON, L., HODNETT, D., E. Labour assessment programs to delay admission to labour wards. In *Cochrane Database of Systematic Reviews 2001*, Issue 3. Art. No.: CD000936. DOI: 10.1002/14651858.CD000936. [online]. Dostupné na: <https://www.cochrane-library.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000936/full>. [citované 22.9.2021].

LEBOYER, F. *Pôrod bez násilia*. Martin: Osveta, 1991. 149 s. ISBN 80-217-0276-1.

LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2004. 951 s. ISBN 80-247-0668-7.

LEES, Ch., REYNOLDSOVÁ, K., McCARTANOVÁ, G. *Tehotenstvo: Otázky a odpovede*. Bratislava: Ikar. 2005. s. 264, ISBN 80-551-1198-7.

LOWDERMILK, B. et al. *Maternity and women's health care (Materská a ženská zdravotná starostlivosť)*. 6th. ed. st. Louis : Mosby Press, 1997. 1409 s. ISBN 0-8151-5577-8.



LOWE, N. K. The nature of labor pain. In *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2002. 186: S16-S24. doi: 10.1067/mob.2002.121427. PMID: 12011870. [online]. Dostupné na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12011870/> [citované 22.9.2021].

MACKŮ, F., MACKŮ, J. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Praha: Galén, 1998. 328 s. ISBN 80-7169-589-0.

MAGERČIAKOVÁ, M., LITTVÁ, V. Etika a edukácia pacienta. In *Bioetika a zdravotnícka etika na Slovenských vysokých školách a univerzitách*. Ružomberok: Fakulta zdravotníctva, 2008. s. 29-34, ISBN 978-80-808084-345-8.

Matka a dieťa. 2021. [online]. Dostupné na: <https://www.weleda.sk/matka-a-dieta>. [citované 21.09.2021].

MATULNÍKOVÁ, Ľ. Prenatálne cvičenie v prevencii fyziologických ťažkostí v tehotnosti. In *Ošetrovateľstvo a zdravie – zborník*. Trenčín, 2007. s.199-208, ISBN 978-808075-208-8.

MATULNÍKOVÁ, Ľ. Využitie Alexandrovej techniky v príprave žien na pôrod. In *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistancia*. 2004, roč. 2, č. 2, príl. Supl. s. I-III, ISSN 1336-183X.

MÁTEJOVÁ, Z. *Základy teórie a praxe muzikoterapie*. Bratislava: Univerzita Komenského, 1993. 213 s. ISBN 80-223-0401-8.

MAREK, V. *Každá mamina je Mozart*. Volary: Stehlík, 2007. 177 s. ISBN 978-80-86913-02-5.

MAREK, V. *Nová doba porodní*. Praha: Eminent, 2002. 260 s., ISBN 80-7281-090-1.

MARTIN, L. L., REEDER, S. J. *Essentials of Maternity Nursing (Podstata ošetrovateľstva v tehotenstve)*. 1. ed. Philadelphia : J. B. Lippincott, 1991. 221 s. ISBN 0- 8155-5545-8.

MOKRANOVÁ, K., ZLÁMALOVÁ, V. *Metodika vedenia psychofyzickej prípravy na pôrod*. Martin: Osveta, 1990. 21 s. ISBN 80-2170-168.

MOORE, E. R., ANDERSON, G. C., BERGMAN, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. In *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Nov 25;11(11):CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub4. PMID: 27885658; PMCID: PMC6464366. [online]. Dostupné na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27885658/> [citované 22.9.2021].

MORAVČÍKOVÁ, J. *Psychofyzická príprava na pôrod z pohľadu rodičiek*: diplomová práca. Ružomberok: Katolícka univerzita, 2008. s. 91.



NAKAO, J., MOJI, K., HONDA, S., OISHI, K. *Initiation of breastfeeding within 120 minutes after birth is associated with breastfeeding at four months among Japanese women: A self-administered questionnaire survey*. 2008. [online]. Dostupné na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18184440/> [citované 22.9.2021].

NAKONEČNÝ, M. Léčitelství přírodní. In *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. s.116, ISBN 80-85850-03-6.

Newlifelifehotels. 2021. [online]. Dostupné na: <http://www.newlifelifehotels.com/>, [citované 21.09. 2021].

ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo, 1995. 151 s. ISBN 80-85794-05-2.

ODENT, M. *Láska ako věda*. Praha: Rodiče, 1999. 112 s. ISBN 80-86489-82-7.

PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství@porodu*. Praha: Galén, 2006. 414 s. ISBN 80-7262-411-3.

PAŘÍZEK, A. *Porodnická analgezie a anestezie*. Praha: Grada Publishing s. r. o., 2002. 535 s. ISBN 80-7169-969-1.

PAVÚROVÁ, I. et. al. Zavádzenie alternatívneho pôrodnictva do praxe. In *Sestra*. 2004, roč. 3, č. 2, s. 32-34, ISSN 1335-9444.

PROCHÁZKOVÁ, M., MYŠÁKOVÁ, H. Kurzy pre tehotné organizované v pôrodnici. In *Ošetrovateľský obzor*. 2007. roč. 4, č. 1-2, s. 28-32, ISSN 1336-5606.

PROCHÁZKA, M., PLIKA, R. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. Olomouc: Fakulta zdravotnických věd. 2018. 258 s. ISBN 978-80-244-5322-4.

PROCHÁZKA, M. et al. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. 2020. 800 s. ISBN 978-80-7345-618-4.

REPKOVÁ, A., KOLAŘÍKOVÁ, A. Zavádzenie alternatívneho pôrodnictva do praxe. In *Sestra*. 2003, roč. 2, č. 1, s. 32 – 34, ISSN 1335-9444.

REPKOVÁ, A. Psychologické metódy tlmenia pôrodnej bolesti. In *Sestra*. 2007. čís. 3-4, s. 20-22, ISSN 1335-9444.

REPKOVÁ, A., PADYŠÁKOVÁ, H. Sprevádzajúce osoby pri pôrode. In *Ošetrovateľský obzor*. 2007. roč.4, čís. 1-2, s. 33-35, ISSN 1336-5606.



ROMANO, M. A., GOER, H. Research Summary for Normal Birth. 2008. In *J Perinat Educ.* 2008;17(3):55-60. doi:10.1624/105812408X324552 [online]. Dostupné na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2517182/> [citované 22.9.2021].

RODRIGUES, I. M. *Eating during labor.* 2010. [online]. Dostupné na: <https://www.medscape.com/viewarticle/717884>, [citované 19.9.2021].

ROVNÁ, S. Príprava na pôrod. In *Setra.* 2005, roč. 4, č.1, s. 28-29, ISSN 1335-9444.

ROZTOČIL, A. et al. *Moderní porodnictví.* Praha: Grada, 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

ROZTOČIL, A. et al. *Moderní porodnictví.* 2. dopln. Vydanie. Praha: Grada, 2017. 621 s. ISBN 978-80-247-5753-7.

ROZTOČIL, A. „*Alternativní porodnictví*“ dnes. Prednáška na RZD, 14. november 2008.

ROZTOČIL, A. et al. *Porodnictví v kostce.* Praha: Grada. 2020. 590 s. ISBN 978-80-271-2098-7.

ROZTOČIL, A. Desatoro prirodzeného pôrodu. In *Moderní gynekologie a porodnictví.* Praha: A-medi management s.r.o. 2020. Vol. 28, č. 2, červenec, s. 102-103. ISSN 1211-1058.

SEARS, W., SEARSOVÁ, M. 2012. *Vzťahová výchova – Praktická príručka o citlivom a prirodzenom prístupe k dieťaťu.* Bratislava: Christbook, 2012, 240 s. ISBN 978-80-970948-1-2.

SIMKINOVÁ, P. *Partner u porodu.* Praha: Argo. 2000, 243s. ISBN 80-7203-308-5.

SIMOČKOVÁ, V. 2014. *Pôrodná asistancia 1. Tehotenstvo.* Ružomberok: Verbum. 2014, 158 s. ISBN 978-80-561-0128-5.

ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi.* Praha: Portál, 1998. 246 s. ISBN 80-7178-557-1.

Slovník cudzích slov. 2021. [online]. Dostupné na: <https://slovník.aktuality.sk/slovník-cudzích-slov/?q=alternat%C3%ADvny>. [citované 21.09.2021].

SMITH, C. A., COLLINS, C. T., CYNA, A. M., CROWTHER, C. A. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. In *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Oct 18;2006(4):CD003521. doi: 10.1002/14651858.CD003521.pub2. PMID: 17054175; PMCID: PMC6984441. [online]. Dostupné na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17054175/> [citované 22.9.2021].



ŠRÁČKOVÁ, D. *Rooming in*. 2007. [online]. Dostupné na: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticka-gynekologie/2007-1/rooming-in-48631>, [citované 22.9.2021].

STADELMANN, I. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. Praha: One Woman Press, 2004. 579 s. ISBN 80-86356-31-0.

STOPPARDOVÁ, M. *Počatie, tehotnosť a pôrod*. 1. vyd. Martin: Neografia, 1996. 352 s. ISBN 80-85186-90-X.

STOPPARD, M. *Conception, pregnancy and birth*. London: Dorling Kindersley Limited, 2005. 376 s., ISBN 9781405306126.

ŠTROMEROVÁ, Z. *Možnost volby*. Praha: Argo, 2005. 183 s. ISBN 80-7203-653-X.

ŠOLTÉS, L. *Etické postoje k alternativnej „medicíne.“* 2008. Nepublikovaný materiál.

TOMÁŠ, S., DANKO, J. Epidurálna pôrodnická analgézia. In *Praktická gynekológia*. 2002. roč. 9, č. 1, s. 19-22, ISSN 1335-4221.

TOMÁŠ, S. *Bezbolestný pôrod*. Martin: Osveta, 2000. 105 s. ISBN 80-8063-040-2.

TOŠNER, J. Porod doma a porod do vody. In *Praktická gynekológia*. 2003. vol. 10, č. 1, s. 37-42, ISSN 1335-4221.

TRČA, S. *Partner v těhotenství a při porodu*. Praha: Grada, 2004. 108 s. ISBN 80-247-0869-8.

TREFFERS, P., HOOPE- BENDEROVÁ, P. *Bezpečné mateřství*. Ženeva: SZO, 1996.

VALENT, M. Manažment fyziologického pôrodu vo svetle súčasných poznatkov. In *Praktická gynekológia*. 2001. vol. 8, čís. 4, s. 162-174, ISSN 1335-4221.

VERNY, T., KELLY, J. *Tajomný život dieťaťa pred narodením*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1993. 177 s. ISBN 80-08-02055-5.

VOLEJNÍKOVÁ, H. *Cvičení v práci porodní asistentky*. Brno: IDVPZ, 2002. 51 s. ISBN 80-7013-351-1.

WESSELS, M., OELLERICH, H. *Cvičení v těhotenství a šestinedělí*. Praha: Grada, 2006. 127 s. ISBN 80-247-1427-2.

WHO. *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka*. Ženeva: WHO, 1999. 44 s.



WHO. *Kangaroo mother care: Practical guide*. Ženeva: WHO, 2003, s. 48, ISBN 92 4 1590351.

Urlab- anbieter. 2021. [online]. Dostupné na: <http://www.urlaub-anbieter.com/baby-mio.htm>, [citované 21.09. 2021].

ZELINOVÁ, J. *Muzikoterapie*. Praha: Portál, 2007. 254 s. ISBN 978-80-7367-237-9.

ŽÚBOR, P. Pôrod do vody. In *Praktická gynekológia*. 2007. roč. 14, č. 1, s. 3-9, ISSN 1335-4221.

ŽÚBOR, P. Pôrod v treťom miléniu. In *Praktická gynekológia*. 2004. vol. 11, čís. 1, s. 25-27, ISSN 1335-4221.



ZOZNAM POUŽITÝCH SYMBOLOV A SKRATIEK

AAMT	Americká asociácia muzikoterapie
BFH	Nemocnica priateľská deťom
CIMS	Koalícia za zlepšenie pôrodných služieb
ČGPS	Česká gynekologicko- pôrodnícka spoločnosť
ČLS JEP	Česká lekárska spoločnosť Jana Evangelisty Purkyně
EDA	Epidurálna analgézia/anestézia
EBM	Medicína založená na dôkazoch
EBMid	Pôrodná asistancia založená na dôkazoch
EBN	Ošetrovatel'stvo založené na dôkazoch
ENCA	Európska sieť pôrodných asociácií
IMBCI	Medzinárodná iniciatíva za pôrodnú starostlivosť o matku a dieťa
OSN	Organizácia spojených národov
PEDA	Pôrodná epidurálna analgézia/anestézia
SAZ	Subarachnoidálna analgézia/anestézia
TENS	Transkutánná elektrická nervová stimulácia
UNICEF	Medzinárodný detský fond OSN pre pomoc v núdzi
WHO	Svetová zdravotnícka organizácia



ZOZNAM PRÍLOH

PRÍLOHA P I: POROVNANIE METÓDY GRANTLY DICK- READA A FERNANDA LAMAZE

PRÍLOHA P II: TECHNIKA DÝCHANIA PODĽA LAMAZEHO- POMALÉ DÝCHANIE

PRÍLOHA P III: TECHNIKA DÝCHANIA PODĽA LAMAZEHO- MODIFIKOVANÉ POMALÉ DÝCHANIE

PRÍLOHA P IV: TECHNIKA DÝCHANIA PODĽA LAMAZEHO- MODIFIKOVANÉ DÝCHANIE PODĽA VZORCA

PRÍLOHA P V: TECHNIKA DÝCHANIA PODĽA LAMAZEHO- DÝCHANIE POČAS TLAČENIA

PRÍLOHA P VI: TECHNIKA DÝCHANIA PODĽA LEIFER- POMALÉ DÝCHANIE

PRÍLOHA P VII: TECHNIKA DÝCHANIA PODĽA LEIFER- MODIFIKOVANÉ DÝCHANIE

PRÍLOHA P VIII: TECHNIKA DÝCHANIA PODĽA LEIFER- MODULOVANÉ DÝCHANIE



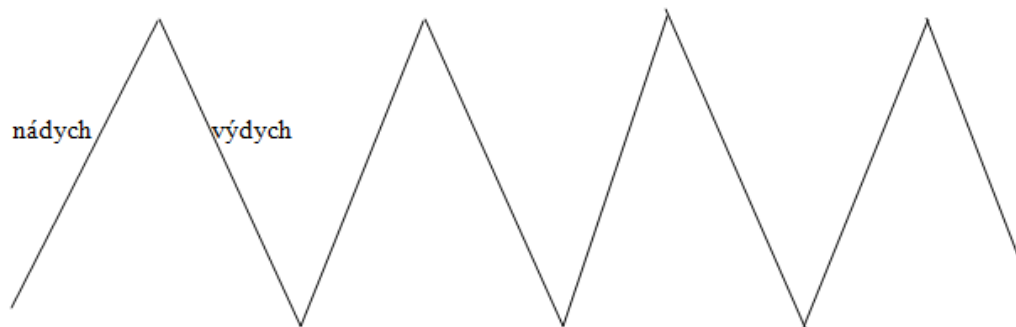
PRÍLOHA P I: POROVNANIE METÓDY GRANTLY DICK- READA A FERNANDA LAMAZE

DICK- READ	LAMAZE
Hlavný rušivý faktor: strach	Hlavný rušivý faktor: negatívne podmienené reflexy
Následky: porucha psychosomatického správania (afektívne, vegetatívne a svalové napätie), syndróm „strach–napätie–bolesť“	Následky: poruchy kortikálne – subkortikálne, výmenných vzťahov, „prienik“ negatívne podmienených reflexov do mozgovej kôry
Profylaktické metódy: vysvetlenie, uvoľňovacie cvičenie, nácvik dýchania, gymnastika	Profylaktické metódy: vysvetlenie v zmysle Pavlovových reflexov, náhrada negatívnych sugescií pozitívnymi, preškoľenie
Účinok prípravy na pôrod: afektívne, vegetatívne a svalové uvoľnenie	Účinok prípravy na pôrod: „aktivácia“ mozgovej kôry, náhrada negatívne podmienených reflexov pozitívnymi reflexami
Princíp prípravy na pôrod: orientovanie tehotnej na aktívne uvoľnenie a psychologická príprava na cieľ prípravy	Princíp prípravy na pôrod: výchova k aktívnej spolupráci (princíp výkonnosti), „duševná výchova“
Typy dýchania: pomalé, relaxačné	Typy dýchania: rýchle, „aktivujúce“ (na odvrátenie pozornosti)
Cieľ: prirodzený pôrod	Cieľ: bezbolestný pôrod

Zdroj: Moraučíková, 2021



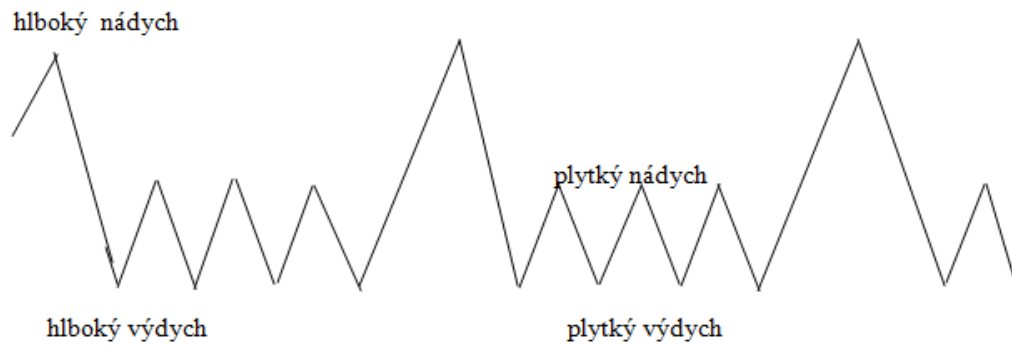
PRÍLOHA P II: TECHNIKA DÝCHANIA PODĽA LAMAZEHO- POMALÉ DÝCHANIE



Spracované podľa: Martin, Reeder, 1991



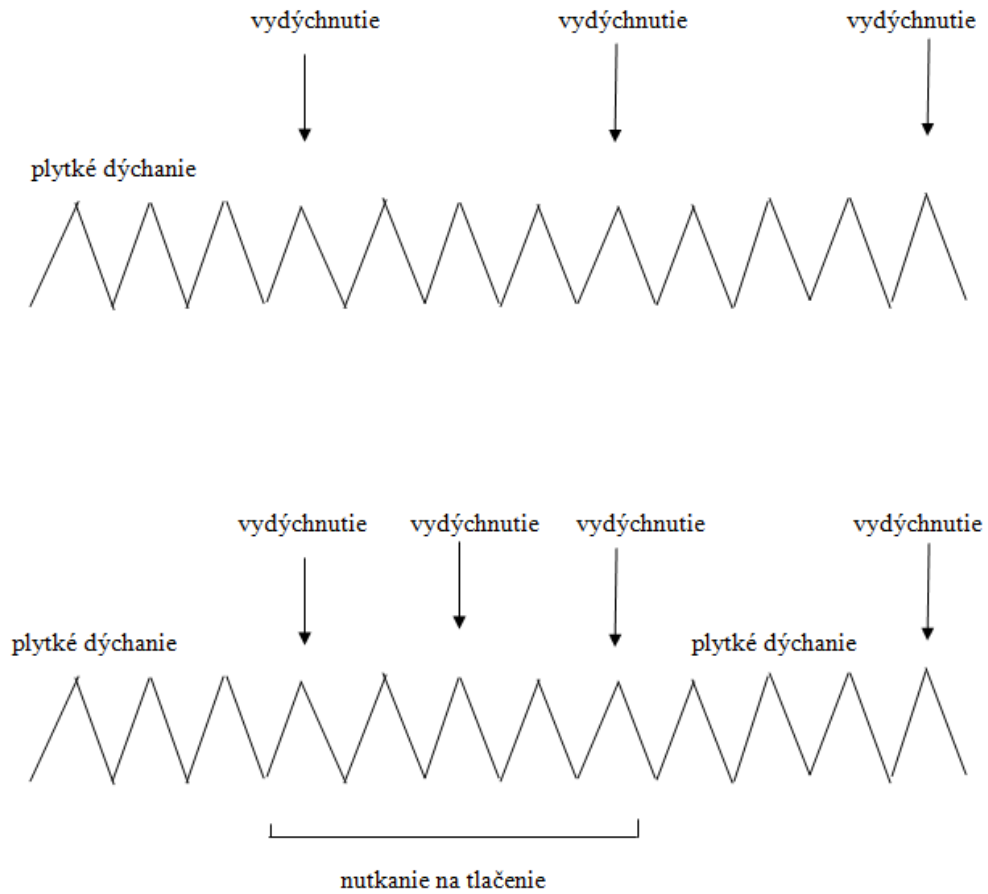
PRÍLOHA P III: TECHNIKA DÝCHANIA PODĽA LAMAZEHO- MODIFIKOVANÉ POMALÉ DÝCHANIE



Spracované podľa: Martin, Reeder, 1991



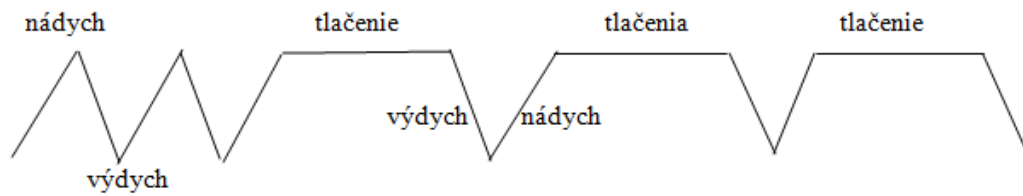
PRÍLOHA P IV: TECHNIKA DÝCHANIA PODĽA LAMAZEHO- MODIFIKOVANÉ DÝCHANIE PODĽA VZORCA



Spracované podľa: Martin, Reeder, 1991



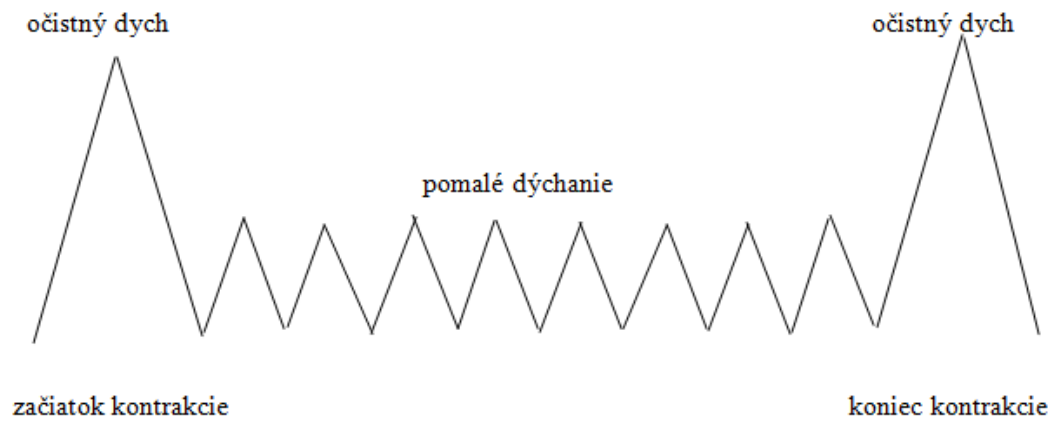
PRÍLOHA P V: TECHNIKA DÝCHANIA PODĽA LAMAZEHO- DÝCHANIE POČAS TLAČENIA



Spracované podľa: Martin, Reeder, 1991



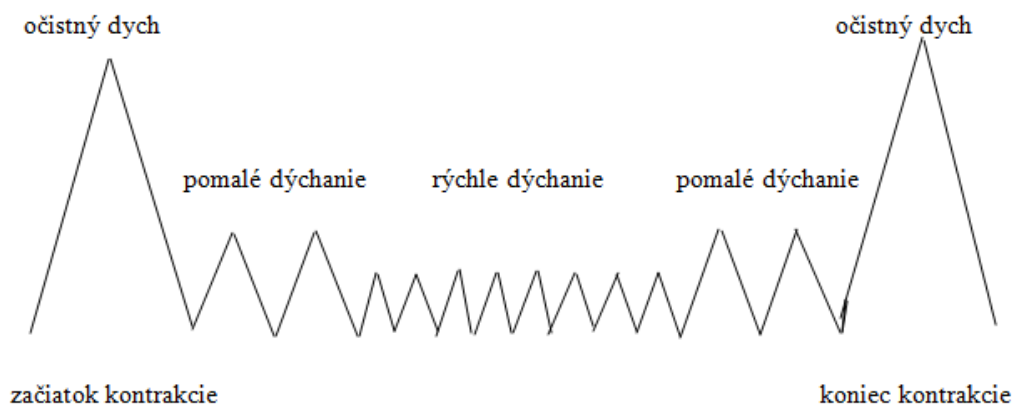
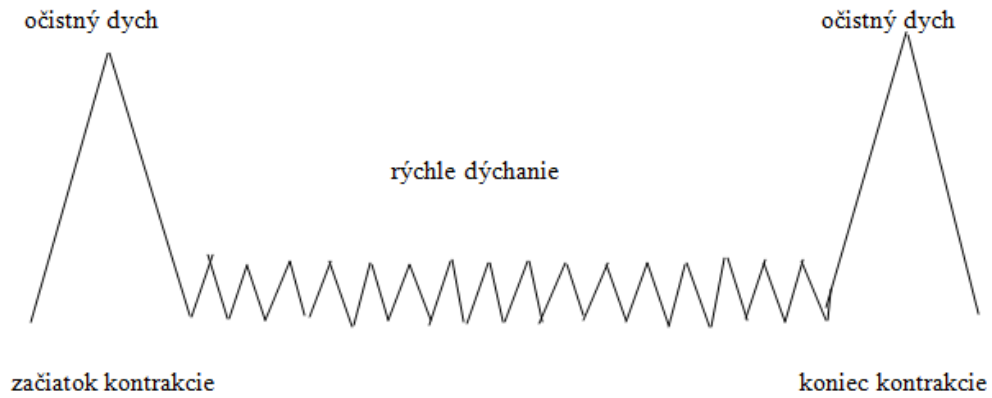
PRÍLOHA P VI: TECHNIKA DÝCHANIA PODĽA LEIFER- POMALÉ DÝCHANIE



Spracované podľa: Leifer, 2004



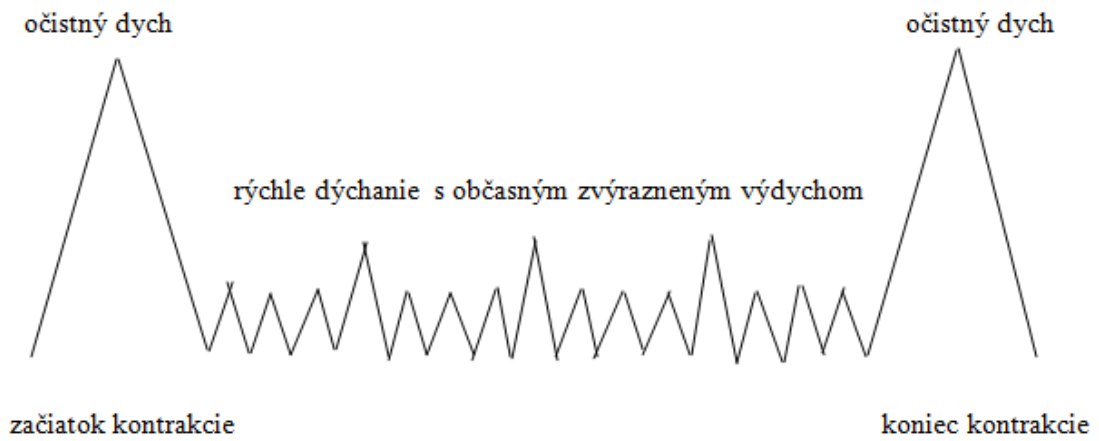
PRÍLOHA P VII: TECHNIKA DÝCHANIA PODĽA LEIFER- MODIFIKOVANÉ DÝCHANIE



Spracované podľa: Leifer, 2004



PRÍLOHA P VIII: TECHNIKA DÝCHANIA PODĽA LEIFER- MODULOVANÉ DÝCHANIE



Spracované podľa: Leifer, 2004



Názov: Alternatívne metódy vedenia pôrodu

Autor: PhDr. Bc. Eva Moraučíková, PhD.

Vydavateľ: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Vydané elektronicky

Poradie vydania: Prvé

Rok vydania: 2021

ISBN: 978-80-7678-054-5