ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ
Katedra psychologie

PŘÍTOMNOST OTCE U PORODU

Bakalářská práce

Dana Pašková

Specializace v pedagogice: výchova ke zdraví (2009-2012)

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Šámalová

Plzeň, červen 2012

Prohlašuji, že jsem předloženou závěrečnou práci vypracovala samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v přiloženém seznamu literatury.

V Plzni dne 15. června 2012

……..……

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala Mgr. Kateřině Šámalové za vedení své bakalářské práce, chápavý přístup a poskytnutí praktických rad, které přispěly k dokončení této práce. Poděkování patří také všem, kteří věnovali svůj čas vyplnění dotazníku, čímž mi poskytli důležité informace pro praktickou část práce.

Plzeň 15. června 2012 Dana Pašková

OBSAH

ÚVOD 7
TEORETICKÁ ČÁST 8
1 POHLED DO HISTORIE PORODNICVÍ 9
2 POHLED NA SOUČASNÉ PORODNICTVÍ 13
2.1 Vznik a vývoj plodu 13
2.1.1 První trimestr 13
2.1.2 Druhý trimestr 14
2.1.3 Třetí trimestr 15
2.2 Změny v těhotenství 15
2.2.1 Fyzické změny 16
2.2.2 Psychika v těhotenství 17
2.3 Otec u porodu v České republice 19
2.4 Úloha partnera v průběhu těhotenství 20
2.5 Prenatální komunikace 21
2.6 Prenatální péče 23
2.6.1 Předporodní kurzy 24
2.6.2 Porodní plán 24
2.7 Argumenty pro a proti přítomnosti otce u porodu 25
2.8 Právní problematika otce u porodu 27
3 ÚLOHA OTCE V PRŮBĚHU PORODU 29
3.1 Výběr porodnického zařízení 29
3.2 Úloha otce v přípravném období 31
3.3 Úloha otce v 1. době porodní 31
3.4 Úloha otce v 2. době porodní 33
3.4.1 Ošetření novorozence 34
3.5 Úloha otce ve 3. době porodní 34
3.6 Úloha otce ve 4. době porodní 35
3.7 Úloha otce u operativního porodu 35
3.8 Úloha otce při alternativním porodu 36
3.8.1 Domácí porod 37
3.8.2 Porod do vody 38
3.8.3 Další alternativní možnosti 39

3.9 Zvládání bolesti během porodu ... 40
3.10 Potřeby otců u porodu ... 42
4 POPORODNÍ OBDOBÍ ... 44
4.1 Poporodní deprese u žen ... 44
4.2 Poporodní deprese u mužů ... 46
4.3 Sexualita po porodu ... 46
4.4 Co přináší rodičovství ... 48
4.4.1 Mateřství ... 48
4.4.2 Otcovství ... 49
PRAKTICKÁ ČÁST ... 51
5 PROJEKT VÝZKUMU ... 52
5.1 Cíl a úkoly výzkumu ... 52
5.2 Charakteristika vzorku respondentů ... 52
5.3 Metody výzkumu ... 53
5.4 Analýza dotazníku ... 53
5.5 Shrnutí výzkumu ... 82
ZÁVĚR ... 84
RESUMÉ ... 86
BIBLIOGRAFIE ... 88
PŘÍLOHY ... 91

ÚVOD

Přítomnost otce u porodu je v dnešní době zcela běžnou věcí. Ovšem před sto lety si nikdo nedovedl představit, že by mohl být muž přítomen u porodu. Tehdy bylo rození dětí ryze ženskou záležitostí. Otec pomáhal maximálně s přípravami na porod, ale téměř nikdy se porodu neúčastnil. Po druhé světové válce dochází k ústupu domácích porodů a k jejich přesunu do nemocnic. Znamenalo to nástup lékařsky vedených porodů, striktních nařízení i zákazů. Ale ženy stále více toužily po intimitě a sociálním zázemí, nechtěly být na všechno samy pouze za přísného dohledu zdravotnického personálu. Toužily mít u sebe někoho blízkého. V nejvyspělejších zemích se muži účastní porodu od šedesátých let dvacátého století, u nás se tak stalo později. Příchod mužů na porodní sály znamenal humanizaci porodů. Těmito poznatky, různými pohledy na přítomnost otce u porodu, jeho úlohou v průběhu těhotenství, porodu i poporodním období se zabývá teoretická část této bakalářské práce, která je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola se vrací do historie porodnictví, další dvě se zabývají průběhem těhotenství, předporodní přípravou, řeší zapojení otce do těhotenství a porodu. Poslední kapitola teoretické části je věnována poporodnímu období.

V odborné literatuře se uvádí, že účast otce u porodu má kladný vliv na celý průběh porodu, zkracuje délku porodu, snižuje potřebu medikace za porodu, promítne se do budoucího vztahu mezi otcem a dítětem, pozitivně působí na další partnerské soužití. Co znamená přítomnost otce u porodu pro rodičku a pro nastávajícího otce je právě tématem praktické části bakalářské práce. V ní jsem se pokusila pomocí dotazníkového šetření shromáždit informace, které mohou napovědět, zda je účast u porodu rozhodnutím muže, zda je někým nucen nebo zda jde o trend současné doby. Dále mě zajímal význam společně prožitého porodu pro partnerský vztah a sexuální život partnerů, zda je to může nějakým způsobem ovlivnit. Pokusila jsem se zjistit, v čem ženy a muži spatřují pomoc muže u porodu, zda jeho přítomnost hodnotí spíše jako podporu fyzikou či psychickou. Získaná data byla následně analyzována, zpracována do přehledných tabulek a grafů a vyhodnocena jednotlivě i souhrnně.

TEORETICKÁ ČÁST

1 POHLED DO HISTORIE PORODNICVÍ

Porod býval od dávných dob záležitostí žen, zpočátku musela žena rodit zcela sama, bez jakékoli vnější pomoci. Teprve, když se lidé začali sdružovat do skupin, pomáhali ženě při porodu starší příbuzné či zkušené ženy, manželé, šamani atd. Z této pomoci se postupně stalo povolání některých žen. Ve starověku ženám při porodu pomáhaly omhalotomon, pupkořezky, porodní báby, v Itálii commare (spolu s matkou), v Portugalsku comadre, v Anglii midwife (spolu se ženou), v německy mluvících zemích Hebammen, Nabelmutter (pupkomatky), Wehemutter (matky bolesti) a Bademutter (matky koupající), V Holandsku vroedwyf a ve Francii sagefemme, což značí ženu moudrou.

V Egyptě měli značné znalosti porodnické a gynekologické, což dokazují papyry známé pod jmény Kahoun (2200-1950 př. n. l.), Erwin Smith (1700 př. n. l.), Carlbudr Ebers (1600 př. n. l.). (Roztočil, A. a kol., 2008) Již zde existovaly porodní báby, z papyrů jsou známé Shiphrah a Puah. (Vránová, 2007) Egyptští lékaři zjišťovali těhotenství i pohlaví dítěte pomocí moči ženy. Pokud vyklíčila pšenice, kterou skropili močí těhotné, měla se narodit dívka, pokud vyklíčil ječmen, měl to být chlapec. Ženy bohatých mužů rodily v chrámech za pomoci kněžky, která byla zároveň porodní bábou. (Růžička, 2004) Podle dochovaných kreseb ženy během porodu klečely nebo seděly v podřepu na cihlách, při porodu jim asistovalo několik porodních babiček. Během porodu se zároveň prováděly různé magické kultovní obřady a zaříkávání. (Pollak, 1976) Hned po porodu určovalo osud dítěte sedm sudiček Hathór, teprve potom bylo dítě ukázáno otci, který mu dal jméno. (Růžička, 2004) V dávné Babylónii ženám při porodu pomáhaly porodní báby, během porodu se také prováděly různé magické úkony, modlitby a zaříkávání. U starých Indů byla úroveň porodnictví již na vyšší úrovni, popisují některé porodnické operace, byl přesně znám vývoj plodu, a také se zde poprvé objevuje muž jako lékař u porodu. (Vránová, 2007) Ženy z vyšších kast rodily v porodnických chýších, kam odcházeli v devátém měsíci těhotenství a byly zde připravovány na porod. Při samotném porodu ženě asistovaly čtyři ženy a dbalo se na náboženské a magické předpisy. Platilo zde nařízení, že lékař musel při úmrtí ženy provést císařský řez a vybavit živé nebo i mrtvé dítě. (Pollak, 1976) V Číně a Japonsku bylo porodnictví díky malé znalosti anatomie na nižší úrovni, a bylo výhradně doménou odborně vzdělaných žen. Využívala se medikace při porodu, porodnické operace i císařský řez, lékař se zúčastňoval porodu jen v případě problémů. Těhotné ženy zde musely přesně dodržovat životní režim a stravu určenou pro těhotné, rodily a dodnes rodí hlavně vkleče a ve vzpřímené poloze. V Japonsku odcházely ženy po porodu na tři měsíce do domu matky, aby svým

stavem muže neobtěžovaly. (Pollak, 1976) U Aztéků byly porodní báby ve velké úctě a byly řazeny na úroveň lékařů. Dokonce porodní bába byla jednou ze čtyř stařen, které doprovázely nevěstu ke svatebnímu obřadu. Od okamžiku, kdy žena otěhotněla, byla až do porodu v péči oné báby. Těhotenství zde bylo, stejně jako u ostatních národů, opředeno mnoha pověrami, těhotné musely dodržovat správnou životosprávu a vyhýbat se těžké práci. V posledních dnech před porodem žila porodní bába s rodičkou pohromadě, aby byla včas u porodu. Rodičky zde rodily v podřepu. (Pollak, 1976) Určité porodnické znalosti nalézáme u Hebrejců, existovalo zde i hebrejské babictví. Můžeme najít i zmínky o aktivní pomoci manžela u porodu. (Roztočil aj., 2008)

Pro rozvoj porodnictví v Evropě mělo největší význam lékařství v Řecku, Římě. Jediným porodníkem klasického Řecka, jehož spisy o porodnictví se zachovaly, byl Hippokrates (460-370 př. n. l.). Jeho pokračovatelem, který se také zabýval porodnictvím, byl vyškolený lékař Aristoteles ze Stageiry (384-322 př. n. l.). O rodičky se ve starém Řecku staraly porodní báby. Nejstarší porodní polohou byla poloha vkleče nebo vzpřímená, používaly se zde porodní stolice. Velký význam pro úspěšný porod měly různé magické úkony, modlitby, amulety, a to podle jednotlivých kultur a náboženství. Po šťastných porodech byla projevována vděčnost bohům. Mezi významné osobnosti starověku patří také Soranus z Efesu (95-138 n. l.), který ve své monografii Peri gynaikeion (O věcech ženských) určené porodním bábám, přinesl velmi cenné poznatky z porodnictví a gynekologie. V jeho době porodnictví dosáhlo nejvyšší úrovně. (Doležal, 2001)

Ovšem po pádu Římské říše nastala doba temna raného středověku pro veškerý vědecký pokrok. (Leifer, 2004) V Evropě bylo do poloviny 16. století porodnictví pouze doménou žen. Z počátku byla úroveň porodních bab na velmi nízké úrovni, jejich povinnosti později upravovali ve Francii, rakouských a německých zemích určité řády. Porodní báby neměly žádné teoretické vzdělání, v kritických případech volaly na pomoc chirurgy a ranhojiče. Porody byly opředeny řadou mýtů a pověr. Muž, jako lékař u porodu, se objevuje až chirurg A. Paré (asi 1500-1590). Průlomem v dosavadní porodní péči bylo zajišťování porodu vzdělanými chirurgy mezi šlechtou. Postupně docházelo k vydělování porodnictví z chirurgie a k pojmenování nového povolání porodníka, ve Francii byl nazýván jako accouchaeur, v Anglii man-midwife, v německy mluvících zemích Geburtshelfer. V Čechách se první porodníci nazývali babiči a objevují se až v 18. století. Přesto muži v tomto postavení měli poměrně nízký status. (Doležal, 2001)

Kolébkou evropského porodnictví byla Francie, kde se porody chudiny koncentrovali do nemocnice nazvané Hotel-Dieu Maternité. Ústav vedly zkušené porodní báby a pracovali zde i chirurgové, kteří zde získávali potřebné znalosti a zkušenosti, docházelo k propojení vědeckého zkoumání s klinickou praxí. Svou kariéru zde také rozvinul zakladatel oboru porodnictví Francois Mauriceau (1637 – 1709). Vznikla francouzská porodnická škola a tento směr se šířil do okolních zemí. Po celé Evropě se objevuje opovrhované povolání muže zabývajícího se porodnictvím, z porodnictví se stává exaktní věda. Rozvoj porodnictví je spjat s rozvojem teoretických biologických oborů, hlavně anatomie, embryologie, fyziologie, opírá se o poznatky z mechaniky, fyziky i chemie. (Doležal, 2001) Důležitým objevem, který výrazně snížil úmrtnost rodiček, způsobenou výskytem puerperální horečky (horečky omladnic), bylo zavedení dezinfekce rukou a nástrojů od roku 1890. (Leifer, 2004)

V Čechách založil první Pražskou porodnickou školu Antonín Jungmann (1775-1854), kde se školili porodní báby a porodníci z celé Evropy. První ústav, který se staral o těhotné a jejich děti, byl „Vlašský špitál“ na Menším Městě pražském, dalším byl pak ústav na Novém Městě, který byl otevřen v roce 1765, a byla to porodnice s nalezincem. Později přibyla porodnice a nalezinec u kostela sv. Apolináře na Novém Městě pražském. A v roce 1784 byly vybudovány další porodní ústavy v Olomouci a Brně (Čech, aj. 1999) Před rokem 1900 většina žen rodila doma, do nemocnic se dostávaly jen těžké případy. V nemocnicích byly často nevyhovující podmínky, ošetřující personál byl často neškolený. Ale s rozvojem medicíny se situace v nemocnicích zlepšuje. (Leifer, 2004) Po druhé světové válce dochází k velkému rozvoji oboru porodnictví a lékařských fakult, vznikají nová klinická pracoviště. Ztížené podmínky pro rozvoj oboru nastal po roce 1948. Někteří odborníci se nemohli naplno věnovat své vědecké činnosti a byl ztížen kontakt se zahraničím. Přesto se v porodnictví rozvíjí nové biochemické metody i využití elektroniky. (Čech, aj., 1999) Postupně dochází k přesunům porodů do nemocnic a v roce 1960 již v porodnicích rodilo více než 90% rodiček. Ovšem v nemocnicích nebyl příliš brán ohled na pocity ženy samotné, nebyl přijat přístup orientovaný na rodinu, ženy postrádaly intimitu a sociální zázemí. (Leifer, 2004) Spíše se dbalo na lékařská nařízení a předpisy. Muži přiváželi ženy do porodnice a nechávali je zde samotné. Po porodu byly děti odloučeny od matek, a ty je viděly pouze při kojení. Moderní porodnictví s lékařsky vedenými porody se negativně promítalo do psychiky rodiček.

Postupně vznikaly organizace, které se tuto situaci v porodnictví pokoušely zlepšit, jako např. Americká akademie sester a porodních asistentek (ACNM), Asociace pro zdraví žen, porodnické a neonatální ošetřovatelství (AWHONN). (Leifer, 2004) Přednáškou

o humanizaci porodů a myšlenkou partnera u porodu vzbudila velkou pozornost profesorka Newtonová v roce 1970 na konferenci Americké společnosti ženských lékařů, kde uvedla: "*Lékařské předpisy všeobecně zakazují otcům, aby přihlíželi narození vlastního dítěte a poskytli ženám psychickou podporu v pokročilém stádiu bolesti; stává se to navzdory skutečnosti, že porodní tým nemá čas, aby rodičku v jejích bolestech potěšil. Přitom téměř každý porod je provázen psychickou krizí, v níž je žena obzvláště náchylná k silné závislosti na lidech, kteří jsou právě v jejím okolí*." (Trča, 2004, s. 10) Lékaři pochopili důležitost společného prožívání porodu matkou i otcem a možnost vzniku pevnějšího vztahu mezi otcem a dítětem. Začal se prosazovat tzv. přirozený způsob vedení porodu, který klade hlavní důraz na psychiku ženy. (Stackeová, Böhmová, 2010) Ze Spojených států amerických se šířila tato nová vlna do Evropy, kde byla propagována hlavně francouzskými porodníky. Podle statistik rodilo kolem roku 2000 v USA společně asi 90% partnerských dvojic, Ve Velké Británii asi 70%. (Trča, 2004).

2 POHLED NA SOUČASNÉ PORODNICTVÍ

Péče o těhotné a rodící ženy zaznamenala ve 20. a 21. století podstatné změny. Cílem moderního porodnictví není pouze úspěšné ukončení těhotenství korunované předáním zdravého novorozence matce, ale jeho cílem je vytvořit z těhotenství a porodu mimořádnou událost v životě celé rodiny, která pro všechny zůstane krásnou vzpomínkou. Porod je mimořádnou událostí jak v rovině fyziologické, tak psychologické i sociální, a patří mezi vrcholné zážitky života ženy i muže. O unikátní úloze otce dítěte během těhotenství i porodu dnes již nikdo nepochybuje, jeho zapojení do celého procesu má pozitivní vliv na vytváření rodinných vztahů. Porodní sály jsou otevřeny pro blízké rodinné příslušníky a žena má možnost jak své obavy, úzkost, porodní bolesti a hlavně radost z narozeného dítěte s kým sdílet. (Roztočil aj., 1996)

2.1 Vznik a vývoj plodu

Početí, těhotenství a porod patří zpravidla mezi nejvýznamnější a nejúžasnější události v životě obou partnerů. Většina párů přistupuje k plození potomka velmi zodpovědně. Již samotné početí bývá pečlivě naplánováno. Ženy sledují svůj cyklus, ovulaci si určují pomocí výpočtů, testů či jiných metod. Plodnost lidí je velmi odlišná, proto u některých párů dojde k otěhotnění dříve, u jiných později, některé páry musí vyhledat lékařskou pomoc, a některým se zplození vlastního potomka nikdy nepodaří. Počátek lidského života probíhá na mikroskopické úrovni. Těhotenství začíná oplozením, tj. splynutím ženské zárodečné buňky (vajíčka) s mužskou zárodečnou buňkou (spermií), a je ukončeno průměrně po 280 dnech porodem plodu. Pokud se vše zdaří, stojí tedy v okamžiku početí oba partneři na prahu dlouhých čtyřiceti týdnů, na jejichž konci se narodí nová lidská bytost. Těhotenství je rozdělováno na tři období – trimestry a každý trimestr je charakterizován určitými změnami.

2.1.1 První trimestr

Asi dva týdny po ukončení menstruace dochází k ovulaci. To znamená, že zralé vajíčko se uvolní z jednoho vaječníku. Po pohlavním styku dochází ve vejcovodu k oplození spojením mužské zárodečné buňky (spermie) s ženskou zárodečnou buňkou (vajíčkem neboli oocytem). Pokud je ovocyt oplodněn spermií, která nese chromozóm Y, bude plod mužského pohlaví. Nese-li chromozóm X, narodí se dívka. Jádra obou zárodečných buněk se spojí a vzniká zygota, která obsahuje genetický základ embrya. Zygota se začíná dělit, až nakonec vzniká morula (útvar ze šestnácti buněk). Zároveň dochází k posunu vajíčka vejcovodem

směrem do dělohy, kam se morula dostává třetí den, zůstává zde volně uložena dva až čtyři dny a buňky se diferencují na dvě vrstvy. Vnitřní vrstva je blastocysta a vzniká z ní embryo a embryonální membrány. Z vnější buněčné vrstvy, trofoblastu, se vyvíjí embryonální membrána – chorion. Blastocysta se zanoří se do sliznice dělohy, dochází k nidaci. Tento proces je ukončen jedenáctý den po oplodnění, endometrium se stává deciduou, a ta se dělí na deciduu capsularis, která překrývá blastocytu. Mezi blastocystou a děložní stěnou je decidua basalis, a vzniká z ní mateřská část placenty. Zbytek děložní dutiny pokrývá decidua parietalis. Po implantaci se buňky začínají diferencovat, vzniká chorion, což je silná membrána s klky, která kryje amnion, žloutkový váček a primární zárodečné listy. Chorion a amnion jsou dvě membrány tvořící amniový vak s tekutinou, ve kterém se vznáší embryo. Z choria se postupně vytváří embryonální část placenty. Ze žloutkového váčku vznikají červené krevní buňky a je funkční pouze v embryonálním období. Primární zárodečnými listy jsou ektoderm, mezoderm a entoderm, a vytvářejí jednotlivé části těla.

Dýchání, výživu a vylučování plodu zajišťuje placenta, která má i funkci dočasné endokrinní žlázy. Kolem 22. dne od početí je cirkulace matka-placenta-plod kompletní. Mateřská a fetální krev je oddělena tenkou membránou, obě krve se za normálních okolností nemísí. Ke smísení krve může dojít při porodu, což může způsobit problémy v dalším těhotenství při inkompatibilitě krevních skupin. Placentární membrána určitou měrou chrání plod, ale mohou jí proniknout mnohé nebezpečné látky, jako léky, nikotin, alkohol, drogy či viroví činitelé. Spojení mezi matkou a plodem zajišťuje pupečník, jehož délka je 30 až 90 cm, a který se upíná většinou do středu placenty. Krev z plodu odvádějí dvě tepny a okysličenou krev do plodu přivádí jedna žíla. Amniální dutinu vyplňuje plodová voda, která zajišťuje podmínky pro růst a vývoj embrya a plodu. Z větší části je vytvářena axiálním epitelem, z části je tvořena močí plodu. Obsahuje soli, močovinu, bílkoviny, odloupané buňky plodu, mázek a kanuto a je mikrobiálně sterilní. (Leifer, 2004) V době období embryonálního vývoje, zhruba od 3. do 12. týdne těhotenství, prochází embryo stádiem organogeneze. Koncem emryonálního období jsou všechny orgánové soustavy jednoduchým způsobem funkční a je prakticky ukončena i zevní podoba plodu. Od 12. týdne se embryo mění v plod a nastupuje období fetálního růstu. (Roztočil aj., 2008)

2.1.2 Druhý trimestr

Druhým trimestrem je označováno období 14. - 27. týdne těhotenství. Velikost plodu na počátku tohoto období je přibližně 120mm a váha asi 150g. Toto období je charakterizováno rychlým růstem a vývojem plodu. Jeho kůže je tenká, vráscitá a má jemně

růžovou barvu. Obsahuje již potní žlázy, je pokryta lanugem a mázkem, jsou pod ní patrny cévy. Rozvíjejí se vlasy, nehty jsou zcela vytvořeny. Formují se zuby, na jazyku vznikají chuťové pohárky, začíná být funkční trávicí trakt, který tvoří smolku. Vývoj mozku a nervových zakončení dovoluje již dítěti používat hmat, na ultrazvuku je často vidět dítě cucající si palec. Pohlaví plodu je zřejmé i navenek. Jsou kompletní oči, oční víčka se koncem 2. trimetru začínají otevírat. Dítě vnímá změny světla a dokonce reaguje pohybem, pokud se posvítí baterkou na břišní stěnu. Pokračuje vývoj plic a objevují se primitivní dechové pohyby. Dochází k osifikaci některých kostí. Dítě má již lepší sluch, rozlišuje zvuky přicházející z okolí dělohy a z vnějšího prostředí. Dítě má v děloze dostatek prostoru k pohybu, je velmi aktivní a ženy kolem 20. týdne začínají cítit pohyby plodu. Na konci druhého trimestru plod váží asi 1100 g a měří přibližně 250 mm. (Roztočil aj., 2008)

2.1.3 Třetí trimestr

Třetím trimestrem nazýváme období od 28. týdne do porodu. Vyvíjí se svalová a tuková tkán, dítě se zakulacuje a zaobluje. Dokončuje se vývoj kosterního systému, kosti jsou měkké a ohebné. V době porodu je kostra dítěte tvořena asi 300 elementy. Pokračuje růst zevních pohlavních orgánů. Vývoj nervového systému se zrychluje a objem mozku se zvětšuje. Budují se spojení mezi nervovými buňkami, povrch mozku se brázdí a rýhuje. Vyvíjí se imunitní systém plodu. Červené krvinky se začínají tvořit v kostní dřeni. Plod postupně získává novorozenecký vzhled, má obočí, řasy a otevřená víčka. Dítě reguluje svou tělesnou teplotu a má rytmické dýchací pohyby. Kůži má hladkou a růžovou, mizí lanugo, rostou vlásky. Všechny smysly dítěte pracují. V posledním stádiu těhotenství, v období mezi 37. a 40. týdnem, plod dozrává, a v 38. týdnu je plod zcela zralý. Má stabilizován cyklus spánku a bdění, který pokračuje po narození. Vyplňuje v „pohodlné poloze“ děložní dutinu, většinou zaujímá polohu hlavou dolů. Velikost plodu je ovlivněna genetickými a nutričními vlivy, a také prostředím, ve kterém se vyvíjí. Jeho délka je na konci třetího trimestru 450-510 mm a váha 2600 - 3800 g. Současně s dozráním plodu dochází k přípravě děložní činnosti a porodu. (Roztočil aj., 2008)

2.2 Změny v těhotenství

„Těhotenství a porod jsou velmi významnou vývojovou krizí v životě ženy. Změny probíhají v oblasti somatické, fyziologické, endokrinní, psychické i sociální. V době těhotenství se žena vyrovnává s velkým množstvím zásadních změn. Vývoj psychických změn a reakcí ženy v těhotenství a při porodu je z velké části podmíněn osobností těhotné,

věkem a zralostí osobnosti, postojem k těhotenství, připraveností na novou roli matky, na jejím sociálním, ekonomickým zázemí, momentálním životním prostředí apod."(Ratislavová, 2008, s. 16) Těhotenství je doprovázeno změnami rodinných a partnerských vztahů, nastávají změny ekonomické. Postupně se mění tělo ženy a tyto somatické změny mohou některé ženy přijímat negativně. Ženy se obávají hmotnostního přírůstku, poškození svého těla, ztráty atraktivity. Dramatické jsou endokrinní změny během těhotenství, mnohé hormony (estrogeny, progesteron) dosahují mnohonásobně vyšších hodnot než mimo těhotenství, jiné jsou charakteristické pouze pro těhotenství. Tyto hormonální změny ovlivňují psychiku těhotné, především oblast emočního prožívání. Objevuje se řada rozporuplných pocitů, a to i u žen, které své těhotenství plánovaly. Na jedné straně je to štěstí, očekávání, naděje a důvěra a na straně druhé strach, nejistota, pochybnost a nedůvěra. Až u poloviny těhotných se projevují příznaky poruchy kognitivních funkcí, tzv. benigní těhotenské encefalopatie, jako dezorientace, zmatenost, zapomnětlivost apod. Tyto příznaky jsou mírné a po porodu spontánně ustupují. Také se objevují změny nálad od euforie po deprese, přehnané emoční reagování, podrážděnost a hyperkritičnost. Těhotenství samo o sobě může být zdrojem úzkosti či počátkem úzkostným poruch nebo vést k jejich zhoršení. Může se jednat o úzkost v souvislosti s těhotenstvím a porodem, o úzkost z nezvládnutí péče o dítě nebo může jít o úzkost, která je psychopatologickým symptomem. V těhotenství se může objevit také těhotenská deprese. Její příčinou jsou spíše biologické faktory, ale mohou se na ní podílet i některé faktory psychosociální, jako je negativní postoj k těhotenství, nízký socioekonomický statut apod. Prevencí těhotenských úzkostí či úzkostných poruch je důkladné informování těhotných a jejich partnerů lékaři či porodními asistentkami, neboť kvalitní informace zamezují vzniku mýtů, dohadů a zbytečných obav. (Ratislavová, 2008) Ženy by měly dostatečně odpočívat, ale také se věnovat svým zálibám a příjemným aktivitám. Vhodné je setkávání se a navazování nových přátelských vztahů ve skupině těhotných. Důležitá je podpora okolí, a právě zde je nejvýznamnějším činitelem partner, budoucí otec, který by se měl snažit o laskavý, chápavý přístup, o vytvoření klidného a ohleduplného domácího prostředí, aby žena netrpěla úzkostí a strachem. Ženy jsou citlivé na to, jak partner vnímá jejich těhotenské obtíže, jak se jim snaží pomoci. (Trča, 2004)

2.2.1 Fyzické změny

Přestože v prvním trimestru na ženě těhotenství ještě není patrné, je toto období charakterizováno velkými změnami na těle ženy. Zvětšuje se děloha a její svalová vlákna sílí. Někdy to bývá pociťováno ženami jako bolest v podbřišku, častěji u žen, které ještě nerodily.

Prsy se napínají a mohutní mléčné žlázy, zvětšují se zásoby tuku na prsou. Zrychluje se tepová frekvence i dech. Zpomaluje se peristaltika střevní, což se může u některých žen projevit zácpou. Objevují se ranní nevolnosti, mdloby či závratě, pálení žáhy, častější močení. Ženy bývají citlivé na pachy a vůně, mění se jim chutě. Jsou spavější a unavenější, ale také náladové, často přecitlivělé a plačtivé. A jen málokterá budoucí mamina může říci, že ji tyto průvodní příznaky těhotenství nepostihly. Tyto projevy se většinou po 12. týdnu těhotenství zmírní či vymizí. V tomto období lze očekávat váhový přírůstek okolo dvou kilogramů.

Ve druhém trimestru dochází k výrazné změně postavy těhotné ženy výrazným zvětšením bříška. To s sebou může přinášet bolesti zad a kloubů, někdy i otoky nohou. Dochází k hromadění tuku především na prsou a bocích. Zvyšuje se tlak dělohy na močový měchýř a to se projevuje častějším močením, někdy se objeví i mírná inkontinence například při kašli či smíchu. Zvýšená hladina progesteronu zpomaluje pohyby střev, častěji se objevuje zácpa, což je spojeno s větším rizikem vzniku hemeroidů. Vysoká hladina estrogenu může u některých žen způsobovat vznik tmavých skvrn na kůži obličeje, tmavnou také pigmentované oblasti těla. Mohou se tvořit strie, a to nejčastěji na kůži břicha a prsou. Zastavuje se přirozený cyklus padání vlasů. Srdce a ledviny jsou více zatíženy, neboť musí zabezpečit odpovídající krevní zásobení orgánů a zpracovat nadbytečnou tekutinu. Fyziologický váhový přírůstek v tomto trimestru by měl být okolo šesti kilogramů.

Ve třetím trimestru se některé ženy cítí skvěle, jiné se cítí vyčerpané a potřebují více odpočívat. Výrazně se zvětšuje bříško a vystupuje pupík. Tlak dělohy na žebra může žena pociťovat nepříjemně či bolestivě. Díky rostoucímu bříšku a váhovému přírůstku se u některých žen na kůži objevují strie. Dochází ke zhoršení krevního oběhu, na dolních končetinách mohou vznikat křečové žíly. Zvyšují se otoky dolních, někdy i horních končetin. Prsa mohou začít produkovat mlezivo. Díky zvyšující se váze dítěte a uvolněným kloubům a vazům jsou častější bolesti zad. Růst dělohy způsobuje celkově horší pohyblivost a dušnost žen. Ženy bývají hodně unavené, časté jsou poruchy spánku. Váhový přírůstek lze očekávat pět až šest kilogramů. (Deansová, 2003)

2.2.2 Psychika v těhotenství

Většina žen považuje těhotenství a narození svého dítěte za malý zázrak. Přesto část žen tuto roli nepřijímá a těhotenství vnímá jako nepřijatelné. Těhotenství představuje významnou vývojovou krizi, kdy se mohou projevit dříve nevyřešené psychické konflikty, ale přináší také potenciál pro jejich vyřešení a pro psychický růst. U některých skupin žen je

ztížena psychická adaptace na těhotenství, ale i v jeho celém průběhu na ně působí řada nepříznivých psychických faktorů. Vliv na přijetí těhotenství má věk těhotné ženy. Problematické přijetí těhotenství bývá častější u žen velmi mladých, pocházejících často ze špatného sociálního prostředí. Problematičtěji vnímají těhotenství i ženy nad 35 let z důvodu úzkosti a obav o úspěšný konec těhotenství a o zdraví dítěte. Rizikovou skupinou těhotných tvoří svobodné matky, které bývají od počátku vystaveny většímu psychickému stresu. Negativně na ženy působí i neobvyklá a nestandardní vyšetření v průběhu těhotenství, která v ženě vzbuzují pochybnosti o to, že je s jejím těhotenstvím vše v pořádku. Nejproblematičtější je těhotenství u žen závislých na návykových látkách, neboť psychika závislých žen nebývá orientována na potřeby dítěte. Těhotenství je u nich těžce rizikové, ale ohrožen je především plod. Obecným rizikem narušujícím psychiku těhotných žen je jakékoli komplikované či vícečetné těhotenství. Psychické změny v těhotenství jsou ovlivněny změnami fyzickými, hormonálními, sociálními i ekonomickými. Na intenzitu změn má vliv osobnost těhotné, ale i její okolí. Při diagnóze těhotenství se u žen objevují pocity od obrovské radosti a štěstí až po pocit, že se ženě zhroutil celý svět. V souvislosti s tím, zda je těhotenství chtěné či nechtěné, musí žena oznámit své těhotenství partnerovi a rodičům, což jí může přinést značný stres, zvláště očekává-li jejich zápornou reakci.

V prvním trimestru si žena zvyká na novou životní roli, což může vést zpočátku k pocitům nevyrovnanosti, úzkosti, zmatku, ztracenosti, ale i nostalgie za starým způsobem života. Žena mění svoje zvyky a postoje, přeorganizovává svůj dosavadní život a učí se novým vzorcům svého chování. V souvislosti s tím se mohou objevit ambivalentní pocity vůči dítěti a strach z toho, jak žena novou roli zvládne. Žena je zaměřena převážně na sebe, na své tělo, typická je v tomto období náladovost, rozladěnost i nejistota. Žena je emočně zranitelná, a proto je pro ni důležitá podpora svého partnera a blízkého okolí. Hlavním psychickým úkolem prvního trimestru je přijetí těhotenství a přizpůsobení se změnám tělesného obrazu.

Druhý trimestr naproti tomu bývá pro ženy nejstabilnějším obdobím těhotenství. Díky vyrovnanosti hormonální činnosti se cítí uvolněnější a šťastnější. Většina žen v této době již překonala dřívější pocity rozpolcenosti, vyrovnala s novou životní rolí, je hrdá na své těhotenství. Těhotné často vyhledávají společnost jiných těhotných nebo žen, které již mají děti, neboť se potřebují svěřit se svými pocity či problémy, probírat témata týkající se mateřství a dětského světa. Ženy jsou zaměřeny zejména na zdárný průběh těhotenství, mají strach z možných vývojových vad plodu, který pomůže zmírnit ultrazvukovému vyšetření

plodu, případně genetické vyšetření. Vnímáním pohybů dítěte si plně uvědomují jeho existenci, jeho životaschopnost a je to i první způsob komunikace mezi matkou a dítětem. Hlavním úkolem tohoto trimestru je přijmout plod jako nezávislého samostatného jedince.

Třetí trimestr je charakterizován jako „stavění hnízda“, kdy oba partneři chystají prostředí pro dítě. Je to emočně náročnější období, kdy se může vrátit psychická labilita. Objevují se silné protichůdné pocity, na jedné straně to je pocit vlastní zranitelnosti, obava o osud těhotenství, strach z porodu a bolesti, obavy, zda dítě bude opravdu zdravé. Na straně druhé, se těhotenství stává nepohodlným, a žena se těší na konec těhotenství. Významné jsou sociální změny, kdy žena opuštěním pracovního prostředí ztrácí statut ekonomické soběstačnosti a možnost profesionálního růstu, je mnohem více závislá na partnerovi. Žena přemýšlí, zda dobře zvládne péči o dítě. S velkým břichem se žena cítí nemotorná a nepřitažlivá. Je pro ni důležité, aby si o svých pocitech mohla otevřeně promluvit, aby věděla, že na tyto myšlenky a pocity není sama. A právě partner je tím nejbližším člověkem, který v průběhu těhotenství vychází své ženě vstříc svým nasloucháním, náklonností a rozvážností. Oba spolu potřebují o všem bez zábran rozmlouvat, a uvědomit si, že právě teď jeden druhého potřebuje více než kdy předtím. Hlavním úkolem poslední fáze těhotenství je příprava na porod a na roli matky. (Čepický, 1999)

2.3 Otec u porodu v České republice

V České republice se otcové na porodních sálech objevují od osmdesátých let dvacátého století. Jistě k tomu přispěl pád „Železné opony“, čímž se otevřela cesta pronikání moderních prvků a poznatků do našeho porodnictví. Úplně poprvé se v České republice otec porodu zúčastnil v porodnici ve Znojmě 29. března 1984. Propagátory přítomnosti partnera u porodu byli právě znojemští porodníci Štipml a Slezák. Za přítomností otce u porodu byl jednak tlak rodičovské veřejnosti, jednak se předpokládalo, že účast otce u porodu bude mít kladný vliv na celý průběh porodu, na snížení medikace za porodu, a hlavně se promítne do budoucího vztahu mezi otcem a dítětem. Ovšem objevovali se i odpůrci přítomnosti otců u porodu. Podle jejich názoru může přítomnost otce u porodu komplikovat práci zdravotníkům, muži mohou svým nevhodným chováním negativně působit na rodičku, následkem prožitků okolo porodu může dojít k problémům v dalším vztahu partnerů, hlavně v oblasti sexuální apod. K nejznámější odpůrcům přítomnosti otce u porodu patří francouzský porodník Michael Odent, podle něhož může přítomnost partnera u porodu negativně ovlivňovat průběh porodu tím, že se žena snaží své instinktivní chování zadržet a snaží se

o racionální chování a sebekontrolu. (Odent, 1995) Dnes je přítomnost otce či jiných osob blízkých rodičce u porodu zcela běžná.

2.4 Úloha partnera v průběhu těhotenství

V dnešní době již nikdo o významu role otce v průběhu těhotenství a při porodu nepochybuje. Partner je oporou ženy jak po stránce fyzické, tak hlavně psychické. *„Na roli muže jako partnera těhotné ženy jsou kladeny vysoké nároky. Na jedné straně má být oporou a poskytovatelem bezpečí, existenční jistoty, pomoci a ochrany, osobou pevnou a stabilní. Na druhé straně těhotná očekává od partnera roli citlivého, něžného a chápavého přítele, který jí bude hladit, bude komunikovat s nenarozeným miminkem, a který bude radostně očekávat jeho narození.“* (Ratislavová, 2008, s. 46)

Každý otec reaguje na těhotenství partnerky jinak. Jsou otcové, kteří chtějí sice těhotenství s partnerkou sdílet, ale nechtějí se aktivně účastnit na těhotenství a porodu, jiní se naopak chtějí podílet fyzicky i emocionálně. Souvisí to také s kulturním zázemím, neboť v některých kulturách je na těhotenství nahlíženo jako na čistě ženskou záležitost. (Leifer, 2004). U nás se většina partnerů, i když různou měrou, aktivně účastní těhotenství i porodu a partnerské vztahy procházejí určitou proměnou. Žena očekává v době těhotenství více pozornosti, ocenění či uznání ze strany partnera, který s ní sdílí radosti i starosti těhotenství. U mužů se v této době mohou objevit určité pocity nejistoty, zda jsou opravdu otci dítěte, také se objevují ambivalentní pocity vůči dítěti – na jedné straně se na dítě těší, ale zároveň mají obavy, zda zvládnou být otcem dítěte, strach ze závazku, ztráty svobody, pocit svázanosti, či strach ze selhání apod. Postupně by se s novou životní situací měli vyrovnat, a proto je důležité, aby žena zapojila partnera do dění okolo těhotenství tím, že ji doprovází do prenatální poradny či na ultrazvuková vyšetření, účastní se s ní předporodního kurzu, sdílí s ní její každodenní starosti, vybírá s ní výbavičku pro dítě, připravuje dětský pokoj apod. Každá pozitivní podpora ze strany otce na ženu působí příjemně, dodává jí pocit, že se o ní někdo stará a pečuje. Je to pro ni důkaz lásky ze strany partnera. Proto partner může se ženou společně cvičit, chodit s ní do bazénu, na procházky, pomáhá jí uvolňovat bolesti zad či dolních končetin masáží. Důležitá je také ohleduplnost a vnímavost v sexuálním životě, ve kterém může docházet k určitým změnám. Mohou se objevit jak klesající tendence v oblasti sexuality, tak naopak stoupající. Některé páry mohou mít obavy z možnosti zanesení infekce do dělohy či poškození plodu. Klesající sexuální tendence je popsána často na začátku a konci těhotenství, naopak uprostřed těhotenství zájem o sex u většiny žen stoupá díky vysoké hladině ženských a těhotenských hormonů. Ovšem v souvislosti s těhotenstvím se mohou

objevit i sexuální dysfunkce (nezájem o sex, nepříjemné pocity při sexu apod.), jejichž příčiny mohou být tělesné (nepříjemné pocity při dotycích na citlivých místech), psychické (tělesné změny způsobí pocit ztráty vlastní sexuální přitažlivosti, obavy o těhotenství, stud, úzkost) či vztahové (konflikt mezi partnery). Problémy týkající se sexuálního soužití musí partneři řešit otevřenou komunikací. (Ratislavová, 2008) Ženy potřebují mít v těhotenství vedle sebe rozumného, klidného a zdrženlivého partnera, protože touží více než kdy jindy po něžnosti, bezpečí mužovi ochrany a rodinném teple. (Trča, 2004)

Podle R. G. Rodrigueze můžeme prožívání otců během těhotenství rozdělit na psychické a biologické. Biologické se týká změny hladiny testosteronu, která je v 1. trimestru stabilní, pak postupně klesá a vrací se na původní úroveň až zhruba tři měsíce po porodu. Také hladiny prolaktinu mohou být několik týdnů před porodem u nastávajících otců zvýšeny. S rostoucí hladinou prolaktinu rostou i somatické potíže mužů. U části mužů se objevuje i hormon estrandiol, který je normálně u mužů neměřitelný. Jedná se tzv. „těhotenství mužů neboli couvade. Tento pojem zavedl antropolog E. B. Taylor, a znamená sedět na vejcích či připravovat se. Projevuje se somatickými příznaky. V prvních měsících těhotenství partnerky to mohou být bolesti zubů, váhový přírůstek či různé gastrointestinální problémy. Tyto příznaky postupně klesají a objevují se opět zhruba dva měsíce před porodem. Couvade se častěji vyskytuje u úzkostných mužů, u mužů se silnou vazbou na matku či u mužů starších. (Ratislavová, 2008) Podoba kuvády se liší u různých národů. Většinou má rituální význam. Například v Irsku a Skotsku pomáhal muž ženě od porodních bolestí nošením kusu jejího oděvu. Šošonští muži k vyjádření sounáležitosti se stavem těhotné ženy dodržují přísný půst, kdy jí pouze chleba a vodu. K úlevě od porodních bolestí přispívá několikakilometrovým během a po narození dítěte se ponoří do studeného potoka, čímž symbolizuje dítě, které bude po porodu vykoupáno. U některých přírodních kmenů muž přebírá za rodící ženu bolest tím, že se svíjí a sténá. Naopak žena neprojevuje žádné známky bolesti, tváří vesele a hned po porodu se vrací ke své každodenní práci. (Stackeová, Böhmová, 2010)

2.5 Prenatální komunikace

Prenatální komunikace je komunikací mezi nenarozeným dítětem a jeho rodiči. Existuje mnoho způsobů, jak s děťátkem komunikovat. Na začátku těhotenství se jedná hlavně o komunikaci zakládající se na citech. Děti citlivě reagují na emoce matky. Výzkumy ukazují, že prenatální komunikace má kladný vliv na vývoj dítěte. Cítí-li se dítě od počátku milováno, lépe roste i prospívá a vyroste ve vyrovnané a spokojené dítě. Prenatální komunikace je záležitostí celé rodiny, jejím prostřednictvím získává děťátko místo ve své

rodině již od začátku. Je to možnost, jak velmi brzy vytvořit těsné pouto mezi rodiči a dítětem. (Teusen a Goze - Hänel, 2003)

Jak se postupně vyvíjejí smysly dítěte, rozšiřují se možnosti komunikace mezi ním a rodiči. Prvním a nejdůležitějším smyslem dítěte v děloze je hmat. První projevy hmatu se objevují již v osmém týdnu jako obranné pohyby. Dítě vycítí, hladí-li ho rodiče přes bříško a instinktivně tomuto dotyku vychází pohybem vstříc. Pohybovat se dítě začíná zhruba mezi šestým a desátým týdnem, kdy se jedná o primární, spontánní pohyby. Někdy jsou jeho pohyby vyprovokované vnějšími událostmi, jako je prudký pohyb matky, její zasmání či zakašlání apod., což dokazuje citlivé vnímání okolního prostředí. Těhotné ženy cítí pohyby svého dítěte zhruba od 18. - 20. týdne těhotenství. Dítě je stále aktivnější a ovládá prostředí tím, že si vyhledává pro něj nejpohodlnější polohu, ale může být i iniciátorem změny polohy matky. Některé pohyby matky, jako je pomalá chůze, zklidňují dítě díky mírnému houpání dělohy. Proto je kolébání a houpání dítěte po narození jedním z účinných způsobů jeho uklidnění. Dalším časně se vyvíjejícím smyslem je chuť. Okolo 14. týdne těhotenství se objevují na jazyku dítěte chuťové pohárky, které mu umožňují vnímat čtyři základní chutě (slanou, sladkou, hořkou a kyselou). Čich je pravděpodobně zcela vyvinut okolo 30. týdne těhotenství. Výzkum naznačuje, že dítě v děloze vnímá široké spektrum čichových vjemů. Důležitým v prenatální komunikaci je sluch. Sluchové schopnosti se vyvíjejí okolo třetího měsíce, a přibližně od poloviny těhotenství začíná dítě reagovat na zvuky vnějšího prostředí. Dítě velmi citlivě vnímá zvuky z vnitřního i vnějšího světa. Zvukem, který ovládá jeho svět a dává mu pocit bezpečí je pravidelný tlukot matčina srdce. Nejdůležitějším průvodcem z vnějšího světa mu je hlas hlavně matky. Dítě brzy odlišuje zvuk řeči od jiných zvuků, rozlišuje emocionální tón hlasů, zklidní se při pomalém a mírném tónu řeči, na konci těhotenství poznává hlas matky. Komunikace s dítětem by se měl účastnit i otec, neboť je druhou nejvlivnější osobou v životě nenarozeného dítěte. Dítě reaguje na různé typy hudby, některé druhy hudby ho dokonce uklidňují, jiné ho provokují k neklidu. Podle výzkumů pozná po narození hudbu, kterou opakovaně slýchal v těhotenství. Proto je důležité, aby rodiče s nenarozeným dítětem často klidně a pozitivně mluvili, vyprávěli či četli mu pohádky, zpívali, poslouchali uklidňující hudbu. Vývoj zraku probíhá nejpomaleji ze všech smyslů. Víčka dítěte v děloze jsou zavřená až do 26. týdne, přesto je plod citlivý na světlo. Na světelné změny reaguje změněnou srdeční frekvencí. Po narození je dítě schopno zaostřit na vzdálenost zhruba třiceti centimetrů. (Marek, 2007)

Prenatální komunikace poskytuje stimulaci dítěte různými podněty, díky nimž se učí a duševně i tělesně lépe vyvíjí. Zvyšuje citlivost a porozumění, jak reagovat na potřeby dítěte. Prenatální komunikace poskytuje dítěti pocit, že je na tomto světě vítáno, je také základem dobrých budoucích rodinných vztahů a posiluje důvěru partnerů ve vlastní rodičovské schopnosti. (Teusen a Goze-Hänel, 2003) John T. Condon zjistil, že vztah těhotné ženy k nenarozenému dítěti předpovídá druh vztahu, který budou mít rodiče k dítěti v dalších letech po narození až do dospělosti. Citová vazba těhotné ženy k dítěti ovlivňuje citové i sociální vztahy dítěte k sobě samému a ke svému okolí na celý život. Výzkumy prenatální psychologie prokázaly, že otec musí být zahrnován do veškeré prenatální péče od samého počátku a musí být vnímán jako rovnocenný partner. Odráží se to v jeho chování při porodu i v postnatálním období, je schopen lépe navázat s dítětem vztah. (Marek, 2007)

2.6 Prenatální péče

„Smyslem prenatální péče je všestranné zabezpečení těhotné ženy, zejména důsledná prevence všech možných chorobných stavů a včasný záchyt odchylek od normálního průběhu textace, se zajištěním všech dostupných diagnostických a terapeutických opatření.“ (Čech, 1999, s. 87) Ideálně by měla začít prenatální péče ještě před početím nebo v okamžiku, kdy si žena uvědomí, že by mohla být těhotná (Leifer, 2004). Cílem prenatální péče je zachování zdraví matky a dítěte a dovedení těhotenství k úspěšnému porodu. Je prováděna v prenatálních poradnách. Ty byly zavedeny do porodnictví v padesátých letech minulého století, první vznikla v Olomouci v roce 1938, další o tři roky později v Brně. Díky zavedení těchto poraden se výrazně zlepšila zdravotní péče o těhotné a vyvíjející se plody. Každá žena během těhotenství navštíví tuto poradnu přibližně desetkrát. Celé těhotenství ženu provází „Průkazka pro těhotné“, kam jsou při každé návštěvě prenatální poradny zaznamenávány informace o jejím zdravotním stavu včetně výsledků laboratorních vyšetření. Při zjištění jakýchkoli nepravidelností odešle lékař ženu na specializované pracoviště. (Trča, 2004) Těhotná žena při normálně probíhajícím těhotenství navštěvuje poradnu každé čtyři týdny do 28. týdne těhotenství, poté do 36. týdne ve dvoutýdenních intervalech a od 37. týdne do porodu každý týden. Návštěv prenatální poradny i odborných vyšetření v průběhu těhotenství se může zúčastnit i otec dítěte. Oba partneři mohou společně sledovat růst a vývoj svého dítěte. Součástí prenatální péče jsou ultrazvuková vyšetření plodu, které se provádí většinou dvakrát až třikrát v průběhu těhotenství. (Leifer, 2004).

2.6.1 Předporodní kurzy

Důležitou součástí prenatální péče je psychoprofylaktická příprava, jejímž cílem je komplexně ženu připravit na mateřskou roli. Ženy se kurzů předporodní přípravy mohou účastnit samy nebo v doprovodu partnera. Kurzy probíhají v rámci porodnických zařízení, ale pořádají je také různé neziskové organizace a občanská sdružení. Průběh předporodní přípravy je rozmanitý, závisí na pořadateli, rozsahu, cíli, skladbě účastníků kurzu či samotném lektorovi. Většina kurzů propojuje teoretickou část s praktickou. Součástí bývají i cvičení pro nastávající maminky. Cílem předporodní přípravy je, aby oba partneři získali informace a dovednosti, které jim pomohou zvládnout těhotenství, porod i šestinedělí.

Teoretická část přípravy bývá rozdělena na několik lekcí. V prvních jsou poskytovány informace o lékařské péči o těhotnou ženu, o fyzických i psychických změnách v těhotenství, o zvládání zdravotních komplikací, životním stylu a otázkách výživy těhotné, také informace o prenatálním vývoji dítěte, ale i o právní ochraně a hmotném zabezpečení ženy v těhotenství a mateřství. V další části kurzů je probírán průběh porodu, rady týkající se šestinedělí a kojení. Dále jsou předávány informace o možnostech alternativního porodu, o rozdílu mezi klasickým, lékařsky vedeným porodem, a přirozeným porodem. Součástí přípravy jsou také informace o možných porodních komplikacích a operativním porodu. Důležitým cílem předporodního kurzu je, aby rodiče přistupovali k porodu jako k pozitivnímu životnímu zážitku a bez zbytečných obav. (Lábusová, 2002)

Praktická část přípravy je zaměřena na cvičení během těhotenství, provádí se nácvik dýchání při porodu, správného a efektivního tlačení, porodních i úlevových poloh, masáží i relaxace. V současné době stoupá počet mužů, kteří se těchto kurzů účastní. V některých porodnických zařízeních je právě účast na předporodní přípravě podmínkou účasti otce při porodu. Muž by měl také získat vědomosti o tom, jak se mění psychika ženy v průběhu porodu, jak se přizpůsobit momentálním potřebám rodící ženy, získá i praktické dovednosti pro úlevu od bolesti apod. Tyto vědomosti a dovednosti pomohou z muže učinit dobrého partnera pro porod. (Stackeová a Böhmová, 2010) Důležitou součástí těchto kurzů je také návštěva zvolené porodnice, kde se partneři seznámí s prostředím porodního sálu, ale i oddělením šestinedělí.

2.6.2 Porodní plán

Dnes již rodiče dítěte nejsou pouze pasivnímu účastníky porodu. Jsou partnery zdravotnického personálu a pro správné fungování tohoto vztahu je důležitá důvěra

a informovanost. Partneři mohou vyjádřit svá přání a očekávání týkající se porodu v porodním plánu, se kterým přicházejí na porodní sál. Porodní plán většinou využívají rodiče informovaní, kteří absolvují předporodní kurz a sestavují ho za pomoci své porodní asistentky. Někdy tento způsob vyjádření svých požadavků a přání preferují ženy s negativní zkušeností z minulého porodu, a tímto porodním plánem chtějí zabránit opakování negativních zážitků. Vhodným časem pro sestavení porodního plánu je konec těhotenství, kdy ženy získaly již potřebné informace týkající se porodu a s partnerem si plánují svůj porod. Při jeho sestavování je důležité přihlížet k reálnosti požadavků s ohledem na dané pracoviště a mít na vědomí, že nemůže být dogmatem, jehož přesné dodržování by mohlo ohrozit zdraví rodičky či dítěte. Nikdo dopředu nemůže znát přesný průběh porodu. V porodním plánu jsou obsaženy informace týkající se přítomnosti blízkých osob při porodu, monitorování dítěte během porodu či vyšetřování rodičky, přání týkající se indukce porodu, samotného průběhu porodu, jako např. kontroly bolesti, porodní polohy, epiziotomie, přestřižení pupeční šňůry, případného operativního porodu, ošetření dítěte po porodu, jeho přiložení k prsu apod. (Pařízek, 2005) V našich porodnicích však často zdravotnický personál na porodní plán reaguje negativně. Považují je za útok na svou odbornost a suverenitu, nechtějí být poučováni pacientem, který je považován za laika. Přitom by měli spíše přivítat, že budoucí rodiče chodí k porodu připraveni a s vlastní představou. (Lábusová, 2002)

2.7 Argumenty pro a proti přítomnosti otce u porodu

Přestože byl porod po staletí čistě ženskou záležitostí, dnes je tomu jinak. Většina žen nechce prožívat porod osamoceně v cizím prostředí, ale v přítomnosti svých nejbližších. Není to ovšem problém jednoznačný, odráží se v něm celkové společenské klima vztahů mezi pohlavími, žebříček partnerských hodnot, hloubka vzájemné intimity, individuální zvyklosti a fungování vztahu nastávajících rodičů. Od přítomnosti prvních otců u porodu, kdy si musely partnerské dvojice vybojovávat právo na přítomnost muže na porodním sále, uplynulo mnoho let. V současné době je jejich přítomnost u porodu běžnou praxí. Vyvstává však otázka, zda dnes jde hlavně o společné rozhodnutí partnerů, nebo zda to nepatří ke společenskému očekávání a nestává se to pro mnoho mužů povinností. Zda muž není hodnocen jako špatný či dobrý otec podle toho, zda se zúčastní porodu. Nejdůležitější pro pozitivní přínos partnera u porodu je přání a informované rozhodnutí obou budoucích rodičů prožít porod společně. (Stackeová a Böhmová, 2010) Mezi odbornou i laickou veřejností se objevují příznivci i odpůrci přítomnosti otce u porodu.

Argumentem pro přítomnost otce u porodu je citová podpora partnerky, žena není na porodním sále sama, má s sebou někoho, kdo nejlépe zná její psychiku. Partner poskytuje ženě i fyzickou pomoc, může pomoci podpíráním, masážemi, úlevovými polohami apod. Jako další pozitivum je odborníky uváděn vznik intenzivnějšího vztahu k narozenému dítěti, které může být otci vloženo do náruče hned po porodu. Následně se tito muži více podílejí na péči o dítě. Přítomnost otce na porodním sále má také kladný vliv na přístup zdravotnického personálu, otec se stává prostředníkem v komunikaci mezi matkou a zdravotníky, ochráncem ženiných práv. Výzkumy prokázaly snížení vnímání porodních bolestí, a tím i menší potřebu analgezie u matek, které rodily ve společnosti otce. Uváděn je celkově pozitivní vliv na celý průběh porodu a na dobu jeho trvání. V přítomnosti partnera se doba porodu zkracuje. Velkým významem je posílení vazby mezi oba partnery.

Proti příznivcům otců u porodu stojí také mnoho odpůrců. Podle části laické veřejnosti porod nepatří do světa mužů. Některé ženy tvrdí, že by partnera při porodu rozhodně nechtěly, bojí se například ztráty vlastní sexuální přitažlivosti, pokud by je muž viděl v takové situaci. Odpůrci z řad zdravotnického personálu namítají, že otec u porodu často komplikuje práci porodního týmu, neboť muži slabší povahy mohou při pohledu na porod omdlít, úzkostliví otcové často vyžadují po lékařích provedení určitého výkonu a urychlení porodu. Argumentem hovořícím proti přítomnosti otce u porodu je také možnost vzniku traumatického zážitku muže z porodu, pramenícího z pocitu neschopnosti své partnerce pomoci, z pohledu na krev apod. Dále může následkem společně prožitého porodu dojít k poruše partnerského sexuálního života. V literatuře je uváděn i možný vznik postnatální deprese či různých psychosomatických komplikací u otců. (Stackeová a Böhmová, 2010) K nejznámějším odpůrcům účasti otce u porodu patří francouzský porodník Michael Odent, který spatřuje v přítomnosti otce u porodu spíše společenskou záležitost, která brání ženě v přirozeném a instinktivním porodu. Žena si v přítomnosti partnera snaží udržet sebekontrolu a racionálnost, nedokáže nechat porod volně plynout a chovat se spontánně. Mnozí muži ženu při porodu nadměrně stimulují různými podněty, ale žena potřebuje při porodu spíše klid. Mezi typy mužů, kteří na rodičku nepůsobí příznivě, patří úzkostní muži, vlastničtí či nadměrně projektivní muži a také muži pozorující, kteří nabádají ženu k sebekontrole. Ale žena nechce a ani nemá při porodu zůstávat sama. Odent vidí řešení v ženské pomocnici, v porodní asistentce, které naváže se ženou vztah již v době těhotenství. (Odent, 1995) Podle odborníků je možno snížit negativní dopady účasti otce u porodu a naopak posílit pozitivní vliv předporodní přípravou otců, která by je měla připravit na jejich úlohu během porodu, ale i na roli otce.

2.8 Právní problematika otce u porodu

Přítomnost otce u porodu či jiné osoby blízké rodičce byla dříve nadstandardní normou. Dnes je věcí zcela běžnou, přesto je doprovázena řadou problémů a nejasností v oblasti medicíny, etiky, ekonomiky i práva. Žádný právní předpis přítomnost otce či jiné blízké osoby u porodu přímo nezakazuje, podmínky jeho přítomnosti jsou upraveny pouze vnitřním předpisem konkrétních zdravotnických zařízení. Pouze osobě mladší osmnácti let není v České republice povoleno porodu se účastnit, a to ani v případě, je-li to přání rodičky. Za přítomnost otce u porodu či jiné blízké osoby většina porodnických zařízení vybírá poplatek zpravidla v řádu stokorun.

Ředitel zdravotnického zařízení rozhoduje v obecné rovině, zda otcové či jiné osoby blízké rodičce mohou být přítomny u porodu či naopak. V konkrétních případech pak rozhoduje primář oddělení či vedoucí lékař služby. Přítomnost osob blízkých rodičce při jejím porodu je podrobně upravena v provozním řádu oddělení, se kterým je seznámen personál, ale i doprovod rodičky. Přítomnost otce či jiné osoby blízké rodičce lze povolit pouze se souhlasem rodičky. Tento souhlas musí být proveden písemnou formou na samostatném tiskopisu nebo zápisem v porodopisu. Osoba doprovázející rodičku k porodu musí být řádně poučena o zásadách chování na porodním sále. Dále musí být poučena o odkládání osobních věcí a svršků, za které po jejich uložení odpovídá zdravotnické zařízení. Toto poučení většinou zajišťuje porodní asistentka při příjmu rodičky na porodní sál či jiná pověřená osoba. V případě, že účasti otce u porodu brání provozní či hygienické důvody nebo jiné závažné okolnosti, nemusí jeho přítomnost u porodu zdravotnické zařízení povolit. Také zdravotnický pracovník, který je zodpovědný za vedení porodu může přítomnou osobu vykázat z porodního sálu, pokud nevhodným chováním ovlivňuje porod nebo pokud k tomu má jiný závažný důvod, například špatný zdravotní stav otce. Pracovník vedoucí porod nemá povinnost přítomnou osobu informovat o prováděných činnostech, ale měl by mít na paměti, že vysvětlování veškerých úkonů a postupů je základem pro vytvoření důvěry mezi rodiči a zdravotnickým personálem.

Ve většině porodnic u nás je jako doprovod povolena pouze jedna osoba. Pokud si žena s sebou přivede jako doprovod svou porodní asistentku, zůstává porodní asistentka pouze doprovodnou osobou, která nemůže být ošetřujícím zdravotníkem rodičky. Pokud totiž není zaměstnancem zdravotnického zařízení, není oprávněna provádět žádné diagnostické či léčebné zákroky. Za celý průběh porodu a zdravotní stav rodičky i dítěte odpovídá zdravotnické zařízení, kde je rodička hospitalizována, se všemi právy i povinnostmi.

(Vondráček, 2003) Dalším možným doprovodem rodičky k porodu je dula, profesionální průvodkyně u porodu, která doprovází buď samotnou rodičku nebo je nápomocná oběma rodičům. Účastní-li se otec porodu, má podle Zákoníku práce nárok na to, aby mu zaměstnavatel udělil den volna, dále mu zaměstnavatel musí poskytnout pracovní volno s náhradou mzdy na dobu nezbytně nutnou k převozu partnerky do zdravotnického zařízení a zpět.

3 ÚLOHA OTCE V PRŮBĚHU PORODU

„K porodu dochází v kontextu vztahu mezi partnery, který bývá složitý. Otec může podvědomě zápolit s nevyřešenými otázkami o smrtelnosti, sexualitě, otcovství, identifikaci s porodním procesem i s nejasnostmi ohledně své role. Do porodní situace si partner promítá množství různých emocí.“ (Klaus, M., Kennell, J. a Klaus, P., 2004, s. 144) Neexistuje jednoduchý recept pro roli otce u porodu. Otcovská role je složitá a společnost klade na muže velké nároky a očekávání. Každý muž má jiné kulturní zázemí a jinou životní zkušenost. Muži při porodu prožívají velké očekávání a vzrušení, ale zároveň cítí obavy a úzkost z neznáma i z případného nebezpečí. Někdo považuje muže u porodu pouze za pozorovatele, za pomocníky přetíženého zdravotnického personálu, za poradce ženy. Ale pro ženy je otcova přítomnost potřebná, matka potřebuje cítit, že je s ní někdo, kdo ji má rád a komu na ní opravdu záleží. Jde o posílení jejich vzájemné citové vazby i vztahu k dítěti. A v neposlední řadě jde o uznání a potvrzení otcova práva a potřeby být přítomen narození svého dítěte. (Klaus, M., Kennell, J. a Klaus, P., 2004)

3.1 Výběr porodnického zařízení

Důležitým krokem obou partnerů před porodem je výběr porodnice. Společně hledají nejlepší místo pro příchod potomka na svět. Výběr porodnice se řídí takovými hledisky, jako jsou kvalita porodnické a pediatrické péče, vybavení porodních sálů a pokojů šestinedělí, vzdálenost porodnice od bydliště. Rozhoduje i osobnost partnerů a jejich způsob života. Mohou společně navštěvovat porodnická zařízení, kde se seznámí s prostředím a nabízenými možnostmi. Rodiče zde mají možnost s personálem probrat své představy týkající se porodu či svůj porodní plán a ujistit, že právě tato porodnice splní jejich očekávání. V některých porodnicích je třeba se zaregistrovat se k porodu již na počátku těhotenství. Další možností je rodit v porodním domě. Tato možnost porodu není v České republice příliš rozšířena. Spadá do oblasti soukromého sektoru zdravotnictví a budoucí rodiče musí počítat s tím, že si porodní péči zaplatí. Nejznámějším porodním domem je v Praze dům U Čápa. Je určen především pro ženy, které by raději rodily doma, kdyby k tomu byly vytvořeny v České republice právní podmínky. Porod v domácnosti není u nás oficiálně uznávanou možností.

Zdravotnický personál v jednotlivých nemocnicích přistupuje k porodu z velmi odlišných perspektiv a tyto rozdíly ovlivňují roli otce či jiného doprovodu při porodu. Jsou porodnice, kde je na porod nahlíženo jako normální fyziologickou záležitost, která se odehrává vlastním přirozeným způsobem. Zde bývá zasahování zdravotníků do průběhu

porodu nepatrné, omezuje se především na sledování průběhu porodu a záchyt možných komplikací. Rodiče zůstávají po většinu první doby porodní doma, odpočívají nebo se věnují jakékoli rozptylující činnosti, žena může pít i jíst lehká jídla, oba zachovávají klid. Teprve později přicházejí do porodnice, kde jsou jim v souvislosti s postupujícím porodem navrhovány úlevové prostředky, jako jsou masáže, vizualizace, sprcha, koupel, změny polohy či relaxace. Porodnický personál rodičům pomáhá, aby se s porodem vyrovnaly přirozeně. Léky se zde používají co nejméně, ženy většinou rodí bez analgezie, nástřih hráze se provádí jen ve výjimečných případech a většina žen rodí vaginálně. Základem přirozeného porodu je individuální přístup k rodící ženě, jejímu partnerovi a citlivé zacházení s narozeným dítětem. Na druhé straně stále existují porodnická zařízení, kde se pohlíží na porod jako na čistě lékařskou záležitost. Pokud začne porod doma, ženy jsou poučeny, aby se co nejdříve dostavily do porodnice. Tady nesmí pít ani jíst, a pokud porod neprobíhá podle lékaře dost rychle, dostanou infuzi, jsou napojeny na monitor, často musí zůstat ležet. Ženy většinou nemají možnost výběru alternativní polohy při porodu. Jsou zde prováděny častěji různé lékařské zásahy, jako je umělé protržení vaku blan, zavedení epidurální analgezie, jsou podávány léky pro povzbuzení stahů, apod. Také zde bývá větší procento nástřihů hráze i císařských řezů. Toto klasické porodnictví bývá spíše uzpůsobeno tomu, aby to vyhovovalo porodnickému personálu než rodící ženě a jejímu doprovodu. Vše je řízeno jediným cílem, kterým je co nejrychlejší porod. Většina porodnických zařízení samozřejmě spadá někam mezi tyto dva extrémy.

Porodní asistentky i lékaři ve většině porodnic u nás pečují o několik pacientek najednou. Monitorují životní funkce matky, průběh porodu, stav plodu včetně jeho srdečního rytmu. Pokud se nevyskytují rizika, nejsou u rodičky stále přítomni. A to je důvod, proč je pro nastávající matku důležitá podpora blízké osoby, podpora partnera. Otec je při porodu hlavním zdrojem opory v době, kdy není v dosahu nikdo ze zdravotnického personálu. Matka se necítí sama, má pocit bezpečí a lásky. (Klaus, M., Kennell a Klaus, P., 2004) Otec, který se účastní porodu svého dítěte, může být pouhým pozorovatelem nebo aktivním pomocníkem ženy. Jeho role závisí na kulturních či společenských zvyklostech, osobnostním založení, partnerských vztazích, na jeho přípravě k porodu a dalších okolnostech. Liší se také v závislosti na postupujícím porodu. Porod můžeme z časového hlediska a podle probíhajících procesů rozdělit na období přípravné, na tři doby porodní a dobu poporodní, nazývanou také čtvrtou dobou porodní. (Roztočil aj., 2008)

3.2 Úloha otce v přípravném období

Přípravné období provází známky blížícího se porodu. Jsou to předzvěstné stahy neboli poslíčky, které se objevují zpravidla v posledním týdnu těhotenství. Jsou to nepravidelné stahy dělohy bez otevíracího efektu na děložním hrdle. Dochází také k odloučení hlenové zátky, která uzavírá děložní hrdlo, což signalizuje otevírání děložního kanálu. Poslíčky bývají pro matku i jejího partnera často matoucí, protože bez předchozích zkušeností nedokáží rozlišit, zda se jedná o začátek porodu. Pokud se poslíčky dostavují delší dobu, může se u matky objevit pocit strachu a úzkosti z nadcházejícího porodu, nedůvěra ve vlastní schopnosti, obavy z dlouhého porodu, apod. V této chvíli by měl muž ženu uklidnit, společně by si měli uvědomit, že pomalý nástup porodu i dlouhotrvající poslíčky nejsou lékařskou komplikací. Je dobré si společně pohovořit s lékařem či porodní asistentkou. Muž by se měl snažit odpoutat pozornost ženy od kontrakcí různými činnostmi, které má žena ráda. Může jí pomoci uvolnit napětí poslechem oblíbené hudby, teplou koupelí či sprchou, masáží, relaxací apod. (Simkinová, 2000)

3.3 Úloha otce v 1. době porodní

Přechod z předporodního období v porod může být plynulý nebo náhlý. Porod obvykle začíná pravidelnými děložními stahy, které vedou ke zkracování děložního hrdla až k jeho úplnému spotřebování. Na rozdíl od poslíčků se porodní stahy opakují v pravidelných intervalech, jsou intenzivnější a trvají déle. Často jsou bolestivěji vnímány v krajině křížové. Někdy porod začíná odtokem plodové vody a kontrakce následují až potom. Bezprostřední nástup kontrakcí po odtoku plodové vody však není pravidlem. Pravidelné děložní stahy mohou následovat až za několik hodin po prasknutí vaku blan. V obou případech se rodička odebere i s doprovodem do porodnice. Rodičky přicházejí na příjem na porodní sál s různě pokročilým porodnickým nálezem. Porodní asistentkou je sepsána porodnická anamnéza, veškeré získané údaje se zapisují do porodopisu včetně výsledků provedených vyšetření. Lékař pak na základě získaných údajů a výsledku porodnického vyšetření stanoví pokročilost porodu, posoudí prognózu porodu a další postup. (Macků, F. a Macků, J., 1998) Pokud se muž rozhodne doprovázet ženu při porodu, musí se při příchodu na porodní sál nejprve převléknout do hygienického oděvu a přijímací porodní asistentka by mu měla ukázat důležité provozní prostory a seznámit ho s provozním řádem porodního sálu. Muž by měl mít možnost zůstat se ženou již během příjmu. Neměl by se nechat přesvědčit porodní asistentkou či lékařem, že je porod teprve na začátku, a že ho zavolají později, až se porod rozběhne.

Je třeba si uvědomit, že porod je konzistentní děj, a nelze jej rozdělovat. Pro ženu je partnerova přítomnost důležitá od samého začátku porodu. (Lábusová, 2002)

První doba porodní je označována jako doba otevírací a z hlediska rodící ženy je to nejnamáhavější část porodního děje. Dochází k otevírání porodních cest. U prvorodiček může tato doba trvat průměrně deset až dvanáct hodin, u vícerodiček bývá tato doba kratší. Postupně přicházejí stále častější a silnější kontrakce. Reakce rodičky na tuto fázi porodu mohou být různé. Zpočátku může reagovat pocitem úlevy, vzrušení či radostné nálady. Ale objevují se také pocity strachu z nezvládnutí situace, panika, úzkost či strach, a to i přes to, že se žena na porod připravovala v předporodních kurzech. Pocity a nálady ženy se během porodu mění. Úkolem partnera je pomoci ženě se citově zklidnit, jeho přítomnost jí v neznámém prostředí nahrazuje bezpečí domova. Důležitá je partnerova tolerantnost, protože během silných kontrakcí může žena ztrácet sebekontrolu a její chování se dramaticky mění. Rodící žena se vydává daleko za hranice své normální výkonnosti, je nucena naprosto mimořádným způsobem překonat samu sebe. V krajním vyčerpání může propadnout zoufalství a být přesvědčena, že víc nezvládne. (Lábusová, 2002)

Partner ženě pomáhá zaujímat pohodlné polohy, při kterých gravitace a směr porodního kanálu mohou urychlit porod, pomáhá jí využívat uvolňovacích a relaxačních poloh na míči, masírovat záda, asistovat při teplé koupeli či sprše, masírovat záda apod. Při stupňujících se kontrakcích pomáhá ženě s dýcháním. Pokud žena požádá o prostředky na tišení bolesti, měl by ji v jejím rozhodnutí podpořit. Muž si musí důvěřovat a být trpělivý, protože jeho pozitivní přístup je pro celý průběh porodu velmi důležitý. Jeho hlavním úkolem je udržení pohody, dobré nálady, harmonie mezi fyzickou zátěží a psychickým stavem ženy. Některým ženám stačí pouhá přítomnost partnera v porodní místnosti, nepřejí si žádné mužovy dotyky ani přílišné slovní povzbuzování. Jiné ženy naopak potřebují mít partnera co nejblíže a plně ho zaměstnávají při uspokojování svých momentálních potřeb. Je třeba si uvědomit, že žena není jediná, kdo během porodu potřebuje podpořit. Muži mohou mít obavy, že nezvládnou situaci, kdy jejich partnerka prožívá bolestivé kontrakce, mají obavy o její zdraví a o zdraví dítěte. V této době je velmi potřebná jeho podpora ze strany zdravotnického personálu, neboť zjištění, že je po ruce odborník, je pro muže velmi uklidňující.

První doba porodní je zakončena tzv. přechodnou fází, která je přechodem z fáze otevírací do vypuzovací, tedy do druhé doby porodní. Porodní cesty nejsou ještě zcela otevřené a matka začíná pociťovat potřebu tlačit. Kontrakce jsou silné a dlouhé, přicházejí každé 2-3 minuty, proto tato část porodu bývá pro ženu tou nejtěžší z celého porodu. Úkolem

muže v této chvíli je být matce velmi blízko a připomínat jí, že vše bude již brzy za ní a že se děťátko za chvíli narodí. (Simkinová, 2000)

3.4 Úloha otce v 2. době porodní

Druhá doba porodní neboli doba vypuzovací začíná, je-li branka plně otevřená, a končí narozením dítěte. Trvání této doby může být od několika minut do několika hodin. Jakmile jsou porodní cesty zcela otevřené, má rodička silný pocit, že musí tlačit. Je to doba pro matku velmi fyzicky náročná, neboť při tlačení vyvíjí velké úsilí ve snaze dítě porodit. Pokud žena rodí na porodním lůžku vleže na zádech, pomáhá jí muž podpírat záda i hlavu, tlumočí jí pokyny personálu, povzbuzuje v tlačení, vzdává jí obdiv a neustále chválí. Ubezpečuje ji, že miminko je už opravdu tady. Zastánci přirozeného porodu upřednostňují vzpřímené polohy, jako je stoj s oporou, podřep, klek, sed na porodní stoličce apod. Tyto polohy účinně využívají gravitace a usnadňují rotaci hlavičky dítěte. Zde je oporou ženy partner, na kterého žena přenáší část své váhy a proto je pro něj tato pozice velmi namáhavá. Pro ženu fyzický kontakt s partnerem umocňuje pocit, že není na vše sama. (Lábusová, 2002) Výjimkou dnes není ani porod do vody, který ženě napomáhá k uvolnění celého těla.

Ve druhé době porodní je důležité zejména správné dýchání rodičky, střídá se zadržení dechu provázené silným zatlačením a hluboké dýchání s relaxací mezi stahy. Žena v této chvíli plně soustředí své síly na porod, a pokud nechce komunikovat, neměl by ji otec zbytečně vyrušovat. Protože teď žena dostává pokyny především od porodnického personálu, muž může mít pocit ztráty důležitosti, ale může mu to poskytnout prostor pro vlastní emoce a prožitky z porodu. Doba těsně před narozením dítěte je pro otce nejvíce vzrušující. Může ho zcela ochromit míra citu k vlastnímu dítěti, nemusí být připraven na silné prožívání toho, že se za několik okamžiků stane otcem. „*Jen málo lidí je připraveno na sílu toho okamžiku: vidět matčino nadlidské úsilí, zvuky, které vydává, hlavičku tlačící se pochvou a její zvrásněné temeno objevující se v poševním vchodu a pak znovu mizící, na tuto zvláštní zaujatou atmosféru v místnosti, kdy všichni očekávají příchod miminka.*“ (Simkinová, 2000, s. 73)

Porod se blíží do závěrečné fáze. Porodník usměrňuje pohyb hlavičky, aby nedošlo ke zbytečným porodním poraněním. Po porodu hlavičky se musí opatrně porodit raménka, tělíčko vyklouzne samo se zbytkem plodové vody. Matka si uvědomí, že má vše za sebou a veškerou svou pozornost upne k dítěti. Zpočátku se miminko může zdát rodičům bledé až namodralé, ale během pár vteřin začíná dýchat, ozve se energický křik a děťátko začne růžovět. Zázrak narození je dokonán. Dítě je položeno matce na břicho a oba rodiče si užívají

první kontakt s miminkem, první dotyky a hlazení. Není výjimkou, jsou-li vidět slzy na tváři otce. Otci poté bývá zpravidla nabídnuta symbolická funkce, a tou je přestřižení pupečníku. (Lábusová, 2002)

3.4.1 Ošetření novorozence

Po přestřižení pupečníku je dítě za dohledu tatínka ošetřeno v předehřátém porodním boxu. První ošetření dítěte provádí porodní asistentka či dětská setra společně s pediatrem. Dítěti je ošetřen pupeční pahýl, je šetrně otřeno či umyto, provede se jeho změření a zvážení. Důležitá je identifikace dítěte pomocí čísla a speciálního štítku. Jako prevence zánětu spojivek se dítěti do očí vkápnou dezinfekční kapky. První vyšetření novorozence se zaměřuje především na hodnocení zralosti a základních životních projevů, sleduje se přítomnost viditelných vrozených vad, porodních poranění apod. K hodnocení zdravotního stavu novorozence se používá skóre podle Apgarové. Jde o hodnocení funkční zralosti dítěte v první, páté a desáté minutě po porodu. Hodnotí se 0 - 2 body srdeční akce, dýchání, svalový tonus, reakce na podráždění a barva kůže. Zcela zralý novorozenec může získat maximálně deset bodů. Takto ošetřený novorozenec je vložen otci do náruče, který jej předá matce, aby se mohl přisát k prsu. (Lábusová, 2002) Novorozenec je významně prosociálně vybavený a od počátku reaguje na dotek těla s tělem matky, zklidní ho tlukot jejího srdce.

3.5 Úloha otce ve 3. době porodní

Ve třetí době porodní dochází k odloučení a vypuzení placenty, což by nemělo trvat déle než třicet minut. I když se třetí doba porodní může zdát méně důležitá ve srovnání s předcházejícími událostí, je tomuto období nutno věnovat zvýšenou pozornost s ohledem na zdraví ženy. Je nutno zamezit krevním ztrátám, důkladně zkontrolovat vypuzenou placentu i plodové obaly, a přitom co nejméně rušit první kontakt mezi dítětem a rodiči. Zatímco žena rodí placentu a poté jí lékař ošetřuje případná porodní poranění, muž sleduje první ošetření svého dítěte a má trochu času vyrovnat se s novým pocitem, že se stal otcem. Po ukončení ošetření zabalené dítě může chovat v náručí nebo ho předat matce, která ho přiloží k prsu. Nastává chvíle prvního vítání se s novým človíčkem, muž ženě vyjadřuje obdiv za její statečnost a může nechat volný průchod svým emocím. Některé národy přikládají placentě až mystický význam i v dnešní době. Dříve bývalo zcela běžné, že se placenta po domácím porodu obřadně zahrabala do země a nad ní se vysadil strom věnovaný novorozenému dítěti. (Lábusová, 2002)

3.6 Úloha otce ve 4. době porodní

Do čtvrté doby porodní neboli doby poporodní řadíme dvě hodiny po porodu, které zpravidla otec tráví společně s matkou a dítětem na porodním sále pod kontrolou porodní asistentky. Nová rodina by měla mít soukromí na nerušené navázání prvního kontaktu mezi rodiči a dítětem. Oba rodiče jsou velmi unavení, a proto mají možnost si trochu odpočinout. Muž může vyřídit telefonáty se svými blízkými, aby jim sdělil radostnou zprávu o narození dítěte, pořídit fotografickou dokumentaci. Po této době je žena odvezena na oddělení šestinedělí, kam ji na nadstandardní pokoj v některých nemocnicích může následovat i otec dítěte. Stále více rodičů si totiž uvědomuje, že první hodiny po narození dítěte představují klíčové životní okamžiky pro všechny členy nové rodiny, a že první chvíle vítání se s novým členem rodiny, pozorování, jak se přizpůsobuje prvním dnům na světě, by spolu měla prožít celá rodina. (Lábusová, 2002)

3.7 Úloha otce u operativního porodu

Dojde-li k zástavě porodu na konci druhé doby porodní nebo pokud se v této době objeví závažné komplikace ze strany matky či plodu, a nelze již provést císařský řez, musí se dítěti pomoci na svět kleštěmi nebo vakuovou extrakcí. Porodnické kleště jsou nástrojem, který zesiluje nebo nahrazuje vypuzovací síly a pomocí nich je hlavička dítěte vyproštěna z porodních cest. Vakuový extraktor se pod tlakem přisaje na hlavičku dítěte a pomůže ji vybavit z porodních cest. V obou případech je rizikem poranění matky, ale hlavně plodu. Dítě může mít podlitiny, odřeniny, hematom na hlavičce nebo dokonce nitrolební krvácení. (Leiefer, 2004) Ani při nenadálých komplikacích, kdy je třeba jedním z uvedených způsobů do porodu zasáhnout, není nutné z porodního sálu otce vykazovat. Záleží však na konkrétních okolnostech, na závažnosti situace, na personálním obsazení, ale i na osobnosti otce.

Dalším operativním způsobem ukončení těhotenství je císařský řez. Jedná se o porod chirurgickou cestou, kdy je plod vybaven přes stěnu břišní. Ukončení těhotenství císařským řezem na přání těhotné nebo jejího partnera není možné. Důvodem je vyšší ekonomická náročnost operace, větší mateřská mortalita, možnost vzniku pooperačních komplikací či komplikací v dalším těhotenství. Rodička se o dítě nemůže starat tak, jako po spontánním porodu. Lékařské indikace k provedení této operace jsou přesně dány. (Čech aj., 1999) Císařský řez může probíhat plánovaně či neodkladně. Může být vykonán v celkové či epidurální anestézii. Ženy plánovaný císařský řez hodnotí jako rychlý a laskavý, ale také jako nucený a pasivní, který není tak radostný jako porod přirozený. Důležitou roli z hlediska

psychiky ženy hraje i způsob anestézie. Částečná anestézie je pro rodičku výhodnější, protože není zcela ochuzena o možnost spařit své dítě bezprostředně po porodu. Nastanou-li komplikace v průběhu druhé doby porodní a je třeba ukončit porod operativně, měl by lékař oběma partnerům vše vysvětlit, proč situace nastala, co komplikuje porod a jaký bude další postup. Je důležité, aby matka vnitřně přijala fakt, že je to v tuto chvíli to jediné správné řešení. Úkolem otce je pomoci matce danou situaci pochopit, spolupracovat s ošetřujícím personálem a hlavně matku neopouštět. V této chvíli je partnerova podpora nejcennější, protože pro matku může být nastalá situace deprimující. Pokud je vykonání císařského řezu neodkladné, mohou být oba partneři zaskočeni rychlým sledem událostí, pobíháním zdravotnického personálu, který pracuje jako sehraný tým. Matka musí podepsat souhlas s operací a je k ní připravena. Po vyjmutí dítěte z dělohy si porozené dítě přebírá porodní asistentka či dětská setra a ošetří ho. Lékař dokončuje operaci. Muž si během operace může připadat nedůležitý, dokonce může mít ze své úlohy rozpačitý pocit. Ve většině nemocnic čeká muž během operace před porodním sálem, a prožívá těžké chvíle, protože ztratí přehled o situaci, má strach o své milované. Některé nemocnice umožňují, aby byl partner přítomen během operace přímo na porodním sále. Je to hlavně při metodě místního umrtvení, která umožňuje matce prožít narození svého dítěte při plném vědomí. Matka necítí bolest, ale vnímá vše, co se kolem děje. Otcova úloha v této době spočívá v tom, že sedí u hlavy matky, poskytují jí podporu a vnímá vše, co se děje, aby mohl po skončení operace ženě pomoci doplnit její prožitky. Ženy přijímají císařský řez různě, pro některé je to kladný zážitek, pro jiné ne. Některé ženy mohou mít dokonce pocit, že zklamaly a porod nezvládly. Potřebují čas, aby celou situaci mohly pozitivně přijmout. Proto je třeba, aby se oba rodiče po operaci zaměřili na svoje dítě, které zahrnou láskou. (Simkinová, 2000)

3.8 Úloha otce při alternativním porodu

Jako alternativní metody v porodnictví označujeme především ty, které mohou rodičce usnadnit průchod plodu porodními cestami, a všechny odlišné porodní postupy, probíhající jiným než klasickým lékařským způsobem. Jedná se např. o nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí (využívání teplé vody, masáží, volného pohybu, zaujímání poloh, které rodičce vyhovují), využívání relaxačních pomůcek (porodní vak, míč, žíněnka, apod.). Další alternativou je poloha při samotném vypuzení plodu, jako je porod ve stoje, na porodnické židličce, porod do vody, ale také porod doma apod.

Ve většině zdravotnických zařízení v České republice je bohužel stále normou lékařsky vedený porod, protože rozhodujícím faktorem zůstává možnost neprodleného

poskytnutí kvalifikované léčby v případě nejrůznějších komplikací. Ženy ovšem stále více projevují zájem o alternativní způsoby porodu. Touží prožít porod bez zbytečných přístrojových a lékařských zásahů, v klidné atmosféře se svými blízkými, kdy mohou dělat vše, co si přejí, zaujmout jakoukoli pozici, která jim skýtá větší pohodlí. Žena si při výběru alternativního porodu musí být vědoma své odpovědnosti, neboť vyžaduje její připravenost a klade na ni určité fyzické i psychické nároky. Podmínkou alternativního způsobu porodu je také dobré zdraví rodičky a nesmí se vyskytovat předem odhadnutelné porodní komplikace.

3.8.1 Domácí porod

Porody v domácnosti byly do padesátých let dvacátého století běžnou záležitostí. S postupným přesunem porodů do porodnic došlo i ke změnám v porodní péči a k poklesu úmrtnosti jak rodiček, tak novorozenců. Tyto pozitivní výsledky vedly k následnému přeceňování zdravotnické techniky a naopak k podcenění lidské složky. Po dlouhou dobu byly v České republice domácí porody tabu. V posledních letech se objevuje v řadách laické veřejnosti zvýšený zájem o domácí porody, i když jsou u nás považovány Českou gynekologickou a porodnickou společností za přístup nedoporučený nebo dokonce nelegální. Díky neodpovídajícímu zdravotnickému zázemí a chybějící podpoře zdravotnického personálu je u nás porod doma rizikový. V USA a v mnohých západoevropských státech domácím porodům nebrání ani zákony, ani zdravotníci. V Evropě jsou nejvíce domácí porody rozšířeny v Nizozemí. Souvislost lze spatřovat v tom, že se zde tradice domácích porodů nikdy nepřerušila, nedošlo k úplnému přesunu porodů do nemocnic. A je zde i celkově odlišný systém porodnictví. Je doloženo, že zde při domácích porodech nedochází k vyšší perinatální úmrtnost než při porodech v nemocnicích, jedná-li se o zdravou ženu s normálním těhotenstvím. (Roztočil aj., 1996)

Jedním ze zásadních důvodů rozhodnutí rodiček v České republice rodit mimo zdravotnické zařízení, je nedostatečná podpora bondingu v porodnicích. Separace dítěte může vést k rozvoji traumatu po porodu. Dalším důvodem domácího porodu je umožnění porodu podle vlastního tempa rodičky a respektování jejích potřeb i potřeb dítěte. Výhodou plánovaného domácího porodu je, že se porod dítěte stává rodinnou záležitostí, všichni se mohou zúčastnit příchodu nového člena rodiny na svět, mohou ho společně přivítat. Známé domácí prostředí působí pozitivně na psychiku ženy, což významně snižuje její stres. Rodička je zde domácí paní a má hlavní slovo v době porodního procesu, její přání a pocity jsou určující, není ve svých projevech nijak omezována. Kolik partnerů ji bude při porodu podporovat, závisí na tom, co je ženě příjemné. Porodem ji může provázet partner, ale i starší

děti či jiní členové rodiny. Měli by ji podporovat, respektovat její přání a pocity, neměli by ji rušit. Může se stát, že partner je do porodního procesu příliš emocionálně vtažen a přestává být pro rodičku oporou, zvláště dává-li si dítě se svým příchodem na svět na čas. Jeho úzkost a netrpělivost může negativně ovlivnit ženu, ale i celý další průběh porodu. Pokud se stane, že žena v průběhu porodu zatouží po samotě, měl by to partner pochopit a dopřát ženě soukromí.

Ani u domácího porodu by neměla chybět zkušená porodní asistentka či dula, která je pouhým pozorovatelem a pomáhá otci aktivně se zapojit do celého porodního děje. Do porodního procesu zasahuje pouze tehdy, objeví-li se nějaká nepravidelnost či hrozí-li komplikace. Porodní asistentka je v tomto případě odborným poskytovatelem zdravotní péče během normálního porodu podle ustanovení zákona č. 96/2004 Sb. a prováděcí vyhlášky MZČR č. 424/2004 Sb., a pracuje podle doporučených postupů pro tento typ poskytované péče. Po narození dítěte zajistí vyplnění potřebných povinných dokumentů k nahlášení nového člena rodiny. Jejím úkolem je i následná péče o matku i dítě po porodu. Porodu se mohou účastnit i starší děti, pokud jejich přítomnost není pro matku rušivým elementem, a pokud se rodina na příchod dítěte připravovala společně. Děti pak vnímají porod jako přirozený proces, který takto budou brát již navždy. Po příchodu nového člena rodiny se necítí odstrčeni, ale zůstávají jejími rovnoprávnými členy. (Štromerová, 2005)

3.8.2 Porod do vody

Porodem do vody se rozumí takový způsob porodu, kdy porod plodu ve vypuzovací fázi druhé doby porodní probíhá pod úrovní hladiny. Poprvé byl porod do vody popsán roku 1803 ve Francii. Později tento způsob porodu zpopularizoval Rus Igor Charkovski v šedesátých letech 20. století, který poukazoval na menší traumatizaci plodu. V západní Evropě porod do vody prosazoval ve Francii Michel Odent. Velmi populární je také v Anglii. V České republice začaly vést porod do vody ve znojemské porodnici. (Roztočil aj., 2008) Porod do vody není možný u předčasného či komplikovaného porodu, ani po aplikaci epidurální analgezie. Budoucí rodiče musí podepsat informovaný souhlas s porodem, který obsahuje i výčet možných rizik. Z hygienických důvodů je podmínkou porodu do vody podání klyzmatu rodičce. Některé ženy porod do vody plánují již v průběhu těhotenství, jiné se rozhodnou až během samotného porodu, když zjistí, že je jim pobyt v teplé vodě příjemný. Do vodní lázně, jejíž teplota by neměla přesáhnout 38°C, by měla rodička vstupovat na začátku aktivní fáze první doby porodní, jsou-li porodní cesty alespoň částečně otevřené. Žena si ve vaně zvolí takovou porodní polohu, která je jí příjemná. Je možno využít

i aromaterapie kápnutím vonného oleje do vody. Pro rodičku je výhodou porodu do vody příznivý účinek na cévní systém a výrazný relaxační a uvolňující efekt teplé vody na svalový systém. To přispívá ke snížení bolestivosti a potřeby léků proti bolesti, k menšímu porodní poranění apod. Z hlediska dítěte jde o rychlejší a šetrnější přechod z matčina těla, kdy se projeví uklidňující efekt teplé lázně. Narozené dítě žena či její partner vyndá z vody, dítě se spontánně nadechne a je položeno matce na prsa. Pak už se rodiče mohu vítat se svým potomkem. Porod do vody umožňuje v České republice již celá řada nemocnic. (Černá, 2008)

3.8.3 Další alternativní možnosti

V zahraničí jsou porodní domy jakýmsi přechodem mezi domácností rodičky a klasickou porodnicí. Nabízejí vhodné prostředí k porodu ženám, které nechtějí rodit v klasické nemocnici, ale ani doma. Nabízejí rodičům příjemné domácí prostředí a vlídné zacházení, ale disponují i nejrůznějšími prostředky odborné zdravotnické pomoci, které ovšem zůstávají běžně skryty před zraky rodičů. Bezpečnost rodičky i dítěte v případě potřeby je zajištěna smluvním vztahem s blízkou nemocnicí, kam je žena v případě potřeby rychle převezena. Jediným porodním domem v České republice je v Praze Porodní dům U Čápa. Zde si mohou budoucí rodiče objednat celou škálu porodnických služeb poskytovaných porodními asistentkami. Protože v České republice zdravotní pojišťovny dosud nehradí péči poskytovanou porodními asistentkami, je za všechny poskytované služby nutno zaplatit. Porodní asistentky zde zajišťují předporodní kurzy, individuální konzultace, poradnu pro těhotné, doprovod do porodnice, péči u porodu doma, poporodní návštěvy, poradnu s kojením a další.

V Centrech aktivního porodu se většinou rodičky připravují společně s partnery na porod během celého těhotenství. Nacházejí se většinou v těsné blízkosti nemocnice, aby byla v případě potřeby zajištěna rychlá lékařská péče. Samotný porod probíhá v alternativních porodních pokojích, které ničím nepřipomínají nemocnici, a vše je připraveno na přirozený porod. Problémem je, že lékaři odmítají tato centra respektovat jako výsostné území zdravě rodících matek, jejich partnerů a dalších rodinných příslušníků, a o ně pečujících porodních asistentek a dul. (Lábusová, 2002)

Ambulantní porod přestavuje jakýsi kompromis mezi přáním ženy zachovat při porodu co největší bezpečnost pro sebe i dítě, a proto rodit v nemocničním zařízení, ale po něm se co nejdříve vrátit do domácího prostředí. Systém ambulantních porodů spočívá v tom, že žena v doprovodu partnera porodí v nemocnici pod dohledem lékaře, a po nekomplikovaném

porodu fyziologického novorozence je nejpozději do 24 hodin propuštěna domů, kde je jí i dítěti poskytována veškerá poporodní péče formou návštěv dětské setry a odborných lékařů. Celá rodina si tak může brzy po porodu užít první společné dny. Tento způsob porodní péče byl v České republice vyzkoušen již v roce 1999 na gynekologicko-porodnické klinice 1. LF UK a VFN Praha, ale nedočkal se velkého zájmu ze strany rodiček. (Čepický, 1999)

3.9 Zvládání bolesti během porodu

Porodní bolest jediný druh bolesti, kdy se nejedná o příznak patologického stavu, ale je součástí normálního porodního procesu, a rodičkami je většinou přijímána jako nutnost. Snaha odpomoci rodičkám od porodních bolestí se objevuje od nejstarších dob. Využívalo se magie, bylinek, drog i alkoholu. Za počátek moderní porodnické analgezie je považováno používání chloroformu k tlumení porodních bolestí edinburgským porodníkem Jamesem Youngem Simpsonem v polovině 19. století. Od té doby porodnická analgezie značně pokročila. Dnes se k tlumení porodních bolestí využívá jak farmakologických tak nefarmakologických metod. Porodní bolesti jsou způsobeny otevíráním a zkracováním děložního hrdla a děložními kontrakcemi v první době porodní, ve druhé době porodní převážně tlakem plodu na pánevní struktury, traumatizací pochvy a hráze. Porodní bolest je nepříjemným a stresujícím faktorem pro ženu, může negativně ovlivňovat porodní děj. Stupeň vnímání bolesti je individuální a závisí na mnoha faktorech. Závisí na postoji ženy k porodnímu procesu a na jeho průběhu, na toleranci ženy k bolesti, na mnoha fyzických a psychosociálních faktorech. Mnohé psychosociální faktory ovlivňující bolest spolu souvisejí nebo jsou provázány s faktory fyzickými. Vliv na vnímání těhotenství a porodní bolesti má také kultura. V některých kulturách ženy běžně vyjadřují své negativní pocity a ulevují si od bolesti velmi důrazně a hlasitě. V jiných kulturách je naopak ceněno tiché a mlčenlivé vyrovnání se s bolestí. Vliv hraje také předchozí zkušenost s bolestí při porodu nebo při jiných příležitostech. Negativně působí přílišné obavy a strach, které snižují toleranci k bolesti. Zvýšená stresová odpověď organismu na porod vede k vyčerpání kompenzačních mechanismů organismu a negativnímu vlivu na matku i plod. Proto je důležitá psychoprofylaktická předporodní příprava. Velký význam pro zklidnění a podporu rodičky má přítomnost blízké osoby u porodu, většinou jí bývá partner.

Existuje řada nefarmakologických přirozených způsobů mírnění porodních bolestí, jejichž výhodou je, že neškodí matce ani plodu a nezpomalují normální tempo porodu. Pro dosažení co největšího účinku je tyto metody nutno nacvičovat již před porodem. Jejich nácvik bývá součástí předporodních kurzů a ženě při nich může být nápomocen partner.

Během porodu je důležité ponechat rodičce volnou možnost pohybu a využívat různých poloh, které jsou pro ni v dané chvíli nejpohodlnější. Zcela nevhodné je z tohoto hlediska upoutat ženu na lůžko z důvodu rutinních porodních praktik. Další možností tlumení bolesti jsou relaxační techniky, které se snaží snížit odpověď organismu na zvýšený porodní stres. Jejich cílem je uvolnění napjatých svalů, neboť uvolněné svaly usnadňují průchod dítěte porodními cestami. Také soustředění na pomalé dýchání a relaxaci svalů odvádí pozornost od bolestivých kontrakcí. Doporučuje se hluboké břišní dýchání na počátku a ke konci kontrakce a mezi jednotlivými kontrakcemi. V průběhu kontrakce se využívá rychlé povrchní hrudní dýchání. Relaxaci napomáhá teplá voda, proto se během porodu využívá uvolňujícího efektu teplé sprchy či koupele. Další metodou tlumení bolesti jsou různé masážní techniky, při nichž může rodičce pomoci partner. Masážní metody je vhodné během porodu měnit pro zvýšení jejich účinnosti. Je možné využít elferáž, kdy žena či její partner během kontrakcí hladí břišní oblast krouživými pohyby či pohyby ve tvaru osmičky. Elferáž pomáhá stimulovat silná nervová vlákna. Možností, jak může partner pomoci rodičce ulevit při křížových bolestech, je masáž dolní části zad, účinný je také tlak partnerovi dlaně či pěsti na kost křížovou. K přirozeným metodám tlumení bolesti patří také vizualizace, kdy si žena během stahů představuje něco velmi uklidňujícího. Tuto metodu lze doplnit aromaterapií a vhodnou hudbou, protože provoněný vzduch a hudba dokáží navodit klidnou a intimní atmosféru. Také je možno využít hypnózy, se kterou je třeba zacházet obezřetně. Hypnóza sice snižuje bolestivost za porodu, ale zároveň snižuje schopnost rodičky komunikovat s okolím. Akupunktura je další možností, jak může ženě odborník na akupunkturu ulevit od bolesti. Akupunktura bohužel u nás nemá širší využití. V zahraničí se používá také transkutánní elektrostimulace, při níž se impulzy bolesti, které jsou vedené nervovými drahami, blokují elektrickým proudem, který také stimuluje tvorbu endorfinů v těle. Přístroj funguje tak, že se bateriový stimulátor propojí s elektrodami umístěnými po obou stranách páteře a žena podle potřeby stimulace ovládá. (Stoppardová, 2007) Nefarmakologické způsoby tlumení bolesti většinou bolest pouze tlumí, ale neodstraní ji zcela. Protože jedním z úkolů zdravotnického personálu je porodní bolest tlumit metodami, které je nutno volit individuálně s přihlédnutím k psychofyziologickému stavu rodičky a jejím přáním, ke stavu plodu a porodnické situaci, může být ženě před porodem nebo během něj nabídnuta také možnost farmakologického tlumení porodní bolesti.

Farmakologické metody tlumení bolesti volí některé ženy zcela programově, nechtějí při porodu trpět žádnou bolestí. Některé ženy se k medikamentóznímu porodu uchýlí po předchozím traumatickém porodu, jiné až v průběhu porodu, i když měli původní předsevzetí

rodit bez analgezie. Farmakologické metody patří k nejúčinnějším metodám potlačujícím bolest rodičky, jejich použití nesmí ohrožovat matku ani plod. Nevýhodou je, že některé z těchto metod mohou zpomalovat postup porodu. K farmakologickým metodám patří celkově působící opiáty, analgetika a sedativa. Tyto preparáty bolest ztlumí nebo zcela odstraní, nebezpečím je hrozící útlum dechu u matky i plodu. Další možností je inhalace přípravků k analgezii. Nejvíce se používá inhalace směsi kyslíku a oxidu dusného v poměru 1:1 z anesteziologického přístroje nebo maskou z centrálního přívodu plynů. Výhodou je, že nástup i odeznění účinku je rychlé a látka se nekumuluje, proto se využívá jako samoobslužný způsob pacientkou kontrolované anestezie. Nevýhodou je zde kontaminace ovzduší porodního sálu a možný negativní vliv na personál. Nejúčinnější a velmi oblíbená je v současné epidurální analgezie, která patří do skupiny lokálních anestetických metod. Při ní anesteziolog aplikuje lokální anestetikum do epidurálního prostoru v oblasti bederní páteře pomocí epidurálního katetru, díky čemuž dojde k znecitlivění oblasti od břicha po kolena. Znecitlivující látka se podává až v době, je-li hrdlo děložní rozšířeno alespoň na 4 cm a děložní kontrakce jsou pravidelné. Tato metoda má také určité kontraindikace i možné komplikace. Jednou z nevýhod může být zpomalení průběhu porodu, horší spolupráce rodičky ve vypuzovací době porodní, kdy žena hůře cítí kontrakce a nedostatečně tlačí. Výhodou je vysoká analgetická účinnost a bezpečnost pro matku i plod. Díky epidurální analgezii dochází ke zklidnění rodičky a k lepší spolupráci s porodníkem, ale zároveň neovlivňuje významně stresovou odpověď plodu. Epidurální analgezii je možno využít při normálním porodu, ale i při císařském řezu. Při císařském řezu je využívána i celková anestezie, zejména je-li operaci nutno provést neodkladně. Při použití všech farmakologických metod tlumení porodní bolesti je nutno pečlivě sledovat vitální funkce matky, ale i plodu. (Leifer, 2004)

3.10 Potřeby otců u porodu

I když přítomnost otce u porodu patří dnes téměř mezi společenská očekávání, neměl by se muž při svém rozhodování, zda se zúčastní porodu, podřizovat této konvenci. Budoucí otec by měl mít právo se svobodně rozhodnout, zda chce vědomě prožít tento jistě povznášející, ale pro mnohé muže dramatický zážitek. Neměl by být nikým ovlivňován a partnerka by měla respektovat jeho svobodné rozhodnutí. Pokud se muž v průběhu porodu rozhodne z porodního sálu odejít, neměla by to partnerka vnímat jako jeho selhání. Míra otcovské lásky nemůže být posuzována podle toho, zda se otec zúčastní porodu či nikoliv.

Je třeba si uvědomit, že porod může být stejně náročný, namáhavý a stresující pro otce u porodu podobně jako pro rodící ženu. Muž se po celou dobu snaží matku povzbuzovat

a dodávat jí neutuchající optimismus. Přitom sám může cítit obavy o ženu a dítě. Otec má silnou touhu zapojit se a pomoci, chce být užitečný. Aby byl muž skutečně dobrým partnerem u porodu, nesmí během porodu zapomenout i na své potřeby. Ženy si většinou nepřejí, aby je partner během porodu opouštěl na delší dobu, proto je dobré, má-li muž vše potřebné blízko sebe. V případě potřeby muž může odpočívat v blízkosti matky, jestliže matka leží, neměl by se rozpakovat lehnout si vedle ní, může dokonce poklimbávat. Nesmí zapomínat ani na lehké jídlo a pití v průběhu porodu. To vše je důležité k udržení dobré fyzické kondice a co největší psychické pohody. Pokud otec něčemu nerozumí nebo mu něco dělá starosti, neměl by se zdráhat zeptat se porodní asistentky či lékaře. Otce uklidní, když lékař či asistentka vysvětlí předem každou proceduru, kterou se chystá během porodu vykonat. Rodiče se pak cítí jako členové týmu. Zdravotnický personál by neměl zapomínat, že i otce je v průběhu porodu třeba podpořit a pochválit.

Mužům u porodu může také pomoci účast duly. V České republice není přítomnost dul u porodu ještě zcela běžná, ale v zahraničí je jejich pomoc v průběhu porodu velmi využívána. Dula má odpovídající vzdělání a zkušenosti, díky nimž dokáže podpořit oba budoucí rodiče. Zná způsoby, jak učinit porod příjemnějším a méně bolestivým, poradí otci, co v které fázi porodu pro ženu udělat. Dula přináší jiný stupeň podpory než muž, kterého váže k rodičce důvěrný vztah. Díky přítomnosti duly nemá otec pocit, že veškerá zodpovědnost za ženino zvládání porodu leží pouze na něm, a má možnost lépe se soustředit na své pocity. (Klaus, M., Kennell a Klaus, P., 2004)

4 POPORODNÍ OBDOBÍ

Porod je zátěžovou situací, na kterou se rodiče připravují po devět měsíců. Jak se s touto zátěžovou situací vypořádají, záleží na osobnosti rodičů, na jejich odolnosti vůči zátěži, na vrozených vlastnostech i životních zkušenostech, na sociálních skutečnostech, ale i na aktuálním stavu organismu. Porod jako zátěžovou situaci vždy musíme posuzovat vzhledem k adaptačním silám a možnostem obou rodičů. Většina žen a mužů se s porodními zážitky vyrovná dobře, zvládá svou novou rodičovskou roli, vnitřně prožívá pocit štěstí a spokojenosti. *„Zvládnutý porodní proces zvyšuje pocity uspokojení nejen ženy, ale i jejího partnera a dítěte, pocity hrdosti, rozpoutává důvěru rodiny, sebevědomí, má dobrý vliv na ženinu laktaci zvyšuje pozitivní rodinné prostředí.“* (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011, 53 s.) Ale je třeba si uvědomit, že následkem prožitého porodu může žena či muž pociťovat i jiné emoce, než ty pozitivní a radostné. A i přesto, že je intuitivní rodičovství biologicky vrozené, není zcela odolné vůči rušivým faktorům biologickým, sociokulturním a dalším, které mohou mít nežádoucí účinky na některého z partnerů. (Ratislavová, 2008)

4.1 Poporodní deprese u žen

„Většina žen zvládá situaci porodu s vypětím nebo s krajním vypětím sil, při mobilizaci fyzických a psychických mechanismů, někdy i se značným rozkolísáním psychických a fyzických funkcí.“ (Ratislavová, 2008, 58 s.) Náročná situace porodu je zdrojem formování osobnosti ženy. Zvládnutí porodu může být pro ženu zdrojem hrdosti, uspokojení i sebedůvěry. Pokud má však žena pocit, že situaci nezvládla, může dojít k rozporům v sebepojetí. Psychika ženy je v období šestinedělí velmi zatížena fyzickými a hormonálními změnami, ale i adaptací na roli matky. Než si nedělka na tuto zátěž zvykne a utvrdí se v tom, že se o dítě zvládne dobře postarat, může prožívat stavy neschopnosti a nedostatečnosti, které se ještě násobí fyzickým vyčerpáním a nedostatkem spánku. Asi u 50 - 80% žen se 3. - 6. den po porodu objevuje přechodná subdepresivní epizoda nazývaná poporodní blues. Projevuje se emocionální labilitou, úzkostností, podrážděností, plačtivostí, pocitem nejistoty, osamělosti, ale i sníženou sebeúctou. Mohou se střídat stavy euforie a epizodami smutku a pláče. Někdy se objeví i somatické potíže (bolesti hlavy, bušení srdce, poruchy spánku, snížená chuť k jídlu apod.) a negativní pocity ve vztahu k vlastnímu dítěti. Poporodní blues je jevem transkulturním, proto jeho příčina bývá dávána do souvislostí s biologickými a psychologickými příčinami, a také přirozenou adaptační reakcí organismu ženy po porodu. Poporodní blues většinou odeznívá do desátého dne po porodu a žena znovu nabývá klid

a sebedůvěru. Tyto poporodní změny nálad jsou v zásadě neškodné, nevyžadují terapii, protože spontánně odezní. Přesto by měla být žena i s partnerem poučena již na předporodním kurzu, či v rámci péče o šestinedělku, jaké potíže se mohou po porodu objevit. Partner by měl vědět, že je pro ženu v tomto období velmi důležitá emoční podpora a pomoc z jeho strany i celé rodiny.

Pokud příznaky přetrvávají déle než čtrnáct dnů, mohou být známkou hrozící vážnější poporodní deprese, proto je nutno včas vyhledat pomoc odborníka (psychologa, psychiatra, psychoterapeuta). Tento stav se objevuje asi u deseti procent nedělek. Mezi příznaky poporodní deprese patří úzkost, pocity insuficience, beznaděje, bezmoci, úzkost, strach ze samoty, ztráta zájmu a potěšení, obavy z budoucnosti, ale hlavně pocit neschopnosti milovat dítě a starat se o něj, ambivalence až hostilita k dítěti. Poporodní deprese se nemusí projevit hned po porodu, ale kdykoli během prvních šesti měsíců až prvního roku po něm. Rizikovým faktorem rozvoje poporodní deprese je zatížená psychiatrická anamnéza (dřívější výskyt epizody deprese, depresivní porucha u pokrevních příbuzných, anamnéza poporodní psychózy). Riziko tvoří také psychosociální faktory, jako nechtěné těhotenství, psychologická nepřipravenost na mateřství, nízký věk ženy, partnerské problémy, negativní životní zkušenosti, nedostatečná sociální podpora, nepříznivá socioekonomická situace a mnoho dalších. Rizikem může být i operativní či těžký porod, ale také některá somatická onemocnění. Vždy je důležitá psychoterapie, u těžších případů v kombinaci s psychiatrickou medikací.

Nejzávažnějším psychickým onemocněním po porodu je poporodní psychóza, dříve označovaná jako laktační psychóza, přestože nemá s laktací nic společného. Jedná se o psychotické poporodní onemocnění vznikající zpravidla v prvním týdnu po porodu a vyskytuje se jen u 0,1 - 02% nedělek. Toto onemocnění má různé formy. Příznaky se liší podle druhu psychózy, a mohou jimi být halucinace a bludy většinou vztažené k mateřství, porodu, dítěti, euforická nálada, psychická nadnesenost, pocity bezmoci, neschopnost péče o dítě, přehnaná starostlivost, nespavost, apatie, plačtivost, paranoia atd. Někdy dochází i k poruše laktace. Nebezpečím je také možnost poškození sebe nebo dítěte. Podle některých autorů je poporodní psychóza pouze relaps psychiatrické nemoci nebo jeho nový vznik, neuznávají poporodní psychózu jako samostatnou jednotku. Riziko pro její vznik představuje psychiatrické onemocnění v anamnéze ženy, patologický průběh těhotenství, operační či obtížný porod, partnerské nebo rodinné problémy, patologický průběh šestinedělí v podobě závažné infekce apod. U všech forem poporodní psychózy je nutná léčba trvající zpravidla

několik měsíců a většinou spadá do kompetence psychiatrického zařízení. Zástava laktace není vždy nutná, pouze hrozí-li intoxikace dítěte psychofarmaky. Během terapie je velmi důležitá psychosociální podpora celé rodiny. Poporodní deprese matky či psychóza může negativně ovlivnit utváření vztahu k dítěti a tím dojít k narušení kognitivního a především emočního vývoje dítěte. (Ratislavová, 2008)

4.2 Poporodní deprese u mužů

Většina otců, kteří se porodu zúčastnili, ho řadí mezi nejsilnější a nejemotivnější zážitky svého života. Možnost nahlédnout, jak přichází jejich dítě na svět, umožní mužům pochopit část podstaty mateřství. Přesto většina z nich potřebuje čas, aby se z prožitého porodu vzpamatovala. Muži nejsou geneticky vybaveni na porod, mnozí neumí unést to, že žena při porodu trpí a oni jí nedokáží pomoci. Často se objevuje pocit viny ze zplození potomka. Po porodu se o fyzický či psychický stav muže nikdo nezajímá, vždyť je to žena, která prožila devět nepohodlných měsíců, bolestivý porod a má před sebou vyčerpávající měsíce. Od muže se všeobecně očekává, že bude silný, jak to vyžaduje jeho mužská role. Během porodu muž ale zažívá mnoho různých emocí a potřebuje čas, aby se s nimi vyrovnal. Jenže dítě je na světě, vyžaduje neustálou péči pozornost a na otce nezbývá moc času. U labilnějších či citlivějších otců může zážitek z porodu vyvolat až psychické trauma, které může vyústit i v sexuální poruchy. Poporodní depresi považovali vědci dlouho za ryze ženskou záležitost, v posledních letech uznávají, že se může týkat i mužů. Velkým problémem mužů je, že daleko méně než ženy žádají o pomoc, myslí si, že muž má být silný a chtějí vše zvládnout sami. (Cooper, 2009) Muži hůře vyjadřují své emoce a případné psychické problémy často skrývají. I nenápadné změny v jejich chování a jednání mohou být počátečním příznakem časné deprese otců. Typickým příznakem je, že muž začne po narození dítěte trávit více času v práci, aby nemusel být s rodinou. Podceňování či přehlížení poporodní deprese otců může vyústit až v destruktivní formy chování, jako je agresivita, alkoholismus, nevěra apod. Je ohroženo jak jejich zdraví, tak manželství, přátelské vztahy i pracovní život, proto je vždy na místě pomoc odborníka a podpora blízkého okolí. Prevencí poporodních depresí otců může být účast na kurzech předporodní přípravy, jejichž úkolem není pouze příprava budoucích rodičů na porod, ale i přípravou na rodičovství. (Geisel, 2004)

4.3 Sexualita po porodu

Po porodu se proměňuje sexualita páru jako celku, neboť do vztahu vstupuje nový fenomén v podobě rodičovství a dítěte. Pohlavní život může být obnoven, cítí-li se žena

připravena, obvykle za čtyři až šest týdnů od porodu. Častěji se vyskytuje v šestinedělí, ale i po něm, snížený zájem o sex, a to buď u jednoho z partnerů nebo u obou. Ženu zaměstnává péče o dítě dvacet čtyři hodin denně, cítí se unavená a často nevyspalá. Partner by si měl uvědomit, že jde o potíže přechodné, a respektovat přání ženy a mít porozumění. Ze strany partnera se může projevit negativně žárlivost. Žena je nejvíce zaměstnána péčí o dítě a na partnera jí nezbývá tolik času. Muž se může cítit odstrčen a opomíjen. (Ratislavová, 2008)

Lidská sexualita není pouze záležitostí těla, ale i psychiky. Sexualita ženy je daleko komplikovanější než mužská. U mužů jde více o akt fyzický, k navození vzrušení jim stačí erotický podnět. Ženy k sexuálnímu vzrušení potřebují emoční a kognitivní (myšlenkové) přeladění z matky na milenku. Sexualitu nelze redukovat pouze na stránku fyzickou, zahrnuje oblast celého člověka s jeho emocemi, touhami, vášněmi i náladami. K sexualitě patří společné sdílení svých pocitů, radostí i starostí, což je obzvláště důležité pro ženu. Je potřebné si uvědomit, že dítě nemůže být jedinou prioritou partnerství či manželství. Sexualita je jedním ze základních pilířů partnerského vztahu a ten je třeba chránit a pečovat o něj, protože dítě ke zdravému vývoji potřebuje cítit nejen lásku matky a otce, ale také lásku mezi nimi dvěma.

Narození dítěte může být spouštěcím mechanismem sexuální dysfunkce. Jejími nejčastějšími příčinami v poporodním období jsou psychologické příčiny (únava, deprese, následkem poporodních změn má žena negativní postoj k vlastnímu tělu, žena je vnímána partnerem více jako objekt mateřský, ne sexuální, apod.). Dále jsou to vztahové příčiny, jako partnerský nesoulad, krize ve vztahu, nesplněná očekávání partnera. Příčinou může být i obtížné hojení porodního poranění. Vliv přítomnosti otce u porodu na budoucí sexuální život obou partnerů se předvídat nedá. U disponovaných mužů nemusí zůstat bez negativních následků, na druhé straně jeho přítomnost může prohloubit a zkvalitnit jak vzájemný vztah obou partnerů, tak jejich sexuální život. (Ratislavová, 2008) Stav, kdy muž nevnímá ženu jako milenku, ale pouze jako rodičku a matku je odborníky nazýván Madonin komplex. Muž přestává pociťovat sexuální touhu ke své partnerce. Tento stav většinou po nějaké době odezní, ale u mnohých nepřipravených párů tato situace může vyústit až v rozvod. Podle tradice muž k porodu nikdy nepatřil, ženu během porodu podporovaly blízké ženy. V dnešní době nukleárních rodin je pro ženu rodící v nemocnici právě partner tou nejbližší osobou. Všichni muži nejsou k asistenci při porodu stavěni, a zůstává otázkou, zda je tradiční uspořádání, které je vylučovalo od porodu, nechránilo před možným traumatem.

4.4 Co přináší rodičovství

Narození dítěte přináší spoustu změn v životě rodiny, mění významně organizaci rodinných vztahů i povinností. Vztah partnerů, který byl dosud spojením získaných, se skrze narozené dítě stává vztahem vrozeným. Ze své podstaty nelze rodičovství zrušit, vrozený vztah lze pouze hůře či lépe naplnit. Je třeba se přizpůsobit novým rolím a změnit svůj životní styl, neboť životní styl zaměřený na rodinu nevyhnutelně znamená méně času na osobní zájmy či nerodinné aktivity. Narození potomka s sebou přináší i velkou zodpovědnost, na kterou nemusí být jeden z partnerů nebo dokonce oba připraveni, rodiče se mohou ocitnout ve slepé uličce. A protože rodičovství s sebou přináší spoustu nových povinností, je nutno jejich plnění rozdělit mezi oba partnery, protože je-li svěřeno pouze jednomu z partnerů, nemusí takovou zátěž vztah vydržet.

4.4.1 Mateřství

Schopnost rozmnožování a rozhodnutí stát se matkou se promítá do života současné ženy, protože mateřství je pro ženu významnou životní změnou. Ženy dnes často vykazují kontrolu nad tím, kdy, zda vůbec a kolik budou mít dětí. Mateřství je pro většinu žen úkolem radostným, ale mnohé ženy mají problematický přístup k mateřství a péči o dítě. Jsou to ženy nedostatečně identifikované se svým ženstvím, zaměřené na pracovní úspěchy a kariéru, ve kterých mateřství vyvolává pocit frustrace v seberealizaci. Dále jsou to ženy nezralé, nesamostatné, často závislé na druhých lidech. Mají strach z odpovědnosti a vlastní neschopnosti. Patří sem také ženy promiskuitní, nestabilní s touhou po neustálém vzrušení. Nejsou spokojeny s konzervativním stylem života, se stálým partnerským vztahem a trvalá péče o dítě by je omezovala. (Roztočil aj., 2008)

Již v těhotenství se začíná vytvářet mateřské pouto, které je jednou z nejsilnějších lidských vazeb. Časný poporodní kontakt matky s dítětem a jeho následné přiložení k prsu matky je důležitým psychologickým okamžikem pro navázání prvního vztahu mezi nimi. Vytvoření základů silného emočního vztahu mezi matkou a dítětem se nazývá bonding. Touha po vzájemné blízkosti matky a dítěte je tělesná a emoční potřeba sdílená matkami a dětmi, proto je kontakt kůže na kůži bezprostředně po porodu důležitý pro blaho matky i dítěte. Jedině v případě, že zdravotní stav matky či dítěte vyžaduje neodkladný medicínský zásah, může být bonding posunut nebo může bondovat kůži na kůži otec. Průběh prvních hodin po porodu může částečně určit, jaký vztah si vytvoří dítě k matce, ale i to, jak bude přistupovat ke světu kolem sebe. Proto je důležité zabezpečit povzbudivé a citově vřelé

prostředí, které podporuje důvěrný kontakt mezi matkou a dítětem. (Odent, 1995) Jsou-li děti matkám hned po porodu ponechány, děti lépe drží tělesnou teplotu, méně pláčí, mají nižší hladiny stresových hormonů, zahájení kojení je snazší. U dětí položených na matčinu hruď bezprostředně po porodu se objevuje přirozený instinkt přisát se k prsu a zahájit kojení většinou do první hodiny od narození. Ženám se díky časnému kontaktu pravděpodobně vytváří více mateřského mléka. Slyší-li dítě tlukot matčina srdce, cítí se klidné a v bezpečí. (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011)

Celodenní režim rooming-in v porodnicích má pozitivní vliv na laktaci, na časnou interakci a na utváření vzájemného citového pouta mezi dítětem a matkou. Citové pouto mezi matkou a dítětem se upevňuje během kojení a péče o ně. Matky se učí rozpoznat potřeby dítěte a laskavě a něžně na ně reagují, snaží se porozumět signálům a způsobům, jak dítě komunikuje. Synchronizované chování matky vytváří v dítěti prvotní pocity bezpečí a důvěry. Tvoří se spojení na celý život. Řada odborných společností se na základě výhod nepřerušovaného kontaktu matek a dětí výrazně staví proti rutinnímu oddělování matek a dětí po porodu. Matka může ke stimulaci i uklidnění dítěte využívat metodu klokánkování, jemných doteků i masáží. U ženy narůstá pocit odpovědnosti za zdraví a výchovu dítěte. (Ratislavová, 2008) Utváří se mladé mateřství, ale i otcovství. Nejistotu necítí jen ženy, ale i jejich partneři. Na souhře mezi partnery závisí nejen zdraví dítěte a jeho vývoj, ale i jejich vlastní osud.

4.4.2 Otcovství

Je třeba si uvědomit, že „*otcem se muž nestává narozením dítěte, jedná se o proces dlouhodobý, který začíná dlouho před porodem a pokračuje mnoho let po něm*.“ (Ratislavová, 2008, 85 s.) Přijetí otcovské role je různé. Někteří tatínkové mohou být rozpačití z pohlaví svého dítěte, jiní jsou naopak naprosto šťastní, část z nich necítí k dítěti takovou lásku, jakou čekali, nebo naopak cítí obrovský pocit štěstí a neví, jak k němu přistupovat. Naštěstí se většina z nich přes tyto počáteční rozpaky dokáže přenést a začne si užívat štěstí z dítěte. Musí ovšem akceptovat, že nový přírůstek do rodiny se již navždy stane centrem pozornosti. Na chování otce k dítěti má velký vliv vztah k jeho rodičům, předchozí zkušenosti s dětmi, vztah k partnerce. (Cooper, 2009) Někteří muži se touží stát plnohodnotnými rodiči, někteří vidí svou úlohu více v podpoře matky při péči o dítě a při jeho výchově. Podle mnohých výzkumů jsou i muži, stejně jako ženy, vybaveni intuitivními rodičovskými schopnosti, a proto se mohou do péče o dítě plně zapojit a být partnerce oporou. (Ratislavová, 2008) Důležité je, aby ženy daly partnerům prostor a vpustily je do rodinného života, aby je také za

péči o děti ocenily. Otcové by zase měli být aktivní a trávit s rodinou co nejvíce času. Bohužel podmínky v České republice nahrávají spíše nízkému zapojení otců do péče o děti a domácnost. Je to způsobeno například nižší zaměstnaností žen než v jiných státech, rozdíly v příjmech mužů a žen, málo možností práce na zkrácené úvazky, většina žen by rodinu neuživila, kdyby muž zůstal s dítětem doma.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 PROJEKT VÝZKUMU

Přítomnost otce u porodu je v dnešní době jakýmsi společenským standardem. Většina autorů v odborné literatuře shledává přítomnost otce u porodu jako přínosnou pro rodičku i pro celý průběh porodního děje. Již pouhá přítomnost blízké osoby u porodu dodává rodičce pocit, že na vše není sama. Přítomnost partnera u porodu má pozitivní vliv na délku trvání porodu, na vnímání porodní bolesti, snižuje porodní stres a úzkost. Může pomoci upevnit partnerské vztahy a zlepšuje navazování vztahu mezi otcem a dítětem. Tento výzkumný projekt je zaměřen na ověření, zda přítomnost partnera u porodu má opravdu pro ženu pozitivní vliv a v čem nejvíce spočívá partnerova podpora. Dále má zjistit vliv společně prožitého porodu na další partnerský vztah.

5.1 Cíl a úkoly výzkumu

Cílem výzkumu je ověřit, jak již bylo řečeno, zda přítomnost otce u porodu má pro ženu pozitivní význam, a jak vidí význam své účasti u porodu muži. Jedním z úkolů práce je zjistit, v čem oba partneři spatřují pozitiva či negativa, zda oba partneři shledávají přítomnost muže u porodu spíše jako psychickou či fyzickou pomoc rodičce. Předpokladem je, že přítomnost partnera u porodu je pro ženu přínosná, a že pomoc partnera při porodu bude spatřována spíše v psychické než fyzické podpoře. Dalším úkolem práce je zjistit, zda přítomnost muže u porodu je jeho volbou a zda nějakým způsobem ovlivňuje další partnerské soužití. Předpokladem je, že účast muže u porodu svého dítěte je převážně jeho svobodným rozhodnutím nebo společným rozhodnutím obou partnerů, že muži nejsou k účasti na porodu nikým nuceni. V oblasti společného partnerského soužití lze předpokládat, že přítomnost partnera u porodu může mít pozitivní vliv na další partnerské soužití.

5.2 Charakteristika vzorku respondentů

Výzkumu se zúčastnilo celkem sto čtyřicet respondentů ve věku od dvaceti do padesáti šesti let, z toho nejvíce respondentů bylo ve věku 30-40 let. Ve výzkumném vzorku bylo toho devadesát žen a padesát mužů. Sběr dat od mužů byl ztížen jejich menší ochotou se výzkumu zúčastnit. Hlavním těžištěm výzkumu byli partneři u porodu, jimž se dítě narodilo v Mulačově nemocnici, s.r.o. v Plzni, kde probíhal dotazníkový průzkum za spolupráce porodních asistentek z porodního sálu a oddělení šestinedělí od listopadu 2011 do února 2012. Další respondenti byli známí nebo byli získáni na základě spolupráce s lékaři různých gynekologických ordinací. Věk partnerů v době porodu dítěte byl od dvaceti do čtyřiceti pěti

let. Většina respondentů byla vysokoškolského až středoškolského vzdělání, žádný z respondentů neměl pouze základní vzdělání.

5.3 Metody výzkumu

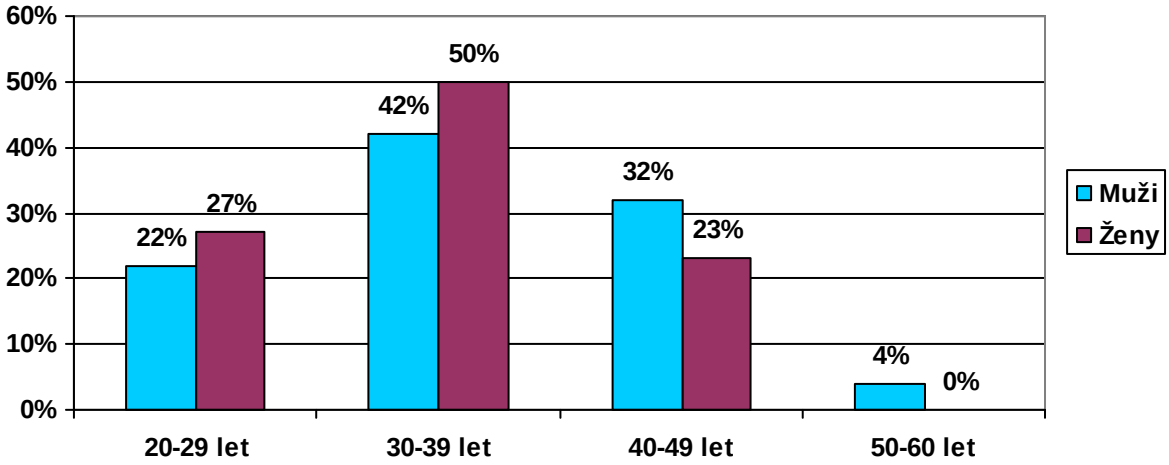
Metodou použitou pro získání informací v praktické části je dotazník, což je v podstatě způsob psaného řízeného rozhovoru, kde se na dotazy vyžadují písemné odpovědi. Jeho hlavní výhodou je získání velkého množství dat v poměrně krátkém čase a poměrně snadné zpracování výsledných dat. Je složen z otázek, jejichž cílem je získat názory a fakta od respondentů na určitou problematiku. Nevýhodou je, že otázky mohou být špatně formulovány nebo nemusí být všem zcela srozumitelné, navržené odpovědi nemusí poskytovat potřebný prostor pro validní odpovědi. Problémem může být i získání dostatečného množství respondentů. Dotazník řadíme do subjektivních metod, neboť diagnostická hodnota dotazníku závisí na pravdivosti odpovědí respondentů. Výsledky metody dotazníku mohou být zkresleny snahou některých osob odpovídat ve shodě se sociální žádoucností. Dotazník sestavený pro účely této bakalářské práce je zcela anonymní a nestandardizovaný. Část je tvořena otázkami uzavřenými, které respondentovi umožňují pouze omezenou a nucenou volbu odpovědí. Část je tvořena otázkami otevřenými, které nekladou omezení na odpověď.

5.4 Analýza dotazníku

V této kapitole budou vyhodnoceny získané výsledky výzkumu. Nejprve budou vyhodnoceny jednotlivé otázky dotazníku, poté budou uvedeny souhrnné výsledky. Jednotlivá data budou zpracována do přehledných tabulek a grafů a patřičně komentována. Pro účely této práce jsou výsledná data rozlišena podle pohlaví respondentů.

Otázka č. 1: *Váš věk?*

Možnosti	**Odpověď**			
	Ženy		**Muži**	
20-29 let	24	27%	11	22%
30-39 let	45	50%	21	42%
40-49 let	21	23%	16	32%
50-60 let	0	0%	2	4%
Celkem	90	100%	50	100%

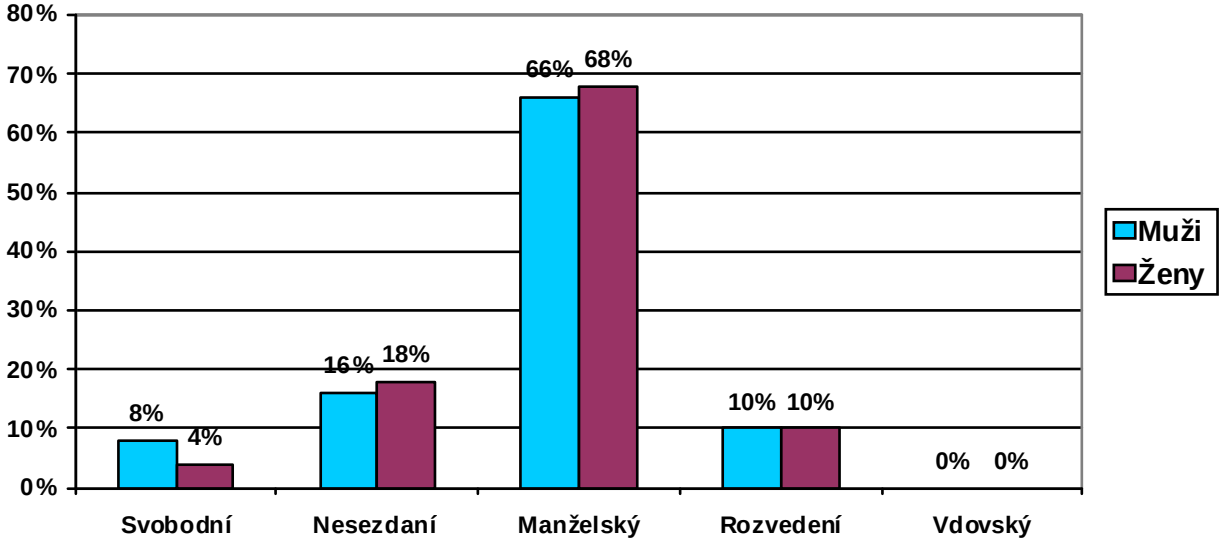


Graf č. 1: Věková skladba respondentů

Největší část všech respondentů byla ve věku 30 - 39 let, u žen to bylo přesně 50%, u mužů o něco méně. Druhou nejpočetnější skupinu respondentů byly ženy ve věku 20 - 29 let, u mužů 40 - 49 let. Nejmenší skupinou respondentů byli muži ve věkové kategorii 50 – 60 let, a to v 4% zastoupení. Ženy v této věkové kategorii se výzkumu nezúčastnily.

Otázka č. 2: *Jaký je Váš rodinný stav?*

Možnosti	**Odpověď**			
	Ženy		**Muži**	
Svobodná/ý	4	4%	4	8%
Nesezdané soužití	16	18%	8	16%
Vdaná / Ženatý	61	68%	33	66%
Rozvedená/ý	9	10%	5	10%
Vdova/Vdovec	0	0%	0	0%
Celkem	90	100%	50	100%

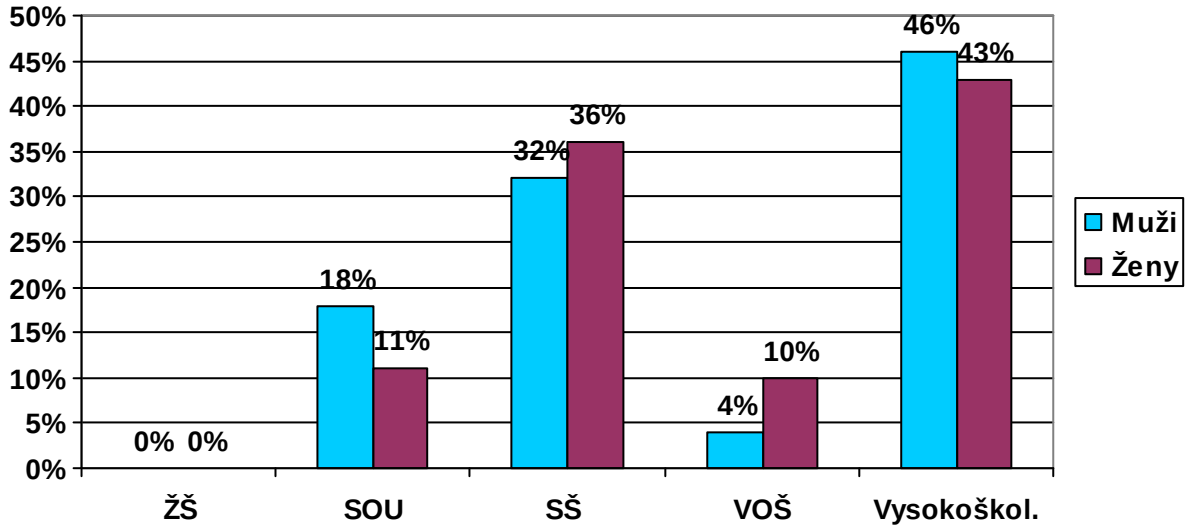


Graf č. 2: Rodinný stav respondentů

Z tabulky i grafu je patrné, že největší počet respondentů (66-68%) žije ve svazku manželském, 16-18% respondentů žije v nesezdaných soužitích, což lze přičíst tomu, že mladí lidé dnes manželství nepřisuzují takovou důležitost jako dříve. Shodně 10% dotázaných žen i mužů bylo rozvedených, pouze 4-8% respondentů bylo svobodných. Vdovský stav nebyl zaznamenán vůbec.

Otázka č. 3: *Jaké je Vaše vzdělání?*

Možnosti	**Odpověď**			
	Ženy		**Muži**	
Základní	0	0%	0	0%
Středoškolské s výučním listem	10	11%	9	18%
Středoškolské s maturitou	32	36%	16	32%
Vyšší odborné	9	10%	2	4%
Vysokoškolské	39	43%	23	46%
Celkem	90	100%	50	100%



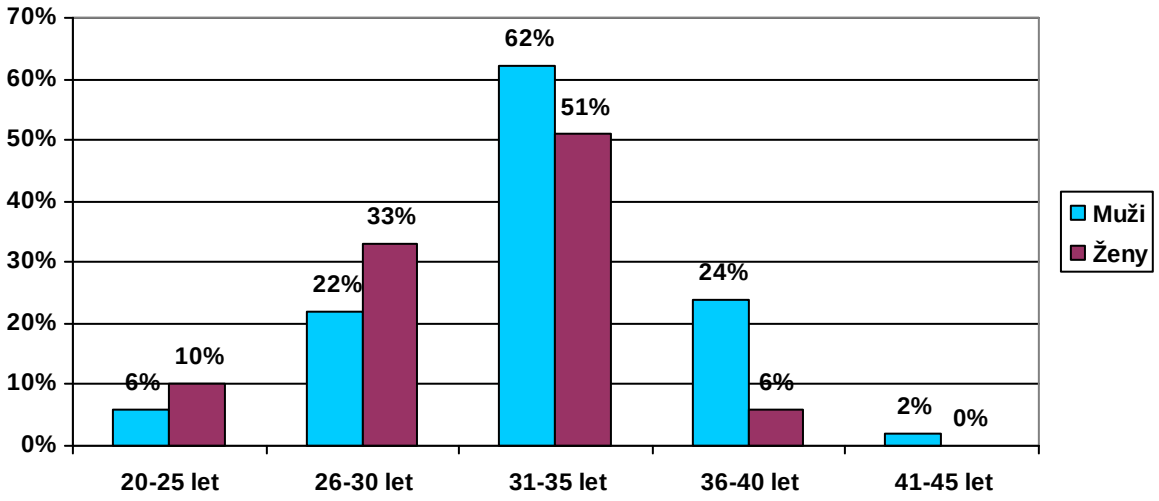
Graf č. 3: Vzdělání respondentů

Nejvíce respondentů mělo vysokoškolské vzdělání, a to 43 - 46%. Středoškolské vzdělání s maturitní zkouškou přibližně 32-36% respondentů a s výučním listem 11 - 18%. Nejmenší část respondentů mělo vyšší odborné vzdělání a ani jeden respondent neměl pouze základní vzdělání. Ženy ani muži se základním vzděláním se do výzkumu nezapojili z důvodu nezájmu o daný výzkum a také proto, že porodní asistentky i lékaři spolupracující na výzkumu vybírali pro vyplnění dotazníku ženy s vyšším než základním vzděláním z obavy o správné či úplné vyplnění dotazníků. Nejvyšší zastoupení vysokoškolského vzdělání mezi

respondenty může být dáno výběrem respondentů, ale také rostoucí potřebou vyššího vzdělání v dnešní společnosti.

Otázka č. 4: *Váš věk v době narození posledního dítěte?*

Možnosti	**Ženy**		**Muži**	
20-25 let	9	10%	3	6%
26-30 let	30	33%	11	22%
31-35 let	46	51%	31	62%
36-40 let	5	6%	12	24%
41-45 let	0	0%	1	2%
Celkem	90	100%	50	100%



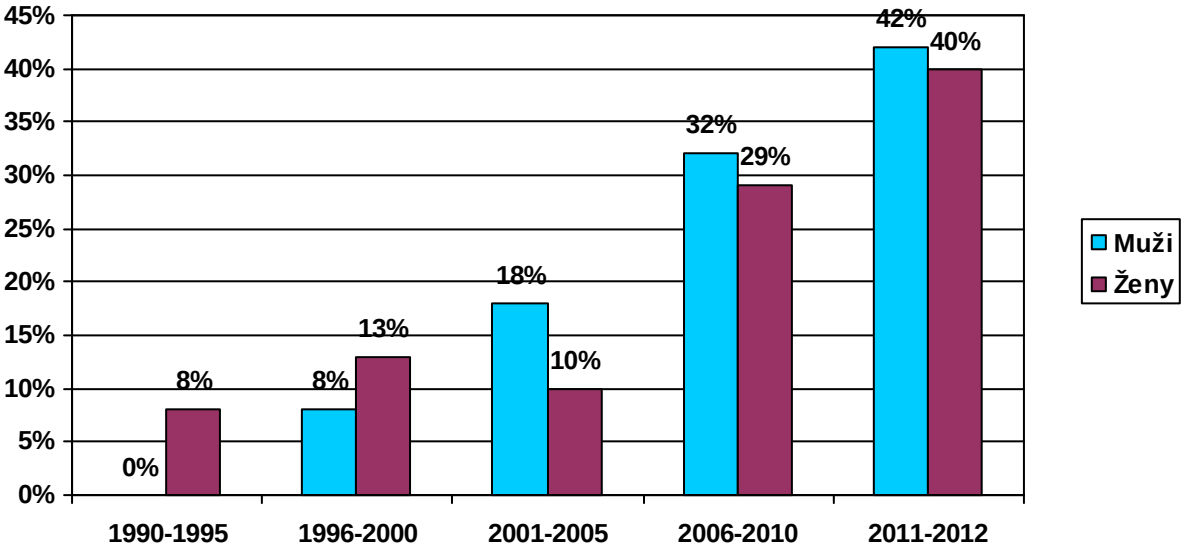
Graf č. 4: Věk respondentů v době narození posledního dítěte

V posledních letech se projevuje ve společnosti tendence nejprve dosáhnout určité ekonomické nezávislosti či ekonomického statusu a teprve potom zakládat rodinu. Proto stále roste počet žen, které rodí děti po 30. roce života. Se stoupajícím věkem rodiček však roste riziko vývojových vad plodu či neplodnosti. Tuto tendenci potvrzuje i výsledek výzkumu, neboť 51% dotázaných žen svého posledního potomka porodila ve věku 31 - 35 let, ale i 62% mužů se stalo otci svého posledního potomka ve stejném věkovém rozmezí. Ve věku 26 - 30 let porodilo dítě 33% respondentek a otci se stalo 22% mužů. Ve věku 36 - 40 let se rodiči stalo 24% mužů, ale jen 6% žen. Po 45. roce života se otcem stal pouze 1 mužský respondent. 10% žen porodilo své dítě ve věku 20-25 let, ale pouze 6% mužů se v tomto věku stalo otci. Získané výsledky potvrzují, že stoupá věková hranice rodících žen, ale i muži se stávají otci

ve vyšším věku než ženy, což je v souladu s tím, že muži dozrávají později než ženy, a zároveň jejich plodnost není tolik limitována věkem jako u žen.

Otázka č. 5: *Rok narození posledního dítěte, u jehož porodu byl přítomen otec?*

Možnosti	**Odpověď**			
	Ženy		**Muži**	
1990-1995	7	8%	0	0%
1996-2000	12	13%	4	8%
2001-2005	9	10%	9	18%
2006-2010	26	29%	16	32%
2011-2012	36	40%	21	42%
Celkem	90	100%	50	100%

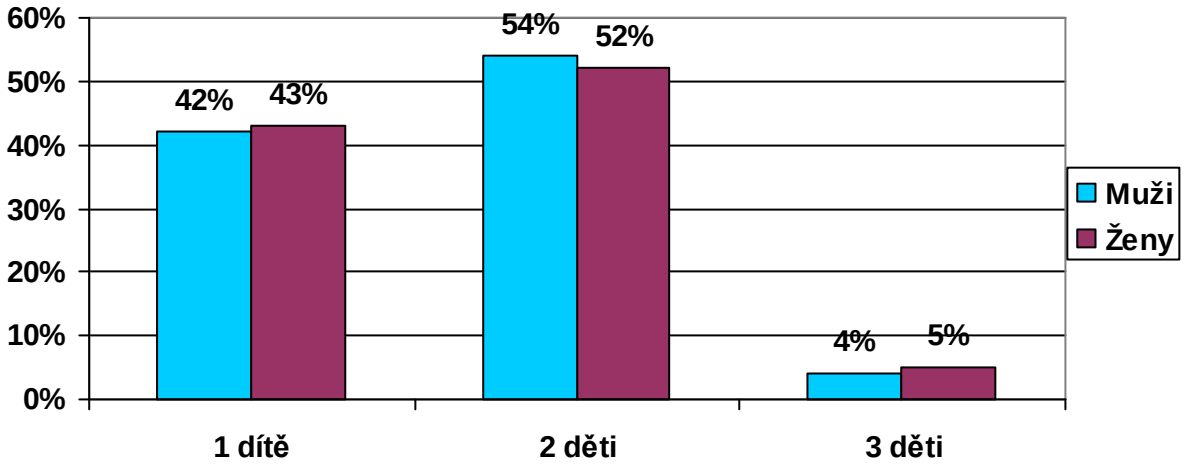


Graf č. 5: Rok narození posledního dítěte

Dotazníkového šetření se zúčastnilo přibližně 40% respondentů, kterým se dítě narodilo v letech 2011 - 2012, zhruba 30% respondentů se dítě narodilo v letech 2006 - 2010. Nejmenšímu počtu respondentů (8% žen) se narodilo dítě v letech 1990-1995. Pro daný výzkum je výhodou velký počet respondentů s narozeným dítětem v letech 2011-2012, protože čerství rodiče si pamatují zážitky ze společného porodu méně zkresleně než respondenti, jimž se narodilo dítě před více lety. Negativní zážitky z porodu postupně nahrazují chvíle štěstí, které prožívají díky svým dětem.

Otázka č. 6: *Počet Vašich dětí?*

Možnosti	Odpověď			
	Ženy		Muži	
1 dítě	39	43%	21	42%
2 děti	47	52%	27	54%
3 děti	4	5%	2	4%
Celkem	90	100%	50	100%



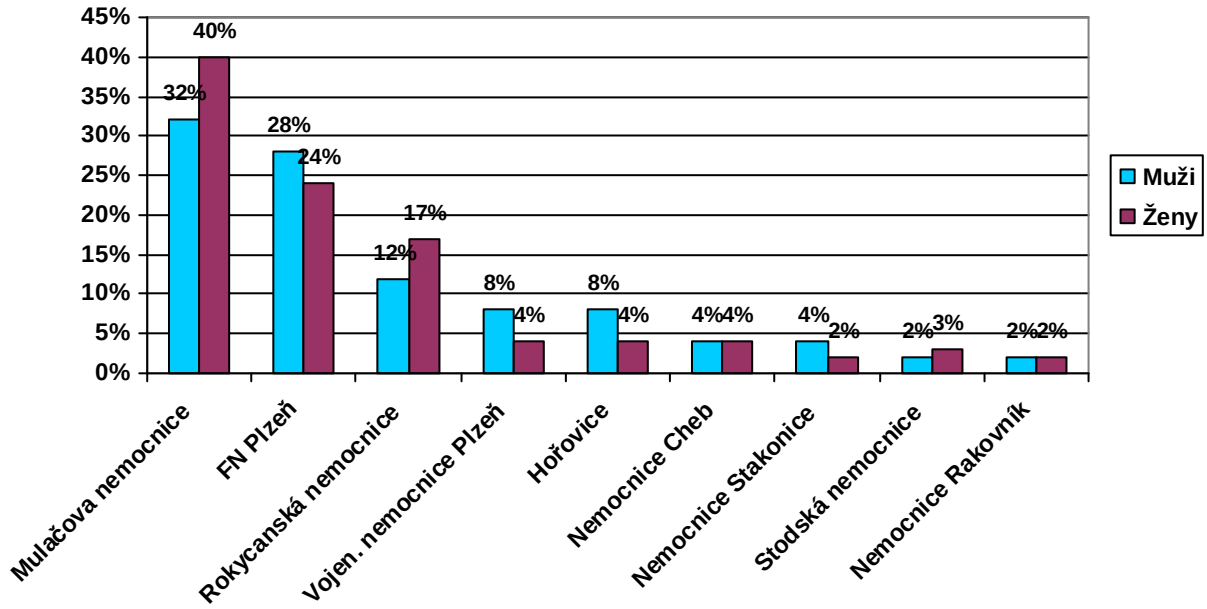
Graf č. 6: Počet dětí respondentů

Mezi respondenty převažují přibližně s desetiprocentním náskokem rodiny se dvěma dětmi (52-54%) nad rodinami s jedním dítětem (42-43%). Může to signalizovat nárůst rodin s jedním dítětem, ale ve zkoumaném vzorku respondentů se může jednat pouze o to, že byli dotazováni mladí rodiče, kteří ještě budou mít další děti. Rodin se třemi dětmi je mezi dotazovanými pouze malé procento, a to 4-5%. Je zajímavé, že v pěti případech z celkového počtu 6 respondentů se třemi dětmi, se jednalo o těhotenství neplánované, což ukazuje na to, že většina rodin třetí dítě neplánuje.

Otázka č. 7: *Místo narození Vašeho dítěte, u jehož porodu byl přítomen otec?*

Možnosti	Odpověď			
	Ženy		Muži	
Mulačova nemocnice, s. r. o. Plzeň	36	40%	16	32%
FN Plzeň	21	24%	14	28%
Rokycanská nemocnice, a. s.	15	17%	6	12%
Nemocnice Strakonice	2	2%	2	4%
Nemocnice Hořovice	4	4%	4	8%

Možnosti	Odpověď			
	Ženy		Muži	
Vojenská nemocnice Plzeň	4	4%	4	8%
Nemocnice Rakovník	1	2%	1	2%
Stodská nemocnice, a. s.	3	3%	1	2%
Nemocnice Cheb	4	4%	2	4%
Celkem	90	100%	50	100%

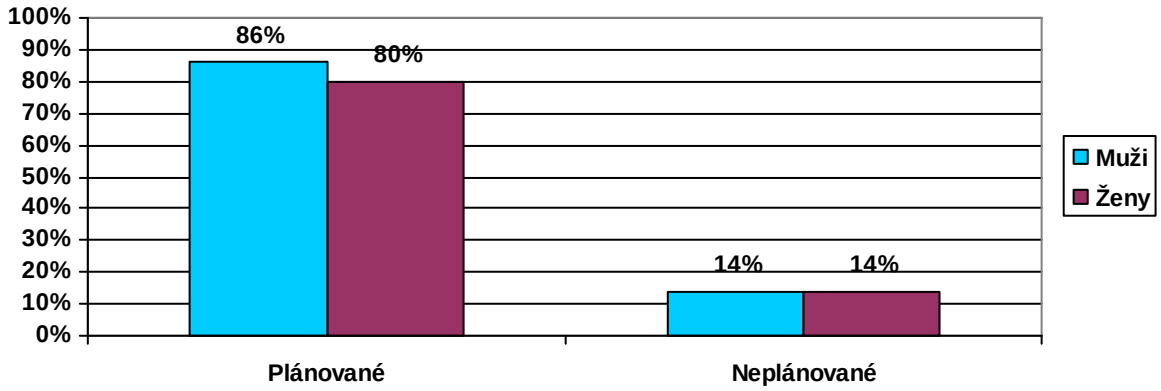


Graf č. 7: Místo porodu

Pro největší počet respondentů (32 - 40%) byla místem porodu Mulačova nemocnice, s. r. o. v Plni, kde probíhal dotazníkový výzkum za pomoci zdravotnického personálu. 24 - 28% dotázaných se stalo rodiči ve FN Plzeň. Pro 12-17% dotázaných byly místem porodu Rokycany. V bývalé porodnici ve Vojenské nemocnici a v porodnici v Hořovicích se dítě narodilo shodně 4 - 8% respondentů. Ostatní porodnice měly jen menšinové zastoupení. Největší podíl porodnic Plzeňského kraje je dán místem sběru dat, kterým byla Plzeň a okolí.

Otázka č. 8: *Vaše poslední těhotenství či těhotenství Vaší partnerky bylo?*

Možnosti	Odpověď			
	Ženy		Muži	
Plánované	72	80%	43	86%
Neplánované	18	20%	7	14%
Celkem	90	100%	50	100%

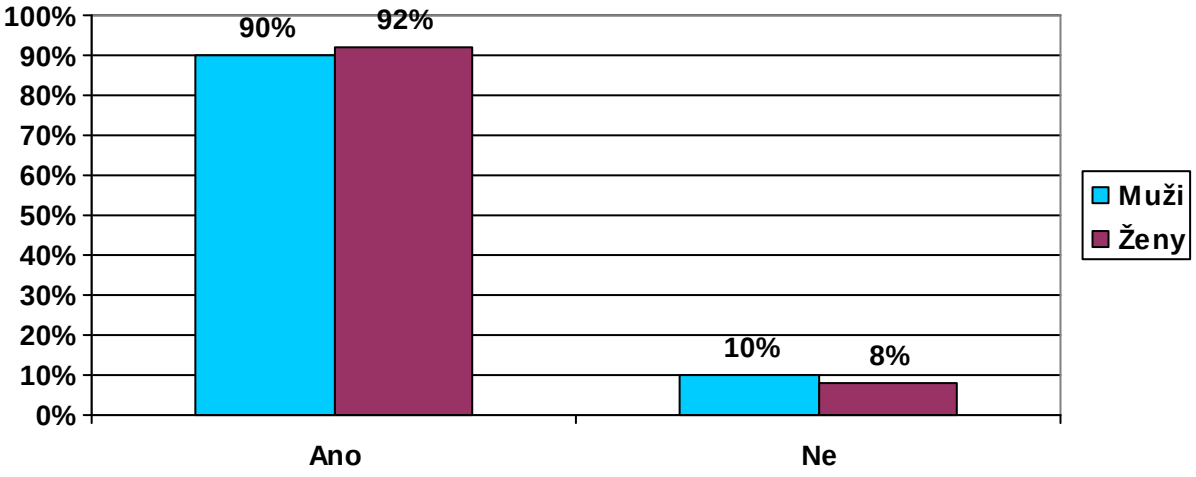


Graf č. 8: Skladba plánovaných a neplánovaných těhotenství respondentů

Ze získaných odpovědí vyplývá, že většina dotazovaných těhotenství plánovala, pouze u 20% žen a 14% mužů bylo těhotenství neplánované. Odpovídá to dnešnímu všeobecnému trendu plánovaného rodičovství, kdy většina partnerů nejprve buduje pracovní kariéru, snaží se dosáhnout určité ekonomické stability, a teprve poté plánuje narození dětí. Z neplánovaných těhotenství část tvořili neplánovaní třetí potomci v rodinách. Velký podíl plánovaných těhotenství může být ovlivněn i složením vzorku respondentů, neboť lidé s vyšším vzděláním pravděpodobně přistupují k reprodukci zodpovědněji než lidé se vzděláním nižším.

Otázka č. 9: *Získával/a jste aktivně informace o těhotenství a porodu z odborné literatury, internetu apod.?*

Možnosti	**Odpověď**			
	Ženy		**Muži**	
Ano	83	92%	45	90%
Ne	7	8%	5	10%
Celkem	90	100%	50	100%

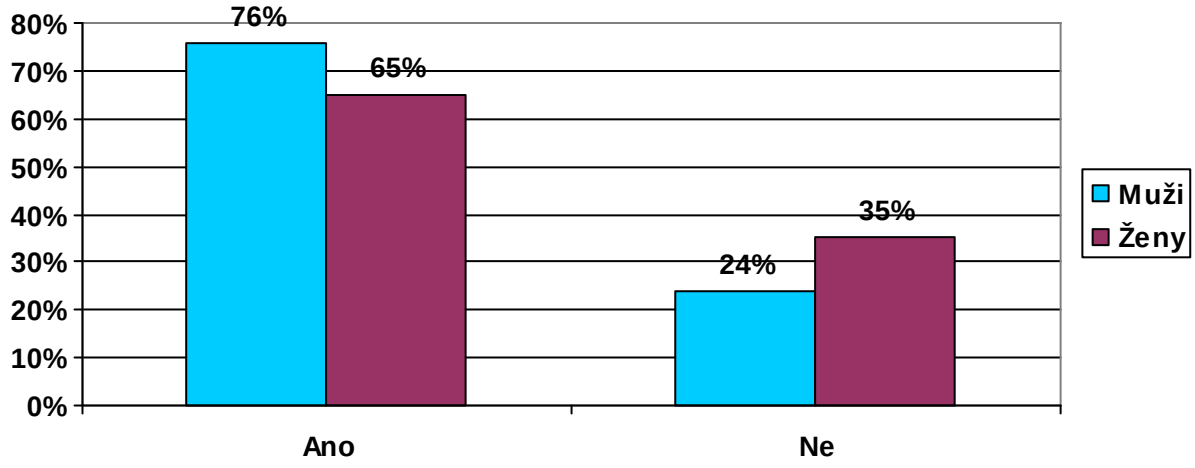


Graf č. 9: Získávání informací o těhotenství a porodu

90-92% dotázaných během těhotenství získávalo informace o těhotenství a porodu z literatury či médií, bez rozdílu, zda se jednalo o ženy či muže. Pouze 8-10% respondentů informace nezískávalo. Velký zájem o informace může souviset s tím, že většina dotázaných těhotenství plánovala, a proto se na dítě těšila, záleželo jim na zdárném průběhu těhotenství a na zdraví dítěte. Proto chtěli získat co nejvíce potřebných informací. Další souvislosti velkého podílu respondentů hledajících informace týkající se těhotenství a porodu lze spatřovat ve vyšším vzdělání účastníků výzkumu.

Otázka č. 10: *Byl s Vámi partner / byl jste s partnerkou na prohlídce u gynekologa nebo na ultrazvukovém vyšetření?*

Možnosti	**Odpověď**			
	Ženy		**Muži**	
Ano	58	65%	38	76%
Ne	32	35%	12	24%
Celkem	90	100%	50	100%



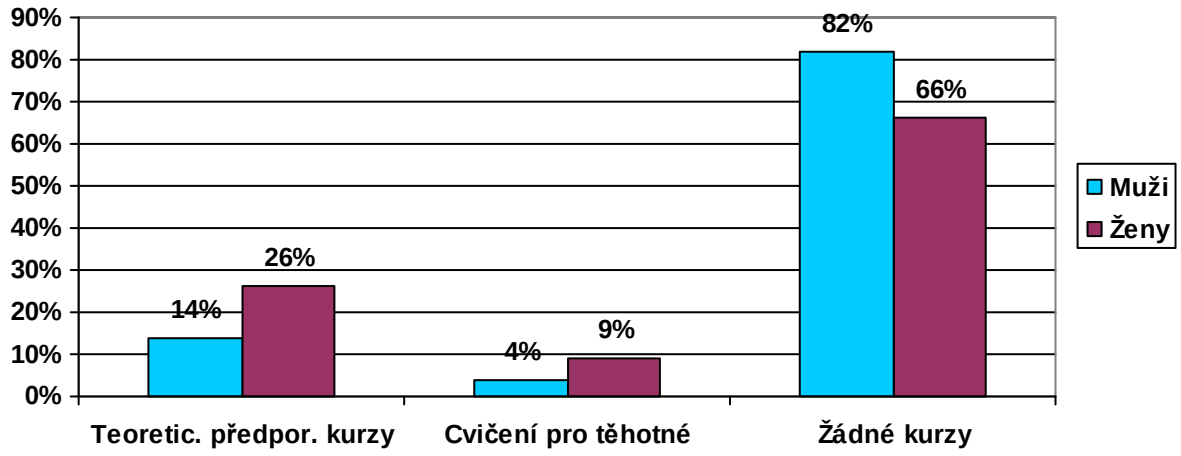
Graf č. 10: Účast partnera na gynekologických prohlídkách či ultrazvuku

Zapojení partnera již do průběhu těhotenství je velmi důležité jak pro ženu samotnou, tak pro partnera, který se tak necítí opomíjen a může být ženě oporou. Chápající přístup partnera v době těhotenství je pro ženu významným ukazatelem partnerovy lásky. Proto dnes muži doprovázejí své partnerky na gynekologická či ultrazvuková vyšetření, ale účastní se i dalších aktivit souvisejících s těhotenstvím. 75% dotázaných mužů a 65% žen společně se svými partery během těhotenství navštívili gynekologa nebo ultrazvukové vyšetření plodu, což ukazuje na zájem velké části mužů o průběh těhotenství, o zdraví partnerky a dítěte, a potvrzuje to míru zapojení mužů do průběhu těhotenství. Opět tato vysoká míra zapojení

mužů do těhotenství může souviset s vysokým podílem vyššího vzdělání výzkumného ve výzkumném vzorku respondentů.

Otázka č. 11: *Navštěvoval/a jste společně s partnerem/partnerkou nějaké předporodní kurzy či cvičení v těhotenství?*

Možnosti	**Odpověď**			
	Ženy		**Muži**	
Ano:	31	34%	9	18%
Teoretické předporodní kurzy	23	26%	7	14%
Cvičení pro těhotné	8	9%	2	4%
Plavání pro těhotné	0	0%	0	0%
Jiné – napište jaké:	0	0%	0	0%
Ne	59	66%	41	82%
Celkem	90	100%	50	100%



Graf č. 11: Účast respondentů na předporodních kurzech

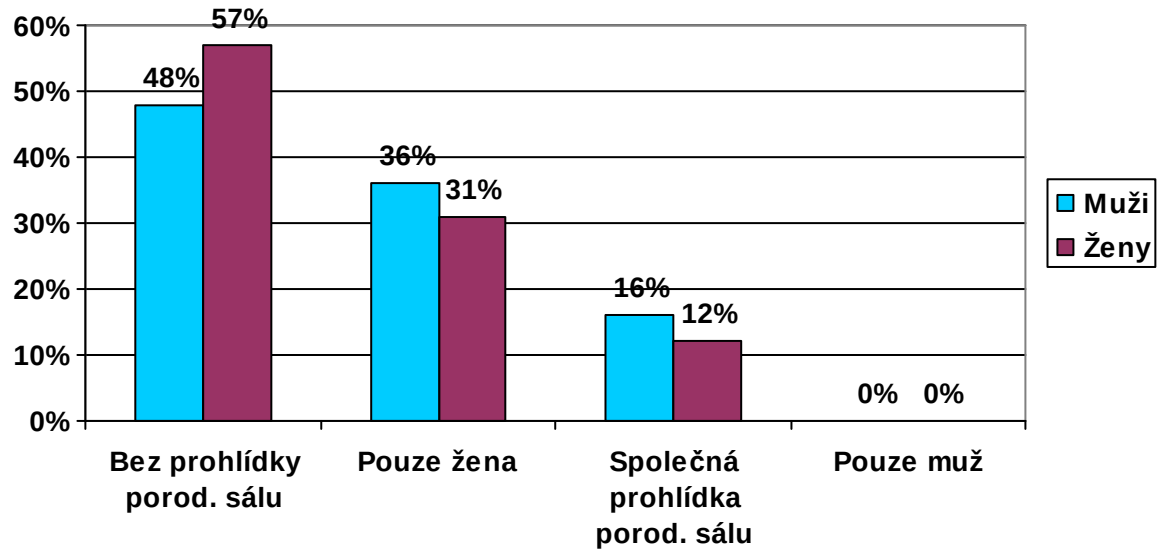
Přestože je ženám i mužům účast na předporodních kurzech doporučována, příliš žen ani mužů se kurzů neúčastní. Mezi respondenty se předporodních kurzů zúčastnilo pouze 35% žen, což může souviset s tím, že druhorodičky již tyto kurzy nenavštěvují, neboť mají zkušenosti s prvním těhotenstvím i porodem. U mužů může být malá účast na předporodních kurzech (pouze 18% respondentů) dána jejich studem se těchto kurzů účastnit nebo tím, že podceňují možnost vlastní pomoci rodičce během porodu. Možná si neuvědomují, že právě účast na těchto kurzech jim může pomoci získat jak informace, tak praktické dovednosti pro účinnou pomoc rodičce v těhotenství a během porodu.

Otázka č. 12: *Co jste od předporodních kurzů očekával/a?*

Předporodní kurzy mohou být pro oba partnery velmi přínosné, kromě teoretických znalostí získají i praktické dovednosti k tomu, jak aktivně podpořit ženu během porodu. Malá část respondentů, která se kurzů předporodní přípravy zúčastnila, od nich očekávala získání potřebných informací týkajících se těhotenství a porodu i osvojení praktických dovedností. Ženy, které se účastnily cvičení pro těhotné, očekávaly udržení své fyzické kondice během těhotenství.

Otázka č. 13: *Byl/a jste na prohlídce porodního sálu?*

Možnosti	**Odpověď**			
	Ženy		**Muži**	
Ano, byl/a jsem na ní sám/sama	28	31%	0	0%
Byli jsme na prohlídce společně	11	12%	8	16%
Na prohlídce byl/a pouze partner/ka	0	0%	18	36%
Nebyli	51	57%	24	48%
Celkem	90	100%	50	100%



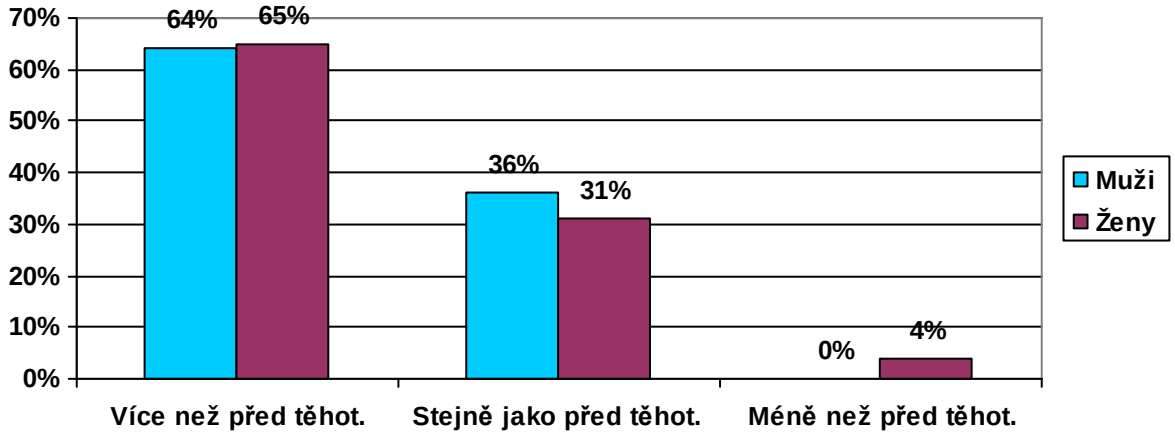
Graf č. 12: Prohlídka porodního sálu

Bývají to zpravidla ženy, které zajímá, kde přivedou na svět svého potomka. Chtějí vědět, zda vybrané místo porodu splňuje jejich požadavky a očekávání. Prohlídka místa budoucího porodu bývá často součástí předporodních kurzů, ale porodnická zařízení tuto možnost rodičkám nabízejí buď bezplatně či za mírný poplatek. Část žen o místě svého porodu příliš nepřemýšlí a zamíří do nejbližší porodnice. Ze získaných výsledků vyplývá, že

pro muže návštěva porodního sálu není prioritou, účastnili se jí pouze v doprovodu manželky, a to pouze 16% dotázaných. Pro ženy je návštěva místa budoucího porodu důležitější, prohlídnout si ho bylo předem 31% dotázaných žen a 36% partnerek dotázaných mužů. V doprovodu partnera si prohlédlo porodní sál 12% respondentek. 48 - 57% respondentů si porodní sál dopředu prohlédnout nebyla. Důvodem může být znalost dané porodnice z dřívější zkušenosti či nedostatečná možnost si porodnici prohlédnout, části žen možná nepřijde místo jejich porodu tolik důležité jako samotný porodní děj.

Otázka č. 14: *Staral se o Vás partner /staral jste se o partnerku v době těhotenství s větší péčí než před ním?*

Možnosti	**Odpověď**			
	Ženy		**Muži**	
Určitě ano	58	65%	32	64%
Stejně jako před těhotenstvím	28	31%	18	36%
Méně než před těhotenstvím	4	4%	0	0%
Celkem	90	100%	50	100%



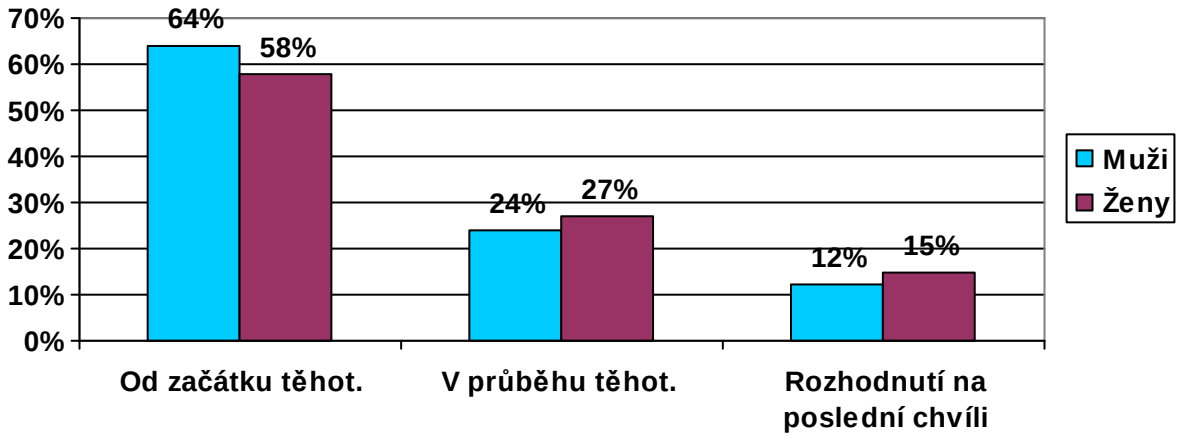
Graf č. 13: Péče partnera o těhotnou ženu

Přibližně 65% respondentek uvádí, že se o ně partner staral v době těhotenství s větší péčí, u 31% dotázaných žen nemělo těhotenství vliv na péči partnera, pouze o 4% žen se partner staral v těhotenství méně. V těchto několika případech se vždy jednalo o těhotenství neplánované a partner pravděpodobně neměl o těhotenství partnerky či dítě velký zájem. Muži v 65% uvádějí, že se v těhotenství starali o partnerku více než před ním, 36% mužů má pocit, že jejich péči o partnerku těhotenství neovlivnilo. Ani jeden respondent neuvedl, že by se o partnerku staral v době gravidity méně. Téměř shodné množství odpovědí obou skupin

respondentů, že o ženy bylo v těhotenství pečováno s větší starostlivostí než před ním, ukazuje na to, že pro muže je žena jako budoucí matka jejich dítěte velmi důležitá. Souvislosti lze spatřovat také ve velkém podílu plánovaných těhotenství v daném výzkumném vzorku respondentů i v jejich vyšším vzdělání.

Otázka č. 15: *Plánovali jste, že chcete být při porodu společně s partnerem/partnerkou?*

Možnosti	**Odpověď**			
	Ženy		**Muži**	
Ano, hned od začátku těhotenství	52	58%	32	64%
Ne od začátku těhotenství, rozhodli jsme se až v průběhu těhotenství	24	27%	12	24%
Neplánovali jsem to, bylo to rozhodnutí na poslední chvíli	14	15%	6	12%
Celkem	90	100%	50	100%

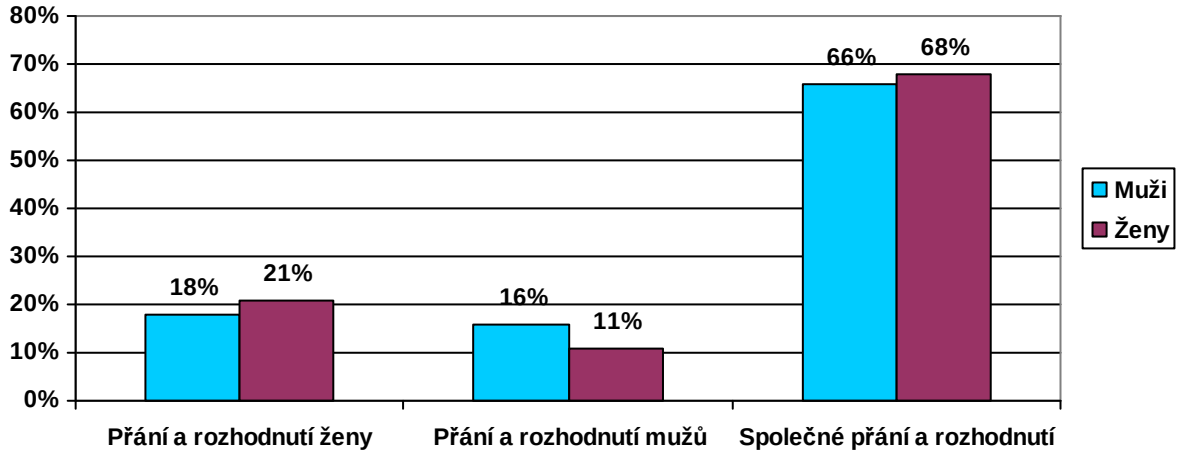


Graf č. 14: Plánování společného porodu

Plánované rodičovství má jistě velký vliv na to, že velká část partnerských párů má o účasti otce u porodu jasno ještě před otěhotněním. Výrazné zapojení mužů do průběhu těhotenství může také pozitivně ovlivnit jejich rozhodnutí týkající se účasti u porodu. Někteří otcové sice neplánují svou účast při narození potomka, přesto ve víru událostí okolo příjezdu do porodnice se rozhodnou partnerku podpořit a nenechat ji samotnou. To potvrzují i získané výsledky. Více než polovina respondentů, přesně 58% respondentek a 64% respondentů, plánovalo porod s partnerem hned od začátku gravidity. Opět to může souviset s tím, že u většiny respondentů se jednalo o plánované těhotenství. 24 - 27% respondentů uvádí, že se na společném porodu dohodli až v průběhu těhotenství a nejméně párů (12 - 15% respondentů) nechalo toto rozhodnutí až těsně před porodem.

Otázka č. 16: *Být společně při porodu bylo?*

Možnosti	Odpověď			
	Ženy		Muži	
Hlavně mé přání a rozhodnutí	19	21%	9	18%
Hlavně přání a rozhodnutí mé partnerky / mého partnera	10	11%	8	16%
Naše společné přání a rozhodnutí	61	68%	33	66%
Celkem	90	100%	50	100%

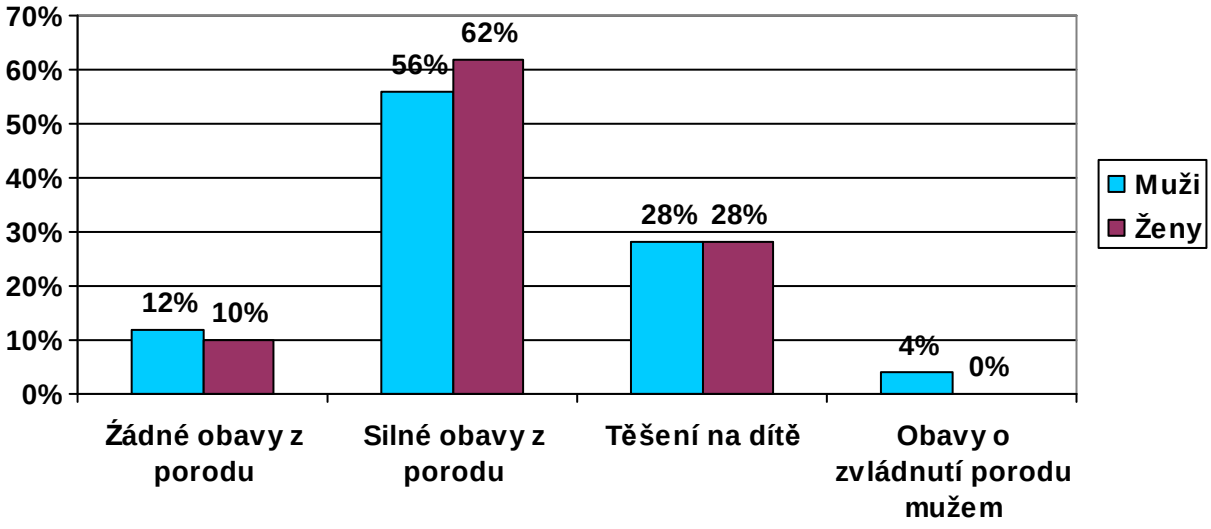


Graf č. 15: Rozhodnutí o účasti partnera u porodu

Rozhodnutí zúčastnit se porodu dítěte by mělo být společným rozhodnutím obou partnerů. Muži by ke své účasti u porodu neměli být nikým nuceni, partnerky by měly respektovat jejich rozhodnutí a nepovažovat jejich odmítnutí za nedostatečný projev lásky k nim nebo k dítěti. Ale i muži by měli respektovat, pokud jejich přítomnost u porodu partnerka odmítne. Proto je důležitá otevřená komunikace mezi partnery, aby nedošlo ke zbytečným nedorozuměním. To potvrzují i získané výsledky, neboť podle 66 - 68% respondentů byla účast partnera u porodu společných přáním a rozhodnutím obou partnerů. 21% respondentek a 18% respondentů odpovědělo, že to se jednalo hlavně o přání a rozhodnutí jich samotných a převážně přáním jejich partnerů to bylo u 16% mužů a 11% žen. V tomto případě je otázkou, jakou podporu poskytli rodičkám ti partneři, kteří se porodu neúčastnili z vlastního rozhodnutí, a zda to pro ně byl pozitivní zážitek.

Otázka č. 17: *Jaké jste měl/a pocity z blížícího se porodu?*

Možnosti	Odpověď			
	Ženy		Muži	
Z porodu jsem obavy neměl/a	9	10%	6	12%
Cítil/a jsem silné obavy z porodu – o své zdraví/ o zdraví mé partnerky a zdraví dítěte	56	62%	28	56%
Nejvíce jsem se těšil/a na dítě	25	28%	14	28%
Měl/a jsme obavy, jak svou přítomnost u porodu zvládnu já/ můj partner	0	0%	2	4%
Celkem	90	100%	50	100%



Graf č. 17: Pocity z blížícího se porodu

Porod byl od pradávna opředen mnoha mýty a vždy byl spojován s velkou bolestí. I přesto, že se lékaři či porodní asistentky snaží důkladnou předporodní přípravou rodičky i jejich partnery na porod připravit, většina žen, ale i mužů se porodu obává. Předmětem jejich strachu je porodní bolest, zdraví rodičky a dítěte. Strach je kompenzován radostným očekáváním narození dítěte. Získané výsledky potvrzují přetrvávající obavy žen i mužů z porodu. 56 - 62% respondentů odpovědělo, že před blížícím se porodem cítilo silné obavy z porodu - předmětem jejich obav je zdraví ženy a dítěte. Shodně 28% žen i mužů se nejvíc těšilo na své dítě, pouze 10 - 12% žen a mužů se porodu neobává. Ženy o své partnery u porodu strach nemají, důvěřují jim, 4% mužů uvádějí obavy z toho, jak zvládnou svou

přítomnost u porodu. Celkově lze konstatovat, že strach z porodu je přítomný i v dnešní době moderní medicíny, že není fenoménem pouze let minulých.

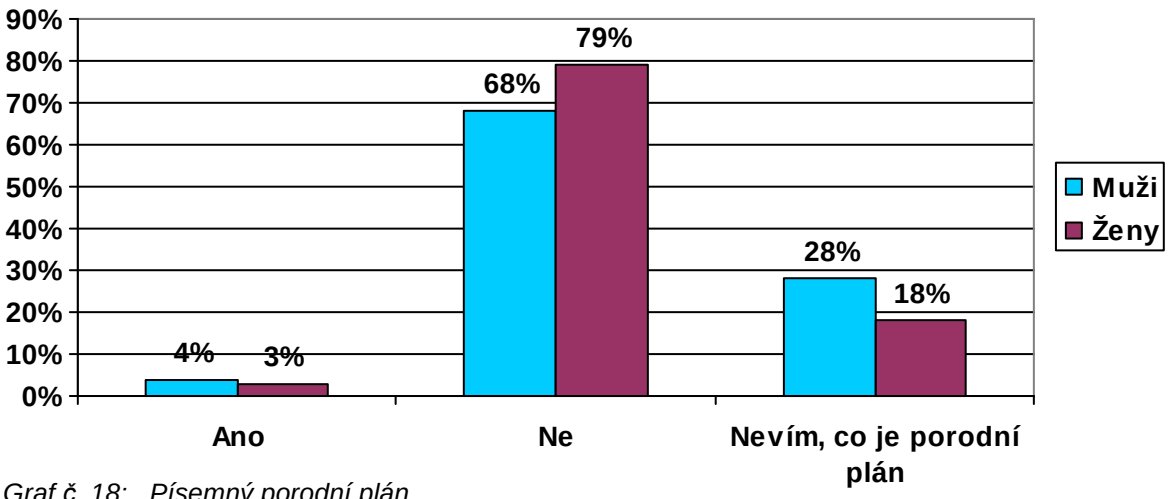
Otázka č. 18: *Jaké jste měl/a pocity při cestě do porodnice?*

Období těsně před porodem je naplněno nervozitou z nadcházejícího porodu, ale také radostným očekáváním narození dítěte. To potvrzují i odpovědi žen, ze kterých vyplývá, že jejich nejčastějším pocitem při cestě do porodnice byl strach z porodu, porodních bolestí a obavy o zdraví dítěte. Část žen pociťuje nervozitu, část se naopak velmi těší na narození dítěte. Některé se obávají, aby je přijali do předem vybrané porodnice nebo mají obavu, aby stihly do porodnice dojet včas.

Nejvíc mužů cítí při cestě do porodnice obavy a nervozitu, stres, mají strach o zdraví své partnerky a dítěte. Část mužů se těší na narození dítěte, objevuje se u nich vzrušení a radostné očekávání. V několika odpovědích se objevilo, že chtějí být co nejdříve v porodnici. Těmto mužům pravděpodobně dává zdravotnické zařízení pocit bezpečí, že o jejich partnerku bude postaráno a snímá to z nich pocit zodpovědnosti. Z uvedených odpovědí jak žen tak mužů je zřejmé, že i přes veškerou informovanost partnerů a stále rostoucí rozvoj medicíny strach z porodu nevymizel.

Otázka č. 19: *Měli jste s partnerem/partnerkou připravený písemný porodní plán?*

Možnosti	**Odpověď**			
	Ženy		**Muži**	
Ano	3	3%	2	4%
Ne	71	79%	34	68%
Nevím, co je porodní plán	16	18%	14	28%
Celkem	90	100%	50	100%



Graf č. 18: Písemný porodní plán

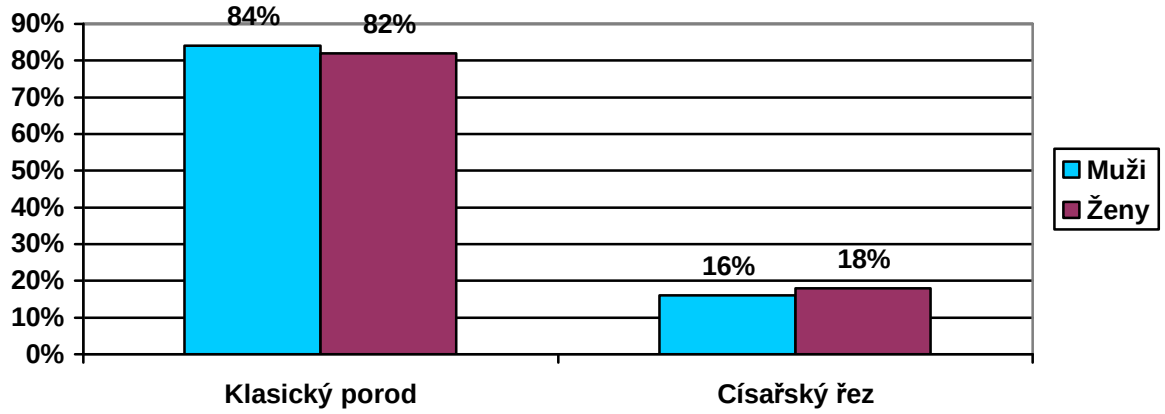
V porodním plánu mohou budoucí rodiče vyjádřit svá přání a očekávání týkající se porodu. Většinou ho využívají rodiče informovaní, kteří absolvují kurzy předporodní přípravy, a sestavují ho za pomoci porodní asistentky, nebo tento způsob vyjádření svých požadavků preferují ženy s negativní zkušeností z minulého porodu. Porodní plán je u nás poměrně novou a příliš nevyužívanou možností vyjádření svých přání a požadavků týkajících se porodního děje. To potvrzuje i 79% žen a 68% mužů, kteří neměli připraven žádný porodní plán. 18% žen a 28% mužů ani neví, co porodní plán je. Pouze 3-4% respondentů mělo připraveno písemný porodní plán a je zajímavé, že rodili v letech 2011 a 2012. Důvodem, proč rodící páry nesestavují svůj porodní plán, může být i to, že se obávají reakce zdravotnického personálu na své konkrétní požadavky. Část zdravotnického personálu stále nechce brát budoucí rodiče jako své rovnocenné partnery a nechce respektovat jejich přání a požadavky.

Otázka č. 20: *Pokud jste měli při porodu nějaké požadavky, napište jaké?*

Požadavky týkající se porodu mělo pouze šest respondentů (tři ženy a tři muži). Dva respondenti nechtěli během porodu žádnou medikaci ani používání nástrojů, dalšími odpověďmi byl porod v soukromí, využití epidurální analgezie, možnost fotografovat v průběhu porodu a provedení císařského řezu. Bohužel není patrné, zda se dané požadavky respondentům splnily. Většina z nich byla realizovatelná. Nereálný byl pouze požadavek na provedení císařského řezu, neboť císařský řez se neprovádí na přání rodičky, ale jen ze závažných důvodů.

Otázka č. 21: *Způsob porodu?*

Možnosti	**Odpověď**			
	Ženy		**Muži**	
Klasický	74	82%	42	84%
Císařský řez	16	18%	8	16%
Jiný (uveďte jaký)	0	0%	0	0%
Celkem	90	100%	50	100%

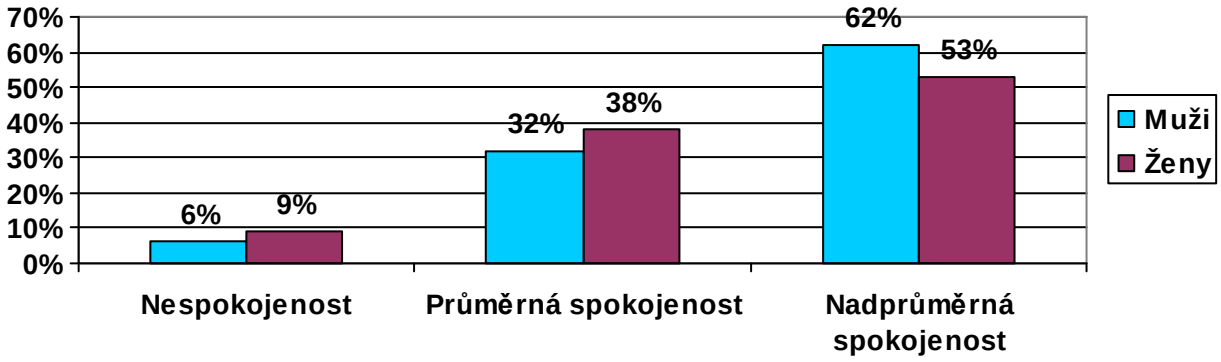


Graf č. 19: Způsob porodu

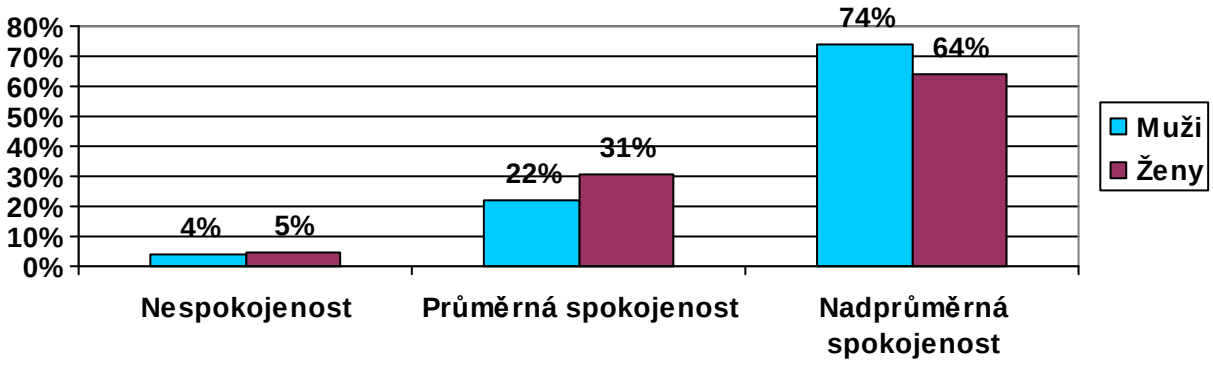
V posledních letech se projevuje tendence rostoucího počtu císařských řezů. Podle statistik tvoří v současnosti císařský řez cca 21% všech porodů v ČR. Z uvedených odpovědí vyplývá, že 82-84% všech dotázaným se dítě narodilo klasickou cestou, císařský řez byl proveden pouze u 16-18% všech respondentů.

Otázka č. 22: *Jak hodnotíte péči zdravotnického personálu během porodu a ohleduplnost k Vaši potřebám?*

Možnosti	**Odpověď**			
	Ženy		**Muži**	
a) ze strany lékařů				
Nebyl/a jsem spokojen/a	8	9%	3	6%
Byl/a jsem průměrně spokojen/a	34	38%	16	32%
Byl/a jsem nadprůměrně spokojen/a	48	53%	31	62%
Celkem	90	100%	50	100%
b) ze strany porod. asistentek				
Nebyl/a jsem spokojen/a	4	5%	2	4%
Byl/a jsem průměrně spokojen/a	28	31%	11	22%
Byl/a jsem nadprůměrně spokojen/a	58	64%	37	74%
Celkem	90	100%	50	100%



Graf č. 20: Hodnocení péče lékařů



Graf č. 21: Hodnocení péče porodních asistentek

Přístup zdravotnického personálu k rodícím párům se v posledních letech zlepšuje. S měnícím se systémem zdravotnické péče si lékaři i setry začínají uvědomovat, že rodička není pouze pacientkou, ale hlavně klientkou zdravotnického zařízení. S tímto trendem ve zdravotní péči v porodnictví se shodují i odpovědi respondentů, neboť s péčí zdravotnického personálu v průběhu porodu bylo nejvíce dotázaných spokojena nadprůměrně. Lépe je respondenty hodnocena péče porodních asistentek než lékařů, což může být dáno tím, že porodní asistentka stráví s rodícím párem daleko více času, než lékař, a má větší možnost osobního kontaktu. Nadprůměrnou spokojenost s péčí porodních asistentek vykazuje 74% mužů a 64% žen, průměrnou spokojenost 31% žen a 22% mužů a nespokojeno s jejich péčí bylo 5% žen a 4% mužů. S péčí lékařů bylo nadprůměrně spokojeno 64% žen a 62% mužů, 31% žen a 32% mužů hodnotí péči lékařů jako průměrnou a nespokojenost vyjádřilo 9% žen a 6% mužů.

Otázka č. 23: *Ženy - Co jste očekávala od přítomnosti svého partnera u porodu?*
Muži - Co jste očekával od své přítomnosti u porodu?

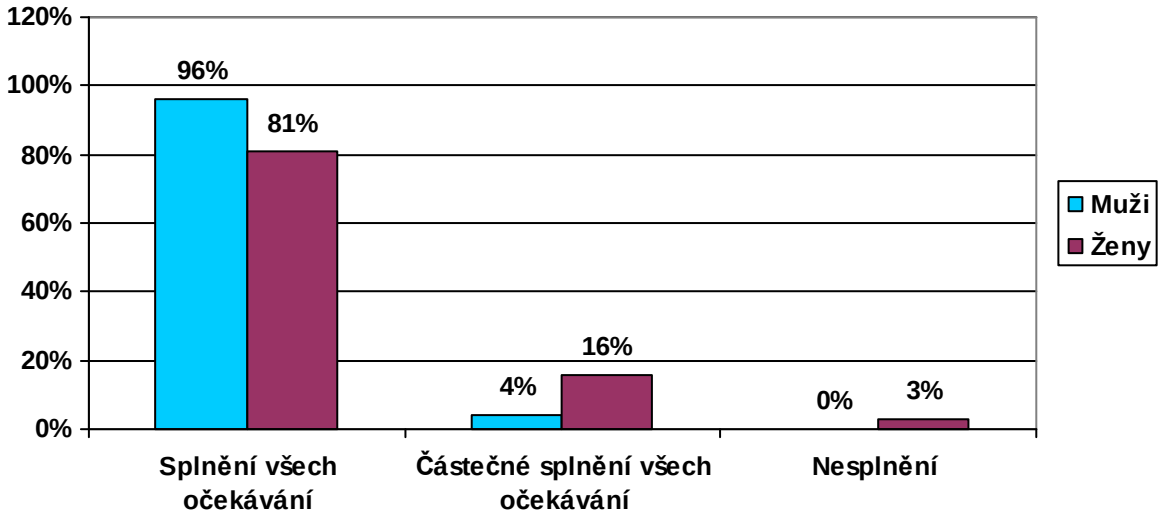
Pomoc partnera v průběhu porodu spočívá hlavně v podpoře rodičky, žena není v těžkých chvílích sama, má se o koho opřít, koho vzít za ruku. To potvrzuje i většina

odpovědí respondentek. Převážná většina žen očekávala od přítomnosti svého partnera u porodu podporu, a to hlavně psychickou, také povzbuzení a pomoc. Část žen vidí v přítomnosti muže u porodu možnost časného vytvoření vztahu k dítěti. Malá část respondentek uvádí, že společně prožitý porod napomůže sblížení partnerů a nebo že muž zajistí komunikaci s personálem. Pouze jedna žena vnímá partnerovu přítomnost jako možnost vybití své agrese a jedna neočekávala zcela nic.

Muži svou přítomnost u porodu vnímají podobně jako ženy, nejvíce respondentů očekává od své účasti při porodu převážně psychickou podporu partnerky. Pouze v malé části odpovědí muži uvádí, že chtěli mít kontrolu nad situací a možnost dohlédnout na zdravotnický personál. Dále toužili plnit ženina přání, viděli ve své účasti u porodu možnost posílení vzájemného vztahu, očekávali ocenění partnerky a také silný zážitek z narození potomka. Pouze jeden respondent neočekával nic.

Otázka č. 24: *Splnilo se Vaše očekávání ze společně prožitého porodu?*

Možnosti	**Odpověď**			
	Ženy		**Muži**	
Ano, ve všem	73	81%	48	96%
Ne – zdůvodněte svou odpověď	3	3%	0	0%
Částečně – zdůvodněte svou odpověď	14	16%	2	4%
Celkem	90	100%	50	100%



Graf č. 22: Splněná očekávání ze společného porodu

Většina dotázaných žen i mužů v dotazníku udává, že se jejich očekávání týkající se společného porodu zcela splnilo. U mužů je to dokonce v 96%, u žen v 81%. Pouze 3% žen se

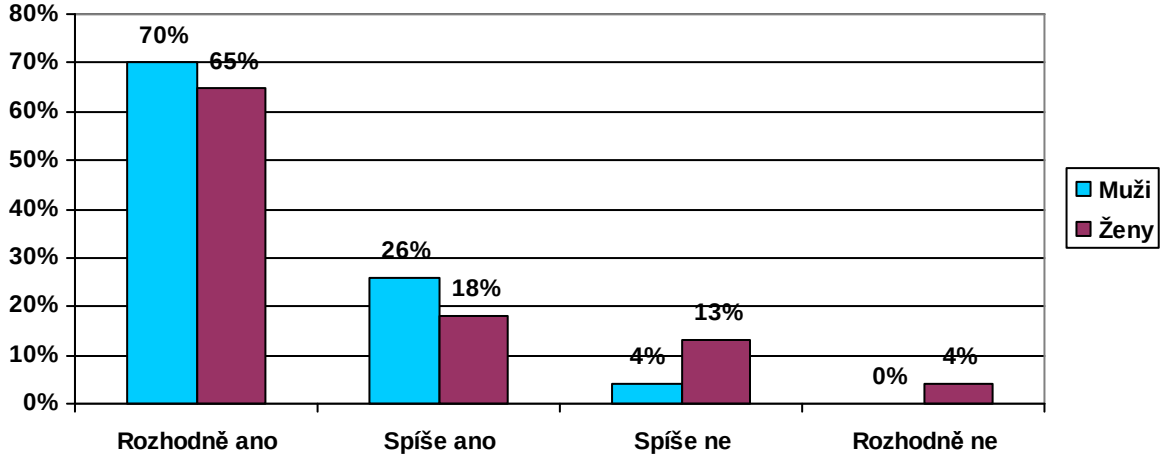
jejich očekávání nesplnila a 16% pouze částečně. Muži zápornou odpověď neuvedli ani jednou a částečné splnění očekávání pouze 4%. Nesplnění všech očekávání žen ze společně prožitého porodu může být dáno tím, že některé ženy od svých partnerů očekávaly větší podporu, než jaké se jim ze strany mužů dostalo nebo může dostat, nebo někteří muži podceňují své možnosti v podpoře rodičky. Účinnou pomocí pro muže orientovat se v této problematice je účast na kurzech předporodní přípravy, kterých se většina respondentů bohužel nezúčastnila.

Otázka č. 25: *Jak Vám partner/ Jak jste partnerce pomáhal zvládnout a snášet dyskomfort (tlumení bolesti, zaujímání poloh, vnímání chladu a horka, pocit suchosti v ústech apod.)?*

Jak pomoci partnerce v průběhu porodu se může muž dovědět v kurzech předporodní přípravy, z různých médií, ale často postačí vlastní intuice a plnění přání rodičky. Některé ženy mají na partnera v průběhu porodu náročnější požadavky, přejí si jeho větší zapojení do porodního děje. Jiným ženám naopak stačí jeho pouhá přítomnost, držení za ruku a pár povzbudivých slov. Nejvíce respondentky ocenily to, že partner plnil všechna jejich přání, hladil je, utěšoval je a držel za ruku. Část žen ocenila jejich přítomnost jako výraznou psychikou podporu. Někteří muži otírali ženám čelo, jiní pomáhali s doprovodem do sprchy, masáží zad. Některým ženám stačila jejich pouhá přítomnost, necítily se tak samy v cizím prostředí. Jen malá část žen uvádí, že jim partner nepomohl vůbec nebo že jeho přítomnost ani nevnímali. Největší počet mužů uvádí, že ženě poskytli psychickou a fyzickou podporu, snažili se plnit její přání, uklidňovat ji. Část mužů vyjadřovalo ženě podporu držením za ruku, otíráním čela, podpíráním, doprovodem do sprchy či masážemi. Někteří pomáhali s dýcháním mezi kontrakcemi, někteří se snažili rodičku rozptylovat vyprávěním. Pouze jeden respondent uvádí, že partnerce nijak nepomohl. Většinou se odpovědi žen i mužů shodují. Ženy ve více případech uvádějí, že jim partner nepomohl vůbec. To může být dáno tím, že některé ženy očekávají větší pomoc mužů v průběhu porodu. Další příčinou může být nedostatek zkušeností s pomocí během porodu a také pouze malá část respondentů se zúčastnila kurzu předporodní přípravy.

Otázka č. 26: *Byla přítomnost Vašeho partnera u porodu pro Vás přínosem / Byla Vaše přítomnost u porodu pro Vaši partnerku přínosem?*

Možnosti	Odpověď			
	Ženy		Muži	
Rozhodně ano	58	65%	35	70%
Spíše ano	16	18%	13	26%
Spíše ne	12	13%	2	4%
Rozhodně ne	4	4%	0	0%
Celkem	90	100%	50	100%



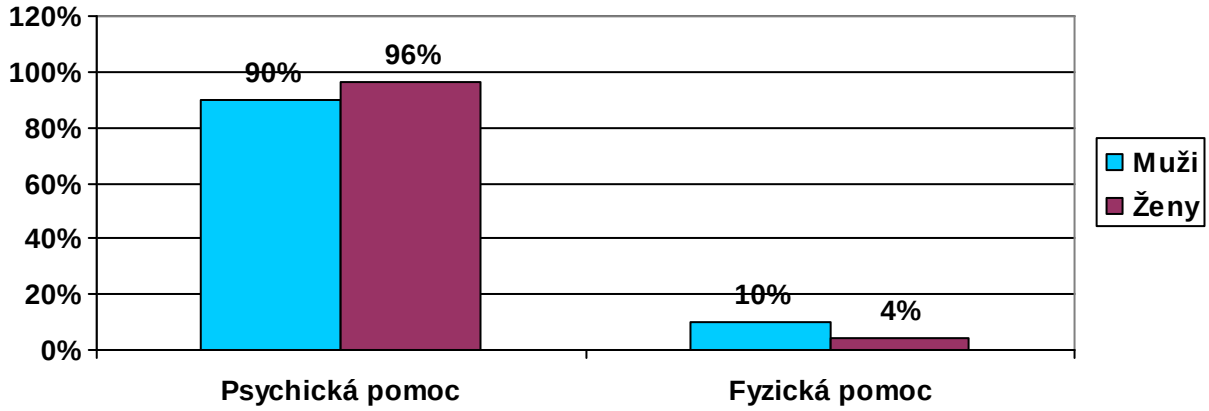
Graf č. 23: Přínos partnera u porodu

65% žen uvádí, že pro ně přítomnost partnera u porodu byla rozhodně přínosná, pro 18% byla spíše přínosná a pro 13% žen spíše přínosem nebyla. Pouze 4% dotázaných žen přítomnost partnera shledala jako rozhodně nepřínosnou. Hodnocení své přítomnosti u porodu muži celkově hodnotí ze svého pohledu lépe než ženy, podle 70% dotázaných byla jejich přítomnost pro ženu rozhodně přínosná, podle 16% spíše přínosná a pouze 4% mužů si myslí, že jejich pomoc spíše přínosná nebyla. Jako rozhodně nepřínosnou svou pomoc při porodu neshledal ani jeden respondent. Získané výsledky potvrzují předpoklad, že přítomnost partnera u porodu je pro většinu rodiček přínosná, že je muž pro ženu velkou oporou, ať již psychickou či fyzickou.

Otázka č. 27: *Ženy - Pokud Vám pomohla přítomnost partnera u porodu? Uveďte jak.*

Muži - Pokud si myslíte, že Vaše přítomnost u porodu partnerce pomohla, jakým způsobem to bylo?

Možnosti	Odpověď			
	Ženy		Muži	
Pomohla mi / jí více psychicky	86	96%	45	90%
Pomohla mi / jí více fyzicky	4	4%	5	10%
Celkem	90	100%	50	100%



Graf č. 24: Přítomnost otce u porodu jako psychická či fyzická pomoc

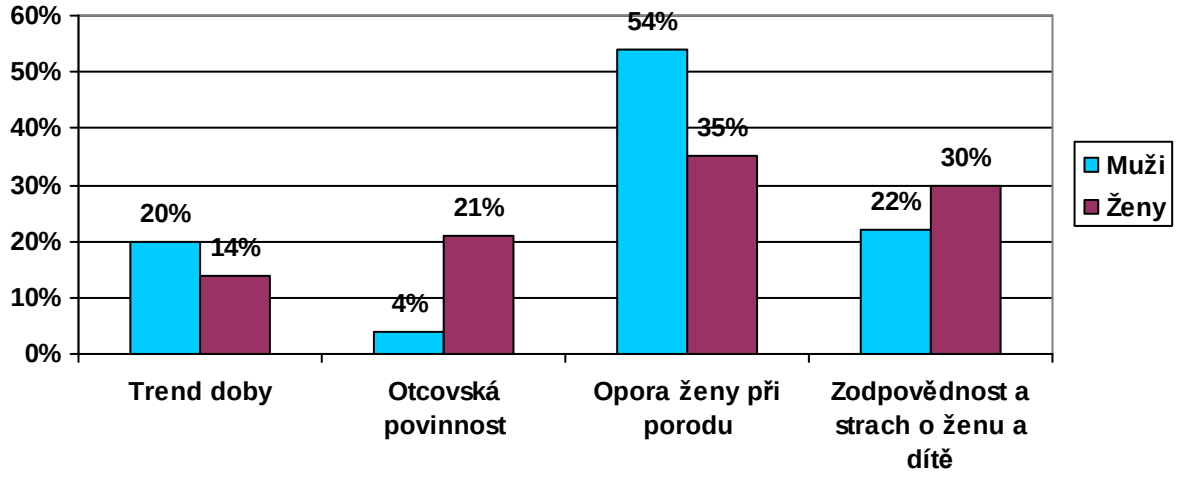
Pozitivní vliv otce u porodu na jeho průběh již byl prokázán mnoha výzkumy. Partner může pomoci ženě jak fyzicky (zaujímání poloh, masáže, pomoc při sprchování, relaxaci apod.) tak především psychicky, neboť psychická podpora je pro ženu velmi důležitá. Žena není v cizím prostředí sama, má u sebe blízkého člověka a muž jí dodává pocit, že není na porod sama. Tuto domněnku potvrzuje i 96% dotázaných žen, podle kterých je přítomnost partnera u porodu hlavně psychickou podporou. Pouze 4 % žen uvádějí jeho přítomnost spíše jako fyzickou pomoc, a to v tom, že je partneři drželi za ruku. Nejvíce respondentek spatřuje psychickou podporu partnerů v tom, že jde o podporu blízkého člověka, že s nimi někdo soucítí. Dále uvádějí, že je přítomnost partnera uklidňovala a poskytovala jim pocit bezpečí, muž byl také prostředníkem mezi ní a zdravotnickým personálem.

Muži, stejně jako ženy, vidí svou pomoc partnerce při porodu nejvíce v psychické podpoře, odpovědělo tak 90% dotázaných. Pouze 10% respondentů má pocit, že jejich pomoc partnerce spočívala ve fyzické pomoci, a to v podpírání při chůzi a držení za ruku. I muži vidí psychickou podporu v tom, že byli blízkou osobou, která ženu podporovala a uklidňovala ji. Odpovědí respondentů na povahu psychické podpory bylo také to, že ženě pomáhali, aby se

nenudila, tlumili její hysterii, dodávali jí jistotu, chválili ji a snažili se ji rozptýlit, ale také, že sdíleli společně nejkrásnější okamžiky života.

Otázka č. 28: *Co myslíte, že vede muže k tomu, že jsou přítomni u porodu?*

Možnosti	**Odpověď**			
	Ženy		**Muži**	
Být u porodu je trend současné doby	13	14%	10	20%
Berou to jako povinnost, kterou by měl každý otec splnit	19	21%	2	4%
Chtějí být ženě oporou při narození jejich dítěte	31	35%	27	54%
Pocit zodpovědnosti a strach o ženu a dítě	27	30%	11	22%
Celkem	90	100%	50	100%



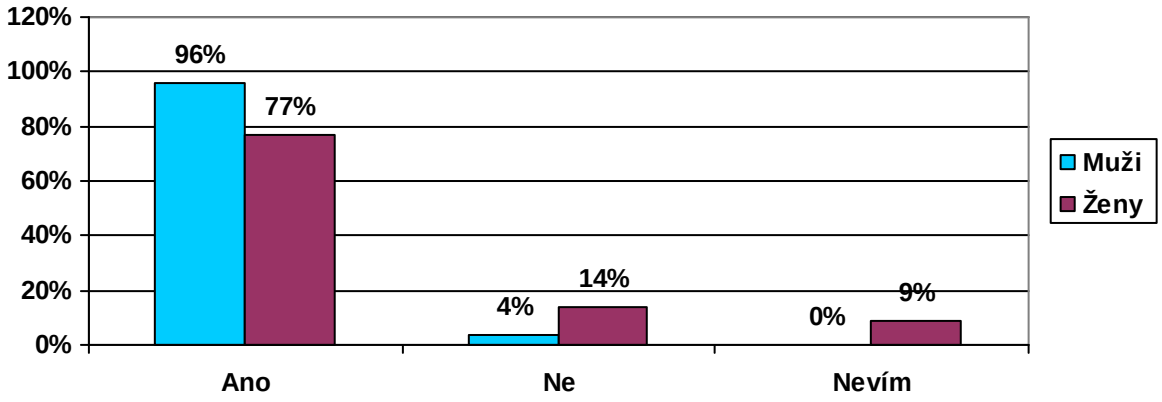
Graf č. 24: Důvody pro přítomnost otce u porodu

Důvody, proč muži v současné době stále častěji doprovázejí své partnerky při porodu, jsou různé. Většinu mužů k tomu vede láska k partnerce a potřeba podpořit ženu v těžké chvíli, na jejímž konci se narodí jejich dítě. Chtějí s partnerkou projít tou radostnou a zároveň bolestnou cestou. Ale jsou i muži, kteří potřebují mít celou situaci pod kontrolou a dohlížet na zdravotnický personál. Mnozí možná ani neví, proč se porodu účastní, vyplyne to ze situace nebo se to po nich prostě požaduje. Z výsledků výzkumu vyplývá, že pro největší část respondentů z řad žen i mužů je důvodem účasti mužů u porodu to, že muži chtějí být ženě oporou při narození jejich dítěte. Odpovědělo tak 54% mužů a 35% žen. Dalším důvodem je pro obě skupiny respondentů mužova zodpovědnost a strach o ženu a dítě. Ženy tento důvod uvádějí v 30% svých odpovědí a muži v 22%. Podle 21% respondentek je třetím důvodem

plnění otcovské povinnosti a pouze 14% žen si myslí, že se jedná o trend současné doby. Podle 22% mužů dovede otce k porodu pocit zodpovědnosti a strach o ženu a dítě. Trendem současné doby je to pro 20% respondentů a pouze 4% si myslí, že účast u porodu berou muži jako svou otcovskou povinnost. Ze získaných výsledků je zřejmé, že ženy na rozdíl od mužů mají dojem, že muži svou přítomností u porodu plní svou otcovskou povinnost. Většina mužů to jako povinnost nevnímá, chtějí být ženě oporou.

Otázka č. 29: *Myslíte si, že přítomnost otce u porodu je svobodná volba muže?*

Možnosti	**Odpověď**			
	Ženy		**Muži**	
Ano	69	77%	48	96%
Ne	13	14%	2	4%
Nevím	8	9%	0	0%
Celkem	90	100%	50	100%



Graf č. 25: Účast muže u porodu jako svobodná volba

Dnes se hodně hovoří o tom, že účast mužů u porodu je trendem současné doby, kterým jsou muži do účasti u porodu tlačeni. Odpovědi mužů to ovšem popírají, protože podle 96% respondentů je účast muže u porodu jeho svobodnou volbou. Tento výsledek může být ovšem zkreslen tím, že muži mohou odpovídat ve shodě se společenskou žádoucností. Pouze 4% mužů uvedla zápornou odpověď. Ženy to vidí podobně, neboť podle 77% respondentek se může muž svobodně rozhodnout, zda se porodu zúčastní či ne. Podle 14% žen to není jejich svobodná volba a pouze 9% neví, zda je to jejich svobodné rozhodnutí či ne.

Otázka č. 30: *Co jste cítil/a, když jste poprvé držel/a svého potomka v náručí?*

Okamžik, kdy je ženě po porodu poprvé její dítě položeno do náručí, je pro většinu žen tím nejsilnějším zážitkem v životě. Ženy jsou během porodu nuceny překonat samy sebe a jsou za to náležitě odměněny. To potvrzují i odpovědi dotázaných žen, protože většina z nich v tomto okamžiku byla velmi šťastná a cítila velkou lásku. Velká část žen cítí úlevu, že je dítě zdravé a že je porod za ní. Negativní pocity se u žen nevyskytly žádné.

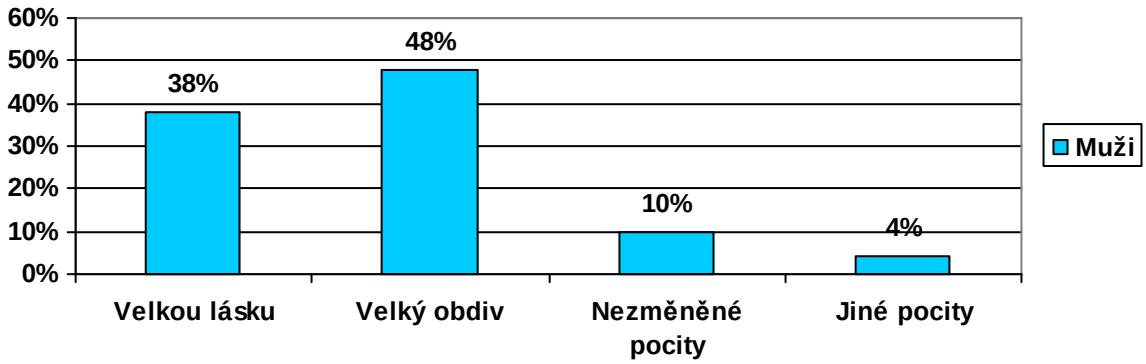
Stejně tak je pro většinu mužů okamžik, kdy poprvé svírají svého potomka v náručí, jednou z nejkrásnějších a nejdůležitějších chvil v životě. Většina respondentů při prvním pochování dítěte pociťovala lásku, štěstí, radost, ale také pýchu, hrdost či dojetí. Dále muži pociťovali úlevu, že celý porod dobře dopadl, a že mohou jít oslavit narození potomka.

Otázka č. 31: *Ženy - Co jste těsně po porodu pociťovala k partnerovi?*

Společně prožité okamžiky během porodu mohou posílit vztah mezi partnery. Muž na vlastní oči vidí, co ženu stojí narození dítěte, a žena nemá pocit, že je v těžkých chvílích na všechno sama. To potvrzují i získané odpovědi, protože převážná většina žen pociťuje k muži těsně po porodu lásku a vděk za podporu. Dále měly ženy pocit, že je společně prožitý porod s partnerem sblížil. Pouze jedna respondenta pociťovala úlevu, že partner svou přítomnost u porodu zvládl, a jedna žena k partnerovi pocítila nenávist, že jí během porodu nepomohl.

Muži - Co jste těsně po porodu pociťoval k partnerce?

Možnosti	**Odpověď**	
	Muži	
Velkou lásku	19	38%
Velký obdiv	24	48%
Moje pocity vůči ní se nezměnily	5	10%
Jiné pocity (uveďte jaké)	2	4%
Celkem	50	100%

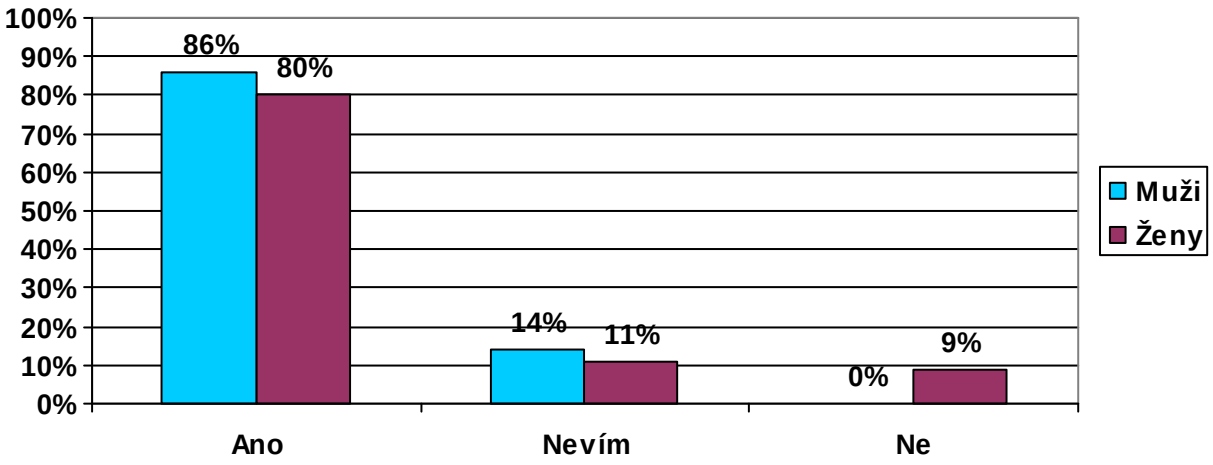


Graf č. 26: Pocity mužů k partnerce těsně po porodu

I odpovědi mužů potvrzují, že společně prožitý porod může mít kladný vliv na vzájemný vztah partnerů, neboť 48% respondentů pociťuje k ženě po porodu velký obdiv a 38% velkou lásku. 10% mužů uvádí, že se v souvislosti s prožitým porodem jeho city vůči partnerce nezměnily. 4% mužů pociťovalo obavy o ženino zdraví. Negativní pocity se v odpovědích mužských respondentů neobjevují žádné.

Otázka č. 32: *Pokud byste měli s partnerem / partnerkou další dítě, chtěli byste být opět u jeho porodu společně?*

Možnosti	**Odpověď**			
	Ženy		**Muži**	
Ano, napište proč	72	80%	43	86%
Ne, napište proč	8	9%	0	0%
Ještě nevím, napište proč	10	11%	7	14%
Celkem	90	100%	50	100%

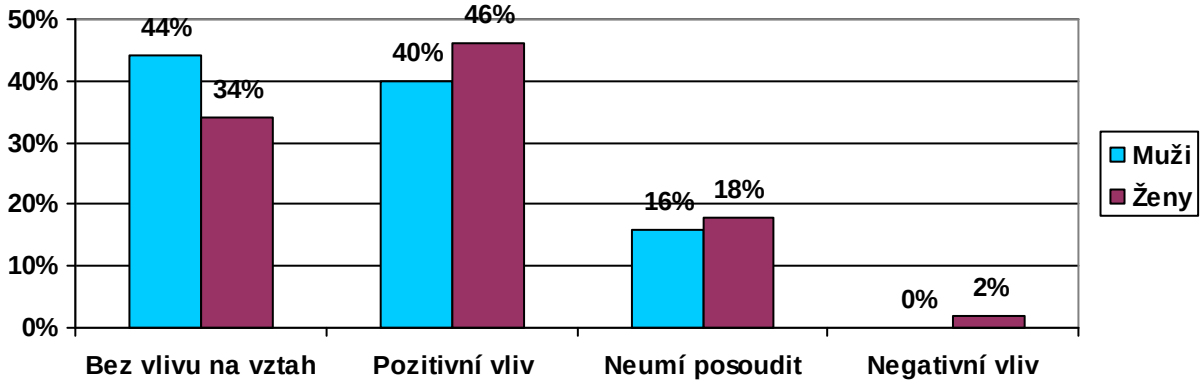


Graf č. 27: Společně prožitý další porod

Většina respondentů by chtěla i další porod prožít v doprovodu svých partnerů – odpovědělo tak 86% mužů a 80% žen. Ženy jako důvod nejvíce uvádějí oporu v partnerovi, pocit bezpečí v jeho přítomnosti, společný zážitek a radost z narození dítěte. Muži chtějí být partnerkám oporou, chtějí společně prožít důležitý okamžik a upevnit pouto k dítěti, ale také kontrolovat práci zdravotnického personálu. 14% mužů a 11% žen ještě není rozhodnuto, zda chce příští porod prožít společně. 9% žen nechce při dalším porodu partnera. Tyto ženy se domnívají, že jim v ničem nepomohl nebo že porod zvládnou sami. Ani jeden muž neodpověděl, že se porodu příště nechce účastnit.

Otázka č. 33: *Myslíte si, že Vaše přítomnost / přítomnost Vašeho partnera u porodu nějak ovlivní nebo ovlivnila Váš budoucí vztah k partnerce/ partnerovi?*

Možnosti	Odpověď			
	Ženy		Muži	
Jeho / moje přítomnost u porodu nemá vliv na náš vztah	31	34%	22	44%
Pozitivně – napište jak	41	46%	20	40%
Negativně - napište jak	2	2%	0	0%
Neumím posoudit	16	18%	8	16%
Celkem	90	100%	50	100%



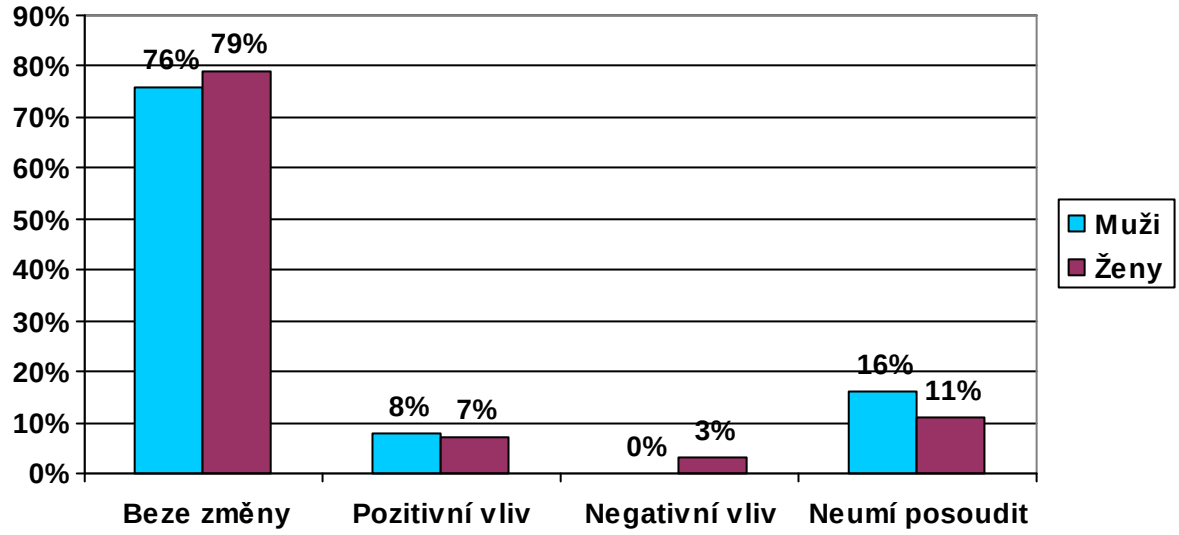
Graf č. 28: Vliv společně prožitého porodu na další vztah k partnerovi

46% žen potvrzuje, že účast jejich partnera u porodu pozitivně ovlivní či již ovlivnila budoucí vztah k partnerům. Jako důvod uvádějí prohloubení důvěry v partnera a jeho spolehlivost. Ženy partner nezklamal v době, kdy jeho blízkou přítomnost potřebovaly nejvíce. Dále uvádějí, že si jich muži po společném prožitku více váží a více jim pomáhají s péčí o dítě. Podle 34% žen přítomnost partnera u porodu na další vztah nemá žádný vliv, 18% žen to nedokáže posoudit. Pouze 2% žen hodnotí tento vliv negativně – uvádějí, že partnera díky společnému prožitku porodu již tolik nemilují, protože je partner zklamal a nepodpořil je tak, jak očekávaly.

44% mužů se domnívá, že jejich přítomnost u porodu nemá vliv na partnerský vztah a 40% má pocit, že ho to ovlivní či ovlivnilo pozitivně. Vliv společného porodu na partnerský vztah nedokáže posoudit 16% respondentů a ani jeden muž nepřipouští možné negativní ovlivnění vztahu. Pozitivní vliv na partnerský vztah muži vidí v tom, že cítí k ženě obdiv jako k dárkyni života a matce svého dítěte, více si jí váží. Někteří muži uvádějí sblížení díky společnému prožitku během porodu.

Otázka č. 34: *Myslíte si, že Vaše přítomnost u porodu / přítomnost Vašeho partnera u porodu může ovlivnit nebo již ovlivnila Váš další společný sexuální život?*

Možnosti	Odpověď			
	Ženy		Muži	
Náš sexuální život se nezměnil nebo nezmění	71	79%	38	76%
Pozitivně – napište jak	6	7%	4	8%
Negativně - napište jak	3	3%	0	0%
Neumím posoudit	10	11%	8	16%
Celkem	90	100%	50	100%



Graf č. 29: Vliv společně prožitého porodu na další společný sexuální život

Po porodu se proměňuje sexualita páru jako celku, do vztahu vstupuje nový fenomén v podobě rodičovství a dítěte. Pohlavní život může být po porodu postupně obnoven v plné šíři, ale někdy může být narození dítěte spouštěcím mechanismem sexuální dysfunkce z psychologických či vztahových příčin. Vliv přítomnosti otce u porodu na budoucí sexuální život obou partnerů se nedá předvídat. U disponovaných mužů nemusí zůstat bez negativních následků, na druhé straně jeho přítomnost může prohloubit a zkvalitnit jak vzájemný vztah obou partnerů, tak jejich sexuální život. V odborné literatuře je popisována možnost vzniku tzv. Madonina komplexu, kdy muž nevnímá ženu jako milenku, ale pouze jako rodičku a matku. Muž přestává pociťovat sexuální touhu ke své partnerce. Tento stav většinou po nějaké době odezní, ale u mnohých nepřipravených párů tato situace může vyústit až v rozvod.

Muži ve svých odpovědích negativní vliv přítomnosti otce u porodu na další sexuální život partnerů nepotvrdili. Negativní vliv na sexuální život neuvedl ani jeden respondent, ovšem jejich odpovědi mohou být zkreslené tím, že muži nechtějí otevřeně o možných problémech v sexuální oblasti hovořit. 76% mužů má pocit, že se partnerský sexuální život po porodu nezměnil a pouze 8% uvádí pozitivní vliv na sexuální život. Jako důvod uvádějí prohloubení partnerského vztahu a jeho nový rozměr. 16% mužů nedokáže situaci posoudit.

79% žen potvrzuje odpovědi mužů v tom, že se jejich partnerský sexuální život po porodu nezměnil. 7% žen uvádí pozitivní vliv společně prožitého porodu, důvodem je podle nich prohloubení vzájemné důvěry. Negativní vliv připouští 3% žen, kdy účast partnera u porodu vedlo ke zklamání ženy a ochabnutí partnerského vztahu. Jedna respondenta uvádí zvýšení partnerovi žárlivosti následkem vyšetřování lékařem během porodu. Vliv partnerovi účasti u porodu na další sexuální život nedokáže posoudit 11% žen.

5.5 Shrnutí výzkumu

Cílem výzkumu bylo ověřit pozitivní význam otce u porodu pro ženu a pro něj samotného, zda oba partneři spatřují v přítomnosti otce u porodu spíše psychickou či fyzickou podporu rodičky. Dalším úkolem bylo zjistit, zda přítomnost muže u porodu je jeho svobodnou volbou a jakým způsobem mužova přítomnost u porodu ovlivňuje další partnerské soužití. Celkem sto čtyřicet respondentů (90 žen a 50 mužů) odpovídalo na otázky dotazníku, který lze rozdělit na čtyři oblasti, kterých se jednotlivé otázky týkaly. První část dotazníku blíže popisovala jednotlivé respondenty (věk, pohlaví, rodinný stav, počet dětí apod.), druhá byla zaměřena na zapojení partnera do průběhu těhotenství a přípravu budoucích rodičů na porod. Třetí část dotazníku se týkala průběhu samotného porodu a závěrečné otázky byly věnovány psychice rodičů po porodu.

Z první části výzkumného šetření vyplynulo, že většina respondentů měla vysokoškolské vzdělání až středoškolské vzdělání, což může zkreslovat některé výsledky výzkumu. Zároveň v tom lze spatřovat jeden z důvodů narození největšího počtu dětí respondentů ve věku 31 - 35 let, ale i to, že téměř všichni respondenti měli jedno nebo dvě děti. Rodiny se třemi dětmi byly pouze v nepatrném zastoupení.

V druhé části výzkumu se vyšší vzdělání respondentů mohlo promítnout do většinového podílu plánovaných gravidit v celkovém počtu narozených dětí. Zájem otců o těhotenství svých partnerek muži potvrdily devadesátiprocentním zájmem o získávání informací o těhotenství a porodu z různých zdrojů, častým doprovázením žen k lékaři či na ultrazvukové

vyšetření, větší starostlivostí o těhotnou partnerku. Ovšem v připravenosti k porodu na základě absolvování kurzů předporodní přípravy zklamali muži i ženy, protože většina z nich žádné kurzy nenavštěvovala. Proto zůstává nezodpovězenou otázkou, zda by v případě účasti na těchto kurzech poskytli partnerce během porodu výraznější podporu. Byl zde také potvrzen předpoklad, že přítomnost otce u porodu není pouze trendem současné doby, jak je často zmiňováno v médiích, ale že muže k porodu přivádí přání a potřeba poskytnout partnerce oporu během v průběhu porodního děje. Zároveň většina respondentů uvádí, že účast otce u porodu bylo společným rozhodnutím obou partnerů a že toto rozhodnutí již učinila na začátku těhotenství.

Třetí část šetření ukázala, že pocity žen i mužů týkající se nadcházejícího porodu se příliš neliší. Oba partneři nejvíce pociťují obavy o zdraví ženy i dítěte, zároveň se však těší na svého potomka. Péče zdravotnického personálu má velký vliv na zdárný průběh porodu a na spokojenost obou partnerů s jeho průběhem a událostmi s ním souvisejícími. Většina respondentů byla s péčí zdravotnického personálu během jejich pobytu na porodním sále spokojena, lépe hodnotí práci porodních asistentek než lékařů. I v této části byl potvrzen předpoklad, že jak ženy, tak muži hodnotí porod v přítomnosti partnera jako pozitivní, a že jeho přítomnost považují spíše za podporu psychickou než fyzickou.

Poslední část dotazníkového šetření, zaměřená na pocity partnerů v časném poporodním období, potvrdila, že společně prožitý porod může přispět k posílení důvěry mezi partnery, obohatit a zkvalitnit partnerský vztah. Možné problémy v sexuálním životě partnerů v důsledku společně prožitého porodu nebyly prokázány, přesto je v této oblasti třeba brát v potaz pravdivost odpovědí respondentů týkajících se této intimní oblasti.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá významem přítomnosti otce u porodu pro oba partnery. Teoretická část se na počátku krátce vrací do historie porodnictví, dále se věnuje průběhu těhotenství, přípravě na porod a možnostem zapojení otce do celého průběhu těhotenství a samotného porodu. Je třeba si uvědomit, že podpora partnera nespočívá pouze v jeho účasti u porodu, ale také v chápavém a laskavém přístupu k partnerce již od počátku těhotenství, neboť žena očekává v době těhotenství více pozornosti a ocenění právě ze strany partnera. Důležité je využití prenatální komunikace pro vytvoření časného pouta mezi rodiči a dítětem. Závěrečná část se věnuje poporodnímu období, emočnímu prožívání obou partnerů a rozebírá význam společného prožitku porodu pro partnerský vztah.

Ověřením, zda je přítomnost otce u porodu pro oba partnery přínosná a zda význam přítomnosti otce u porodu spočívá více v psychické či fyzické podpoře ženy, se věnuji v praktické části práce. Výsledek výzkumu potvrdil můj předpoklad, že podpora partnera v průběhu porodu je pro rodičku velmi důležitá a je hodnocena oběma partnery spíše jako psychická podpora. Už jen sama skutečnost, že žena není v těžkých chvílích v cizím prostředí sama, že je s ní partner, kterého může kdykoliv uchopit za ruku, ženě poskytuje pocit bezpečí. A ani muži nechtějí nechat ženy na porodním sále samotné, chtějí jim poskytnout tolik potřebnou oporu, obávají se o jejich zdraví i o zdraví svého dítěte, a to je právě hlavním důvodem jejich přítomnosti na porodním sále. Porodu se muži zúčastňují ze svého vlastního přesvědčení, nikdo je k tomu nenutí. Ženy partnerovu podporu velmi oceňují, mnohé si porod bez jeho pomoci ani nedovedou představit, a při dalším porodu ho chtějí mít opět u sebe. Jsou ovšem i ženy, které partnerova pomoc neuspokojila a negativně se to odrazilo v jejich vztahu. Proto by budoucí rodiče neměli podceňovat společnou předporodní přípravu, která jim může poskytnout mnoho cenných informací a rad, ale také praktických dovedností pro účinnou pomoc rodičce na porodním sále. I muži při narození svého dítěte zažívají těžké okamžiky, které se stanou nezapomenutelným zážitkem na celý život, proto se většina z nich na porodní sál při dalším porodu vrací. Většina respondentů také potvrdila můj předpoklad, že společné prožití narození dítěte má podpůrný vliv na partnerský vztah, může ho významně obohatit a posílit. Naopak možný vliv na sexuální život, který je v literatuře uváděn, potvrzen nebyl.

Za důležité považuji upozornit na možné slabiny použité výzkumné metody, neboť jak již bylo dříve zmíněno, použitý dotazník byl nestandardizovaný, nebyl opatřen kontrolním lži skóre. Nezabraňuje možnému subjektivnímu zkreslování odpovědí respondentů. Je zde také

možnost nepřesného formulování otázek i variant odpovědí. Přesto mi pomohl získat potřebné informace k dokončení bakalářské práce.

RESUMÉ

Bakalářská práce na téma „Přítomnost otce u porodu“ se zabývá významem účasti partnera u porodu pro rodičku a vlivem společně prožitého porodu na další partnerský vztah. Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. Na začátku teoretické části je nastíněna historie porodnictví, druhá kapitola se věnuje průběhu těhotenství. Najdeme zde fakta o vzniku a vývoji plodu, těhotenských změnách, o úloze otce během těhotenství, předporodní přípravě a prenatální péči. Jsou zde také shrnuty názory na přítomnost otce u porodu. Třetí kapitola je zaměřena na zapojení otce do samotného porodu. Poslední kapitola této části je věnována poporodnímu období, konkrétně změnám psychiky, sexuality a přínosu rodičovství. V praktické části je zkoumán význam přítomnosti otce u porodu dotazníkovou metodou. Výsledky byly zpracovány do přehledných tabulek a grafů, následně vyhodnoceny jednotlivě i souhrnně.

SUMMARY

Bachelor thesis on the topic „Father´s presence at birth“ deals with the importance of partner´s presence at the delivery for the mother and the influence of this common experience for the next partnership. The work is divided into two parts - theoretical and practical. The first section of the theoretical part describes in outline the history of obstetrics, the second chapter deals with the course of pregnancy. Facts about the origin and development of the fetus, changes in the pregnancy, the father´s role during the pregnancy, the antenatal preparation and prenatal care can be found there. In this part there are also summarized views on the father´s presence at birth. The third chapter is focused on the father´s involvement in the actual delivery. The last chapter of this part is devoted to the postpartum period, namely to changes in the psyche, the sexuality and benefits of the parenthood. The practical part analyses the significance of father´s presence at birth using the questionnaire method. The results were summarized in charts and graphs, subsequently evaluated individually and in total.

BIBLIOGRAFIE

Seznam použité literatury

ALBRECHT-ENGEL, INES, 2008. *Těhotenství a porod: co se děje v ženském těle měsíc po měsíci*. 1. vyd. Praha: Vašut. ISBN 978-80-7236-604-0

BAŠTECKÝ, JAROSLAV, ŠAVLÍK, JIŘÍ a ŠIMEK, JIŘÍ, 1993. *Psychosomatická medicína*. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-7169-031-7

COOPER, COLIN, 2009. *Příručka pro tatínky*. 1. vyd. Brno: Computer Press. ISBN 978-80-251-2170-2

ČECH, EVŽEN aj., 1999. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha 7: Grada Publishing, spol. s r. o. ISBN 80-7169-355-3

DEANSOVÁ, ANNE, 2004. *Kniha knih o mateřství.* 1. vyd. Praha: Fortuna print. ISBN 80-7321-117-3

DOLEŽAL, ANTONÍN, 2001. *Od babictví k porodnictví.* 1. vyd. Praha 1: Karolinum, ISBN 80-246-0277-6

GEISEL, ELISABETH, 2004. *Slzy po porodu: jak překonat depresivní nálady.* 1. vyd. Praha: One Woman Press. ISBN 80-86356-32-9

GOER, HENCI, 2002. *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu.* 1. vyd. Praha: One Women Press. ISBN 80-86356-13-2

CHMEL, ROMAN, 2005. *Otázky a odpovědi o porodu.* 1. vyd. Praha7: Grada Publishing, a. s. ISBN 80-247-1124-9

KLAUS, H. MARSHALL, KENNELL, H. JOHN a KLAUS, H. PHYLLIS, 2004. *Porod s dulou.* 1. vyd. Praha 05: One Woman Press. ISBN 80-86356-34-5

LÁBUSOVÁ, EVA, 2002. *Průvodce porodnicemi České republiky.* 1. vyd. Praha 1: Aperio. ISBN: 80-903087-0-8

LEIFER, GLORIA, 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 80-247-0668-7

MACKŮ, FRANTIŠEK a MACKŮ, JAROSLAVA, 1998. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. 1. vyd. Praha 7: Grada Publishing, spol. s r. o. ISBN 80-7169-589-0

MAREK, VLASTIMIL, 2007. *Nová doba porodní.* 1. vyd. Praha 1: Eminent. ISBN 80-7281-091-1

MROVETZ, MICHAELA, CHRASTILOVÁ, GAURI a ANTALOVÁ, IVANA, 2011. *Bonding: porodní radost.* 1. vyd. Praha 1: DharmaGaia. ISBN 978-80-7436-014-5

ODENT, MICHEL, 1995. *Znovuzrozený porod.* 1. vyd. Praha 3: Agro. SBN 80-85794-69-1

PAŘÍZEK, ANTONÍN, 2005. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 1. vyd. Praha 5: Galén. ISBN 80-7262-321-4

POLLAK, KURT, 1976. *Medicína dávných civilizací.* 2. vyd. Praha: Orbis. ISBN 11-058-76

RATISLAVOVÁ, KATEŘINA, 2008. *Aplikovaná psychologie: porodnictví.* 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, s. r. o. ISBN 978-80-254-2186-4

ROZTOČIL, ALEŠ aj., 1996. *Intenzivní péče na porodním sále.* 1. vyd. Brno Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. ISBN 80-7013-230-2

ROZTOČIL, ALEŠ aj., 2008. *Moderní porodnictví.* 1. vyd. Praha 7: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-1941-2

RŮŽIČKA, RADOMÍR, 2004. *Medicína dávných civilizací.* Olomouc: Poznání. ISBN 80-86606-18-X

SIMKINOVÁ, PENNY, 2000. *Partner u porodu.* 1. vyd. Praha 3: Agro. ISBN 80-7203-308-5

STADELMANN, INGEBORG, 2001. *Zdravé těhotenství: přirozený porod.* 1. vyd. Praha 05: One Woman Press. ISBN 80-86356-04-3

STOPPARDOVÁ, MIRIAM, 2007. *Těhotenství: od početí k porodu.* 1. vyd. Praha 10: Fragment. ISBN 978-80-253-0438-9

SYMONS, JANE, 2004. *Těhotenství a péče o dítě.* Dotisk 1. vyd. Dobřejovice: Rebo Productions CZ, spol. s r. o. ISBN 80-7234-284-3

ŠTROMEROVÁ, ZUZANA, 2005. *Možnost volby.* 1. vyd. Praha 3: Agro. ISBN 80-7203-653-X

TEUSEN, GERTRUD a GOZE-HÄNEL, IRIS, 2003. *Prenatální komunikace.* 1. vyd. Praha: Portál, s. r. o. ISBN 80-7178-753-1

TRČA, STANISLAV, 2004. *Partner v těhotenství a při porodu.* 1. vyd. Praha 7: Grada Publishing, a. s. ISBN 80-247-0869-8

VRÁNOVÁ, VĚRA, 2007. *Historie babictví a současnost porodní asistence.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1764-6

Seznam použitých odborných článků

PROCHÁZKOVÁ, M. a MYŠÁKOVÁ, H, 2006. Předporodní příprava: předpoklad dobré spolupráce s rodičkou. *Moderní babictví,* č. 9, s. 31–42. ISBN 80-903183-5-5

VONDRÁČEK, LUBOMÍR, 2003. Přítomnost doprovodu při porodu. *Moderní babictví*, č. 1, s. 38–39. ISBN 80-903183-5-5

Seznam použitých internetových stránek

ČERNÁ, SÁRA. *Porod do vody.* [online] 20. 6. 2008 [citace 2012-01-02]. Dostupný z < http://www.azrodina.cz/2489-porod-do-vody>

MALÝ, ZDENĚK a GOGELA, JIŘÍ. *Alternativní porodnictví.* [online] 4. 9. 2000 [citace 2012-01-02]. Dostupný z < http://www.pdcap.cz/Texty/Versus/AlterPorod.html>

STACKEOVÁ, DANIELA a BÖHMOVÁ, MICHAELA. *Psychologické aspekty přítomnosti otců u porodu.* Teorie 4 [online]. 2010 [citace 2011-09-11]. Dostupný z < http://www.psychosom.cz/?page_id=1245>

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník – Přítomnost otce u porodu

1. Váš věk: …….. **Pohlaví:** muž - žena

2. Jaký je Váš rodinný stav:
a) svobodná/ý
b) nesezdané soužití
c) vdaná / ženatý
d) rozvedená/ý
e) vdova / vdovec

3. Jaké je Vaše vzdělání?
a) základní
b) středoškolské s výučním listem
c) středoškolské s maturitou
d) vyšší odborné
e) vysokoškolské

4. Váš věk v době narození posledního dítěte, u jehož porodu jste byli společně s partnerkou/partnerem : ……..

5. Rok narození posledního dítěte, u jehož porodu byl přítomen otec:……..

6. Počet Vašich dětí: …….

7. Místo narození Vašeho posledního dítěte, u jehož porodu byl přítomen otec (město a název porodnického zařízení):
……

8. Vaše poslední těhotenství či těhotenství Vaší partnerky bylo:
a) plánované b) neplánované

9. Získával/a jste aktivně informace o těhotenství a porodu z odborné literatury, internetu apod.:
a) ano b) ne

10. Byl s Vámi partner / byl jste s partnerkou na prohlídce u gynekologa nebo na ultrazvukovém vyšetření:
a) ano b) ne

11. Navštěvoval/a jste spolu s Vaším partnerem/partnerkou nějaké předporodní kurzy či cvičení v těhotenství:
a) ano:
- □ teoretické předporodní kurzy
- □ cvičení pro těhotné
- □ plavání pro těhotné
- □ jiné - napište jaké ……

b) ne

12. Co jste od předporodních kurzů očekával/a:
……

13. Byl/a jste na prohlídce porodního sálu:

a) ano, byl/a jsem na ní sám/sama
b) byli jsme na jeho prohlídce společně
c) na prohlídce byl/a pouze partner/ka
d) nebyli

14. Staral se o Vás partner / staral jste o partnerku v době těhotenství s větší péčí než před ním:

a) určitě ano
b) stejně jako před těhotenstvím
c) méně než před těhotenstvím

15. Plánovali jste, že chcete být při porodu společně s partnerem/partnerkou:

a) ano, hned od začátku těhotenství
b) ne od začátku těhotenství, rozhodli jsem se až v průběhu těhotenství
c) neplánovali jsme to, bylo to rozhodnutí na poslední chvíli

16. Být společně u porodu bylo:

a) hlavně mé přání a rozhodnutí
b) hlavně přání a rozhodnutí mé partnerky / mého partnera
c) naše společné přání a rozhodnutí

17. Jaké jste měl/a pocity z blížícího se porodu:

a) z porodu jsem obavy neměl/a
b) cítil/a jsem silné obavy z porodu – o své zdraví / o zdraví mé partnerky a zdraví dítěte
c) nejvíc jsem se těšil/a na naše dítě
d) měl/a jsem obavy, jak svou přítomnost u porodu zvládnu já / můj partner

18. Jaké jste měl/a pocity při cestě do porodnice:

……
……

19. Měli jste s partnerem / partnerkou připravený písemný porodní plán:

a) ano b) ne c) nevím, co je to porodní plán

20. Pokud jste měli při porodu nějaké požadavky, napište jaké:

……
……

21. Způsob porodu:

a) klasický
b) císařský řez
c) jiný (jaký) ……

22. Jak hodnotíte péči zdravotnického personálu během porodu a ohleduplnost k Vašim potřebám:

a) **ze strany lékařů**

□ nebyl/a jsem spokojen/a
□ byl/a jsem průměrně spokojen/a
□ byl/a jsem nadprůměrně spokojen/a

b) **ze strany sestřiček**

- □ nebyl/a jsem spokojen/a
- □ byl/a jsem průměrně spokojen/a
- □ byl/a jsem nadprůměrně spokojen/a

23.

Ženy: Co jste očekávala od přítomnosti svého partnera u porodu:

……
……
……

Muži: Co jste očekával od své přítomnosti u porodu:

……
……
……

24. Splnilo se Vaše očekávání ze společně prožitého porodu:

a) ano, ve všem
b) ne – zdůvodněte svou odpověď……
……
c) částečně – zdůvodněte svou odpověď ……
……

25. Jak Vám partner / jak jste partnerce pomáhal zvládnout a snášet dyskomfort (tlumení bolesti, zaujímání poloh, vnímání chladu a horka, pocit suchosti v ústech apod.):

……
……
……

26. Byla přítomnost Vašeho partnera u porodu pro Vás přínosem / Byla Vaše přítomnost u porodu pro Vaši partnerku přínosem:

a) rozhodně ano
b) spíše ano
c) spíše ne
d) rozhodně ne

27.

Ženy: Pokud Vám pomohla přítomnost partnera u porodu, uveďte jak:

Muži: Pokud si myslíte, že Vaše přítomnost u porodu partnerce pomohla, jakým způsobem to bylo:

a) pomohla mi / jí více psychicky – napište jak:……
……
b) pomohla mi / jí více fyzicky – napište jak:……..
……

28. Co myslíte, že vede muže k tomu, že jsou přítomni u porodu:

a) být u porodu je trend současné doby
b) berou to jako povinnost, kterou by měl každý otec splnit
c) chtějí být ženě oporou při narození jejich dítěte
d) pocit zodpovědnosti a strach o ženu a dítě

29. Myslíte si, že přítomnost otce u porodu je svobodná volba muže:

a) ano b) ne d) nevím

30. Co jste cítil/a, když jste poprvé držel/a svého potomka v náručí:
……
……

31. Ženy: Co jste těsně po porodu pociťovala k partnerovi:
……

Muži: Co jste těsně po porodu pociťoval k partnerce:
a) velkou lásku
b) velký obdiv
c) moje city vůči ní se nezměnily
d) jiné pocity – uveďte jaké …….

32. Pokud byste měli s partnerem/kou další dítě, chtěli byste být opět u jeho porodu společně
a) ano, napište proč …….
b) ne, napište proč ……..
c) ještě nevím, napište proč ……..

33. Myslíte si, že Vaše přítomnost u porodu / přítomnost Vašeho partnera u porodu nějak ovlivní nebo ovlivnila Váš budoucí vztah k partnerce / partnerovi:
a) jeho / moje přítomnost u porodu nemá vliv na náš vztah
b) pozitivně – napište jak ……
……...
c) negativně – napište jak ……
……
d) neumím posoudit

34. Myslíte si, že Vaše přítomnost /partnerova přítomnost u porodu může ovlivnit nebo již ovlivnila Váš další společný sexuální život
a) náš sexuální život se nezměnil nebo nezmění
b) pozitivně – napište jak ……
……
c) negativně – napište jak ……..
……..
d) neumím posoudit

Evidenční list

Souhlasím s tím, aby moje bakalářská práce byla půjčována k prezenčnímu studiu v Univerzitní knihovně ZČU v Plzni.

Datum: Podpis:

Uživatel stvrzuje svým čitelným podpisem, že tuto bakalářskou práci použil ke studijním účelům a prohlašuje, že ji uvede mezi použitými prameny.

Jméno	Fakulta/katedra	Datum	Podpis