

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Lucie Dítětová

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

**HISTORICKÉ PROMĚNY MATEŘSTVÍ NAPŘÍČ TŘEMI
GENERACEMI**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Kašová

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 12. 2012

.....

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Kašové za odborné vedení práce a poskytování cenných rad. Také bych chtěla poděkovat třem ženám, které byly ochotny udělat se mnou rozhovor.

Anotace

Příjmení a jméno: Dítětová Lucie

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Historické proměny mateřství napříč třemi generacemi

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Kašová

Počet stran – číslované: 58

Počet stran – nečíslované: 25

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 38

Klíčová slova: historie porodní asistence, historické srovnání poraden pro těhotné, mateřství, novorozeneček, porodní asistentka, proměny role porodních asistentek během generací, vývoj předporodní přípravy, změny péče o ženu v šestinedělí, ženská sestra

Souhrn:

Bakalářská práce se skládá z teoretické části a diskuze. Je zde popsán historický přehled vývoje mateřství. V hlavní části práce porovnávám změny mateřství mezi 3. generacemi 20. a 21. století ve vybraných okruzích, kterými jsou těhotenství, porod, šestinedělí a péče o novorozence. V samotném závěru celé práce se věnuji analýze dat a jejich interpretaci, kterou doplňuji o diskuzi nad výsledky a doporučením pro praxi.

Annotation

Surname and name: Dítětová Lucie

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Historical changes in motherhood across three generations

Consultant: Mgr. Lucie Kašová

Number of pages – numbered: 58

Number of pages – unnumbered: 25

Number of appendices: 38

Number of literature items used: historie porodní asistence, historické srovnání poraden pro těhotné, mateřství, novorozenec, porodní asistentka, proměny role porodních asistentek během generací, vývoj předporodní přípravy, změny péče o ženu v šestinedělí, ženská sestra

Keywords: History of Delivery Assistance, Historical Comparison of the Clinics for Pregnant Women, maternity, newborn child, midwife, Changes of the Midwives Role during Generations, Development of Pre-delivery Preparation, Changes in Care of Woman during Puerperium, nurse

Summary:

The thesis consists of a theoretical part and a discussion. A historical survey of a maternity development is described here. In the main part of the thesis I compare changes of maternity between the third generations of the 20th and the 21st centuries in the selected topics which are pregnancy, childbirth, puerperium and newborn child care. At the very end of the thesis I pay my attention to the data analysis and their interpretation which is followed by a discussion over the results and recommendation for the practice.

OBSAH

ÚVOD	10
1 HISTORICKÝ PŘEHLED	12
1.1 PRAVĚK	12
1.1.1 Starší a střední doba kamenná (paleolit, mezolit).....	12
1.1.2 Mladší doba kamenná (neolit)	13
1.1.3 Pozdní doba kamenná (eneolit)	13
1.2 STAROVĚK	14
1.2.1 Mezopotamie	14
1.2.2 Egypt.....	14
1.2.3 Řecko	15
1.2.4 Řím	16
1.3 STŘEDOVĚK.....	16
1.4 NOVOVĚK.....	16
1.5 HISTORIE ČESKÉ LIDOVÉ KULTURY.....	17
2 PRENATÁLNÍ PÉČE V TĚHOTENSTVÍ	20
2.1 1. generace 1955-1960	20
2.1.1 Věk matek.....	20
2.1.2 První vyšetření v těhotenství	20
2.1.3 Prenatální poradna	21
2.1.4 Předporodní příprava	22
2.2 2. generace 1980-1985	23
2.2.1 Věk matek.....	23
2.2.2 První vyšetření v těhotenství	23
2.2.3 Prenatální poradna	24
2.2.4 Předporodní příprava	25
2.3 3. generace 2005-2010	26
2.3.1 Věk matek.....	26
2.3.2 První vyšetření v těhotenství	26
2.3.3 Prenatální poradna	27
2.3.4 Předporodní příprava	28
2.4 Rozhovory.....	29
2.4.1 1. generace 1955-1960.....	29
2.4.2 2. generace 1980-1985.....	30
2.4.3 3. generace 2005-2010.....	30
2.5 Shrnutí.....	31

3 POROD	32
3.1 1. generace 1955-1960.....	32
3.1.1 Prostředí porodu.....	32
3.1.2 Vedení porodu.....	32
3.1.3 Tlumení bolesti.....	35
3.1.4 První kontakt matky s dítětem.....	36
3.2 2. generace 1980-1985.....	36
3.2.1 Prostředí porodu.....	36
3.2.2 Vedení porodu.....	37
3.2.3 Tlumení bolesti.....	38
3.2.4 První kontakt matky s dítětem.....	38
3.3 3. generace 2005-2010.....	38
3.3.1 Prostředí porodu.....	38
3.3.2 Vedení porodu.....	39
3.3.3 Tlumení bolesti.....	41
3.3.4 První kontakt matky s dítětem.....	42
3.4 Rozhovory.....	42
3.4.1 1. generace 1955-1960.....	42
3.4.2 2. generace 1980-1985.....	42
3.4.3 3. generace 2005-2010.....	43
3.5 Shrnutí.....	43
4 ŠESTINEDEĹÍ	45
4.1 1. generace 1955-1960.....	45
4.1.1 Vstávání po porodu.....	45
4.1.2 Délka hospitalizace ve zdravotnickém zařízení.....	45
4.1.3 Návštěvy v porodnici.....	45
4.1.4 Kojení.....	46
4.2 2. generace 1980-1985.....	46
4.2.1 Vstávání po porodu.....	46
4.2.2 Délka hospitalizace ve zdravotnickém zařízení.....	46
4.2.3 Návštěvy v porodnici.....	47
4.2.4 Kojení.....	47
4.3 3. generace 2005-2010.....	48
4.3.1 Vstávání po porodu.....	48
4.3.2 Délka hospitalizace ve zdravotnickém zařízení.....	48
4.3.3 Návštěvy v porodnici.....	48
4.3.4 Kojení.....	48

4.4	Rozhovory.....	49
4.4.1	1. generace 1955-1960.....	49
4.4.2	2. generace 1980-1985.....	49
4.4.3	3. generace 2005-2010.....	50
4.5	Shrnutí.....	50
5	PÉČE O NOVOROZENCE.....	52
5.1	1. generace 1955-1960.....	52
5.1.1	Pomůcky k ošetřování novorozence.....	52
5.1.2	Umělá výživa novorozenců.....	52
5.1.3	Dětské poradny.....	53
5.2	2. generace 1980-1985.....	54
5.2.1	Pomůcky k ošetřování novorozence.....	54
5.2.2	Umělá výživa novorozenců.....	54
5.2.3	Dětské poradny.....	55
5.3	3. generace 2005-2010.....	55
5.3.1	Pomůcky k ošetřování novorozence.....	55
5.3.2	Umělá výživa novorozenců.....	56
5.3.3	Dětské poradny.....	57
5.4	Rozhovory.....	58
5.4.1	1. generace 1955-1960.....	58
5.4.2	2. generace 1980-1985.....	58
5.4.3	3. generace 2005-2010.....	59
5.5	Shrnutí.....	59
6	DISKUZE.....	61
	ZÁVĚR.....	65
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	68
	SEZNAM ZKRATEK.....	71
	SEZNAM PŘÍLOH.....	72
7	PŘÍLOHY.....	73

ÚVOD

Tématem mé bakalářské práce jsou historické proměny mateřství napříč třemi generacemi. Téma jsem si vybrala vzhledem k mému studiu porodní asistentky. Zajímá mě historie porodnictví a mateřství, to jak dříve rodily a vychovávaly děti naše prababičky, babičky a matky. Toto téma je podle mě aktuální, protože v průběhu let došlo k velkým změnám v poskytované zdravotní péči a možnostem těhotných žen, rodiček a matek.

SEZNÁMENÍ S ŘEŠENOU PROBLEMATIKOU

Ve své práci chronologicky popisuji nejdůležitější změny v oblasti mateřství. V hlavní části práce porovnávám změny mateřství mezi 3. generacemi 20. a 21. století ve vybraných okruzích. Přibližuji jednotlivé výhody a nevýhody jednotlivých generací a odklon člověka k technice.

VYMEZENÍ OBSAHU PRÁCE

Generace ve 20. století jsem si vymezila po 25 letech. 1. generace rodila v letech 1955-1960 a druhá je ve věku dnešních babiček, které rodily své děti v období let 1980-1985. 3. generace porodila v době zcela nedávné v období 2005-2010, a tedy se týká současných matek a jejich dětí.

Vybranými okruhy jsou prenatální péče v těhotenství, porod, šestinedělí a péče o novorozence. Tyto okruhy dále rozdělují na důležité mezníky v životě ženy, na závěr každého okruhu přidávám pro zajímavost nestandardizované rozhovory se ženami z každé generace a vše zakončuji shrnutím, ve kterém získané informace porovnávám.

Prvním stanoveným okruhem je prenatální péče v těhotenství. Zaměřuji se na problematiku věku matek, dále porovnávám první vyšetření v těhotenství, prenatální poradnu a následnou předporodní přípravu.

Téma druhého okruhu je porod, v němž srovnávám změny mezi generacemi v oblasti prostředí porodu, vedení porodu, tlumení bolesti a prvního kontaktu matky s dítětem.

Třetím okruhem, který přibližuji, je oblast šestinedělí. Zde popisuji rozdíly ve vstávání po porodu, délku hospitalizace ve zdravotnickém zařízení, návštěvy v porodnicích a kojení.

V posledním čtvrtém okruhu se zaměřuji mezi na proměny péče o novorozence a to zejména na pomůcky k ošetřování novorozence, umělou výživu novorozenců a dětské poradny.

Na konec všechny čtyři stanovené okruhy navzájem porovnávám v diskusi, v které také hodnotím prameny a literaturu, ze které jsem čerpala. Závěrem této práce je doporučení pro praxi se zaměřením na porodní asistentky.

HLAVNÍ ŘEŠENÝ PROBLÉM

Hlavním řešeným problémem je stanovení rozdílností 3. generací v prožívání mateřství.

CÍL PRÁCE

Cílem této práce je zmapovat změny a stálosti v prožívání mateřství žen ve třech generacích. Druhým cílem je porovnat roly porodních asistentek ve stanovených obdobích a vytvořit optimální doporučení pro současnou praxi.

1 HISTORICKÝ PŘEHLED

Historický vývoj mateřství popisují ve vybraných obdobích z minulosti, se zdůrazněním na změny ve vývoji, které nastaly v průběhu času. Zaměřují se na Neolitické kultury v Evropě, Egypt, Mezopotámii, Řecko, Řím, Středověk a v Novověku se krátce zmiňují o významné panovnici Marii Terezii. Přibližují historii české lidové kultury se zaměřením na matku, plodnost, těhotenství, pověry a lidové tradice u nás.

1.1 PRAVĚK

Pravěk byl jedním z nejstarších a nejdéle trvajících dějinných období, o kterém neexistují žádné písemné prameny. Zdrojem současného poznání jsou především archeologické nálezy. (3)

1.1.1 Starší a střední doba kamenná (paleolit, mezolit)

Ke konečným změnám v tělesném vývoji člověka, který se již podobal člověku dnešnímu, došlo v době před 40 000 lety během poslední doby ledové. Měl dokonalé duševní a řečové schopnosti, a mohl tak dobře předávat své zkušenosti.

Již od vzniku prvních lidí, měly ženy podobně jako muži, rozdílnou roli v lovecko-sběračských společnostech. (20) Ženy a děti měly téměř výhradně na starosti sbírání jedlých plodů, bobulí a drobných živočichů, na rozdíl od mužů lovící velká i menší zvířata pomocí oštěpů, luků a šípů. Protože ženy musely mít velmi dobré znalosti života rostlin, většina antropologů si myslí, že to byly právě ony, které vedly neolitickou revoluci a staly se tak prvními průkopníky zemědělství.

Vedoucí postavení ve společnosti měla žena - matka jako zachovatelka rodu. Hovoříme o tzv. matriarchátu (z latinského mater - matka a řeckého archein - vládnout). Vyznačuje se důrazem na krevní pouto, rovnost všech lidí, nepodmíněnou lásku, vazbu k půdě a pasivní přijetí přírodních daností. V matriarchátu je silný prvek rovnosti, protože všichni jsou děti Matky Země, která má všechny své děti stejně ráda. V tomto systému je nejposvátnější vazba matky a dítěte. Nejhorším zločinem je tak matkovražda. (34)

Od paleolitického období byly na území Evropy hněteny sošky takzvaných Venuší. Tyto drobné plastiky z hlíny znázorňovaly postavy a části lidského těla, sloužící k porodu a výživě dítěte. Venuše měly veliké, spíše povislé prsy, mohutné břicho, velice

výrazné hýždě a silná stehna. Takové ženy byly v dávnověku uctívány, protože lidé instinktivně vycítili, že ženy se širokými boky, a tedy s prostornou pánví, dobře rodí děti. (37) K nejznámějším soškám patří Venuše z Willendorfu, nebo proslulá Venuše z Lespugue. (14) U nás byla při archeologických vykopávkách u Mikulova nalezena soška ženy, znázorňující matku a zachovatelku rodu, podle místa nálezu byla pojmenována Věstonická Venuše. (20)

Vedle stojících Venuší se vzácněji objevují i sošky žen sedících v podřepu - tedy pravděpodobně v nejstarší porodní poloze. Na některých plastikách jsou znázorněny části pohlavních orgánů (stydké pysky a Venušin pahorek). Stylizace prsních bradavek se vyskytují i jako součásti přívěsků přinášející štěstí. Kult plodnosti patřil vedle kultu zemřelých k nejstarším projevům duchovního života pravěkých lidí a Venuše v něm hrály velkou roli v podobě amuletů pro šťastné průběhy porodů. (37)

1.1.2 Mladší doba kamenná (neolit)

Rozvoj zemědělství v Přední Asii a později v Evropě zajistil více potravy, než tomu bylo u lovců a rybářů. Proto rychle vzrůstal počet obyvatelstva. V prvních vesnicích, kde žilo několik rodin, mohlo vyrůst mnohem více dětí, protože nebyly tolik nemocné a měly dostatek jídla a tepla. Ve vesnicích, kde bydlel třeba celý rod, byli všichni jeho členové pokrevně spřízněni.

Matkám byla prokazována velká úcta za jejich péči o děti a o příbytek. V náboženství hrála zásadní roli žena jako symbol plodnosti a pokračování druhu. Některé ženy nebo muži se věnovali náboženským obřadům. Hlavou rodu byli zdatní muži nebo stařešinové. (20)

1.1.3 Pozdní doba kamenná (eneolit)

V Evropě došlo u zemědělců k pokroku ve výrobě potravin i ke změnám ve způsobu života. (20) Postavení ženy se změnilo se vzrůstajícím významem muže. Vedoucí postavení zaujímalí stařešinové nebo náčelníci, kteří někdy stáli v čele větších skupin skládajících se ze spřízněných rodů - kmenů. Vznikla patriarchální společnost (patriarcha = stařešina rodu, z latinského pater - otec a archein - vládnout), v níž se snížila náboženská úcta k matkám. Ženy však byly stále rovnoprávné s muži. (34)

1.2 STAROVĚK

Ve starověku vznikali první civilizace a státy. Civilizace je charakterizována jako městský způsob života, se složitou společenskou strukturou, prohloubenou dělbou práce, politickou organizací a je také spojována s užíváním písma. (20)

1.2.1 Mezopotamie

Svobodné postavení žen z předchozího matriarchálního uspořádání zřetelně omezil sumerský vladař Uruinimgina z Lagaše v polovině 24. stol. př. n. l., když zakázal polyandrii (mnohomužství). Žena, která žila se dvěma muži, byla ukamenována.

V době panovníka Chamurapiho se žena stala podřízenou muži. Muž se stal hlavou společnosti. Ženu si kupoval a mohl s ní zacházet jako se svým majetkem. Jejím úkolem bylo rození dětí, které sloužily jako nové pracovní síly.

Neploďná žena měla svému muži zajistit jinou ženu, která by mu byla schopna porodit děti, nebo mu nesměla bránit, pokud si ji chtěl najít sám. U dívky se předpokládalo, že do manželství vstoupí jako panna. Jestliže někdo dívku znásilnil, musel si ji vzít za ženu, nebo jejímu otci zaplatit trojnásobek její kupní ceny. (35)

1.2.2 Egypt

Druhou kolébkou civilizace, která soutěží s mezopotamskou civilizací o prvenství je faraonský Egypt, který nás nepřestává dodnes překvapovat. (20)

Ve starověkém Egyptě byla žena pokládána za rovnoprávnou s mužem ve všech ohledech a v porovnání s jinými civilizacemi starověku bylo toto postavení ženy zcela výjimečné. Byla symbolem krásy a tak dokonce i mužova matka bývala zobrazována stejně ideálně mladá jako jeho manželka.

Ženy v Egyptě se již od vzniku faraonské monarchie těšily naprosté volnosti pohybu, uchovávaly si vlastní jména, nebyly nuceny žít uzavřeny a odděleny od světa mužů, ani nepodléhaly neúprosné autoritě všemocného otce či manžela. Egyptanka se mohla svobodně provdat za muže podle svého výběru a nic jí nezakazovalo, aby měla sexuální poměr před manželstvím. To se opíralo o věrnost a pomíjivé lásky bylo třeba si prožít před manželským svazkem. Rozvedená žena měla právo na výživné, mohla odkazovat i dědit. (13)

Ženy mohly být i samostatnou právní osobou, která mohla disponovat se svým majetkem a uzavírat různé druhy smluv včetně té, kterou sama sebe prodávala do

otroctví. To totiž mohlo být pro ženu výhodou, protože kupující na sebe bral povinnost živit ji a chránit její zdraví. (36)

1.2.3 Řecko

Ve starověku mívaly řecké rodiny asi tolik dětí jako rodiny dnešní. Důvody byly především ekonomické, protože bylo třeba nejen děti uživit, ale postarat se dívkám o věno a finančně zabezpečit chlapce. Dívky se vdávaly velice mladé, okolo 12-14 let a braly si většinou muže okolo 30 let, které jim vybral otec.

Ženy rodily doma a při porodu jim pomáhaly hlavně starší a zkušenější obyvatelky domu a k nim se v případě potřeby připojovala porodní bába. Z dobrovolných pomocnic při porodu se vyvinulo zaměstnání. Později se objevují i lékaři porodníci, jejichž nástroje, které byly nalezeny v Pompejích, se mnoho neliší od těch, které se používaly ještě ve 20. století.

U postele rodičky byla podle starého zvyku zapalována svíčka, ne ani tak pro osvětlení, ale spíše pro magickou moc a zahnání zlých duchů. Při porodu a po něm, se konaly náboženské obřady, které měly přivodit očistu domu, který byl znečištěn rodičkou a její krví, odehnat škodlivé duchy a přivolat ochranná božstva. Každý porod znamenal (stejně jako smrt) poskvrnění domu, které se sice zmírňovalo tím, že se už předem celý dům vymazal smůlou, ale přesto bylo třeba ho potom znovu očistit.

Brzy po narození se pro dítě připravila očistná koupel. Většinou se do ní přidával olej, ale ve Spartě se k tomuto účelu užívalo vína. Sparťané věřili, že slabé a postižené dítě dotek vína nesnese a po takové koupeli zemře.

Narození dítěte bylo významnou událostí a jeho uvítání do rodiny bylo provázeno určitými úkony zdravotnickými, právními i náboženskými. Obsahem právního úkonu bylo, že otec uznal novorozeně za vlastní. V Athénách měl otec právo rozhodnout, zda narozené dítě vychová nebo odloží. Novorozeně bylo položeno před otce na zem, a když je otec uznal za vlastní, zvedl je do svého náručí. Když ho nezvedl, muselo být odloženo na nějakém opuštěném místě nebo v lepším případě na takovém, kde by ho lidé našly dříve, než by zahynulo. Takovýchto případů odmítnutí dítěte bylo poměrně málo, nicméně zůstávalo stále v pravomoci hlavy rodiny zbavit se dítěte, o němž měl podezření, že není jeho, nebo když bylo neduživé nebo zmrzačené, nebo i proto, že pro chudobu nebyl otec schopen dítě živit. Teprve ve 3. stol. n. l. bylo opuštění dítěte postaveno na úroveň zabití a stalo se trestným činem. Odložení dítěte v antice je známo

už z mytologie (např. Oidipus, Romulus a Remus). Dítě, které otec přijal, omyli, zabalili do plenek a uložili do kolébky. (13)

1.2.4 Řím

Starověký Řím je historicky mimořádně zajímavou civilizací, byl symbolem ekonomického rozkvětu i morálního úpadku. (19)

Římany trápila nízká porodnost - s růstem blahobytu nechtěli zkrátka rodit děti. První z císařů, Augustus zaváděl opatření pro zvýšení porodnosti: velké rodiny platily citelně menší daně, bezdětným antickým mužům byly odepřeny významnější místa ve státních úřadech nebo kariérní růst, apod. Tato opatření však valný účinek nepřinesla. Neplodnost a otravy oxidem železa způsobovala pravidelná konzumace pitné vody z olověných trubek, které Římané používali. Nízká porodnost způsobila nízké stavy armády a oslabení populace, která pak podlehla cizím dobyvatelům. (18)

1.3 STŘEDOVĚK

Středověk kladl striktní důraz na čistotu, cudnost a panenství. Ženu by nejradši zahalil oblečením, tím snad co nejvíce oddálil ono pokušení a volání hlasu přírody, jehož naplnění učiní z ženy matku. Středověká žena měla být sveticí, nikoli erotickou svůdnicí. Sex pro radost byl označen, jako cosi d'ábelského, a proto byl ze života vytěšňován. Normou mělo být odpírání a odříkání. Z matky se tak stala bledá svatá, která porodila zcela náhodou a jaksí omylem. Žena jako živel byla společensky nepřijatelná.

Středověký ideál cudnosti byl za renesance vyměněn za plnokrevný život tady a teď, ne až na Pravdě Boží. Radostné uvolnění společenských norem a zobrazení tělesnosti však vzápětí doba barokní opět spoutala a vytěšnila do pouhých, ale avšak rafinovaných náznaků. Poodkrytý cípek oděvu dámy nechával očím na pospas její bujně poprsí. Některé tělesné tvary a půvaby barokních krasavic často kypí a přetékají. (24)

1.4 NOVOVĚK

V období novověku vstoupila do dějin Marie Terezie (1717-1780) a to nejen jako velká panovnice a reformátorka habsburské říše, ale i jako žena, kolem níž se nashromáždilo nepřeborné množství legend. (11) Jako nejstarší dcera císaře Karla VI. a

Alžběty Kristýny Brunšvicke byla jedinou vládnoucí ženou na českém trůně. V roce 1736 si vzala Františka Štěpána, se kterým měla 16 dětí. (10)

V Čechách v období vlády Marie Terezie proběhly významné změny v porodnictví a to především spolu s dalšími tereziánskými reformami. V roce 1745 povolala císařovna do Vídně osvícence Gerharda van Swietenena. Ten se stal nejen jejím osobním lékařem, ale i jedním z rádců. Byl císařovnou pověřen, aby jako odborník na lékařské školství pomohl s rozvojem zdravotní a také porodnické péče.

Organizace zdravotnictví prováděná van Swietenem se dotkla i českých zemí. Dekret z roku 1749 ukládal, že porodní báby a jejich pomocnice se musí účastnit pitev ženských mrtvol, aby tak získaly představu o anatomii rodiček. Zemský zdravotní řád vytvořený v roce 1753 určoval povinnosti lékařů, porodních bab, ranhojičů a některých jiných profesí. Mimo jiné specifikoval i to, jak má probíhat jejich vzdělávání a následná kontrola znalostí. Nejprve se porodní báby účastnily přednášek, poté absolvovaly porodnickou praxi ve Vlašském špitále v Praze, který se stal později chudobincem a sirotčincem. Venkovské báby byly vzdělávány a následně i přezkoušeny krajským ranhojičem. Přezkoušené pak nosily na tkaničce zavěšený odznak své profese. (8)

1.5 HISTORIE ČESKÉ LIDOVÉ KULTURY

Během vývoje lidstva se zásadně neměnily hrozby a nebezpečí, které provázely příchod dětí na svět. Bezmoc, která pramenila z nevědomosti, vedla od nepaměti k představám o ohrožení ženy v těhotenství, během porodu a určitou dobu po něm zlými, tajemnými démony.

K dosažení plodnosti existovalo v lidové tradici mnoho různých návodů k otěhotnění, které často hraničily s čarováním. Zaručeně účinné mělo být například sněžení žaludu nebo pomazání ženského pupku oslím mlékem. K nejznámější tradici symbolizující plodnost, která se praktikuje dodnes, patří pohazování plodin na novomanžele. Házelo se ořechy, mákem, hrách, zrním a později rýží.

Těhotenství bylo považováno jako stav výjimečnosti. Od jeho zjištění byla žena vnímána jako někdo, kdo se ocitl v trvalém ohrožení tajemných a zlých sil. Těhotenství bylo opředeno množstvím pověr a předsudků, v jejichž základu byl požadavek na udržení plodu a jeho řádný vývoj v matčině těle.

Výjimečnost situace těhotné ženy se projevovala především v obyčejích, úkonech a praktikách, z nichž některé měly skutečný hygienický a zdravotní význam, sledující

prospěch dítěte, jiné však matku zbytečně omezovaly. Například představa, podle které těhotná žena nemůže být kmotrou, protože přitahuje zlé síly a dítě by zemřelo.

Mateřství bylo chápáno jako posvátný a požehnaný stav, který nebyl nikdy v mluvě označován přímo. Obcházel se různými výrazy, lišícími se podle nářečí. Používaly se výrazy jako: bude chovat, nosí dítě pod srdcem, čeká rodinu, je v požehnaném stavu, je nabóraná, zběhnutá, je nafasovaná, našpuntovaná, nacpaná, naditá, sukně se jí krátí, je naplněná duchem svatým, má podlitý buben. Také situace, kdy muž přivedl ženu do jiného stavu, označovala lidová mluva nepříliš jemně: naštěkal jí do boudy, nasolil jí bůček, štípnul jí čáp do nohy nebo vydělal si na kolébku.

Po celé období svého těhotenství, byla žena nucena respektovat mnoho zákazů a příkazů, jejichž hlavním cílem bylo především zajistit úspěšný porod zdravého dítěte. Věřilo se, že každé příznivé i nepříznivé vjemy těhotné se přenášejí z matky na dítě. Těhotná se měla vyvarovat všem nepěkných dojmům, přílišné lítosti a pláče, starostí, hněvu, strachu nebo nelibých pachů. Předpokládalo se, že vizuální, a do jisté míry i čichové a chuťové vjemy těhotné ženy ovlivňují vzhled a vlastnosti dítěte. Mnohá pravidla proto omezovala budoucí matku v jídle, pití a v různých činnostech, ve snaze předejít fyzickým či psychickým anomáliím dítěte. Nejčastěji šlo o opatření, vyplývající z přesvědčení o tzv. uhranutí pohledem cizího člověka nebo uleknutí matky při spatření ošklivé či nebezpečné věci. Ze strachu před uřknutím tělesně postiženého člověka se těhotným zakazovalo navštěvovat poutě, jarmarky a podobná veřejná místa. Věřilo se také, že zrzavé vlasy a červené skvrny na těle jsou důsledkem toho, že se matka v těhotenství podívala na oheň nebo na čerstvou krev. (25) Je známá i pověra, že těhotná žena nemá chodit do jiné dědiny, že ji tam kroupy potlučou. Nebo neměla chodit pod prádelní šňůrou, aby se pupeční šňůra plodu nezauzlila. Lidé také věřili, že z neukojené chutě na nějaké jídlo pocházejí skvrny ve tvaru malin, jahod či jiného ovoce na těle novorozenců. (17)

Pověry o uhranutí patřily k nejrozšířenějším a není tedy divu, když v některých místech ještě ve 20. století byli u nás lékaři, kteří uznávali jejich vliv na novorozence. Věřilo se, že nenadálé spatření zajíce, mělo zapříčinit u novorozence „zaječí pysk“, pohled na ropuchu znamenal žabí kůži na hlavě a podívání na zabitého jelena způsobilo chlupatou ruku apod.

Někde zakazovali těhotné ženě umývat někomu nohy, nebo mýt boty, aby dítěti nepáchlo z úst. Nesměly také nosit chleba v zástěře, aby dítě netrpělo průjmy. Mezi obecně rozšířenými zákazy patřilo věšení prádla, protože by dítě rostlo vysoko do nebe a

dále umývání oken. Těhotná nesměla navštívit mrtvého a hřbitov, aby novorozenec nebyl slabý, bledý, a aby brzo neumřel. Dále se neměla dívat na měsíc, neboť by bylo dítě náměsíčné. Věřilo se, že když odkopne něco nohama z cesty, bude mít omotanou šňůru kolem krčku plodu a bude obtížně rodit. Těžký porod mělo způsobit i kopnutí psa nebo kočky. (25) Když nosila na bříše horké hrnce, hrozilo jí přirostlé lůžko a jediný způsob, jak tomu zabránit, bylo vytírání podlahy.

Lidé se také snažili předem uhádnout pohlaví dítěte. Bedlivě se pozorovalo, jaké změny se dějí s obličejem a tělem těhotné ženy. Byla-li v tváři pěkná a měla kyselé chutě, nadbytek slin v ústech a měla špičaté břicho, mohla očekávat chlapce. Jinde věřili, že když v těhotenství ženu bolí stolička, bude to holčička, bolí-li špičáky nebo řezáky, přijde chlapeček. (37) Přepadlá tvář a mnoho žlutých skvrn v obličejí, zvěstovaly děvče, o kterém se věřilo, že pobírá všechnu krásu (tento názor se traduje dodnes), někde však podle těchto příznaků usuzovali právě naopak. Pokud žena snědla srostlé ovoce, jako např. švestky, mohla mít dvojčata.

Již ve středověku měly těhotné ženy výsadní postavení v právním ohledu, nemohly být souzeny, dokud neporodily. K odložení soudního líčení dokonce stačilo jen podezření, že by mohla být žena těhotná. Nebyla nucena ani přísahat, neboť se jí věřilo. Našly se, ale i ženy, které této situace využily. (25)

Svobodné těhotné byly odsouzeny k posměškům, morálnímu a veřejnému odsouzení, nadávkám a bití v rodině. Někde se tradují pověsti o tom, že provinilé budoucí matky trestali tím, že je vozili na trakaři, vlasy jim pomazali kolomazí a posypali peřím. Josefínská zdravotnická politika se snažila zlepšit postavení svobodných matek, minimalizovat jejich sebevraždy a vraždy kojenců. V roce 1789, zrušil Josef II. tehdy působící Vlašský špitál v Praze a přestěhoval děti a těhotné ženy do budovy kostela sv. Apolináře. Zde mohly porodit pod dozorem porodní babičky anebo odložit své dítě. (8)

2 PRENATÁLNÍ PÉČE V TĚHOTENSTVÍ

2.1 1. generace 1955-1960

2.1.1 Věk matek

Z biologického a genetického hlediska je pro ženu nejvýhodnější mít první dítě mezi 20. až 25. rokem života. (2) Před 20. rokem života bývají ženy v naší zemi sice biologicky schopny otěhotnět. Průměrný reprodukční věk dívek nastává ve 14 až 16 letech, ale v této době nebývají ještě zcela duševně připraveny na těhotenství a mateřství. (26)

V roce 1955 byl počet živě narozených dětí 165 874, nejčastější věk matek při porodu v tomto roce byl 20-24 let. V roce 1960 klesl počet živě narozených dětí na 128 879 a věk matek při porodu se nezměnil. (5)

2.1.2 První vyšetření v těhotenství

Ženy navštěvovaly obvodního ženského lékaře a ženskou sestru obvykle po vynechání menstruace, nebo při podezření, že by mohly být těhotné. Našly se však i ženy a to i ve velkoměstech, které přišly k prvnímu vyšetření teprve až těsně před porodem. (38)

Těhotenství diagnostikovali lékaři nejdříve kolem pátého týdne, prohmatáním zvětšené dělohy. Vnitřním vyšetřením se dalo těhotenství poznat určitě teprve asi od šestého až osmého týdne. K vyšetření také pomáhaly jisté známky těhotenství mezi, kterými patří ozvy plodu, pohyby plodu a nahmatání částí těla. Když bylo zapotřebí, mohl se také k vyšetření použít rentgen. Ženy prý neměly mít obavy, krátké prosvícení nemělo uškodit ani jim, ani plodu. Dnes už se ovšem ví o škodlivých účincích rentgenového záření.

Ozvy plodu poslouchaly porodní asistentky asi od té doby, kdy těhotné začínaly udávat první pohyby. Srdce plodu se poslouchalo uchem nebo stetoskopem, přiloženým na dolní polovinu břicha v čáře mezi pupkem a hrbolem kyčelní kosti buď vpravo, nebo vlevo, podle uložení hřbetu dítěte. (17)

Každé těhotné byla vystavena těhotenská průkazka, do které ženská sestra, nebo lékař zapisovali údaje po celou dobu těhotenství. Zapisovala se do ní i data návštěv

porodních asistentek v rodině, dalších vyšetření v prenatalní poradně a obsahovala například i základní pokyny správné životosprávy. (38)

2.1.3 Prenatální poradna

Po celou dobu těhotenství pečovaly o ženy jejich nejbližší ženské poradny, jejíž adresy se dozvěděly v ústavu národního zdraví nebo na národním výboru. Do poradny chodily těhotné pravidelně každý měsíc až do poloviny těhotenství, potom až do konce osmého měsíce ji navštěvovaly jednou za čtrnáct dní, v posledním měsíci jednou týdně.

K povinné péči poradny o těhotné patřilo především dostatečně provedené lékařské vyšetření. Aby lékař mohl dobře zevně i vnitřně vyšetřovat, bylo zapotřebí, aby střeva těhotné byla vyprázdněna od stolice. Doporučovalo se v případě potřeby použít glycerínový nebo mýdlový čípek a usnadnit tím tak lékaři práci, protože naplněná střeva znesnadňovala vyšetření. Součástí prenatalní péče byl i odběr krve těhotné k různým vyšetřením a k určení krevní skupiny a Rh faktoru.

Porodní asistentky pravidelně při každé návštěvě poslouchaly ozvy plodu, vyšetřovali krevní tlak a moč, zvažily těhotnou a kontrolovaly varixy a otoky na dolních končetinách. (17)

Také radily těhotným při návštěvách v rodině, co a jak v domácnosti a v práci zařídit před porodem. Dále připravovaly ženy na porod, poradily i při chystání vybavy a zařízení pro novorozence. (38)

Měla-li žena práci, která by byla pro pozdější těhotenství namáhavá, doslala v poradně doporučení pro závod, aby byla přidělena k práci méně namáhavé. V poradně dostaly těhotné rovněž doporučení k nastoupení na mateřskou dovolenou. Byla-li žena nějak nemocná, poslala jí poradna k odbornému vyšetření, popřípadě na léčení.

V poradně dostaly těhotné zprávu o poukazech na peněžní dávky v mateřství. Matky v domácnosti obdržely i tiskopisy žádostí o porodné. Každá pojištěnka nebo žena pojištěnce měla právo na porodné a na dětskou výbavičku. Prostřednictvím zaměstnavatele si podávaly zaměstnané matky i rodinné příslušnice zaměstnance žádost o rodinné příspěvky.

V poradně se těhotné od ženské sestry dozvěděly, kdy se koná nejbližší kurz péče o kojence a či jiné zdravotnické přednášky. (17)

2.1.4 Předporodní příprava

Předporodní příprava slouží k připravení matky na duševní a tělesné změny, které k těhotenství a pozdějšímu mateřství patří. Má také za úkol zmírnit nebo zcela odbourat negativní emoce spojené s porodem, snížit strach z porodních bolestí a minimalizovat obavy o dítě. (26)

V roce 1949 vypracoval sovětský lékař Velvovský jednu z dalších metod k odstraňování vnímání bolesti za porodu, nazval jí psychoprofylaktickou přípravou. Navázal tím na londýnského lékaře Dicka Reada, který byl vynálezcem této metody. Příčina porodních bolestí byla podle Velvovského v podmíněném reflexu, v negativních emocích, a ve vztazích mezi procesy podráždění a útlumu v mozkové kůře. Velvovský se snažil zvyšovat aktivitu mozkové kůry, za účelem vytvoření pozitivního centra podráždění během porodu. Tato metoda psychoprofylaxe prodělala celosvětový rozkvět v 50. a 60. letech 20. století za politické podpory a prokazovala závratně příznivé účinky a to i u nás v tehdejším Československu. Bohužel urychlené zavádění psychoprofylaxe i tam, kde k tomu nebyly vhodné podmínky, vedlo postupně k tomu, že metoda byla používána formálně. Těhotné ženy se například shromažďovaly v kinosálech. (29) Po původní masivní propagaci se v naší veřejnosti se rozhostilo určité zklamání, nesplnilo se očekávání, že všechny porody budou probíhat bez bolestně. (38)

V roce 1959 se českoslovenští porodníci zabývali otázkou tišení bolesti za porodu na celostátní konferenci ženských lékařů, která se pořádala v Bratislavě. Metoda používaná až do té doby v našem státě byla přepracována a zdokonalena. Došlo k obohacení o speciální tělesnou přípravu a tím značně tato metoda získala na účinnosti. Českoslovenští lékaři pro ni doporučili pojmenování „Tělesná a duševní příprava na porod“. (32) Povinností okresního ústavu národního zdraví a to zejména poradny pro ženy a dětské poradny, bylo pořádat kurzy pro nastávající matky. (17) V posledních 4-6 týdnech před porodem se seznámily těhotné v 6 lekcích se základními poznatky o fyziologii těhotenství, porodu a šestinedělí. V lekcích se ženy dozvěděly, co je podstatou porodní činnosti, co ovlivňuje děložní stahy a jak si rodička může porod ulehčit. (38) Kurz se skládal z přednášek ženského a dětského lékaře. Součástí byly navazující praktické ukázky o tom, jak se dítě ošetřuje. Vedla je sestra či porodní asistentka. (17) S lekcemi psychoprofylaktické přípravy se spojoval speciální tělocvik. Jeho účelem byl nácvik cvičení, která podporují tělesnou kondici ženy při porodu. Dále se zaměřovalo na nácvik poloh, pohybů, správného dýchání a uvolnění svalstva, což vše je důležité pro průběh porodu. Žena, která přišla k porodu dobře připravena, uměla správně využívat

naučených cviků k tomu, aby porod proběhl co nejsnadněji. Ženy se seznamovaly s možnostmi, jak samy mohou zabránit přeměně pocitů provázejících stahy děložního svalstva v bolestivé vjemy. Ženám se neslibovalo, že jim metoda zaručí bezbolestný porod. Vždyť nervové soustavy žen jsou různé a odolnost vůči bolesti není u všech lidí stejná. Vlastní podstatou metody bylo naučit ženy, co mají samy činit pro to, aby porod proběhl normálně. (38)

Informace o přípravě porodu se také budoucím maminkám sdělovali pomocí filmů. V kinech byly promítány dva celovečerní filmy, jejichž námětem byla příprava těhotných žen na porod. Oba byly zahraničního původu z roku 1957. První z nich byl francouzský film Případ doktora Laurenta. V hlavní roli, lékaře Laurenta, hrál známý umělec Jean Gabin. Poslední scéna filmu ukazovala průběh porodu po přípravě. Druhý film byl italský, jmenoval se Nejkrásnější okamžik. (32)

2.2 2. generace 1980-1985

2.2.1 Věk matek

Manželství a rodina umožnili ženám v socialistické republice uniknout z politicky řízené veřejné sféry i z odcizených pracovních vztahů. (15) Počet živě narozených dětí podle věku matek při porodu v letech 1980 byl 153 801 a nejčastější věk matek byl 20-24 let a v roce 1985 poklesl počet živě narozených dětí na 135 881 a věk matek se nezměnil. (5)

2.2.2 První vyšetření v těhotenství

První nejčastější, avšak nejistou známkou těhotenství, stejně jako v jiných generacích, bylo vynechání menstruace. Jestliže se menstruace nedostavila v očekávanou dobu a nedostavila se ani v příštích čtrnácti dnech, měly ženy navštívit ženského lékaře.

Ženský lékař při vyšetření sledoval změny barvy děložního čípku, změny velikosti dělohy, změny tuhosti děložních stěn atd. Pro rozhodnutí, zda nastalo těhotenství, většinou stačilo toto gynekologické vyšetření, někdy použil další speciální vyšetřovací metody.

Jestliže ženský lékař zjistil, že je žena těhotná, doporučil jí pravidelnou návštěvu poradny pro těhotné. Úkolem poraden bylo kontrolovat zdravotní stav těhotné ženy a vyvíjejícího plodu.

Lékař se během první návštěvy těhotné zeptal na všechny předešlé choroby z dětství i v dospělosti, na minulá těhotenství i na případné nepravidelnosti jejich průběhu. To vše totiž mělo význam pro předpověď průběhu stávajícího těhotenství. Lékař vypočítal v poradně pravděpodobný den porodu.

Ženská sestra vystavila ženě těhotenskou průkazku, vyšetřila jí stav prsou a bradavek, změřila pánev pelvimetrem a také ji předala informační brožurky o těhotenství, cvičení, porodu a životosprávě. (32)

2.2.3 Prenatální poradna

V prenatální poradně ženská sestra vyšetřovala pravidelně moč těhotné a měřila jí hodnoty krevního tlaku. Naplánovala odběry krve na vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru, BWR, krevního obrazu a jiné.

Součástí poradny bylo i odeslání ženy lékařem na vyšetření plic a srdce a také i na odborné vyšetření chrupu. Výsledky se zapisovaly do Průkazky pro těhotné, kterou nastávající maminka dostala. Při každé návštěvě poradny se zkontroloval i zdravotní stav plodu a od druhé poloviny těhotenství se sledovalo, zda zaujímá v děloze správnou polohu. Přitom se vždy vyšetřovala činnost jeho srdce. Nakonec určil lékař ženě datum příští návštěvy. (32)

K metodám prenatální diagnostiky patřilo v první řadě vyšetření alfa-fetoproteinu (AFP), jako metody zjišťující rozštěp neurální trubice. U žen se zjištěnou vysokou hodnotou AFP se prováděla amniocentéza (AMC) z genetické indikace.

Poprvé byl u 50 žen proveden vaginální, nebo abdominální odběr choriální tkáně v 8-10. týdnu těhotenství pro bioptické vyšetření. Indikací k výkonu bylo podezření na chromozomální aberace a metabolické choroby s vazbou na pohlaví. Efektivita uvedených výběrových screeningových metod byla malá. V západočeském kraji z 68 novorozenců s rozštěpem neurální trubice narozených v letech 1975-1979, byla prenatálně diagnostikována jen 4%.

Začínalo se využívat kardiokografie, která byla v této době nejčastěji užívanou metodou diagnostikující ohrožení plodu hypoxií, ale bohužel byl u v nás omezený dovoz techniky ze západních zemí. Všeobecná ultrazvuková screeningová metoda v první polovině II. trimestru se zavedla v některých oblastech Československa, za účelem zpřesnění gestačního stáří plodu, včasné diagnózy vícečetného těhotenství a detekce některých vrozených vad. (31)

Během těhotenství navštěvovala obvodní ženská sestra těhotné v jejich domově. Poradila jim, jak nejlépe připravit rodinné prostředí na příchod děťátka. Jakou vaničku si mají opatřit ke koupání novorozence, a kde ji lze koupit. Jaký stůl se nejlépe hodí na přebalování děťátka, kam ho nejlépe postavit apod. Náplní její práce bylo i zjištění sociálního prostředí. K této návštěvní poradenské službě byly vybírány jedině kvalifikované, zkušené ženské sestry s dlouholetou praxí v poradně pro těhotné ženy i na porodním sále, které nejenom odborně vedly řadu porodů, nýbrž také již samy těhotenství prožily, rodily a ošetřovaly své dítě. (32)

2.2.4 Předporodní příprava

K dalšímu rozkvětu přípravy těhotných žen k porodu došlo u nás na konci 80. let díky MUDr. Čepickému a PhDr. Pečené, kteří vypracovali nové schéma. Základním cílem bylo snížení úzkosti a strachu z porodu. Těhotné se připravovaly na změny, které těhotenství doprovázejí, na situace, se kterými se mohly během porodu setkat, a zároveň se měla žena připravit na plnění její mateřské role.

Rozlišovala se základní úroveň psychoprolaxe, která měla být dostupná všem těhotným a kterou prováděla vyškolená ženská sestra. Pracovala většinou se skupinou těhotných a popřípadě i s jejich partnery. Optimální počet účastníků byl 8-12 lidí. Skupina se setkávala v šesti lekcích po 60 minutách. Dvě lekce se konaly v první polovině těhotenství a další po 32. týdnu těhotenství. Lekce probíhaly formou diskuze, besedy a praktického nácviku. Obsah lekcí byl zaměřován na těhotenství (výživa, životospráva, tělesné, psychické změny, termín porodu), vnímání bolesti a možnosti jejího ovlivnění, posílení sebedůvěry, předporodní období, příjem do porodnice, první dobu porodní (nácvik polohy, masáže, akupresury), druhou dobu porodní (nácvik polohy, zadržení dechu), operativní porod, poporodní období, šestinedělí z hlediska matky, sexualita po porodu, šestinedělí z pohledu dítěte, současné trendy v péči, vývoj vazby matka - dítě a na kojení.

Druhá úroveň přípravy ženy k porodu byla nadstavbová. Byla určena ženám, pro které byla základní úroveň přípravy z nějakého důvodu nedostatečná. Přípravu vedl psycholog, psychoterapeut nebo gynekolog se zkušenostmi s psychosomatickou problematikou, nebo porodní asistentka s psychoterapeutickým výcvikem se supervízi psychologa. (29)

2.3 3. generace 2005-2010

2.3.1 Věk matek

Počet živě narozených dětí podle věku matek při porodu v letech 2005 klesl na 102 211 a nejčastější věk matek byl 25-29 let a v roce 2009 se narodilo 118 348 živých dětí a věk matek se v České republice posunul 30-34 let. (5)

Pokles porodnosti a vzrůst průměrného věku matek nastal po roce 1990. Většinou se připisuje změnám ve společnosti, které v porovnání s obdobím socialistického režimu umožnily nesrovnatelně větší uplatnění jedinců. Důvodů proč stoupá věk matek, je celá řada. Například skutečnost, že výše důchodu dnes, téměř nezávisí na počtu dětí. Dříve měli lidé děti i proto, aby je měl kdo živit ve stáří. V naší zemi je navíc specifikum, že hodně dětí mají často Romové nebo lidé hluboce věřící a obě tyto skupiny nebývají vždy pozitivně vnímány společností. (9) Obecně platí, že čím vyšší vzdělání a čím větší město, v němž žena žije, tím vyšší je její věk při narození prvního dítěte. (22)

2.3.2 První vyšetření v těhotenství

Ženám se doporučuje navštívit svého ženského lékaře dva až tři týdny po vynechání menstruace, nebo v případě pozitivního těhotenského testu. Pokud se těhotenství potvrdí, je sledována v poradně pro těhotné. Poradna bývá ambulancí ženského lékaře, která má obvykle pro těhotné zvlášť vyčleněny ordinální hodiny.

V poradně se nejen odborným vyšetřením potvrdí těhotenství, případně se určí délka jeho stáří a stanoví se termín porodu. (26) Někteří lékaři ještě provádějí kontrolní krevní test k určení těhotenství, ale od tohoto způsobu se již upouští. K diagnostice těhotenství může lékař použít ultrazvuk, kterým může vyloučit podezření mimoděložního těhotenství. Další vyšetření jsou závislá na zvyklostech lékaře, sestra může změřit tlak, zkontrolovat moč, zvážit ženu a změřit pánevní rozměry.

Při klasickém gynekologickém vyšetření lékař zjistí, že má žena zvětšenou dělohu a prokrvený děložní čípek. Pokud nebyla delší dobu na kontrole, může lékař odebrat cytologii z hrdla dělohy. (28) Dále se v poradně vyšetří prsy těhotné, když se zjistí ploché nebo vpáčené bradavky, porodní asistentka ženě poradí užitečné tipy a pomůcky k jejich zlepšení. (26)

2.3.3 Prenatální poradna

V České republice je v současné době propracovaný systém péče o těhotné ženy. Po celé zemi je pro těhotné organizována široká síť poraden, které můžeme rozdělit do tří skupin podle poskytující péče.

Naprostá většina žen, které jsou zcela zdravé, navštěvuje poradny základní péče. Druhá poradna je s intermediární péčí, která se běžně nazývá Poradna pro riziková těhotenství. Jedná se o ambulanci pro ohrožená a patologická těhotenství. Třetí poradnou poskytující péči pro těhotné s nejzávažnějšími riziky je perinatologické centrum, které bývá součástí krajské porodnice nebo gynekologicko-porodnické kliniky. V těchto centrech je široká nabídka diagnostických a léčebných metod a spolupracují zde lékaři-specialisté i z jiných lékařských oborů, zejména genetici, neonatologové, internisté, anesteziologové, hematologové.

Ženě je vystaven těhotenský průkaz, v němž jsou předepsané položky, které v průběhu těhotenství vyplňuje lékař nebo porodní asistentka. Na rozdíl od dřívějších praktik, kdy se veškeré údaje zapisovaly do průkazu ručně, se dnes, v době počítačů a elektronických tiskáren, tiskne většina výsledků jednotlivě na samostatné listy papíru. Nyní je jeho forma, ale částečně i obsah překonán a v současné době pracuje tým českých lékařů a odborníků na novém Průkazu pro těhotné.

Pro návštěvy těhotné v poradně, bylo v České republice vypracováno doporučení dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství. Těhotná navštěvuje poradnu do 23. týdne každé 4 týdny, 24.-32. týden každé 3 týdny, 33.-36. týden každé 2 týdny a od 37.-40. týden každý týden. (26)

Klinická a laboratorní vyšetření při poskytování prenatální péče se rozdělují na pravidelná (provádějí se při každé návštěvě gynekologa) a nepravidelná (provádějí se pouze v určeném týdnu těhotenství). Komplexní prenatální vyšetření by mělo být provedeno nejpozději do konce 12. týdne těhotenství.

Mezi pravidelná vyšetření patří podrobný sběr anamnestických údajů a stesků ženy. Zevní vyšetření těhotné s určením hmotnosti a krevního tlaku, chemická analýza moči a bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix skóre. Od 24. týdne gravidity lékař nebo porodní asistentka detekují známky vitality plodu. (4) Kontrolu srdeční činnosti se v těhotenství provádí přes břišní stěnu matky trojím způsobem: naslouchátkem (stetoskopem nebo fonendoskopem), ultrazvukovým snímačem ozev plodu, nebo kardiokografem. (26)

Do nepravidelných vyšetření v 16. týdnu těhotenství se řadí stanovení krevní skupiny a Rh faktoru, vyšetření titru erytrocytárních protilátek, hodnoty hematokritu a počtu erytrocytů, leukocytů i trombocytů a hladiny hemoglobinu. Dále se v 16. týdnu provádí sérologické vyšetření HIV a HBsAg, sérologické vyšetření protilátek proti syfilis, biochemický screening vrozených vývojových vad ve druhém trimestru a vyšetření močového sedimentu střední porce moči. Mezi 18.-20. týdnem se provádí první ultrazvukový screening plodu. Ve 24.-28. týdnu se vyšetřuje screening poruch glukózové tolerance. U žen Rh negativních, nebo s krevní skupinou 0 mezi 30.-32. týdnem je proveden screening titru erytrocytárních protilátek. V tomto týdnu se také kontroluje množství hematokritu a počtu erytrocytů leukocytů i trombocytů, hladiny hemoglobinu, sérologické vyšetření protilátek na syfilis, výběrově doporučuje odběr sérologického vyšetření HBsAg a HIV. V tomto období se také provádí druhý ultrazvukový screening plodu. Ve 36.-37. týdnu se odebírá kultivace z pochvy na detekci streptokoků skupiny B v pochvě.

Ve 36., 37., 38., 39., 40. týdnu se u těhotné ženy provádí kardiokografický non - stress test (ve 36. a 37. týdnu je doporučen, v dalších týdnech je povinný). (4) Jedná se o vyšetření srdeční frekvence plodu, děložní svaloviny matky a pohybů plodu, vše se souběžně graficky zaznamenává na křivku. (26)

Novinkou posledních let je 3D a 4D ultrazvuk, jedná se o prostorovou rekonstrukci vytvořenou ultrazvukovým přístrojem. Na první pohled velmi efektivní obrázky nemají z medicínského hlediska žádný hlubší význam pro přesnou diagnostiku zdraví plodu. Chybí možnost vyšetření detailů v těle dítěte. Dá se provést prakticky kdykoliv během těhotenství, ale nejlepší je období mezi 17.–24. týdnem gravidity. Jde hlavně o zážitek pro rodiče, kteří si odnášejí z ordinace obrázky svého dítěte a záznam na CD. Tento ultrazvuk je nadstandardní služba, rodiče si tedy musí záznam zaplatit, pojišťovny jej neproplácejí, obvykle se cena pohybuje okolo tisíce korun. (27)

2.3.4 Předporodní příprava

V posledních letech u nás nastal vysoký nárůst budoucích matek, které se o své těhotenství více zajímají, starají se o vše okolo porodu a šestinedělí. Informují se o péči o dítě, o přítomnosti partnera u porodu a v neposlední řadě i o aktivity určené přímo těhotným. Hlavním zdrojem informací pro tyto ženy je vybudovaný vzdělávací systém předporodní přípravy, v němž ideálně přednášejí porodní asistentky s praxí.

Předporodní příprava bývá rozdělena na dvě části - teoretickou a praktickou. Teoretická část bývá zpravidla rozdělena na několik lekcí, v nichž se těhotná dozví o správné výživě v těhotenství a v šestinedělí. Ženám jsou poskytovány praktické rady pro budoucí matky, jako je výbava pro dítě, věci, které jsou potřeba do porodnice, co je nutné zařídit ještě v těhotenství, proškolení partnera k porodu a kdy má jet do porodnice. Porodní asistentky vysvětlí průběh porodu, možnosti tišení porodních bolestí, průběh kojení a šestinedělí a zmíní základy péče o dítě.

Praktická část obsahuje cvičení, které je pro budoucí matku velice důležité. Pokud bude žena během těhotenství aktivní, bude fyzickou námahu během porodu lépe snášet, dokonce některé studie ukázaly, že u matek, které cvičily, se porody zkracují, snižuje se výskyt komplikací a ženy se po porodu rychleji zotavují. (26)

Součástí předporodní přípravy je také nácvik správného dýchání během porodu, účinné používání břišního lisu a pánevního dna, osvojení si porodní polohy a úlevových poloh, masáží a v neposlední řadě i relaxace prováděná např. aromaterapií nebo metodou východní medicíny - akupunkturou. Někdy bývá součástí kurzu i video s porodem. (28)

Předporodní kurzy může navštěvovat žena společně s partnerem. Budoucí tatínek si v nich udělá představu o tom, co ho v blízké i vzdálenější budoucnosti čeká. Součástí některých kurzů jsou i prohlídky na porodních sálech a na oddělení šestinedělí. Zajímavou novinkou jsou kurzy pro nastávající rodiče, které probíhají třeba formou víkendového pobytu na horách anebo kurzů pořádných i s prarodiči.

2.4 Rozhovory

Rozhovory jsem vedla s třemi ženami, které byly v jednotlivých generacích těhotné, a které byly ochotny zavzpomínat a sdělit své osobní zážitky.

2.4.1 1. generace 1955-1960

Paní J.B. měla první dítě ve 21. letech v roce 1955 a po druhé otěhotněla o 12. let později.

Když se jí nedostavila menstruace, navštívila lékaře, protože těhotenské testy v této době nebyly. U lékaře jí ženská sestra po potvrzení těhotenství vystavila těhotenskou průkazku. Pravidelně jí také při každé návštěvě sestra měřila krevní tlak, vyšetřovala moč, zkontrolovala obvod břicha a příbytek na váze od poslední návštěvy, poslouchala

jí také ozvy plodu a všechny výsledky zapisovala do těhotenské průkazky. Ultrazvuk se v této době nepoužíval.

Poradnu navštěvovala podle toho, jak jí pozval lékař a to v rozmezí šesti týdnů až dvou měsíců.

Spousta žen v těchto letech vůbec nenavštívila ženského lékaře a pečovaly o ně porodní asistentky. Během těhotenství, některé ženy pracující v průmyslu a zemědělství vykonávaly těžkou fyzickou práci až do porodu.

Porodní kurzy paní nenavštěvovala, bydlela na vesnici a neměla se jak dostat do většího města. Informace o těhotenství získávala z knížek a hlavně z rad od své maminky.

2.4.2 2. generace 1980-1985

Paní J.T. otěhotněla poprvé ve věku 20. let v roce 1971, druhé těhotenství bylo o 4 roky později a poslední v roce 1980.

Třetí těhotenství bylo neplánované. Asi po 14. dnech nevolností navštívila ženského lékaře, který si však nebyl zcela jist, zda je těhotná a sestra jí tedy odebrala vzorek krve na vyšetření. Výsledek byl pozitivní.

Celé těhotenství paní J.T. trpěla nevolností, zvýšenou spavostí a únavou. Navštěvovala poradnu pro těhotné, kde jí sestra pravidelně vážila, měřila krevní tlak, poslouchala ozvy plodu stetoskopem a lékař vyšetřil a vyslechl její stesky. Byla také doporučena kontrola u zubního lékaře.

Často v průběhu těhotenství přemýšlela, jaké pohlaví v sobě nosí, bohužel ale v této době lékaři pohlaví nesdělovali.

Její matka jí strašila pověrami, že do narození dítěte nesmí mýt okna, protože by se miminko zamotalo do pupeční šňůry. Paní J.T. těmto pověrám věřila.

2.4.3 3. generace 2005-2010

Paní I.T. otěhotněla poprvé ve 29. letech v roce 2008 a druhé těhotenství bylo o dva roky později.

Na první těhotenství čekali manželé 2 roky, až po několika vyšetřeních v Centru asistované reprodukce, které společně absolvovali, se vše povedlo a paní otěhotněla.

Těhotenství si ověřila nejprve sama pomocí těhotenského testu a po 6. týdnech od vynechání menstruace navštívila svého gynekologa, který jí vyšetřil a pomocí ultrazvuku vše potvrdil. Poté navštěvovala pravidelně prenatální poradnu, kde jí porodní

asistentka měřila krevní tlak, vyšetřovala moč, pravidelně kontrolovala ozvy plodu a od 38. týdne natáčela monitor. Několikrát během těhotenství, byla lékařem vyšetřena ultrazvukem. Pohlaví dítěte, i přes možnost sdělení vědět od lékaře nechtěla. Nechala si provést 3D ultrazvuk na památku i ze zvědavosti a hlavně pro ověření, že je miminko v pořádku.

Těhotenství si paní I.T. užívala bez obtíží, kromě vysokého příbytku na váze, který byl 30 kilogramů a lékaři jí diagnostikovali těhotenskou cukrovku.

Informace o těhotenství a blížícím se porodu získala z internetu a od zkušeností svých kamarádek.

2.5 Shrnutí

1. a 2. generace rodila ve věku kolem 20. - 24. let. Ze zdravotního hlediska to pro matku bylo výhodnější. V tomto věku má žena nejvyšší plodnost, a tedy i vysokou šanci na otěhotnění. Ve 3. generaci se nejprve věk matek posunul na 25-29. let a v roce 2009 dokonce až na 30-34. let. V Knize o těhotenství a dítěti od Antonína Pařízka se píše, že s přibývajícím věkem klesá šance na oplodnění a stoupá počet komplikací v těhotenství.

První vyšetření těhotné ženy probíhalo v 1. generaci často až těsně před porodem. Ve druhé generaci začaly ženy navštěvovat prenatální poradny většinou po vynechání menstruace, nebo když se domnívaly, že by mohly být těhotné, to platí i ve 3. generaci. Ženy ve 2. generaci byly navštěvovány obvodní ženskou sestrou, která jim pomáhala s přípravou domácnosti a s přípravou na příchod dítěte.

Od první generace až do současnosti došlo k velkým změnám v oblasti prenatální péče. Ve 3. generaci díky dobré prenatální diagnostice a screeningovým metodám můžeme včas odhalit vrozené vývojové vady plodu a jiné patologie.

Metoda předporodní přípravy prodělala celosvětový rozkvět kolem 60. letech 20. století, a údajně měla prokazovat závratně příznivé účinky. Později byla nahrazena „Tělesnou a duševní přípravou na porod“. K dalšímu rozkvětu došlo ve 2. generaci, kdy vzniklo nové schéma předporodní přípravy. Ve 3. generaci došlo k zapojení nových metod, např. aromaterapie a akupunktury, do přípravy na porod. Součástí dnešních předporodních kurzů bývá i návštěva porodních sálů a oddělení šestinedělí.

3 POROD

3.1 1. generace 1955-1960

3.1.1 Prostředí porodu

Porody se z domácího prostředí přesunuly do ústavních porodnic (17) a péči o těhotné ženy, rodičky a matky převzal do rukou oficiální zdravotnický systém a lékaři. Porod se změnil z intimní, soukromé, ženské záležitosti, která probíhala doma, na věc veřejnou, kde hlavní úlohu hraje lékař. Porod byl medikalizován a dehumanizován a o těhotenství se začalo mluvit jako o záležitosti velice rizikové. O porodu se začalo tvrdit, že je bez lékařské pomoci nemožný, nebo ne zcela bezpečný. Vědecké výzkumy jasně ukazují, že většina problémů během porodu se vyskytne právě díky tomu, že porod probíhá v nemocničním oddělení. (21) Americká propagátorka přirozeného porodu Henci Goerová tvrdí, že se přesunutím porodů do nemocnic a pod kontrolu lékařů úmrtnost neklesla, naopak stoupla. Důvodem zlepšení moderní zdravotnické péče o matku a dítě nemá prý vůbec nic společného s porodnictvím, ale s podáváním antibiotik, krevních produktů a moderních zdravotních opatření. (21) Hlavními výhodami ústavního porodu oproti těm doma, bylo zajištění lékařské a ošetrovatelské péče, nástrojů a zlepšení hygienických podmínek, bezplatné poskytování stravy a prádla. V ženské poradně se vždy těhotná žena dozvěděla, ve kterém ústavu bude rodit. (17) Otec a ani jiný doprovod ženy nemohl být u porodu přítomen.

3.1.2 Vedení porodu

Na porodní sál přijal rodičku lékař spolu s porodní asistentkou. Ta jí změřila tělesnou teplotu, zvažila, změřila výšku, krevní tlak a spočítala počet pulzů, vyšetřila také moč.

Po vyšetření rodičky a po změření pánevních rozměrů se podal k vyčištění střevního traktu klystýr. (7) Poté se rodička důkladně vysprchovala v doprovodu porodní asistentky a oblékla se do čistého prádla. (27) K zajištění čistoty se odstraňovalo i ochlupení ze zevních rodidel oholením nebo ostříháním. (23) V čase epidemií kloktaly rodičky po celou dobu porodu dezinfekční roztok. (7)

V době otevírací fáze se doporučovalo, aby se žena rozptýlila hovorem s ostatními ženami, nebo poslouchala rozhlas, pletla výbavičku atd. (38)

Na porodním sále se používal speciální přístroj na břicho rodičky, který zapisoval děložní práci v podobě křivky, nazýval se tokodynamometr. Byl-li zachován vak blan, neodtékala plodová voda a děložní stahy nebyly příliš časté, mohla rodička chodit. Při odtékající vodě plodové se raději žena pokládala na lůžko. Teplota se měřila každé dvě hodiny na rozdíl od pulsu a krevního tlaku, který se měřil podle pokynů lékaře.

Vlastní postup porodu sledovala porodní asistentka, nebo lékař odborným zevním vyšetřováním a vnitřním přes pochvu nebo konečník. (23) Jakmile porodní asistenta ovládala vyšetření přes konečník, mohla se dozvědět skoro to samé jako přes pochvu. V průběhu porodu mohla porodní asistentka vaginálně vyšetřovat jen tehdy, když si nebyla jistá, zda nepřepadla malá část plodu, pupečník, nebo když porod dlouho nepokračoval a příčinu nešlo zjistit vnějším nebo vnitřním vyšetřením přes konečník. Vnější vyšetření pánve, pánevních rozměrů a rektální vyšetření mohlo přinést skoro ty samé výsledky, jako vyšetření přes pochvu, aniž by hrozilo zavlečení infekce do rodidel. Při rektálním vyšetření se používal vyšetřovací prst, nebo rukavice, které se po použití umyly a vyvařily. (7)

Stav plodu se sledoval posloucháním ozev plodu. Ozvy u rodičky se zachovalou vodou plodovou se sledovaly každou půl až čtvrt hodiny. Jakmile se intervaly mezi stahy zkracovaly, nebo rodičkám odtékala voda plodová, kontrolovaly se ozvy častěji. (23) Porodní asistentka si pozorně všímala kontrakcí, jejich délky, intenzity a intervalů mezi kontrakcemi. Dbala na to, aby se rodička každé tři hodiny vymočila. Jakmile rodička v průběhu porodu nemohla močit, byla gumovou cévkou vycévkována. V průběhu porodu (až do porození plodu) se mělo cévkovat vždy měkkou, poddajnou gumovou cévkou, protože tvrdá kovová nebo skleněná cévka se přes vstupující hlavičku nemohla dostat do močového měchýře a při násilném vykonávání by mohlo dojít k poranění a roztrhnutí močové trubice. Porodní asistentka měla rodičku upokojuvat, pochválit a odvrátit její pozornost od bolestivých kontrakcí. Udržovala s rodičkou co nejužší kontakt, snažila se u ní vzbudit kladné, pro porod příznivé emoce. (7)

V druhé době porodní, když se dostavil pocit nucení na stolicí, uložila asistentka ženu na porodní postel. (38) Rodička ležela na zádech, nohy měla oddálené od sebe a pokrčené v kolenech. Rukama se držela pod kolena, přičemž měla nohy zvednuté do výšky. (7) Pod pánev rodící ženy se dávala asi 8-10 cm vysoká podložka, která usnadňovala přístup k zevním rodidlům. (23)

Pokud byl zachován vak blan, musela ho porodní asistentka protrhnout. Po dokonalé dezinfekci rukou, zavedla ukazovák pravé ruky oblečené v gumové rukavici do pochvy.

Na vrcholu kontrakce, když byly plodové blány nejvíce napnuté, prstem jej protrhla. Pokud byly blány příliš tuhé a prstem se protrhnout nedaly, bylo třeba použít nějaký sterilizovaný nástroj. Nejčastěji se používala polovička peánu, jednozubé kleště, chirurgická pinzeta, případně obyčejná jehlice na pletení.

Když se dostavil vrchol kontrakce, asistentka nakázala rodičce zhluboka nabrat dech, zadržet ho, hlavu přichýlit k prsům, kolena přitáhnout k sobě a co nejvíce zatlačit. Po skončení kontrakce rodička oddychovala a porodní asistentka zkontrolovala ozvy plodu. (7) S výhodou se matce podávala kyslíková maska na dýchání. (23) Jakmile se hlavička začala ukazovat, porodní asistentka se přichystala na chránění hráze. Před tím si důkladně umyla ruce v teplé vodě a v dezinfekčním roztoku a navlékla si sterilní rukavice. Na tvář si připevnila masku kryjící nos a ústa, kvůli přenesení infekce. (7) Když hrozilo poranění hráze, musela se hráz nastříhnout. K sešití okrajů rány se používaly stehy nebo speciální svorky, které se odstraňovaly obvykle pátý den. (38)

Po porození plodu, mezi tím než se odloučila placenta, měla porodní asistentka několik povinností. Dítě ihned po porození podržela hlavičkou směrem dolů, aby vytekl hlen nahromaděný v dýchacích cestách. Potom položila dítě na sterilní plenu. (7)

Asistentka vycévkovala rodičku skleněným, nebo kovovým katétrem a moč se pak odeslala na vyšetření. Při dalším postupu zkontrolovala vnější rodidla a pochvu zda nejsou poraněny. Pokud měla asistentka k dispozici poševní zrcadlo, zavedla je do pochvy a zkontrolovala celistvost děložního hrdla. Našla-li nějaké poranění, oznámila to lékaři. Provedla u novorozence vykapání očních spojivek roztokem stříbrné soli, jako prevenci kapavčitého zánětu, který byl dříve častou příčinou slepoty. (23) Poté se oční spojivky vypláchly fyziologickým roztokem nebo borovou vodou, protože delší působení stříbrné soli spojivky dráždí, následkem toho se překrví a vylučují hlenovitý sekret. Pupečník se přerušil pupečnickovou svorkou a druhý konec se zavřel malým peánem u rodidel, když přestal pulsovat. Dítě tak dostalo ještě z placenty asi 40 ml krve, tzv. postnatální transfuze. Sestra zabalila novorozence do sterilní plenky a odložila ho na bezpečné místo. Rodičku přikryla příkryvkou a počkala na porození placenty. (7)

Porodní asistentka nebo dětská sestra, která ošetřovala novorozence, si obvykle nebrala gumové rukavice, aby se jí dítě v hladkých rukavicích nesmeklo. (23) Ihned po porodu novorozence označila, otřela a osušila. (38) Dítě se změřilo, zvážilo a hodnoty se zapsaly. Dítě se zabalilo do peřinky, nebo se dalo do inkubátoru, záleželo na okolnostech a vybavení ústavu. (23) Oblečeného a zabaleného novorozence přinesla asistentka ukázat matce. (38)

Ve třetí době porodní se sledoval stav rodičky a její krvácení. Pozorně si asistentka všímala tlaku krve a pulzu, vnějších rodidel, výšky a konzistence dělohy a jejího tvaru. Ztráta krve se nesměla odhadovat spolu s plodovou vodou, ale měřila se v kalibrované nádobě. Placenta se po porození důkladně zkontrolovala a stejně tak i plodové blány. Když si porodní asistentka nebyla jistá, zda je placenta celá a určitá část jí nechybí, mohla se o celistvosti lůžka přesvědčit několika zkouškami. Pokud se lůžko polilo horkou vodou, zbarvilo se na tmavo, ale tam kde určitá část chyběla, se zbarvilo do červenohněda. V další zkoušce se do pupečnickové žíly vstříklo asi 200 ml mléka, v části kde něco z lůžka chybělo, začalo mléko vytékat. Nebo dal-li se plodový koláč pod vodu a do pupečnickové žíly se napustil vzduch, z porušené části unikaly pod vodou vzduchové bublinky.

Vnější rodidla porodní asistentka umyla dezinfekčním roztokem na podložní míse a před rodidla umístila sterilní vložku. Rodička se teple přikryla a nechala se odpočívat. Po uložení rodičky asistentka ošetřila novorozence, přičemž nesměla zapomenout sledovat rodičku. Dítě změřila, zvažila. Všechny získané údaje zapisovala do záznamu o novorozenci. Všímala si vývojových vad, tvrdosti kostí lebky, jejich konfigurace, porodního nádoru, šířky švů, velikosti fontanel, očí, ústní dutiny, tvaru krku, hrudníku, úponu pupečníku, tvaru břicha, stavu rodidel, prstů, nehtů, uší, rukou a nožiček, oblasti páteře a konečníku. Po vyšetření dítě opláchla v teplé vodě, položila ho na čistou plenu a osušila. Poté ve sterilních rukavicích rozetřela mázek po celém těle. Potom ošetřila pupečník. Porodní asistentka označila novorozence a matku, aby nedošlo k záměně. (7)

Žena zůstávala po porodu nejméně 2 hodiny na porodním sále, pod stálým dozorem porodní asistentky nebo lékaře. (23)

3.1.3 Tlumení bolesti

„Bolest při porodu je specifickou bolestí, je součástí přirozeného tělesného procesu, žena se na ni může po dobu několika měsíců připravovat, je časově omezená, trvá hodiny (ne dny, týdny), přichází v pravidelném rytmu a v intervalech mezi nimi bolest ustává, končí porodem novorozence jako (většinou) emočně kladně nabitým zážitkem a odměnou.“ (Ratislavová, 2008, str. 67)

Porodnictví se především snažilo docílit bezbolestného porodu pomocí psychoprofylaktické přípravy. (38) Ošetřující lékař však mohl během porodu naordinovat léky, které snížily vnímání stahů, nebo je zcela utišily. (17)

K inhalační narkóze se používal éter, nevýhodou bylo jeho excitační stádium, které trvalo značně dlouho. (16) Déle se k inhalaci pro tlášení porodních bolestí využíval kysličník dusný (rajský plyn), byl sice bezpečný pro plod, ale nespĺňoval požadavek dostatečné analgezie. Stejně tak jako inhalace trichloretylenu speciální maskou se ukázala analgeticky málo účinná a naopak měla někdy za následek cyanózu plodu. (31)

Morfínové preparáty velmi oslabovaly vnímání bolesti, ale nepříznivě působily na dýchací centrum matky a plodu. Použití větší dávky mohlo někdy oslabit i porodní činnost. Papaverin měl spasmolytický účinek, napomáhal a urychloval otevírání branky, ale neúčinkoval dostatečně proti bolestem. Barbituráty příliš tlumily rodičku, ta byla spavá a nespółpracovala při porodu. (7) Rovněž analgeticky málo účinná byla aplikace Dolsinu, který se osvědčil jako dobré spasmolytikum. (31)

V Ústavu péče o matku a dítě v Praze bylo zkoušeno ovlivnění Headových zón, intradermální aplikace prokainu v sakrální a suprapubické krajině. Na pražské II. Gynekologicko-porodnické klinice se prováděla paracervikální nebo pudendální blokáda a hypnóza. Průkopníkem české regionální analgezie na koci 60. let byl Dimitrij Miloschewsky. (30) Lumbální anestézie byla v této době velmi účinná metoda, pro rodičku současně velmi nebezpečná, v některých případech se zjistilo ochrnutí center v prodloužené míše. Porod váznul v druhé době porodní. (7)

3.1.4 První kontakt matky s dítětem

Porodní asistentka nebo dětská sestra přinesla ošetřeného a zabaleného novorozence po porodu ukázat matce ještě na porodním sále. Několik dalších dnů po porodu v ústavu, ošetřovali děti dětské sestry a ženy se s nimi setkávali pouze při kojení. Poprvé se dítě přikládalo k prsu zpravidla za 12 hodin po porodu na oddělení šestinedělí. (38)

3.2 2. generace 1980-1985

3.2.1 Prostředí porodu

Na cestu do porodnice využívaly ženy sanitní vůz, nebo mohly použít odvoz blízkou osobou vlastním osobním automobilem. Pouze v ojedinělých případech, kdy bylo bydliště těhotné ženy vzdáleno jen několik minut, mohly jít pěšky v doprovodu manžela, nebo někoho z příbuzných či známých. (33)

Velmi diskutovaná byla možnost účasti otce při porodu vlastní ženy. (1) V Československé republice byl ve znojemské porodnici v roce 1984 poprvé umožněn přístup otce k porodu, který vyvolal velkou kritiku. Znojemští porodníci přistupovali při zavádění metody nejprve předcházející besedou se ženou i jejím partnerem. (31)

3.2.2 Vedení porodu

Když se žena přišla na porodnické oddělení, ženská sestra ji požádala o Průkaz pro těhotné a přepsala výsledky většiny vyšetření do Porodopisu. Pak ženská sestra změřila krevní tlak, zjistila tělesnou váhu, změřila výšku těla a vyšetřila moč. Opsala i některé údaje z občanského průkazu (číslo průkazu, adresu zaměstnavatele). Lékař nebo zkušená ženská sestra pak těhotnou vyšetřili. Překontrolovali polohu plodu, zhodnotili jeho srdeční činnost a vyšetřili nález na porodních cestách. Pak prošla žena důkladnou hygienickou očistou. Dostala teplé klyzma, po vyprázdnění střev se osprchovala. Když byla hygienická očista ukončena, zavedla rodičku ženská sestra na porodní sál a přidělila jí speciální porodnické lůžko. Lékař nebo zkušená ženská sestra kontrolovali v první době činnost srdce plodu a vnitřně vyšetřovali porodní cesty. (32)

Na začátku druhé doby, když už bylo možno zahlédnout hlavičku plodu na hrázi, zavolala ženská sestra lékaře. Ženy rodily vleže na zádech na posteli, tato poloha byla výhodná pro porodníka ale ne pro rodičku. (1) Lékař nebo ženská sestra nejdříve potřeli kůži kolem pochvy a konečníku očistným roztokem a pak překryli kůži kolem pochvy sterilními rouškami. Potom lékař vedl porod, dával rodičce pokyny, jak měla tlačit. Bylo-li třeba provést nástřih hráze, vstříknul lékař nejdříve do podkožních tkání trochu speciálního roztoku na znecitlivění tkání. (33)

Po porodu plodu lékař podvázal na dvou místech pupečník a přestříhl ho. Pak převzala dítě ženská sestra a ošetřila ho. Vkápla mu do očí očistný roztok, kterým se měly zneškodnit bakterie, které při průchodu pochvou mohly vniknout do očí novorozence. Pak sestra setřela z jeho těla mázek a poté provedla označení novorozence kvůli záměně. Poté změřila délku a hmotnost novorozence a zabalila ho pečlivě do pleny. (32)

Zatímco ženská sestra ošetřovala novorozence, lékař zůstával u rodičky. Vypustil jí jemnou skleněnou rourkou z močového měchýře moč. (33) Lékař lůžko po porodu pečlivě prohlédl. (32) Jestliže bylo při porodu použito nástřihu hráze, musel ještě lékař sešít nastřiženou tkáň. Jako šicí materiál se většinou používala vlákna vyrobená z přírodních ovčích střívek, měla tu výhodu, že se po zhojení nemusela vyjímat. K šití

kůže se také používalo umělého silikonového vlákna (33), nebo speciálních svorek, které se odstraňovaly 5. den po porodu. (32)

Dvě hodiny po porodu, zůstávala rodička ještě na porodním sále pod dohledem ženské sestry, aby jí v případě krvácení mohla být poskytnuta okamžitá pomoc. Poté byla žena i s dítětem převezena na oddělení pro šestinedělky. (33)

3.2.3 Tlumení bolesti

Proti bolesti se doporučovalo správné pravidelné hluboké dýchání. Pokud žena ještě nemohla tlačit, měla krátce povrchně dýchat. (33) Také celkové uvolnění zmírňovalo bolest při porodu. (32)

K tlumení bolestem se používaly i některé přípravky, které se používaly v 1. generaci, například Dolsin, pudendální a paracervikální analgezie.

Epidurální anestezie u spontánního porodu začali anesteziologové pod vedením Dimitrije Miloschewského provádět v Praze již v 70 letech, ale jejich snaha se po několika desítkách porodů s touto technicky náročnou metodou nesetkala se zájmem porodníků, a proto se od její aplikace v Čechách opět na dlouho ustoupilo. Poslední pokus se zaváděním epidurální analgezie do našeho porodnictví se nakonec zdařil až po roce 1988. (30)

3.2.4 První kontakt matky s dítětem

Novorozenec byl rodičce po porodu krátce ukázán. První dvě hodiny po porodu strávila žena na porodním sále a pak ji převezli do speciálního pokoje pro šestinedělky. Novorozenec byl převezen do speciálního dětského pokoje odděleného od pokoje nedělek. Dítě se poprvé přikládalo k prsu matky přibližně za 24 hodin po porodu na oddělení šestinedělí. (32)

3.3 3. generace 2005-2010

3.3.1 Prostředí porodu

Přítomnost důvěrně známé osoby u porodu dodává rodičce klid a pomůže jí zbavit se strachu z neznámého prostředí. K porodu nemusí doprovázet ženu jen partner, muže to být i matka, přítelkyně, dula nebo jiná blízká osoba. (2)

Dula je speciálně vyškolená žena, jež pomáhá při přípravě porodního plánu, provádí masáže, pomáhá při volbě polohy a nefarmakologických úlevových prostředků během porodu. Nenahrazuje práci porodních asistentek ani lékařů, nezasahuje do jejich kompetencí, ale spolupracuje s nimi, stejně jako s otcem a dalšími členy rodiny. Její práci si rodina sama finančně hradí. (26) Studie ukazují, že u rodiček, které měly u porodu přítomny dula nebo partnera, byl porod méně bolestivý, potřebovaly méně lékařských zásahů, císařských řezů a měly zdravější děti než osamocené rodičky. (6)

Dnes je většina porodních sálů v České republice vybavena žíněnkami, porodními vaky, stoličkami, gymnastickými míči, někde jsou instalovány žebřiny nebo závěsná lana. (26) Například porodní vak pomáhá při uvolňování ztuhlého svalstva, odbourává stres a ulevuje od bolestí v zádech. (21)

3.3.2 Vedení porodu

Při příjmu v nemocnici je sepsána anamnéza, která je založena do Porodopisu. Každé ženě je při příjmu změřena teplota, spočítán puls, změřen krevní tlak a vyšetřena moč. Porodní asistentka změří rozměry pánve a lékař provede vnitřní porodnické vyšetření. U každé ženy se obvykle provede elektronický záznam činnosti srdce dítěte, odborně se hovoří o vstupním kardiografickém vyšetření. Na základě všech vyšetření stanoví lékař rámcový průběh porodu a společně s porodní asistentkou informuje rodičku i její doprovod. Probírají se ženou a jejím doprovodem jejich názor na průběh porodu. Dohodnou se, zda bude provedena předporodní příprava.

Budoucí matka si může do porodnice sepsat porodní plán, což je písemný seznam požadavků, které by chtěla dodržet během porodu. (26)

Ženy bohužel ještě dnes musejí v některých porodnických zařízeních bezmocně ležet na zádech. Tato pozice je výhodná pro porodníka, ale pro rodičku je velmi nepohodlná a obtížná. (21) Dochází také k tomu, že těžká děloha v břiše stlačuje velké cévy a snižuje tak průtok krve do dělohy a navíc snižuje i sílu děložních kontrakcí, a tím se může prodlužovat porodní děj. (26) Mendez-Bauer v Madridu zjistil, že když žena při porodu stojí, kontrakce jsou o 100% efektivnější, než kdyby ležela. Je prokázáno, že když žena stojí nebo klečí, a když se může pohybovat, snižuje se také úroveň bolesti a zlepšuje se průchod krve do placenty. (21) Ženy mají dnes v I. době porodní možnost velkého výběru poloh, které jsou pro porod výhodnější. Porodnická lůžka jsou dnes konstruována tak, že umožní i ty nejkurióznější polohy. (26) Došlo i k obnovení porodnických stoliček. (1)

Rozhodnutí o poloze na konci II. doby porodní by mělo být výsledkem dohody mezi rodičkou a porodní asistentkou nebo porodníkem.

Ve druhé době porodní se ozvy plodu poslouchají po každé kontrakci, nebo jsou ženy často napojeny na kontinuální CTG monitor. Episiotomie by se u fyziologického porodu neměla provádět rutinně, ale jen v odůvodněných případech, měla by být v co nejmenším rozsahu, a matka by k ní měla dát vždy slovní souhlas. (26) V některých porodnicích se však episiotomie provádí stále velmi často a bez slovního souhlasu, téměř rutinně zejména u prvorodiček. (6)

Po narození dítěte může být pupečník podvázán okamžitě. Ale někteří porodníci doporučují pupečník podvázat několik minut po porodu, až v něm ustane tep. Tento postup zase jiní kritizují. Tělo novorozence může nepodvázaným pupečníkem svoji krev ztratit, anebo naopak ji nadměrně přijmout z placenty, záleží na poloze dítěte, zdali je pod úrovní placenty nebo nad ní. Obě varianty jsou pro dítě nežádoucí. (26)

Následuje kontrola porodních poranění, případně jejich zažití a ošetření nástřihu hráze vstřebatelným syntetickým materiálem. (28)

V České republice se povinně matce podává po porodu hlavičky dítěte do žíly hormon oxytocin jako prevence poporodního krvácení. Posiluje napětí dělohy a placenta se rychleji odděluje. Toto opatření vede ke zkrácení III. doby porodní a zejména ke snížení krevní ztráty. Přiložením novorozence k prsu matky a drážděním prsních bradavek v co nejkratší možné době po porodu je přirozeným postupem, kdy se z hypofýzy vyplavuje matčin vlastní oxytocin.

Porodní asistentka nebo dětská sestra položí novorozence na nahé matčino tělo. Těsný kontakt matky se zdravým dítětem a první přiložení ihned po porodu, by měly mít přednost před všemi dalšími výkony. Tento kontakt působí blahodárně na matku, zapomíná na bolest a únavu z porodu. Dítě slyší tlukot matčina srdce, její tělo ho hřeje a drážděním bradavky vysílá signály, důležité pro budoucí tvorbu mléka. Ošetření, vážení a ostatní procedury je možné u zdravého dítěte provést až po prvním přiložení.

Novorozenec se po přiložení ošetřuje tak, aby se nevystavoval nebezpečí snížení tělesné teploty. Asistentka ho opatrně se osuší, ošetří pupeční pahýl svorkou nebo podvazem, zváží ho a změří. Součástí ošetření po porodu je vykapání očí dezinfekčními kapkami jako prevence bakteriální nákazy z rodidel matky. Porodní asistentka (nebo lékař) na porodním sále hodnotí zdravotní stav narozeného dítěte prostřednictvím bodovacího systému Apgar skóre. Hodnotí se pět projevů mezi, které patří počet

srdečních tepů, dýchání, napětí svalů, odpověď na podráždění a barva kůže. Stav dítěte se hodnotí v první, páté a desáté minutě po porodu body od nuly do dvou.

Dvě hodiny po porodu placenty je žena, nyní již nedělka, trvale sledována, neboť v této době se může dostavit krvácení. Je kontrolována výška horního okraje dělohy, krvácení rodidel a její celkový stav. Po ošetření porodních poranění je změřen krevní tlak, puls a tělesná teplota. Po uplynutí dvou hodin bývá žena převezena na svůj pokoj na oddělení pro nedělky. (26)

3.3.3 Tlumení bolesti

Ke zmírnění porodních bolesti dnes můžeme využít řadu metod. Mezi nefarmakologické metody tlumení bolesti patří psychologické metody mezi, které řadíme předporodní přípravu, hypnózu a audioanalgezi. Dále mezi nefarmakologické metody patří akupunktura, akupresura, elektroanalgezie (TENS), hydroanalgezie, relaxační masáže a další jiné alternativní metody. (26)

TENS je zkratkou transkutánní elektrické nervové stimulace. Bolest se tlumí elektrodami přiloženými na oblast beder, která dráždí nervová zakončení. Pracuje na principu blokování přenosu signálů bolesti do mozku. (6) Tato metoda u nás není příliš rozšířená. (28)

Farmakologické metody můžeme rozdělit celkovou a místní analgezi. Do celkové analgezie patří: inhalační analgezie, intravenózní analgezie, fototerapie - užití bylinných extraktů a aromaterapie. Mezi místní analgezi řadíme infiltrační, pudendální, paracervikální, epidurální, subarachnoidální, kombinovaná subarachnoidální a epidurální. (26)

Epidurální analgezie je dnes velmi populární metoda, která se využívá snad v každé porodnici. Principem je znecitlivění regionálních nervů spodní části těla, znecitlivující látka se aplikuje do oblasti páteře.

Nejčastější farmakologickou metodu tlumení bolesti, kterou porodní asistentky často v porodnicích nabízejí, je aromaterapie. Používají se vůně k inhalaci, nebo vonné oleje k masáži, koupeli, zábalům a obkladům. Každá esence působí na jiné části porodu, některá uklidňuje, jiná zesiluje děložní stahy. (28) Mezi nejčastější éterické oleje používané při porodu patří heřmánek římský, levandule, hřebíček, růže a skořice. (12)

3.3.4 První kontakt matky s dítětem

Dnes již u nás, ve stále větším počtu porodnic mohou maminky sobě i svým dětem dopřát okamžitě po porodu pobyt na bříšku. (21) Zdravého novorozence přikládá porodní asistentka, nebo dětská sestra k prsu do 30 minut po porodu, nejdéle do 2 hodin. První přiložení je velice důležité pro budoucí tvorbu mléka a dlouhodobé bezproblémové kojení. (26)

3.4 Rozhovory

3.4.1 1. generace 1955-1960

Paní J.B. při nástupu pravidelných kontrakcí byla sanitním vozem odvezena do porodnice. Na porodní sál jí přijímal lékař. Poté u ní byla provedena bezprostřední příprava k porodu, jejíž součástí bylo podání klyzmatu, oholení pubického ochlupení a sprcha. Po této přípravě byla umístěna na „hekárně“, kde se mohla volně pohybovat. Ozvy plodu pravidelně poslouchala porodní asistentka stetoskopem.

Po uplynutí několika hodin, byla přemístěna na porodní box, kde nebyly porodní postele oddělené a rodičky na sebe viděly. Porodní asistentka vedla porod, který proběhl bez komplikací. Porodila vleže na zádech chlapce, který měřil 50 cm a vážil 3890g.

Po porodu jí nástřih hráze ošetřili speciálními svorkami. První kontakt s dítětem měla hned po porodu, kdy jí ho porodní asistentka ukázala. Po druhé ho viděla až druhý den ráno. Otec u porodu nesměl být přítomen, ani by ho paní J.B. u porodu mít nechtěla.

3.4.2 2. generace 1980-1985

Při nástupu pravidelných kontrakcí si paní J.T. telefonicky přivolala sanitní vůz. Protože ten rok byla krutá zima a sanitní vůz nemohl z důvodu náledí přijet pro rodičku až domů, musela paní J.T. v porodních bolestech a mrazu ujít půl kilometru pěšky, ke sjízdné cestě.

Na příjmu lékař provedl ultrazvukové vyšetření a diagnostikoval jeden malý plod a polyhydramnion. Poté jí porodní asistentka odvedla do koupelny a provedla u ní předporodní přípravu. Během průběhu porodu došlo k výměně směny lékaře a nový lékař se zeptal, zda jí někdo v průběhu těhotenství řekl, že by mohla mít dvojčata. Poté lékař udělal dirupci plodové vody, které odteklo málo. Při porodu byla v poloze vleže na zádech. Porodila spontánně hlavičkou chlapce, který měřil 49 cm a vážil 2800 g.

Porodní asistentka po porodu sáhla na břicho a zjistila, že je tam ještě jeden plod. Paní J.T. byla v šoku a unavená, neměla sílu dále tláčit a proto jí pomohli tlakem na břicho. Porodila druhého chlapečka koncem pánevním, který měřil také 49 cm a vážil 2750g.

První kontakt s chlapci měla jen chvíli po porodu, kdy jí byli ukázáni.

Po porodu zjišťoval lékař sociální prostředí doma, ptal se na bydlení, protože doma měla další dvě děti. Otec u porodu nemohl být přítomen.

3.4.3 3. generace 2005-2010

Při odtoku plodové vody odvezl paní I.T. manžel osobním vozem do porodnice. U porodu byl přítomen za poplatek 1000 Kč.

Rodila v soukromí na pokoji, který byl příjemně vybaven pro veškeré pohodlí rodičky. Předporodní přípravu odmítla. Během porodu porodní asistentka poslouchala ozvy plodu a natáčela monitor. Porodila v polosedě spontánně chlapce s porodní asistentkou, který měřil 49 cm a vážil 3220g.

Dítě jí po porodu ihned položili na prsa, což paní I.T. ohodnotila jako velmi příjemný a nezapomenutelný zážitek. Kladně ohodnotila i přítomnost otce u porodu, který jí dodával sílu a pocit bezpečí. Po dobu porodu paní držel za ruku a hladil po vlasech. Miminku hned po porodu přestříhl pupeční šňůru. Poté jim chlapečka odnesla porodní asistentka k ošetření a pyšný otec si ho přitom mohl vyfotit.

Po dvou hodinách po porodu vstala paní I.T. do sprchy za pomoci porodní asistentky.

3.5 Shrnutí

Porody se přesunuly z domácího prostředí do porodnic. Hlavními výhodami ústavního porodu oproti těm doma, bylo zajištění lékařské a ošetrovatelské péče, nástrojů a zlepšení hygienických podmínek. V 1. a 2. generaci se vždy těhotná žena v ženské poradně dozvěděla, ve kterém ústavu bude rodit. Dnešní ženy si mohou vybrat, v kterém zařízení budou rodit a mohou si také sestavit vlastní porodní plán. V průběhu 3. generací došlo k velké změně v oblasti komunikace mezi budoucími rodiči a zdravotnickým personálem.

V 1. generaci nesměl být otec přítomen u porodu. Ve 2. generaci došlo u nás v roce 1984 ve Znojenské nemocnici k první účasti nastávajícího otce, ale stále ještě nebyl v této generaci otec běžnou součástí při porodu. V plné míře propukly změny až po

pádu socialismu a dnes je otec běžně u porodu přítomen. K porodu nemusí doprovázet ženu jen partner, může to být i matka, přítelkyně, dula nebo jiná blízká osoba.

V 1. generaci se snažilo docílit bezbolestného porodu sovětskou metodou psychoprofylaktické přípravy a podobně jako ve 2. generaci se používaly léky naordinované lékařem, které snížily vnímání stahů, nebo je zcela utišily. Proti bolesti se doporučovalo také správné pravidelné hluboké dýchání. Pokud žena ještě nemohla tlačit, měla krátce povrchně dýchat, tzv. psí dýchání. Ve 3. generaci mohou ženy využít řadu farmakologických nebo nefarmakologických metod. Mezi nefarmakologické metody tlumení bolesti patří psychologické metody, akupunktura, akupresura, elektroanalgezie (TENS), hydroanalgezie, relaxační masáže a další jiné alternativní metody. Do farmakologických metod můžeme zařadit celkovou a místní analgezi. Do celkové analgezie patří: inhalační analgezie, intravenózní analgezie, fytoterapie- užití bylinných extraktů a aromaterapie. Mezi místní analgezi radíme infiltrační, pudendální, paracervikální, epidurální, subarachnoidální, kombinovaná subarachnoidální a epidurální.

V 1. a 2. generaci se během porodu používala pokaždé poloha vleže na zádech. Dnes má žena velkou možnost výběru, ale záleží také na zvyklostech zařízení a porodní asistentce, která porod vede. Mezi nejčastější polohy patří například polosed, sed, leh na boku, klek, dřep a sed na porodní stoličce.

K ošetření poporodních poranění nebo nástřihu hráze se v 1. generaci používaly speciální svorky nebo nevstřebatelný šicí materiál, stejně tak jako ve 2. generaci, v které se už začínal používat vstřebatelný materiál, který se používá i dnes.

4 ŠESTINEDĚLÍ

4.1 1. generace 1955-1960

4.1.1 Vstávání po porodu

První vstávání záviselo na zdravotním stavu ženy a jeho posouzením lékařem. Obvykle šestinedělky mohly vstát na chvíli již druhý až třetí den po porodu. (17) Nedělka se nejdříve postavila krátce vedle lůžka (23) a ošetřující porodní asistentka jí na oddělení pomohla s hygienou. Matkám, které nevstávaly, podala umyvadlo s vodou a podložní mísu na vyprázdnění. (7) Toto časně vstávání (první a druhý den) se po porodu nedoporučovalo, protože zatěžovalo pánevní dno, které nebylo dobře zavínuto. Pátý až šestý den po porodu už všechny šestinedělky vstávaly, podle toho, jak pokračovalo hojení poranění a celkové zotavování. (23)

Již během prvního týdne po porodu měla žena cvičit. Cvičení bylo třeba uzpůsobit stavu šestinedělky. (17)

4.1.2 Délka hospitalizace ve zdravotnickém zařízení

Matky byly s dětmi z porodnice obvykle propuštěny kolem 10. dne po porodu. (38)

O propuštění ženy do domácího ošetřování dostala obvodní porodní asistentka, nebo dětská sestra písemné oznámení. První návštěva u šestinedělky se musela vykonat ihned, nejdéle však do 24 hodin po oznámení příchodu. (7)

Před odchodem z porodnického oddělení se matky neučily pod vedením sestry dítě ošetřovat ani koupat. (38)

4.1.3 Návštěvy v porodnici

Ve všech porodnicích byly návštěvy příbuzných a známých u matky a dítěte zcela zakázány, z důvodu kapénkové infekce. (17) Návštěvy mohly přijít za nedělkou až tehdy když chodila a mohla se s nimi sejít mimo oddělení. Návštěvy byly ovšem omezeny pouze na návštěvní dny. (38)

Návštěvy k dítěti se doporučovalo nepouštět alespoň 6 týdnů po narození. Pokud byla žena už doma z porodnice, byla úplně zdráva a dítě mohlo být v jiné místnosti, doporučovala se návštěva zdravým člověkem nejdříve za tři týdny po porodu. Čím méně lidí na návštěvu v šestinedělí přišlo tím lépe. (17)

4.1.4 Kojení

S příkládáním k prsu se začínalo za 12-24 hodin po porodu. (7) Mezi tím se mohlo novorozenci podat několik lžiček vlažného slabounkého čaje oslazeného cukrem. (17)

První, i druhý den stačilo dítě přiložit k prsům třikrát za den. Když se začalo vylučovat mléko, příkládal se novorozenec 6-7 krát za 24 hodin. Dítě se nenechávalo u prsu déle jak 15 minut, protože to prý dítěti stačilo k dostatečnému napití. (7) Porodní asistentky nebo dětské sestry pomáhaly v prvních dnech při kojení.

Jednou denně si kojící ženy natíraly bradavky 1% vodným roztokem genciánové violeti, v jiných nemocnicích se používal novější roztok Septonexu. (38) Předcházelo se tím u kojence moučnivce a u kojící matky oděrkám bradavky. (23)

Před kojením si žena nejprve důkladně umyla ruce mýdlem. Pak si otřela prsní bradavku a dvorec vatou namočenou v borové vodě. Po prvních dnech pak stačilo omytí převařenou vodou. Matka si vzala na obličej plátěnou ústenku, nejlépe s igelitovou vložkou, kterou přiložila na nos a ústa. Žena kojila v poloze na boku, jakmile ji lékař nebo porodní asistentka dovolili vstávat, mohla kojit vsedě. (17)

Při problémech s plochými nebo vpáčenými bradavkami používaly matky ke kojení skleněný klobouček. (38)

4.2 2. generace 1980-1985

4.2.1 Vstávání po porodu

První den po porodu šestinedělka většinou odpočívala a většinou měla volno i od kojení. Žena po porodu vstávala až po několika dnech v doprovodu sestry. (32)

V šestinedělí bylo třeba věnovat velikou pozornost čistotě zevních rodidel. Ženská sestra proto zpočátku oplachovala rodidla vodou s dezinfekčním roztokem a později, když šestinedělka vstala, sprchovala se sama. (33)

4.2.2 Délka hospitalizace ve zdravotnickém zařízení

V období 7. až 10. dne byly ženy propuštěny domů. Na některých porodnických klinikách a odděleních se při propouštění maminek domů pořádali přednášky, při nichž jim lékař nebo sestra radili, jak mají v prvních týdnech a měsících po porodu pečovat o své dítě. (32)

4.2.3 Návštěvy v porodnici

Návštěvy během pobytu v porodnici na oddělení šestinedělí byly zakázány. Kvůli rušení odpočinku, nebo přenesení různých nemocí. Ženám proto bylo doporučováno, aby si sebou do porodnice vzaly dopisní papír, obálky a několik poštovních známek na dopisy. Nebo se šestinedělky mohly s návštěvou sejít mimo oddělení v návštěvní dny. (32)

4.2.4 Kojení

V předcházejícím období se studie o výživě novorozence soustřeďovaly převážně na vývoj umělé výživy. Hlavně z důsledku klesajícího procenta žen déle kojících, byla v tomto období věnována pozornost negativním vlivům umělé výživy a možnostem využití mateřského mléka. Již roku 1975 byla ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové zřízena sběrna mateřského mléka od kojících dárcyň. Už v roce 1975 se podařilo získat 138 litrů mléka, do roku 1978 se toto množství zvýšilo na 2882 litrů. Na základě těchto velmi dobrých zkušeností byl podán návrh na celostátní vytvoření systému mléčných bank v každém kraji pro sběrovou oblast cca 100 km s přiloženým propočtem nákladů a množství získaného mléka. (31)

Zdravotní sestry pracující na odděleních pro šestinedělky měly bohaté zkušenosti ve svém oboru. Vznik trhlínek na bradavkách měla žena hlásit sestře nebo lékaři stejně tak jako zarudnutí a bolestivost prsů. (32) Šestinedělky byly odděleny od novorozenců a děti jim byly přivázeny ke kojení pravidelně šestkrát denně po 4 hodinách. Přitom byla dodržována určitá noční přestávka, aby se matky mohly nerušeně vyspat. První přiložení ke kojení probíhalo přibližně za 24 hodin po porodu. Na kojení si ženy nasazovaly na obličej ústenku. (33)

Zájem odborníků o výhody kojení napomohl k umístování novorozenců na pokoje s matkami. Zjistil se pozitivní vliv na laktaci a na časnou interakci, utváření vzájemného citového pouta matky a novorozence. (29) První zkušební polodenní rooming-in systém byl zaveden v roce 1977 na porodnickém oddělení v nemocnici ve Znojmě. Výsledkem bylo zvýšení kojivosti. Novorozenec byl ve styku s matkou klidnější než v noci, kdy byl od matky oddělen. Reakce matek byla většinou kladná, jen některé si stěžovaly, že si po porodu neodpočinuly. Při postupném zavádění systému i v jiných porodnicích byl na větším počtu sledovaných novorozenců vykazován menší úbytek střední porodní váhy, více matek plně kojilo při propuštění a poklesl výskyt nosokomiálních infekcí. Dalšími zjištěnými výhodami systému byl úbytek ragád a lepší rozvíjení začátku kojení. Při

zavádění systému se často naráželo na různé problémy a to jednak na prostorové a hygienické podmínky, také na neochotu středního zdravotního personálu, pro který systém přinesl více práce. (31)

4.3 3. generace 2005-2010

4.3.1 Vstávání po porodu

První stávání ženy po porodu závisí na zvyklostech porodnice. Někde porodní asistentky vstávají se šestinedělkou už po dvou hodinách od porodu, jinde o 6 hodin později. (28)

Většina matek dává přednost být ve společném pokoji s dítětem, tzv. roaming- in, ale jiné si naopak po porodu rády odpočinou a přenechají péči o dítě v prvních hodinách nebo dnech odborně vyškolenému zdravotnickému personálu. (26)

4.3.2 Délka hospitalizace ve zdravotnickém zařízení

Dítě by mělo být propuštěno domů s váhovým přírůstkem, nejdříve po ukončených 72 hodinách. (4) Nejčastěji je 3-5 den po porodu podle zvyklostí jednotlivých porodnic. (28) Novorozenec by měl být vyšetřen dětským lékařem do 48 hodin po propuštění z porodnice. (4)

4.3.3 Návštěvy v porodnici

Dnes jsou návštěvy povoleny na všech odděleních šestinedělí podle návštěvních hodin. Systém návštěv se v každé porodnici liší. Někde je zakázáno nosit na oddělení šestinedělí květiny a jinde zase nesmí návštěvy mladší 12 let. V době chřipkové epidemie mohou být návštěvy vedením porodnice zcela zakázány.

V některých porodnicích na nadstandardních pokojích mohou otcové pobývat spolu s matkou a dítětem.

4.3.4 Kojení

Kojení a výživa mateřským mlékem by měla být podporována u všech dětí, kde není kojení kontraindikováno. Dětské sestry a speciálně vyškolené laktační poradkyně by měly matky v kojení podporovat, učit je základním technikám a pomáhat jim.

Všechny porodnice by měly dodržovat 10 kroků k úspěšnému kojení a mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která se rutinně předává všem členům zdravotnického týmu a tuto strategii aktualizovat podle výsledků nejnovějších výzkumů. První příložením by mělo proběhnout do půl hodiny po porodu. Správné zahájení kojení je usnadněno 24 hodinovým roaming-in. Novorozenci by měly být k prsu přikládány nejméně 8-12 krát za 24 hodin. Počet kojení v prvních dnech by neměl klesnout pod 8 za 24 hodin. Jako indikátory připravenosti dítěte na kojení se používají náznaky hladu (bdělost, aktivita, otevírání úst a hledání prsu). Spavé děti je nutné budít na krmení po uplynutí 4 hodin od začátku předešlého kojení. Matka by měla dítěti nabízet zpočátku oba prsy při každém kojení. Jakmile je kojení dobře zavedeno, pokračuje se v kojení z jednoho prsu. Matka by si měla v porodnici v prvních dnech zaznamenávat, kdy a jak dlouho kojila a počet pomočených plen a stolic, což usnadní hodnocení kojení. Kojeným dětem by se neměly podávat žádné dokrmy (voda, glukóza, čaj a jiné tekutiny), pokud to nepředepíše lékař ze zdravotních důvodů. V případě lékařsky indikovaného dokrmu by dítě mělo být dokrmeno přednostně mlékem, a to některým z alternativních způsobů (lžičkou, kádinkou, stříkačkou po prstu, sondou po prsu). (4)

4.4 **Rozhovory**

4.4.1 **1. generace 1955-1960**

Paní J.B. viděla dítě druhý den po porodu. První kojení probíhalo až za 24 hodin. Při kojení a ošetřování dítěte se používaly ústenky, které zakrývaly ústa a nos. Na pokoji šestinedělí byla umístěna s více šestinedělkami a dítě jí bylo přivázeno pouze ke kojení. Stěžovala si na bolest ze svorek, kterými byl ošetřen nástřih hráze. Druhý den po porodu prováděla břišní cviky na lůžku. Návštěvy příbuznými v porodnici byly zakázány. Hospitalizace v porodnici trvala 7 dní a domů byla odvezena opět sanitním vozem.

4.4.2 **2. generace 1980-1985**

Na oddělení šestinedělí byla dvojčata přivázena paní J.T. pouze ke kojení. První kojení proběhlo až druhý den po porodu. V této době nebylo umožněno matkám v porodnici děti koupat, ani si je nesměly rozbalit ze zavinovačky a nahatý je viděla až doma. Děti byly umístěny v jiné místnosti a matky se na ně mohly chodit dívat přes prosklenou část pokoje. Návštěvy mohly chodit jen za rodičkami, pouze do vyhrazené

části, která byla jen pro návštěvy. Za paní J.T. návštěva nebyla, protože zrovna vypukla chřipková epidemie. Domů si je odvezl manžel osobním vozem po propuštění za 5 dní po porodu.

4.4.3 3. generace 2005-2010

Po porodu byla I.T. převezena na nadstandardní pokoj, který byl vybavený dětskou postýlkou, přebalovacím pultem, digitální váhou a vaničkou na koupání. Návštěvy mohla přijímat i na pokoj. Miminko měla po celou dobu hospitalizace u sebe. Porodní asistentky vysvětlily kojení, koupání, přebalování a ošetřování pupečníku. Paní měla hodně mléka, takže jí laktační poradkyně půjčila odsávačku a naučila, jak s ní správně mléko odsávat. Měla ploché bradavky a tak ke kojení používala prvních 14 dní klouboučky. V porodnici dostala od dětských sester reklamní kufřík, který obsahoval vzorky plenek, mastičku proti opruzeninám, letáčky a dětskou knížku. Propuštěna byla za 3 dny po porodu.

4.5 Shrnutí

V 1. a 2. generaci přinesla porodní asistentka, nebo dětská sestra ošetřeného a zabaleného novorozence po porodu ukázat matce ještě na porodním sále. Několik dalších dnů po porodu v ústavu ošetřovaly děti dětské sestry a ženy se s nimi setkávaly pouze při kojení. V 1. generaci se poprvé dítě přikládalo k prsu zpravidla za 12. hodin po porodu, ve 2. generaci až za 24. hodin po porodu. Dnes porodní asistentka, nebo dětská sestra přikládá dítě k prsu v prvních 30. minutách po porodu, nejpozději však do 2. hodin po porodu. Toto včasné přiložení napomáhá nejenom k prvnímu bondingu, ale i k vyplavení vlastního oxytocinu, který pozitivně ovlivňuje kojení a zavinování dělohy. Dnes již ve všech našich porodnicích je zaveden systém společného ošetřování matek a dětí, tzv. roaming-in.

Ženy poprvé po porodu vstávaly v 1. generaci v doprovodu sestry poprvé až druhý či třetí den, stejně tak tomu bylo i ve 2. generaci s výjimkou některých porodnic, kde vstávaly šestinedělky už 6 hod po porodu. Dnes se první vstávání liší podle zvyklostí pracoviště a záleží také na zdravotním stavu ženy, ale nejčastěji do 6 hodin po porodu.

Matky byly z porodnice obvykle propuštěny kolem 10. dne po porodu v 1. generaci a ve druhé 7. až 10 den po porodu. Ve 3. generaci se zkrátila doba pobytu na 3. - 5. den.

V 1. a 2. generaci byly návštěvy příbuzných a známých u matky a dítěte zcela zakázány, kvůli ohrožení kapénkovou nákazou. Návštěvy mohly přijít za šestinedělkou

pouze v návštěvní dny a tehdy, když už chodila a mohla se s nimi sejít mimo oddělení. Dnes jsou návštěvy v porodnicích povoleny a na některých nadstandardních pokojích mohou otcové dítěte přespát spolu s nimi.

V 1. a 2. generaci byly šestinedělky odděleny od novorozenců a děti jim byly přivázeny pravidelně ke kojení, ženy musely používat při kojení masky na obličej, kvůli zabránění přenosu infekce na dítě. Dnešní matky kojí po 3- 3,5 hodinách.

5 PÉČE O NOVOROZENCE

5.1 1. generace 1955-1960

5.1.1 Pomůcky k ošetřování novorozence

Mezi základní pomůcky k péči o novorozence, které si ženy měly pořídit před porodem, patřily: hřebínek a kartáček na vlasy, malé nůžky, lékařský teploměr, zásyp, dětské mýdlo, olej nebo dětský krém, vatu v nádobce s víčkem, nádobku na odpadky, také nějakou gumovou hračku nebo chrastítko. (38)

Dudlík neboli šidítka se z hygienických a zdravotních důvodů (chybné postavení zubů a dásní) nedoporučoval. Podle Pavlova učení o vyšší nervové činnosti se používáním dudlíku vytváří podmíněný reflex, na základě nepodmíněného sacího reflexu. Vzniká návyk, a některé děti nevydrží ani chvíli bez dudlíku. Jeho sáním se dosáhne útlumu mozkové kůry, takže některé děti přestanou plakat.

Látkové pleny se vyráběly z různých materiálů. Pleny z látky „Tetra“, které byly lehké, dobře se praly a pojaly hodně tekutiny. Levnější molinové pleny byly z řídkého materiálu, ale nebyly již tak výhodné. Bylo třeba nejprve je dobře seprat, protože na začátku nesály. Byly příliš tenké, absorbovaly málo tekutiny a častěji se vyměňovaly. Pleny se vyráběly také například z řídkého šifonu, nebo z flanelu.

Kočárky byly v módě vyšší a lehké konstrukce. Výhodou bylo, že se matky nemusely tolik ohýbat. Na dno kočárku se dala matrace, na kterou se prostřela igelitová vložka a čistá plena. V kočárku si mělo dítě zvykat klidně ležet nebo spát a proto si ženy měly koupit nebo ušít řemínky. (17)

5.1.2 Umělá výživa novorozenců

V 50. a 60. letech proběhla celonárodní kampaň za umělou výživu. Jedním z nejhörlivějších propagátorů umělé výživy u nás byl lékař Švejcar. Později právě on, se ženám za to veřejně omluvil. (21)

Každý zásah do přirozené výživy se musel dít pod kontrolou lékaře. Ten doporučil umělou výživu, jen ve velmi naléhavých případech, kterými bylo například těžké onemocnění matky nebo naprostý nedostatek mateřského mléka a následné ohrožení dítěte podvýživou. Lékař se řídil týdenními váhovými přírůstky a množstvím vypitého mléka. Když se nepodařilo získat ženské mléko, nařídil lékař přikrmování některým ze

sušených mléčných přípravků a určil jeho dávkování. Základem příkrmů bylo sušené kravské mléko. (17) Přípravek značky Lakton byl ze sušeného podmásli. Sunar se vyráběl ze sušeného plnotučného mléka. Eviko obsahovalo sušené mléko s polovičním obsahem tuků. Relakton byl ze sušeného okyseleného plnotučného mléka s přísadkou glycidů (uhlovodanů). Žena dostala v poradně recept, na který si v lékárně přípravky obstarala a současně ji sestra podrobně poučila o přípravě stravy.

Sběrny mateřského mléka sídlily v několika městech, sbíraly mléko od matek, které ho měly přebytek, a poskytovaly ho dětem, jež mateřské mléko potřebovaly, ale kterým je vlastní matky nemohly dát. Sběrny měly v záznamu matky, které buď mléko odstříkávaly doma, nebo přicházely několikrát denně a mléko odstříkávaly přímo ve sběrně. Dárkyně mléka byly zdravotně vyšetřeny a kontrolovány a zároveň se sledovalo prospívání jejich dětí. Ve sběrně se mléko zkoušelo, sterilizovalo a ukládalo do lednic až do výdeje pro děti, které ho potřebovaly. V místech, kde nebyla sběrna mateřského mléka, mohla zprostředkovat získání i předání ženského mléka dětská poradna. (38)

5.1.3 Dětské poradny

Po propuštění matky z porodnice odesílal ústav zprávy o průběhu porodu a šestinedělí ženské poradně a o stavu dítěte dětské poradně. Zdravotnická péče ústavu a poraden na sebe navazovala. (38) Dětská poradna vyslala dětskou sestru za matkou po návratu domů z porodnice, ta ji přišla pozvat do poradny a poradit jí. Její povinností bylo odpovědět na veškeré matčiny dotazy a prakticky vysvětlit celou péči o dítě. (17) Proto ji měla matka přijmout s důvěrou a svěřit se jí se všemi problémy nejen zdravotního, ale i sociálního rázu. (38)

První návštěva dětské poradny se doporučovala asi za 14. dní po porodu. Při pravidelných návštěvách dětské poradny, sestra zapsala váhu dítěte a datum. Při neprospívání dítěte, doporučil lékař opatření váhy i domů. Děti se také pravidelně očkovaly. Proti tuberkulóze, záškrtu, dávivému (černý) kašli, tetanu, neštovicím a dětské obrně. (17) Lékař i sestra pravidelně kontrolovali vývoj dítěte, radili matce, jak o něj správně pečovat a jak jej živit i jak vychovávat.

Při první návštěvě dostala matka legitimaci, do které sestra pravidelně zapisovala váhu a váhový přírůstek dítěte. Matka též dostala letáčky a brožurky. Poradna bylo zařízení jen pro zdravé děti. S nemocným dítětem chodily matky do léčebné části dětského střediska. (38)

Všechny ženy měly bezplatnou preventivní péči v šestinedělí, stejně tak jako návštěvy v domácnostech porodními asistentkami a zdravotními dětskými sestrami. Po skončení šestinedělí měla žena navštívit svého ženského lékaře, aby zjistil, zda se organismus vrátil po porodu do původního stavu. V ženské poradně jí lékař vyšetřil, zkontroloval rodidla, trhlíny, nástřih, zavnutí dělohy a její správnou polohu. (17)

5.2 2. generace 1980-1985

5.2.1 Pomůcky k ošetřování novorozence

Mezi základní pomůcky k péči o novorozence patřily například látkové plenky, šidítka a vaničky na koupání.

Používání dudlíku někteří lékaři odsuzovali. Prohlašovali, že je nehygienický, neestetický a že prokazuje slabost rodičů. Jiní odborníci však používání dudlíku připouštěli.

V módě byly vysoké kočárky potažené voskovým plátnem, do kterých se neprašilo, a daly se snadno umýt.

Každé dítě mělo mít svojí postýlku, nejvhodnější první postýlkou pro novorozence byl prádelní koš z umělé hmoty, který byl lehký, laciný a šel snadno umýt. Na dno koše se dal malý slavník nebo malá matrace. Když dítě povyroستlo, nahradila prádelní koš dřevěná postýlka.

Vanička na koupání se používala smaltovaná, plechová nebo z umělé hmoty. Nevyhovující byla z hygienického hlediska vanička dřevěná.

Hračky se doporučovaly omyvatelné, nejlépe vyrobené z gumy, ze dřeva anebo z umělé hmoty. Nevhodné hračky byly z látky nebo plyše. (32)

5.2.2 Umělá výživa novorozenců

V prvních měsících po porodu měla většina nedělek dostatek mateřského mléka. V ojedinělých případech byla tvorba mléka nedostačující, takže bylo nutno přejít k příkrmování, nebo dokonce na umělou výživu.

Mlékárenský průmysl vyráběl několik druhů sušeného mléka, které se používalo k přípravě umělé výživy novorozenců. Vzhledem k tomu, že přechod k umělé výživě byl vážným zásahem do životosprávy dítěte, směl o takové změně rozhodovat jedině dětský lékař. Postupoval přitom vždy podle individuálních potřeb dítěte. Bylo-li

příkrmování nutné již v prvních týdnech po porodu, doporučil dětský lékař používat některé přípravky, které se svým složením nejvíce podobali mateřskému mléku, například přípravek Feminar. (32)

5.2.3 Dětské poradny

Dětský lékař nebo dětská sestra brzy po propuštění z porodnického ústavu navštívili ženu v její domácnosti, aby prohlédli její děťátko a dali jí různé cenné rady. Pak pozvali matku na určité datum na kontrolu do dětské poradny. Dětský lékař dítě odborně prohlédl a stanovil správnou výživu, nebo předepsal vitamíny apod. A samozřejmě také poradil, kdyby si snad žena při péči o dítě nebyla v něčem jistá.

V poradně se dítě vážilo, měřilo, kontrolovalo se hojení pupečního pahýlu atd. Přední odborníci dětského lékařství sestavili vědecky podložený systém očkování, který chránil děti před řadou chorob. Děti se očkovali proti tuberkulóze, záškrtu, tetanu, černému kašli, dětské obrně a proti neštovicím. Aby ochrana proti nemocem byla účinná i v pozdějších letech života, provádělo se v pozdějších letech ještě přeočkování. Dětská lékařka posílala děti na ortopedické vyšetření kyčelních kloubů.

Po uplynutí šestinedělí měla žena navštívit svého obvodního gynekologa, který zkontroloval zhojení porodního poranění, zavnutí dělohy atd. (32)

5.3 3. generace 2005-2010

5.3.1 Pomůcky k ošetřování novorozence

Velmi diskutovaným tématem používání dudlíků se zabývala studie finských odborníků publikovaná v časopise Pediatrics, která zjistila, že jejich časté používání zvyšuje riziko ušních zánětů. (21)

Dnes mají budoucí matky na výběr z široké nabídky kočárků. Praktičtější jsou v tmavších barvách a se snímatelným potahem, který se dá kdykoliv vyprat. Součástí kočárku bývá i pláštěnka a síťka proti hmyzu, která se dá i samostatně dokoupit.

Mezi další pomůcky umožňující rodičům mít dítě stále u sebe patří šátky a baby vaky. (26) V šátkách sedí dítě anatomicky správně, s podepřenými zády a roznožmo. Vztah nošení mezi matkou a dítětem začíná už v těhotenství. Dítě vnímá jednak matčiny nálady či pocity a rytmus kolébavých pohybů mu zprostředkovává pocit jistoty. U přírodních národů, které nosí děti pomocí šátků, se luxace kyčelních kloubů téměř

nevyskytuje. Doteková stimulace matkou nebo otcem nošeného dítěte má pozitivní vliv na jeho fyzický vývoj i rozvoj inteligence. (21)

Mezi další pomůcky, které dnešní matky používají, patří přebalovací pult, elektronická chůvička, postýlka s kontrolou zabezpečení, se stahovacími postranicemi a kvalitní matrací. Některým maminkám se osvědčil spací pytel, ve kterém se miminko neodkope. Dříve používanou zavinovačku s prací vložkou, nahradila jednodušší rychlozavinovačka. (26)

Běžně používanou dětskou vaničku, nahrazují některé dnešní matky za speciální kyblík ke koupání, ve kterém se děti cítí bezpečně, protože jim simuluje vlídné prostředí dělohy. (21)

Dětská kosmetika se doporučuje používat hypoalergenní. Nedoporučuje se kupovat kosmetiku s heřmánkem, který vysušuje a může děti i alergizovat. Mezi další pomůcky patří mastička na opruzeniny, kartáček na vlasy, vatové tyčinky, vlhčené ubrousky, papírové podložky na přebalování, nůžky nebo kleštičky na nehty, kojenecké lahvičky a savičky, kartáč na lahve, dudlíky, teploměr, odsávačka hlenů, která se dá připojit na běžný domácí vysavač a jiné. Hračky by měli být zdravotně nezávadné, omyvatelné a prací, nesmějí být ostré.

Dnešní látkové plenky jsou odlišné od tradičních bavlněných plen. Hlavní výhodou je snadné používání. Ze zdravotního hlediska snižují riziko opruzenin a plenkové dermatitidy, protože je vyloučen kontakt pokožky dítěte s chemickými látkami obsaženými v jednorázových plenkách. Dochází i k lepšímu odvodu tepla z oblasti genitálií. Další výhodou je pozitivní vliv balení na vývoj kyčelních kloubů a rychlejší přechod dítěte na nočník. Ekologickou výhodou je až o polovinu menší zátěž životního prostředí při domácím praní, oproti jednorázovým plenám. Finanční výhodou látkové pleny je úspora 20 000-30 000 Kč za jedno dítě. Pokud jsou plenky použity i pro druhé či třetí dítě, ekologické i ekonomické výhody se násobí. (26)

5.3.2 Umělá výživa novorozenců

Současný názor a doporučení odborníků Světové zdravotnické organizace říká, že umělá výživa nenahradí mateřské mléko a lze ji použít jen v případě nouze. Optimálním způsobem výživy dětí do šesti měsíců je plné kojení. Poté je možné přikrmovat, ale pokračovat v kojení se doporučuje až do dvou let věku dítěte. Studie vypracovaná na univerzitě v Trondheimu zjistila, že děti kojené déle než šest měsíců jsou inteligentnější, oproti dětem kojených méně než tři měsíce. (21)

Mateřské mléko mohou ženy věnovat či prodat do bank mateřského mléka, které se nachází v Praze, Hradci Králové, Mostě, Českých Budějovicích a České Lípě. Mléko se odevzdává jednou týdně. Mezi podmínky patří dobře prospívající dítě ve věku do 6 měsíců, vyšetření na HIV, syfilis a proti dalším nebezpečným nemocem. Nevhodné dárkyně jsou alergičky, kuřačky, ženy co měly v posledním roce transfuzi krve, nebo trpí chronickým onemocněním, či užívají léky a homeopatika. Někde nabízejí za litr mléka symbolickou částku, orientační cena 70-200 korun. V centru mléčné banky se pak mléko pasterizuje a vyšetřuje se jeho složení.

Novorozenecká počáteční mléka se označují číslem 1. Vyznačují se nízkým obsahem bílkovin, který novorozencům nezatěžuje ledviny. První mléka by měla obsahovat pouze laktózu, přizpůsobené množství tuků, kyseliny linolové a správné množství minerálů a vitamínů.

Hypoalergenní mléka jsou speciálně upravena tak, aby jejich mléčná bílkovina byla neštěpena (hydrolyzovaná) a nevyvolávala alergické reakce u dětí, u kterých jsou pro alergii vrozené předpoklady. Dobrým přípravkem v těchto případech jsou prebiotika. Mezi hypoalergenní se někdy řadí i mléka pro děti s prokázanou alergií na bílkovinu kravského mléka, jsou doporučovaná i pro děti trpící ekzémy či astmatem.

Speciální mléka se používají například pro nedonošené děti, při gastroesofageálním refluxu nebo nesnášenlivosti laktózy, při alergii na bílkovinu kravského mléka apod. Speciální mléka pro nedonošené děti mají vyšší obsah bílkovin, vápníku a jiných důležitých látek. Mléka proti ublinkávání či speciální přípravky k nasypání do mateřského mléka obsahují rýžový škrob, nebo vlákninu z tzv. svatojánského chleba, která mléko zahustí. (28)

5.3.3 Dětské poradny

Dětský lékař přijde do 48 po propuštění za matkou domů, vyšetří novorozence a pozve je do dětské poradny na kontrolu, která je přibližně za týden. Dále chodí matka s dítětem zhruba každý měsíc do poradny. (28)

Většinou ještě v porodnici nebo v prvních 14 dnech po propuštění vyšetřuje novorozence ortopedický lékař, který hodnotí postavení stehenních kostí v kyčelním kloubu a utváření jamky kyčelního kloubu. Posuzuje také postavení nožiček v kotníku, které může být odchýlné vlivem polohy plodu v děloze. Součástí ortopedického vyšetření je ultrazvuk kyčlí, který by měl být proveden v prvních 2-3 týdnech věku dítěte.

V ČR pravidelně očkuje proti některým nemocem. Například proti záškrtu, tetanu, dávivému kašli, hemofilové invazivní infekci, dětská obrně, spalničkám, příušnicím, žloutence typu B, zarděnkám a výběrově se provádí očkování proti tuberkulóze. (26) V případě krvácení ve sraženinách, velmi silného krvácení, silné bolesti v podbřišku či horečky má žena ihned informovat lékaře. (28) Po uplynutí šestinedělí zkontroluje ženský lékař zhojení porodních poranění, stav hráze, poševních stěn, děložního hrdla a uložení vnitřních rodidel. Může odebrat i stěr na cytologické vyšetření. (26)

5.4 Rozhovory

5.4.1 1. generace 1955-1960

V době kdy rodila paní J.B. se používaly jako postýlky pro novorozence prádelní koše, které jim prý připomínaly dělohu. Ale paní J.B. používala dětskou postýlku, kterou dostala od svého otce. Týden po propuštění z porodnice za nimi chodila každý den na koupání porodní asistentka z poradny. Kojila pouze jen v šestinedělí, poté o mléko přišla a tak začala používat sunar. Chodila k dětskému lékaři na pravidelné kontroly a očkování. Lékař zjistil vadu kyčlí, která se řešila podáváním více plen dítěti. Výbavu pro novorozence měla chudou, spočívala pouze v nejnutnějších pomůckách k ošetřování. Jako například šidítka, dětský pudr, dvě dětské žínky, pár dětských košilek, zavinovačku a látkové plenky.

5.4.2 2. generace 1980-1985

Po návratu z porodnice byla paní J.T. navštívena ještě ten den obvodní dětskou sestrou a lékařkou. Protože byla zkušená matka, tak jí sestra nezaučovala v péči o novorozence. Doma měla připraveny věci pouze na jedno dítě a tak museli hned druhý den s manželem shánět kočárek pro dvojčata, ještě jednu postýlku, navýšit počet plen, skleněných lahví a oblečení.

Pravidelně navštěvovala dětskou poradnu, kde dětská lékařka chlapce vážila, měřila, poslouchala jim srdce, očkovala je a kontrolovala fontanely a kyčle.

Kojila jen 7 neděl, protože pak jí to dětská lékařka zakázala. Mléka sice měla dost, ale hodně hubla, padaly jí vlasy a cítila se slabá a vyčerpaná. Paní J.T. nahradila kojení sunarem, který chlapcům podávala ve skleněných lahvích, které se musely pokaždé vyvařit. Používala látkové plenky, které se také vyvářely a po usušení žehlily.

5.4.3 3. generace 2005-2010

Když si paní I.T. přivezl manžel i s miminkem domů, byla druhý den navštívena dětským lékařem, který dítě prohlédl, zeptal se jestli nechce s něčím poradit a naplánoval jí první návštěvu v dětské poradně. V poradně kontroloval lékař fontanely, varlata, kyčle a srdce, vážil a měřil pravidelně chlapečka.

Paní I.T. kojila plně do 7 měsíců. Svěřila se mi, že jí kojení velmi uspokojovalo. Chlapeček trpěl na meteorismus, který ho zneklidňoval a kvůli kterému často plakal. Paní k jeho úlevě používala přírodní kapičky, větrové masti a teplé obklady na břicho a držela také dietu při kojení.

Jako pomůcky k péči o dítě používala například monitor dechu, chůvičku, autosedačku a babyvak.

5.5 Shrnutí

Základem příkrmování v 1. a 2. generaci bylo sušené kravské mléko. Dnes mají matky na výběr ze široké škály výrobků náhradní výživy od novorozeneckých, počátečních, pokračovacích, hypoalergenních mlék až po speciální.

V první a druhé generaci se používali látkové pleny, ve třetí papírové, ale některé dnešní matky se vrací k původním látkovým plenám. Hlavní výhodou je snadné používání, dále zdravotní, ekologické a ekonomické výhody.

Každé dítě by mělo mít svojí postýlku. V 1. a 2. generaci se jako nejvhodnější první postýlkou pro kojence stal prádelní koš, když dítě povyroستlo, byl nahrazen dřevěnou postýlkou.

Šidítka se běžně používala ve všech třech generacích, i když se už od první generace vědělo, že má hygienické a zdravotnické nevýhody.

Dětská poradna vyslala v 1. a 2. generaci dětskou sestru za matkou po návratu domů z porodnice. Ženu přišla pozvat do poradny, poradit jí s péčí o dítě a zároveň také zjistila sociální prostředí, ve kterém žije. Návštěva v dětské poradně se doporučovala asi za 14. dní po porodu. Do tří měsíců dítěte probíhala každých 14 dní a dále do jednoho roku jednou měsíčně. Lékař poskytoval rady v oblasti správného krmení a životosprávy. V poradně dítě vyšetřovalo, měřilo, vážilo a také se očkovalo proti nebezpečným nemocem.

V každé generaci se doporučovalo ženě, aby po skončení šestinedělí navštívila svého gynekologa, který zkontroloval zhojení porodních poranění, stav hráze, poševních stěn, děložního hrdla a uložení vnitřních rodidel.

6 DISKUZE

Pro svoji bakalářskou práci jsem čerpala z primárních i sekundárních zdrojů. Nejčastějšími primárními zdroji z období tří generací byly učební texty pro zdravotní sestry, ženské sestry a porodní asistentky, nebo knihy pro nastávající matky. Mezi sekundární zdroje, které jsem použila, patří například odborné články a fotografie z internetu. V knihovně jsem si nechala vyhledat literární zdroje ve formě rešerší, které mi usnadnily vyhledávání informací.

Cílem této bakalářské práce, která nese název „Historické proměny mateřství napříč třemi generacemi“, bylo zjistit, jak se proměnilo prožívání mateřství žen ve třech generacích a role porodních asistentek. Níže popisuji nejdůležitější změny, které podle mě v průběhu generací nastaly.

Velkou změnou v oblasti mateřství, která se stala ve druhé polovině 20. století, bylo přesunutí porodů z domácího prostředí do porodnic. Změnil se i náhled na samotný porod, který byl dříve běžnou součástí života. Jedním z důkazů je 16 porodů panovnice Marie Terezie. Došlo k dehumanizaci porodu a dnes je medikalizovaný porod označen jako klasický či normální porod. Porody se staly výjimečnou událostí v životě ženy, často se zničujícím psychickým následkem. Za tímto problémem stojí zdravotnický personál porodnic, který nedokáže správně pracovat s emocemi žen, které s trémou rodí své první dítě. Další kdo podlamuje schopnost přirozeně porodit, a to už od dětského věku, je vliv médií. Jako příklad uvádím dětskou pohádku Krteček a maminka od autora Zdeňka Milera. V pohádce je rodičí vystrašená paní Zajícová položena na záda a kolem ní se na zemi nachází lékařský kufřík, obinadla, nůžky, porodnické kleště. Pasivní rodiče pomáhá Krteček tlakem na fundus postupem non lege artis.

V současné době se najdou i ženy, které bojují za návrat k přirozeným porodům, nejčastěji pomocí různých společností. Humanizaci porodů a aktivní rodičovství se v České republice snaží prosadit například organizace HAM, APERIO, UNIPA. Rodičky, které se chtějí vyhnout rutinním postupům v porodnicích, mají zájem o přirozený porod a ne silně medikalizovaný, mají možnost si sestavit svůj porodní plán.

Další výrazná proměna v mateřství se týká věku rodiček. V 1. a 2. generaci rodily ženy ve věku kolem 20. - 24. let. Dnes jsou trendem starší prvorodičky, kterým je často více než 30. let. Právě tyto ženy jsou nejčastěji oplodněny in vitro fertilizací (IVF), protože s vyšším věkem klesá schopnost otěhotnět. Kvůli stoupajícímu podílu IVF koncepce, stoupá i počet vícečetných gravidit a tím se zvyšuje i počet operativních

porodů. Jaké jsou asi důvody žen oddalovat jejich těhotenství? Možná kvůli větším společenským možnostem, umožnění cestování, studia, seberealizace, ale je zde asi i problematika bydlení a peněz.

Role porodních asistentek se v průběhu generací měnila. Podle mě výhodou předešlých dvou generací byla bezplatná návštěvní služba v těhotenství a šestinedělí. Ve 3. generaci je tato služba pro ženy málo dostupná a většinou si ji hradí samy. Z tohoto důvodu jsem návštěvní péči zařadila mezi doporučení pro praxi.

Dále se domnívám, že v současnosti jsou některé porodní asistentky mnohem aktivnější než v předešlých generacích. Vzdělávají se v oblastech nefarmakologického tlumení bolesti při porodu (aromaterapie, homeopatie), vedou předporodní kurzy, a dokonce některé poskytují soukromou terénní péči v domácnostech.

Oproti 1. a 2. generaci se zlepšila komunikace se zdravotnickým personálem. Ženy ve 3. generaci jsou více informované, někdy až příliš. Bohužel dnešní porodní asistentky v prenatálních poradnách minimálně komunikují s těhotnými ženami, většinou vykonávají jen administrativní činnost. Výrazně lepší komunikace mezi těhotnou a porodní asistentkou probíhá pak na předporodních kurzech.

V minulých generacích měly ženy omezené možnosti zpestření volného času v těhotenství. Navštěvovaly jen předporodní kurzy s cvičením, na které se kladl velký důraz. Nyní mají budoucí matky spoustu možností jak lépe prožít těhotenství, například masáže pro těhotné, plavání, pořádají se koncerty hudby pro těhotné, které mají pozitivní vliv nejenom na ženu, ale i na dítě.

V dnešní době jsou porodnice oproti těm v předchozích generacích mnohem lépe vybavené. V průběhu let přibylo techniky, ať už nových moderních přístrojů nebo bezpečnostních kamer na porodním sále. Mají zvýšit bezpečnost těhotných a rodiček, ale nestačily by časté osobní kontroly zdravotnickým personálem? Během své praxe jsem se jako studentka porodní asistence nemohla nevšimnout rozdílu mezi porodnicemi, kde bezpečnostní kamery používají a kde ne. Na porodních sálech, kde je nemají, porodní asistentky častěji navštěvovali ženy na porodních boxech. Naproti tomu v jiné porodnici, porodní asistentky zneužívaly bezpečnostní kamery. Když například chtěli vědět, v jaké poloze se rodička právě nachází, usnadnily si práci podíváním se na obrazovku. Myslím si, že kvůli kamerám žena ztrácí osobní kontakt s personálem, soukromí a intimitu během porodu.

K monitorování ozev za porodu se v 1. a 2. generaci se nejčastěji používal stetoskop, který byl nahrazen kardiokografem (CTG). Tento přístroj je dnes všude standardem,

má vysokou senzitivitu, ale malou specificitu. Nevýhodou jsou tedy falešně pozitivní výsledky a zvýšení operativních porodů. Stále častější je také kontinuální CTG monitorování během porodu. Ale je opravdu nutné u žen s fyziologickým záznamem? Myslím se, že je to způsobené strachem zdravotníků, kteří mají velkou zodpovědnost, nebo je to možná usnadnění práce. Většina porodních sálů má totiž centrální počítač, na kterém se zobrazují všechny kardiokografy a tudíž pak některé porodní asistentky nemusí chodit každých 15 minut poslouchat ozvy plodu. Jak už jsem jednou zmínila, opět je rodička ochuzena o osobní kontakt.

V 1. a 2. generaci se při porodu plodu používala rutinně poloha vleže na zádech. V dnešní době mají ženy na výběr řadu poloh, které mohou použít ve finální fázi porodu, ale je jim skutečně vyhověno? Ovlivněno je to zkušenostmi porodních asistentek, neochotou lékařů, nebo tím, že v některých pozicích se špatně chrání hráz.

Ve 2. generaci se poprvé mohl otec dítěte zúčastnit porodu. Tento doprovod se postupně stal téměř samozřejmostí. Rodičky dnes nemusí doprovázet jen budoucí tatínek, ale také třeba přítelkyně nebo dula.

Současné porodnice podporují matky v kojení, které je nejlepší výživou pro novorozence. Na oddělení šestinedělí pracují speciálně vyškolené laktační poradkyně, nebo zkušené porodní asistentky. Důležité je přiložení novorozence ideálně do půl hodiny po porodu k prsu matky. Velkým rozdílem je první přiložení v předchozích generacích. V 1. generaci to bylo za 12 hodin a ve 2. až za 24 hodin po porodu.

K velkému posunu došlo v oblasti dostupnosti pomůcek k péči o novorozence. Novými trendy v poslední generaci jsou koupací kyblíky, šátky na nošení dětí, eko pleny, kojící polštáře a nejrůznější jiné novinky. Některé současné matky se vrací zpět k látkovým plenám, které se používaly v předchozích generacích. Důvody jsou různé, ať už ekonomické nebo zdravotní. V každém období se používaly dudlíky, ale už od 1. generace se ví, že mají špatný vliv na růst chrupu, a přesto se používají dodnes.

V průběhu tří generací se zlepšovala a stále zlepšuje prenatální diagnostika, vyšetřovací metody a screening nemocí u dětí. Za prudkým poklesem novorozenecké úmrtnosti začátkem 60. let stálo nové budování porodnic. Rozšiřováním opatření vedoucím ke zlepšení péče o těhotnou ženu a rodičku, např. zvýšením počtu prenatálních poraden, rozšířením sítě porodnic, zvětšením počtu porodnických lůžek, porodníků a pediatrů, se zastavil pokles mateřské úmrtnosti, která byla naproti tomu v předcházejících letech velmi výrazná.

Ve 2. generaci pokračoval v Československu pokles časné novorozenecké úmrtnosti i mrtvonovorozenosti. Podle knihy Historie české perinatologie od Zdeňka Štembery, byl počet mrtvě narozených z 1000 celkem narozených v roce 1956 - 11,1 procent percentil, v roce 1980 - klesl počet na 5,6 a v 2009 na 2,7 procent percentil. Perinatální úmrtnost v roce 1956 byla 23,6 procent percentil, klesla v roce 1980 na 15,0 procent percentil a v roce 2010 poklesla až na 2,68 procent percentil.

Podáváním antibiotik a nových léčebných preparátů pokročila léčba nejrůznějších onemocnění. Bohužel, ani dnes nejsou moderní diagnostické přístroje 100% účinné. Domnívám se, že během generací se nezměnil počet výskytu vrozených vývojových vad a některých onemocnění u novorozenců. Stoupl počet předčasně narozených dětí, hypotrofických plodů a došlo k nárůstu počtu operativních porodů vlivem umělého oplodnění, vícečetných těhotenství, starších rodiček, kouření atd.

Na závěr diskuze se zamýšlím nad tím, jak asi budou rodit další generace žen? Přenesou se přirozené počty do laboratoře umělého oplodnění a porod na operační sál? Bude těhotenství jen pro chudé ženy a bohaté si zaplatí náhradní matky? Otázkou zůstává, co si dnes ženy a budoucí matky doopravdy přejí?

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem usilovala o analýzu proměn mateřství ve stanovených obdobích a okruzích. Pro žádoucí vývoj mateřství by bylo vhodné provést diversifikaci péče, přesunout anonymní péči k adresnému osobnímu přístupu a návrat porodu do kompetence empatických žen.

Na závěr tedy stanovuji vlastní návrh optimální práce porodních asistentek, kterou podle mě mohou poskytovat ženám v různých etapách mateřství. Doufám, že toto doporučení pro praxi a zároveň i celá bakalářská práce bude inspirací pro studentky oboru porodní asistence a popřípadě jiné zdravotnické pracovníky.

Návrh jsem rozdělila na návštěvní péči v domácnosti, v ambulantních zařízeních a práci na porodnicko-gynekologickém oddělení.

NÁVŠTĚVNÍ PÉČE V DOMÁCNOSTI

Návštěvní péče o těhotnou v domácnosti:

Porodní asistentka by vykonávala u jedné těhotné dvě návštěvy, které uhradí zdravotní pojišťovna. Během první návštěvy v domácnosti zjistí asistentka sociální a hygienické podmínky, návyky v životosprávě, pracovní poměry, vzájemný vztah partnerů nebo manželů. Asistentka se také zeptá na datum poslední menstruace a dosavadní průběh těhotenství. U těhotné vyšetří moč papírkovou metodou, změří krevní tlak, puls, pánevní rozměry a ozvy plodu. Zjistí nevolnosti, zvracení, zácpu, bolesti hlavy a zad, otoky nohou a stesky těhotné. Také se ptá, zda žena nemá bolesti v podbříšku, nepravidelné krvácení, nebo nějaký výtok. Edukuje nastávající maminku o správné výživě, odpočinku, spánku a cvičení v těhotenství. Varuje před pitím alkoholu a škodlivosti kouření a nebezpečí užívání některých léků.

Druhá návštěva proběhne dva měsíce před termínem porodu. Zkontrolují se výsledky provedených vyšetření, poradí těhotné, co si má sebou do porodnice. Porodní asistentka nacvičí se ženou porodní a úlevové polohy apod.

Mezi pomůcky k návštěvní péči, by patřil pracovní deník, přístroj na poslouchání ozev plodu, teploměr, gumové rukavice, tlakoměr, dezinfekce, popřípadě sterilní balík k porodu a k ošetření novorozence.

Návštěva u šestinedělky a novorozence:

Porodní asistentka v den odchodu ženy z oddělení šestinedělí, bude uvědomena o tom, že nedělkou dostává do péče. Do 24 hodin po propuštění u ní provede první

návštěvu, další budou probíhat podle potřeby. Opět by byla péče hrazena zdravotní pojišťovnou.

Práce porodní asistentky začíná vždy ošetřením novorozence, kvůli přenesení choroboplodných zárodků. Dítě se vykoupe ve vaničce, změří se mu teplota. Ptáme se na stolicí, všímáme si barvy kůže, pátráme po známkách vyrážky a opruzenin, prohlédneme pupek. Nepravidelnosti se nahlásí dětskému lékaři. Po ošetření dítěte se budeme věnovat ošetření šestinedělky. Změříme jí tělesnou teplotu, krevní tlak a puls. Zkontrolují se prsa s bradavkami, zavinování dělohy, nesmíme zapomenout na duševní stav a náladu. Potom položíme matku na podložní mísu a pinzetou odstraníme vložku, všímáme si množství a zápachu očístek. Opláchneme rodidla dezinfekčním roztokem a zkontroluje se hráz, hojení episiotomie, nebo zašitého porodního poranění. Na rodidla se vloží nová čistá vložka a poučíme ženu o správné hygieně. Připomeneme zákaz pohlavního styku a poučíme jí o antikoncepci po uplynutí šestinedělí. Po ošetření ženy přiložíme dítě k prsu ke kojení.

Poslední návštěva by měla proběhnout před koncem šestinedělí a porodní asistentka upozorní ženu o návštěvě jejího gynekologa.

AMBULANTNÍ PÉČE

Náplň práce v prenatální poradně:

Těhotná žena má na výběr podle své důvěry chodit do prenatální poradny k porodní asistentce nebo k lékaři. V případě potřeby vyšetření ultrazvukem, nebo při rizikovém těhotenství by žena navštěvovala lékaře. Porodní asistentka ve své ordinaci vede administrativní agendu. Sepíše s těhotnou ženou anamnézu, zeptá se na sociální a rodinné poměry a prověřuje její životosprávu. Asistentka vyšetří, a zapíše vykonané vyšetření i ordinace do dokumentace. Objednává těhotné na další návštěvu. Prohlídne chrup budoucí matky, v případě kariézního odešle těhotnou k zubnímu lékaři. Vyšetří krevní tlak, puls a moč, odebere krev na vyšetření dle doporučených postupů v perinatologii, změří pánevní rozměry těhotné. Porodní asistentka vyšetří také prsa ženy, všímá si vpáčených, nebo plochých bradavek a popřípadě navrhne řešení. Sleduje vývoj těhotenství, výšku děložního fundu, polohu plodu, podle potřeby vaginálně vyšetří, všímá si celkového vzhledu - zejména varixů, otoků a odhaduje psychickou přípravu ženy na porod. Asistentka zapíše výsledky do Průkazky pro těhotné. Informuje matku o jejich právech, mateřské dovolené a poradí budoucím svobodným matkám a opuštěným ženám. Odešle odebraný materiál na zpracování do laboratoře.

Naplň práce v gynekologické ordinaci:

Porodní asistentka má na starosti vedení celé dokumentace. Měří krevní tlak, vyšetřuje moč, připravuje nástroje, asistuje lékaři při vyšetření apod.

PÉČE NA PORODNICKO-GYNEKOLOGICKÉM ODDĚLENÍ

Práce na porodnickém oddělení:

Porodní asistentka může vést samostatně fyziologický porod. Při příjmu rodičky založí Porodopis, odebere podrobnou anamnézu, vyšetří orientačně moč, změří tělesnou teplotu, krevní tlak a pulz, zváží a změří ženu. Kontroluje ozvy plodu, kvalitu děložních stahu a odtok vody plodové. Před porodem podá asistentka na základě domluvy s ženou vlastní přípravu k porodu. Během porodu musí asistentka kontrolovat pravidelné vyprazdňování močového měchýře. Poskytuje rodičce nefarmakologické metody tlumení bolesti, poradí jí i při volbě vhodné polohy. Porodní asistentka udržuje častý kontakt s rodičkou, povzbudí ji, pochválí a vyslechne obavy ženy. Připraví také pomůcky k porodu a k ošetření dítěte. Po porodu zkontroluje porodní cesty, zda nejsou poraněné, popřípadě poranění ošetří. Ve IV. době porodní očistí důkladně a šetrně všechny nečistoty na těle matky, kontroluje krvácení, a co nejdříve přiloží dítě k prsu. Novorozenec zůstane dvě hodiny po porodu s matkou a pak budou spolu převezeni na oddělení šestinedělí.

Práce na oddělení šestinedělek:

Porodní asistentka by poskytovala společnou komplexní péči o šestinedělku a její dítě. Asistentky pomáhají šestinedělkám s úspěšným kojením. Dále dbají na dodržování hygienických předpisů, kontrolují zavínování dělohy a odchod očístek, pravidelnou stolici, močení, tělesnou teplotu, krevní tlak a puls, zaznamenávají informace o celkovém stavu šestinedělky. Porodní asistentka by se starala i o dítě. Poučila by ženu v oblasti přebalování, koupání, ošetření pupečního pahýlu. Při propuštění matky a dítěte domů, podá informace porodní asistentce v místě bydliště.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BRTNÍKOVÁ, Marta. *ŽENA A JEJÍ SVĚT*. Praha: Nakladatelství Socialistické akademie ČSSR, 1985, 168 s.
2. ČEKAL, Miloš a Jan ŠULC. *Průvodce ženou jiným stavem*. Vyd. 4., v Československém spisovateli 1. Praha: Československý spisovatel, 2010, 169 s. ISBN 978-808-7391-396.
3. ČERŇANSKÝ, Martin. Historie osídlení a dějiny architektury: PRAVĚK - DOBA KAMENNÁ. *LIDOVÁ ARCHITEKTURA* [online]. [cit. 2012-01-27]. Dostupné z: <http://www.lidova-architektura.cz/architektura-historie/vesnice-osidleni/pravek-doba-kamenna.htm>
4. Česká gynekologie: Časopis České gynekologické a porodnické společnosti. Praha: Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, 2011, ročník 76., supplementum č. 1, ISSN 1210-7832.
5. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Demografická příručka 2009: Živě narozené děti podle věku matek při porodu v letech 1950 - 2009. *Český statistický úřad* [online]. 23.11.2010, aktualizováno 17.08.2011 [cit. 2012-01-27]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/p/4032-10>
6. DEANSOVÁ, Anne. *Knihy knih o mateřství*. 1. vyd. Praha: Fortuna Print, 2004, 392 s. ISBN 80-732-1117-3.
7. DLHOŠ, Ernest a Alfréd KOTÁSEK. *Pôrodnictvo: učebný text pre stredné zdravotnícké školy, obor ženských sestier*. Vyd. 1. Bratislava: Obzor, 1967. ISBN 65-056.67
8. FIALA, Luděk. *Zdravotnické noviny* [online]. 30.05.2011 [cit. 2011-12-22]. Od chirurgie k vědeckému porodnictví - Z dějin porodnictví VII. Dostupné z WWW: <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/z-dejin-porodnictvi-vii-460037>.
9. FLIEDR, Bob a Tomáš FIALA. ROZHOVOR: Tradiční rodina u nás může ožít. *DEMOGRAFIE: Demografické informace, analýzy a komentáře* [online]. 30.06.2007 [cit. 2011-12-30]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=485
10. HAVLÍKOVÁ, Nikola. *IReferaty.cz* [online]. 06.10.2010 [cit. 2011-12-22]. Životopisy - Marie Terezie. Dostupné z WWW: <http://ireferaty.lidovky.cz/100/5773/Havlikova--Nikola>.

11. HERRE, Franz. *Marie Terezie*. Vydání první. Praha: BRÁNA, 1996. 280 s. ISBN 80-85946-41-6.
12. HRUŠKOVÁ, Klára. Aromaterapie v těhotenství a během porodu. *UNIPA: UNIE PORODNÍCH ASISTENTEK* [online]. [cit. 2012-01-27]. Dostupné z: http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=126:aromaterapie&catid=42:porod&Itemid=124
13. JACQ, Christian. *Egypt'anky : Život žen faraonského Egypta*. Vydání první. Praha: Rybka Publisher, 2001. 310 s. ISBN 80-86182-45-2.
14. JAGOŠOVÁ, Lenka, et al. *Historie lidstva: Od doby ledové k civilizaci*. Vydání první. Frýdek-Místek: Alpress, 2007. 396 s. ISBN 978-80-7362-484-2.
15. JEHLÍČKOVÁ, Michaela. Východní, nebo západní?. *KONSTRUKT: internetový časopis o kulturních studiích* [online]. [cit. 2011-12-30]. Dostupné z: <http://www.konstruktmag.cz/vychodni-nebo-zapadni/>
16. KLAUS, Karel. *Porodnické operace*. Vyd. 3. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1955. 400 s.
17. KLÍMOVÁ-FÜGNEROVÁ, Mirka. *Naše dítě*. Vydání 12. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1966, 158 s.
18. KUČÍK, Vít. *Blog.iDNES.cz* [online]. 18.05.2009 [cit. 2011-12-21]. Pád Římské říše – pád moderní Evropy?. Dostupné z WWW: <<http://kucik.blog.idnes.cz/c/84106/Pad-Rimske-rise-pad-moderni-Evropy.html>>.
19. LACINA, Jiří. *Euroekonom.cz* [online]. 10.12.2010 [cit. 2011-12-21]. Starověký Řím – symbol ekonomického rozkvětu i morálního úpadku. Dostupné z WWW: <<http://www.euroekonom.cz/analyzy-clanky.php?type=jl-rim>>.
20. MAREK, Václav, et al. *Historie: Pravěk a středověk 1*. Vydání 1. Praha: Scientia, 1995. 114 s. ISBN 80-85827-95-6.
21. MAREK, Vlastimil. *Nová doba porodní: život před životem; porod jako zázrak; první tři minuty a jak dál; přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí*. 1. vyd. Praha: Eminent, 2002, 263 s. ISBN 80-728-1090-1.
22. MARKOVÁ, Tamara. Těhotenství? Už žádné trauma!. *PROZENY.CZ* [online]. 15. 10. 2008 [cit. 2011-12-30]. Dostupné z: <http://www.prozeny.cz/magazin/deti-a-rodina/tehotenstvi-a-porod/529-tehotenstvi-uz-neznamena-trauma>

23. MIKOLÁŠ, Vladimír, Václav LANĚ a Jiří R. PROS. *GYNEKOLOGIE A PORODNICTVÍ pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1955. 172 s.
24. MILOTOVÁ, Dagmar. *Babyweb.cz* [online]. 2010 [cit. 2011-12-15]. Symbol matky. Dostupné z WWW: <<http://www.babyweb.cz/Clanky/a2200-Symbol-matky.aspx>>.
25. NAVRÁTILOVÁ, Alexandra. *Narození a smrt: v české lidové kultuře*. Vydání první. Praha: Vyšehrad, 2004. 416 s. ISBN 80-7021-397-3.
26. PAŘÍZEK, Antonín. et al. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 4. vydání. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-653-3.
27. PEŠKOVÁ, Iveta. Průvodce těhotenstvím – Ultrazvukové vyšetření v těhotenství. *VÁŠEDĚTI.CZ* [online]. 26.4.2010 [cit. 2011-12-30]. Dostupné z: <http://www.vasedeti.cz/tehotenstvi/tehotenstvi-tehotenstvi/pruvodce-tehotenstvim-ultrazvukove-vysetreni-v-tehotenstvi/>
28. PETŘÍČKOVÁ, Renata. *Jsem těhotná, ne nemocná!: Rady, které vám jinde neprozradí*. Praha: NAKLADATELSTVÍ XYZ, 2009, 381 s. ISBN 978-80-7388-274-7.
29. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-802-5421-864
30. REDAKCE PORODNICE. Historický vývoj porodnické analgezie a anestezie v České republice. *PORODNICE.CZ* [online]. [cit. 2012-01-27]. Dostupné z: <http://lekari.porodnice.cz/historicky-vyvoj-porodnicke-analgezie-anestezie-v-ceske-republice>
31. ŠTEMBERA, Zdeněk. *Historie české perinatologie*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2000. 403 s. ISBN 80-734-5021-6.
32. TRČA, Stanislav. *Budeme mít děťátko*. 4. vydání. Praha: Avicenum, 1984, 232 s.
33. TRČA, Stanislav. *Těhotenství a porod*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990, 160 s. Avicenum. ISBN 80-201-0024-5.
34. VLKOVÁ, Markéta. *Mezinami.cz* [online]. 02.08.2010 [cit. 2011-12-15]. Ženská práva II.díl – Postavení ženy v pravěku. Dostupné z WWW: <<http://www.mezinami.cz/otevri-oci/lidska-prava/prava-zen-2-postaveni-zeny-v-praveku/>>.

35. VLKOVÁ, Markéta. *Mezinami.cz* [online]. 16.8.2010 [cit. 2011-12-20]. Ženská práva III. díl – Postavení ženy v Mezopotámii. Dostupné z WWW: <<http://www.mezinami.cz/otevri-oci/lidska-prava/zenska-prava-iii-dil-postaveni-zeny-v-mezopotamii/>>.
36. VLKOVÁ, Markéta. *Mezinami.cz* [online]. 18.10.2010 [cit. 2011-12-20]. Ženská práva IV. díl – Postavení ženy v Egyptě. Dostupné z WWW: <<http://www.mezinami.cz/otevri-oci/lidska-prava/zenska-prave-iv-dil-postaveni-zeny-v-egypte/>>.
37. VRÁNOVÁ, Věra. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 204 s. ISBN 978-80-244-1764-6.
38. VOJTA, Miroslav a Kamil KUBÁT. *Chceme zdravé dítě: Kapitoly pro nastávající matky a otce*. IV., přepracované vydání. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1964, 176 s.

SEZNAM ZKRATEK

AFP.	alfa-fetoprotein
AMC.	amniocentéza, odběr plodové vody
apod.....	a podobně
atd.....	a tak dále
BWR.	Bordetova-Wassermannova reakce (v minulosti používaná ke screeningu syfilisu)
CD.....	kompaktní disk
CTG	kardiotokografie
HBsAg.	Hepatitis B surface Antigen, australský antigen
HIV	Human Immunodeficiency Virus, vir selhání lidské imunity
např.	například
stol. n. l.....	století našeho letopočtu
stol. př. n. l.	století před naším letopočtem
sv.....	svatého
TENS.	Transkutánní elektrická nervová stimulace
tzv.....	takzvaný

SEZNAM PŘÍLOH

- **Příloha 1:** Pravěké Venuše
- **Příloha 2:** Prenatální diagnostika
- **Příloha 3:** Sledování ozev plodu
- **Příloha 4:** Porod
- **Příloha 5:** Oddělení šestinedělí
- **Příloha 6:** Moderní pomůcky k ošetřování dítěte

7 PŘÍLOHY

PŘÍLOHA 1 – PRAVĚKÉ VENUŠE

Willendorfská Venuše:



Venuše z Lespugue:



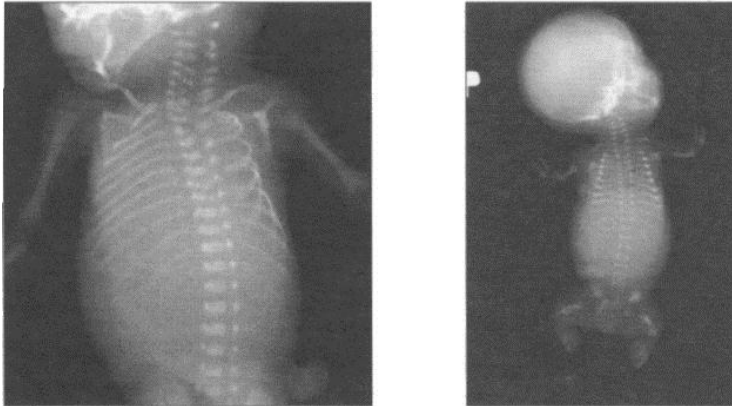
Věstonická Venuše:



Zdroj: <http://www.sandrashaw.com/AH1L01.htm>

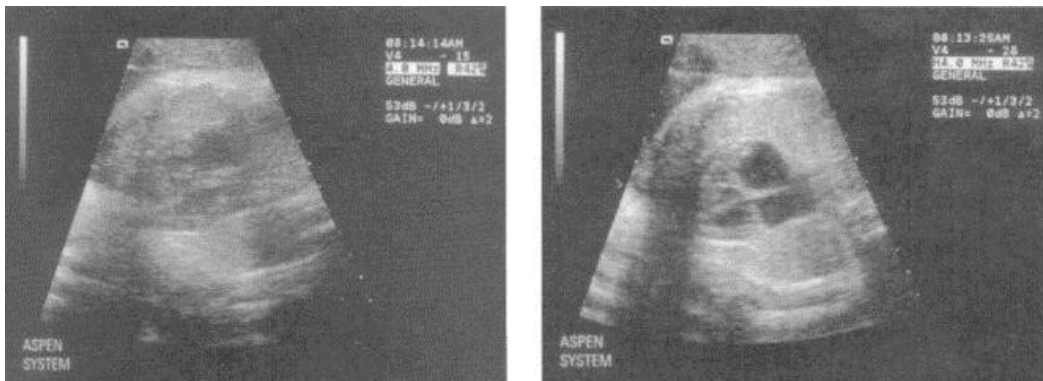
PŘÍLOHA 2 - PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Rentgenové snímky plodů z 1. generace:



Zdroj: <http://sfm.gynpor.cz/hodik.htm>

Ultrazukové snímky plodu z 2. generace:



Zdroj: <http://sfm.gynpor.cz/hodik.htm>

Moderní snímek 3D ultrazvuku z 3. generace:



Zdroj: <http://sarah.loonasee.org/gallery/v/Rebecca/Sparkle/ultra-11-28-SuckThumb2.jpg.html>

PŘÍLOHA 3 - SLEDOVÁNÍ OZEV PLODU

Stetoskop k poslechu ozev plodu:



Zdroj: <http://www.biocity.sk/kategoria/dojcenske-potreby/tehotensky-stetoskop/dreveny-tehotensky-stetoskop/>

Ultrazvukový snímač ozev plodu:



Zdroj: <http://www.porodnice.cz/poslech-srdecnich-ozev-plodu-0>

Kardiotokografický přístroj:



Zdroj: <http://www.porodnice.cz/poslech-srdecnich-ozev-plodu-0>

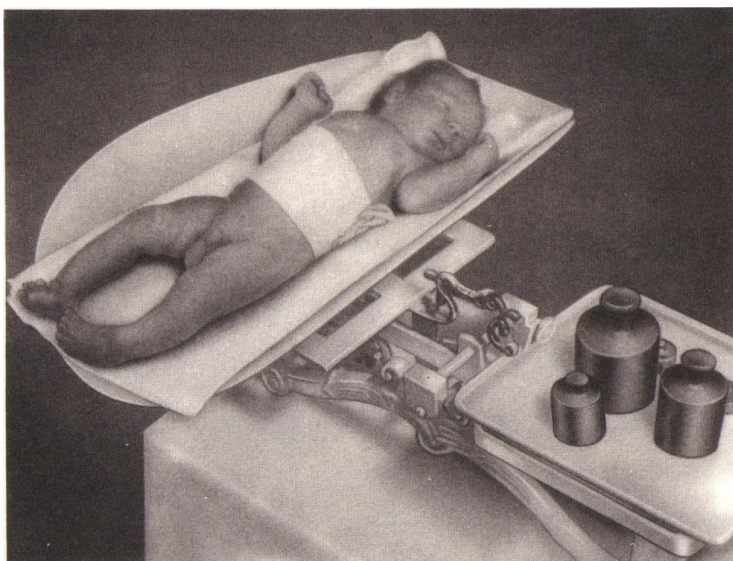
PŘÍLOHA 4 - POROD

Většina dětí narozených mezi 50. a 60. lety se narodila právě takhle:



Zdroj: <http://letsliveforever.net/2008/11/why-we-sabotage-ourselves/>

Ošetření novorozence po porodu v 1. generaci:



Zdroj: KLÍMOVÁ-FÜGNEROVÁ, Mirka. *Naše dítě*. Vydání 12. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1966, 158 s.

Porod v 2. generaci:



Zdroj: <http://zena-in.cz/clanek/porodnice-hruzy>

Ošetření novorozence po porodu ve 2. generaci:



Zdroj: <http://www.sedmicka.cz/tabor/clanek/kojivost-stoupla-o-devadesat-procent-58489>

Moderní porodní sál:



Zdroj: <http://www.upmd.cz/?lang=cz&category=1-4-11-35>

Dnešní bonding:



Zdroj: <http://www.centrumlotos.net/blog/archives/101-Prednaska-Bonding-aneb-proc-mit-od-prvnich-okamziku-detatko-po-porodu-u-sebe.html>

PŘÍLOHA 5 - ODDĚLENÍ ŠESTINEDĚLÍ

Jeden z prvních rooming-in ve světě:



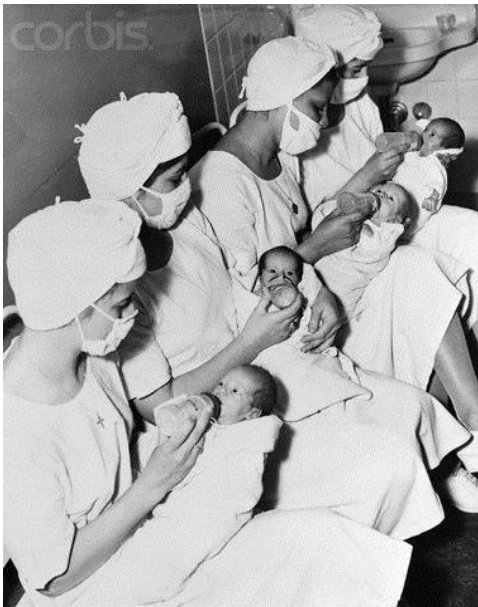
Zdroj: http://www.ynhh.org/about-us/photo_gallery.aspx

Rooming-in z roku 1953:



Zdroj: <http://www.kaiserpermanentehistory.org/tag/painkillers/>

Rutinně podávané lahve glukózy v 1. generaci:



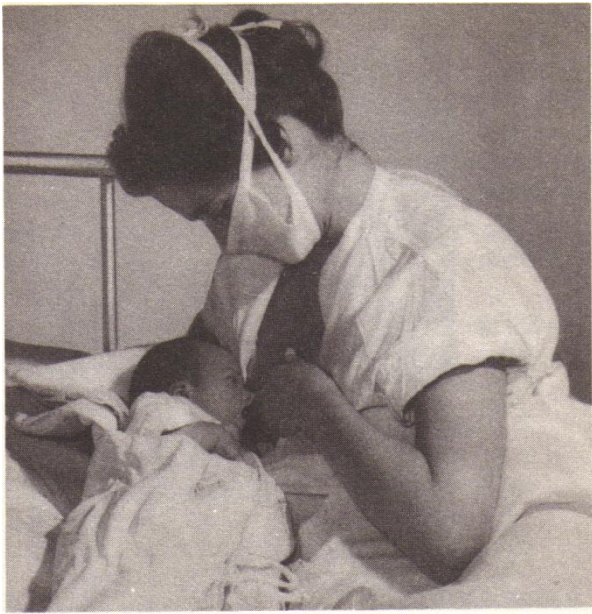
Zdroj: <http://www.microsofttranslator.com/bv.aspx?from=&to=cs&a=http%3A%2F%2Ffarubanbreastfeedingmamas.blogspot.com%2F2009%2F10%2Fintroductory-of-formula-down-fall-of.html>

Nemocniční scéna z roku 1960:



Zdroj: <http://www.microsofttranslator.com/bv.aspx?from=&to=cs&a=http%3A%2F%2Ffarubanbreastfeedingmamas.blogspot.com%2F2009%2F10%2Fintroductory-of-formula-down-fall-of.html>

Kojení vleže s ústenkou v 1. a 2. generaci:



Zdroj: KLÍMOVÁ-FÜGNEROVÁ, Mirka. Naše dítě. Vydání 12. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1966, 158 s.

Obrázek porodnice z 2. generace:



Zdroj:<http://www.sedmicka.cz/pha-a-stredni-cechy/clanek/tatinek-na-sale-v-socialisticke-porodnici-jev-z-rise-snu-74111>

Dnešní pokoj rooming-in:



Zdroj: <http://www.maminka.cz/clanek/tehotenstvi-a-porod/jak-se-rodí-u-apolinare>

PŘÍLOHA 6 - MODERNÍ POMŮCKY K OŠETŘOVÁNÍ DÍTĚTE

Koupací kyblík z 3. generace:



Zdroj: <http://www.baby-eshop.cz/vanicky-a-kybliky/koupaci-kyblik-tummy-tub>

Využití moderního kojícího polštáře:



Zdroj: <http://www.babydracek.com/zbozi/3061--nattou-kojici-polstar-6-v-1-active-play>