

Zuzana Hudáková, Mária Kopáčiková

Příprava na porod

fyzická a psychická profylaxe



Zuzana Hudáková, Mária Kopáčiková

Příprava na porod

fyzická a psychická profylaxe

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

Doc. PhDr. Zuzana Hudáková, PhD.

Doc. PhDr. Mária Kopáčiková, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

PŘÍPRAVA NA POROD fyzická a psychická profylaxe

Recenzentky:

Doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.

Doc. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2017

Cover Design © Grada Publishing, a.s., 2017

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 6567. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Ivana Podmolíková

Sazba a zlom Karel Mikula

Obrázky dodaly autorky.

Počet stran 136

1. vydání, Praha 2017

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

Autorky a nakladatelství děkují Katolické univerzitě v Ružomberku za podporu, která umožnila vydání publikace.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-271-9748-4 (ePub)

ISBN 978-80-271-9747-7 (pdf)

ISBN 978-80-271-0274-7 (print)

Obsah

Předmluva	7
1 Historie babictví a přípravy na porod	9
1.1 Prehistorická doba	9
1.2 Organizace a systém perinatální péče na Slovensku	16
2 Edukační proces	19
2.1 Edukační proces a jeho fáze	20
2.1.1 Fáze edukačního procesu	20
2.2 Edukační metody	21
3 Anatomie ženského reprodukčního systému	22
3.1 Vnější ženské pohlavní orgány	22
3.2 Vnitřní ženské pohlavní orgány	23
3.3 Ženská pánev	23
3.3.1 Spojení pánve	23
3.3.2 Členění pánve	24
3.3.3 Pánevní sklon	24
3.3.4 Pohlavní rozdíly na pánvi	24
3.3.5 Základní roviny ženské pánve	24
3.3.6 Pánevní dno	26
3.4 Prs (mamma)	27
4 Těhotenství	28
4.1 Změny v organismu těhotné ženy	28
4.2 Fyzické, psychické a sociální změny v těhotenství	31
4.3 Uložení plodu na konci těhotenství	32
5 Porod	33
5.1 Klasifikace porodů	33
5.2 Porodní cesty	33
5.3 Porodní síly	34
5.4 Plodová voda	34
5.5 Dýchání při porodu	35
5.5.1 Dýchání v první době porodní	35
5.5.2 Dýchání ve druhé době porodní	36
5.6 Průběh porodu	37
5.6.1 Přípravné období	37
5.6.2 První doba porodní – otevírací doba	38
5.6.3 Druhá doba porodní – vypuzovací doba	38
5.6.4 Třetí doba porodní – doba k lůžku	38
5.6.5 Čtvrtá doba porodní – poporodní doba	39
5.7 Porodnická analgezie	39
5.8 Císařský řez	39

6	Psychofyzická příprava	41
6.1	Pozitivní vliv pohybové aktivity při porodu	41
6.2	Pohyb	42
6.3	Vývoj pohybových aktivit žen v historii	43
6.4	Životospráva a její vliv na těhotenství	43
6.5	Těhotenské změny ovlivnitelné cvičením	44
6.6	Význam pohybové aktivity v těhotenství	45
6.7	Vliv pohybové aktivity na plod v těhotenství	45
6.8	Pohybové aktivity v těhotenství	46
6.8.1	Pohybové aktivity v prvním trimestru	48
6.8.2	Pohybové aktivity ve druhém trimestru	66
6.8.3	Pohybové aktivity ve třetím trimestru	82
7	Šestinedělí	99
7.1	Involuční změny reprodukčních orgánů	99
7.2	Změny v dalších systémech	100
7.3	Laktace	100
7.4	Sexualita ženy po porodu	101
7.5	Pohybové aktivity v šestinedělí a v poporodním období	101
8	Prenatální psychologie	105
8.1	Životní zkušenosti rodičů utvářejí genetické vlastnosti dětí	106
8.2	Emoce – vnímání buněk	107
8.3	Uvědomělé rodičovství	108
	Závěr	111
	Přílohy	112
	Příloha 1: Edukace těhotné ženy – fyzická příprava na porod, vzor dokumentace	112
	Příloha 2: Edukace těhotné ženy – příprava na kojení	116
	Příloha 3: Edukace těhotné ženy – plán edukace těhotné ženy připravující se na porod	122
	Literatura	127
	Vysvětlivky	132
	Rejstřík	133
	Souhrn	135
	Summary	136

Předmluva

Psychoprofylaktická příprava na porod by měla být neodmyslitelnou součástí prenatální péče v gynekologických ambulancích. Jejím záměrem je cílevědomá příprava ženy na změny v organismu během těhotenství, mechanismus porodu, příprava na porod a nedílnou součástí je i zaměření se na problematiku šestinedělí, význam kojení a správnou péči o dítě. Prenatální péče a psychoprofylaktická příprava jsou součástí zdravotní péče o ženu-matku v zemích Evropské unie. Psychoprofylaktická příprava na porod hraje významnou roli v komplexní a efektivní psychofyzické přípravě, která je předpokladem zvládnutí fyziologického těhotenství a porodu.

Cílem psychické přípravy je individuální a vhodně zvolený přístup k rodičce a jejím úkolem je odstranění úzkosti, obav, strachu a navození pozitivního postoje ženy k celému porodu. Podle Dick-Reada je jednou z hlavních příčin bolesti během porodu strach, který je vyvolán nevědomostí a nedostatečným uvědoměním si svého těla. Dick-Read popsal bludný kruh strach–napětí–bolest, podle něhož duševní napětí a úzkost mají za následek aktivaci sympatického nervového systému a tělesného napětí, dochází tak k místní nedokrevnosti tkáně, a tím ke vzniku bolesti. Jeho metoda spočívá v návčivu správného dýchání, relaxace, uvolňovacích cviků a návčivu tlačení, což je zaměřeno na harmonii a uvolnění, aby porod proběhl bez strachu a velkých bolestí.

Cílem fyzické přípravy je změnit zažitá zlozvyky při dodržování správných pozic těla a posílit využívání organismu jako celku, utvořit si pravdivou představu o svém těle úzce spojenou s motorikou, posílit břišní svaly, uvolnit svaly pánevního dna, uvolnit paravertebrální svaly v bederní oblasti, uvolnit celou páteř, posílit prsní svaly a svalstvo trupu a končetin.

Francouzský porodník Fernand Lamaze vypracoval v roce 1956 metodu bezbolestného porodu, kterou lze realizovat pouze tehdy, když žena považuje porod za pozitivní zážitek a umí reagovat na průvodní bolesti určitou dechovou a relaxační technikou. Lamaze považuje za nutnou i přítomnost partnera při porodu. Podstatou jeho metody je vysvětlení smyslu Pavlovových reflexů, pozitivní sugesce, systematická praktická výchova, relaxace svalstva a speciální způsoby dýchání, automasáž, používání lokálních akupresurních bodů a školení partnera i personálu na podporu rodičky. Jelikož cílem je intenzivní a šťastný zážitek z porodu, nevylučuje ani podávání prostředků tišících bolest nebo provedení porodnických zákroků, pokud je to nutné.

Zmíněné přístupy zdůrazňují fyzickou aktivitu při fyziologickém porodu, eliminaci strachu, úzkosti, přičemž mohou být využity relaxační a dechové techniky a podpora přítomností partnera či jiného člena rodiny.

Porodnická asistence je samostatnou specializací v rámci ošetrovatelství s tradicí stejně dlouhou, jako je existence lidstva samého. Dnes je svébytným oborem, který zaznamenal během let neobyčejně dynamický vývoj. Porod je sice fyziologickým dějem, ale bolest, která ho doprovází, je jednou z nejintenzivnějších vůbec, a rizika s ním spojená jak pro matku, tak pro plod jsou věčným tématem pro všechny, kteří jsou na tomto procesu zainteresováni. Dynamický rozvoj metod na ovlivnění průvodních jevů porodu a bolesti nastal zejména poté, co přešlo porodnictví ze sféry péče laické nebo poučené veřejnosti do rukou lékařů.

Institucionalizace porodnictví přinesla některé nepříjemné průvodní jevy, jako jsou technokratický přístup k tomuto zpravidla fyziologickému dění, odosobnění zúčast-

něných lidí i prostředí. Na druhé straně však došlo k významnému snížení frekvence a závažnosti následků porodnických komplikací, a tím i morbidity a mortality rodiček a novorozenců. Dnešní vývoj zabezpečení porodnických oddělení se snaží nejen potlačit negativa, ale navíc nabízí nevídané možnosti sledování těhotné ženy i plodu před a během příchodu na svět.

Aby byl porodnický tým úspěšný, je třeba spolupráce mezi lékaři, porodními asistentkami, pomocným personálem a rodičkou. Tato spolupráce začíná již v ambulantní péči. Cílem je, aby žena přicházela do porodnice připravena nejen po stránce fyzické, ale i psychické, seznámena s prostředím i personálem. Stejně důležitá je spolupráce s partnerem, zejména má-li být přítomen při porodu, a to nejen jako pozorovatel, ale jako jeho aktivní účastník.

Pro účely komplexní přípravy rodičky jsou mnohými porodnickými odděleními organizovány specializované kurzy, v nichž má psychoprofylaxe zajistit dobrou kondiční a psychologicko-teoretickou přípravu rodičky. V dnešní moderní době může ošetřovatelství v porodnictví jako dynamický proces odrážet současný stav znalostí v tomto oboru. Zdrojem informací je nejen literatura a průběžně zveřejňované studie, ale i výstupy z porodnické dokumentace. Poznatky jsou zpracovávány podle principu *Evidence-Based Medicine* (EBM) a výsledky se plynule aplikují do běžné praxe.

1 Historie babictví a přípravy na porod

U zdravé, normálně vyvinuté ženy jsou těhotenství a porod přirozené děje, ale současně představují i zátěž pro organismus. Jde o jedinečný a úžasný zážitek v životě ženy i rodiny. Předpokladem přirozeného průběhu porodu je, aby žena byla psychicky a fyzicky dobře připravená. Příprava těhotných žen k porodu vznikla jako metoda porodnické analgezie. Jejím původním smyslem bylo snížit porodní bolest.

1.1 Prehistorická doba

Historici se shodují, že kdysi ženy neměly až tak bolestivý porod. Ať je toto tvrzení jakkoli pravdivé, faktem je, že těžce pracovaly, žily naturálním způsobem a porodní bolest nemusela být chápána v dnešních souvislostech (Lajtman, 2004, s. 38). Bez pomoci rodí v lese nebo na mořském pobřeží dosud ženy na ostrovech Buru a Seram. Na Tanimbare rodí ženy často vsedě v moři, na Novém Zélandu v křoví u potoka, ve kterém se spolu s dítětem následně umyjí.

Už v primitivních společenstvích existuje snaha o potlačení bolesti při porodu různými magickými úkony. Panoval názor, že bolest způsobují zlí démoni, proti nimž bojují bohové naklonění lidem. Bohyní pro porod v Babylonu byla Ištar a v židovské kultuře Laberta. Během porodu se prováděl rituál odhánění démonů pomocí šamana, který tancoval kolem ohně a sypal sůl k posteli, kde žena rodila, zároveň se kladla klest kolem domu. V křesťanském středověku byl tento zvyk nahrazen modlitbami, jež byly určeny patronkám porodu. Součástí se stalo nošení kultovních pásů, amuletů a medailonů v průběhu porodu. Kdyby porod nebyl spojen s řadou komplikací, neexistovaly by rozsáhlé kultury mateřství a plodnosti, přecházející od prvotní magie reprezentované mladě paleolitickými Venušemi (které mohly být talismany pro zdárný průběh porodu) přes specializované bohyně a bohy plodnosti až po kult mariánský, rozšířený v oblasti křesťanské kultury (Doležal, 2001, s. 13).

I přes určitý pokrok, ke kterému došlo postupným vyčleňováním lékařství od magického světa, se v různých obdobích vývoje používaly při porodu až brutální fyzické metody. Jednou z nich bylo skákání na břicho rodičky. Neméně drastické byly praktiky Apačů, kteří ženu uvázali v podpaží, spustili ji ze stromu a poté se pověsili na fundus dělohy, aby „pomohli“ porodnímu mechanismu. O něco lépe na tom byly ženy na ostrovech Pago Pago, kde rodička klečela a muž, který byl za ní, tlačil patami během kontrakcí do jejích žeber. Využívali tak vlastně tlakovou analgezi, a tím pomáhali porodnímu mechanismu. Ještě i dnes se např. v Tibetu používá mnoho rituálů, které doprovázejí těhotenství a porod vůbec. Rituály mají matce porod ulehčit. Součástí je i otec, který pomáhá. Recituje mantry (druh osvobozujícího posvátného zpěvu) nebo dělá do kousku másla devět vrypů a přitom recituje 108× mantru. Po dovršení tohoto úkonu foukne přes máslo a podává ho ženě k zakousnutí. Obřad napomáhá porodnímu procesu a dodává matce sílu. Když se vyskytnou potíže, může otec požádat o pomoc lámu (tibetský duchovní) a obětovat peníze nebo bílý šál *kata*. Po příchodu na svět zůstává dítě několik dní co nejlíže k matce a otec se stará o domácnost (Marek, 2002, s. 51).

Žena z rodu Aboridžinců rodí sama a porod není pokládán za nebezpečný. Péče v těhotenství a během porodu vyplývá z jedinečnosti lidského bytí. Matka je jen nosi-

telkou a ochránkyní nenarozeného dítěte. Je příbytkem, ve kterém se vyvíjí nový život. Po porodu přivine dítě k sobě a lehnou si společně pod povrch země do vykopané jámy. Aboridžinské ženy své děti dlouho kojí a v prvních 3 letech života jim poskytují maximální pozornost a fyzický kontakt (Marek, 2002).

Významné postavení měly porodní báby u Aztéků, kde je zařadili na úroveň lékařů (do kasty kněží). Babice předpovídaly hodinu porodu, prováděly porodní rituál a po prodělaném porodu masírovaly rodičce břišní krajinu (Schott, 1994, s. 111). Když se blížil porod u aztécké ženy, porodní bába nazývaná *ticitl* se nastěhovala do jejího domu a asistovala jí. Zajímavé byly ceremonie, kdy se zpívalo a dítě se vítalo do společnosti. Také se vyhledával věstec, který se zabýval studiem oblohy a předpověděl dítěti budoucnost. U přírodních národů k přímé fyzické účasti otce u porodu většinou nedochází. V průběhu porodu provádí nastávající otec řadu rituálů (*kuváda*). Tímto obvykle pomáhá muž tlumit bolesti své ženy a přebírá je na sebe. Děje se to zcela obvykle mezi indiánskými kmeny v povodí Amazonky, podle nichž jsou původci každé nemoci zlí duchové vnikající do těla (Stackeová, Böhmová, 2010).

Mayské ženy měly ve zvyku před porodem i po něm absolvovat parní lázeň s léčivými bylinami. Někdy zde i rodily za asistence ranhojičky (*curandera*), která je masírovala a podávala posilující nápoje. Člověk, jemuž byla přestřižena pupeční šňůra v lázni, se měl v dospělosti často vracet a nabízet bohyni parní lázně obětní dary. Je velmi pravděpodobné, že Aztékové prvky parní lázně převzali od Mayů.

Starověk

Písemné památky o medicíně ze starého Egypta jsou skromné. Nejstarší je Kahunský papyrus o gynekologii z roku 1820 před n. l. Obsahuje recepty, předpisy týkající se těhotenství a početí. Často se rodilo v chrámech bohyně Isis, v malých chrámech zrození (*mammisy*). Během porodu žena klečela nebo seděla na vyhřátých kamenech a porodní bába jí dělala masáž, aby proces probíhal s mírnějšími bolestmi. Pro usnadnění průběhu se využívaly i náboženské rituály.

Ve starověké Babylonii nacházíme písemné doklady o existenci pomoci při porodu (Chammurapiho zákoník). Soustředí se na určité rituály a působivé modlitby. Velké dílo o porodech na pětadvaceti deskách se našlo v Ninive, avšak jen velmi málo z nich bylo rozluštno. Porodní asistentka se nazývala „*znalkyň nitra*“, lékař byl označován jako „*znalec léčivé vody*“ (Marek, 2002, s. 63). Ženám při porodu pomáhaly zkušené pomocnice, které měly k dispozici řadu božstev. Svě vědomosti dále předávaly budoucím generacím. V Persii se k tišení bolestí doporučovalo pití vína v průběhu porodního děje.

Starý zákon a *Talmud* přinášejí řadu postřehů o březosti, porodních komplikacích, pohybech plodu, o dvojčatech, hygienických předpisech během menstruace a v šestinedělí. V jednom z rabínských traktátů se uvádí, že ctnostné ženy nepostihl osud Evy, že tedy netrpí porodními bolestmi. Otázka délky porodu byla pro talmudské lékaře důležitá, jelikož při dlouhém porodu mohla být prací pomocníků znesvěcena sobota. Samozřejmě, že nutná pomoc byla v sobotu povolena. Z některých částí *Starého zákona* víme, že starověcí Izraelité měli vlastní instituci pomocnic, jež se staraly o těhotné ženy a pomáhaly jim při porodu.

Tradiční čínská medicína má své kořeny v nábožensko-filozofické koncepci dvou prapřincipů – *jin* (ženský princip) a *jang* (mužský princip) – a s nimi spojené představě o lidském těle. Pokud byl k porodu, který neprobíhal normálně, zavolán lékař, jeho pomoc se omezila pouze na předepsání vnitřních léků proti křečím a bolestem,

k usnadnění porodu, a dokonce i ke zlepšení polohy plodu v děloze. V Číně se běžně používanou metodou stalo polykání, inhalace nebo přikládání obkladů opia. Ženám se doporučovalo, aby se pomalu procházely po místnosti, jakmile nastanou porodní bolesti, čímž se měl plod dostat do polohy hlavičkou dolů. Matka má podle čínských lékařů přenechat odchod na dítěti, protože při napínání sil v době, kdy se dítě obrací, může způsobit nesprávnou změnu polohy plodu (Doležal, 2001, s. 42; Marek, 2002, s. 48).

V antickém Řecku vedly porod porodní báby, které však upouštěly od magických rituálů a důraz kladly na praktickou pomoc. Jejich existence je potvrzena už v nejstarších dobách. Byly to starší ženy, které již byly matkami a měly za sebou reprodukční věk. Děly se na nižší vrstvu (*maiai*), která diagnostikovala těhotenství, a vyšší (*jatromaiiai*), jež mohla používat léčiva a podávat prostředky způsobující potrat. Významnou porodní bábou ve starověkém Řecku byla Aspasia. Žila v 1. st. n. l. a praxi prováděla nejen v Aténách, ale i v Římě. Popsala různé polohy plodu a zkoumala, jak předcházet potratům. Ke zmírnění porodních bolestí doporučila ženám speciální cvičení. Při těžkých porodech aplikovala na rodidla teplé obklady, aby se zvětšila a byla pružnější. K vypuzení placenty doporučila ženám chytit si nos, zavřít ústa a výdechem ji vytlačit ven.

Římané převzali různé léčebné obyčeje od porobených národů, především od Etrusků. Etruskové byli prvními učiteli římského národa, avšak o jejich medicíně víme jen velmi málo. Porodní báby, v Římě nazývané *meretrix*, musely být ženy, které již samy rodily, ale nesměly být v plodném věku. Rozhodovaly, zda vůbec jde o těhotenství, zda se porod blíží, a asistovaly při vybavení dítěte. Lékař byl přizván pouze k obzvláště komplikovanému porodu. V antickém Římě platilo pravidlo *heac ars viros dedecent – „toto umění nepřisluší mužům“*. Pro usnadnění porodu doporučuje Soranus z Efezu (98–138 n. l.) porodní židli, tj. pohodlnou židli s opěrami pro záda a ruce, jejíž sedadlo má půlkruhový výřez. Obtíže při porodu odvozuje od mnoha příčin, zdůrazňuje především celkový zdravotní stav matky a případné abnormality pohlavních orgánů (Repková, 2006, s. 21). V pozdní římské době porodní báby považovaly za nutné rozšiřovat děložní krček a při pevnějším stavu uměle přetrhávat plodové obaly. Jejich pomocnice měly při porodu máchat rodiče břicho.

U Germánů byla pomoc při porodu vzájemnou věcí žen. Pomocnice stlačovaly rodiče břicho nebo ji protahovaly mezerami mezi stromy, při pomalém průběhu používaly vykuřování, léky, amulety a kouzla. Porodní bába často kreslila ochranné runy. Během porodu pobývaly ženy ve zvláštní místnosti, u chudých lidí to byla podzemní jáma přikrytá mrvou. Lůžko tvořila kravská nebo volská kůže pokrytá slámou a vonnými bylinami.

Středověk

Vliv křesťanské ideologie zastavil dosavadní vývoj antické vědy a pochopitelně i medicíny. Pro postavení ženy ve společnosti a pro posuzování porodu se křesťanským argumentem stal dědičný hřích prarodičů Adama a zejména Evy. V knize *Genesis* je napsáno: „*Velmi rozmnožím tvé trápení i bolesti těhotenství, syny budeš rodit v utrpení, budeš dychtit po svém muži, ale on nad tebou bude vládnout*“ (Bible, 2004, s. 26). Po celý středověk pomáhaly rodičkám ženy, které samy porodily a jejichž jediným odborným vzděláním byla osobní zkušenost. Pomoc při porodu byla přenechána úplně nevzdělaným ženám, které raději používaly zaklínací formule a pověřivé prostředky, protože za příčinu průvodních potíží většinou považovaly vliv ďábla, čarodějnic

a zlých kouzel. Teprve později se objevovaly ženy, které si porodnickou pomoc zvolily za své řemeslo, a tak vznikl první typ odborné porodní pomoci (Roztočil a kol., 2001, s. 10). Porod byl společností tabuizován, a péče o ženu se tak dostala do laických rukou. Přesto vznikaly v 15. století různé babické řády, jejichž příslušnice skládaly zkoušku způsobilosti před lékařem. Církevní chápání světa ovšem výrazně zužovalo jejich působnost. Měly dbát na mravnost, hlásit podezření na nemanželské děti a potraty. Jediným povoleným způsobem tlumení porodní bolesti bylo citování Bible, mluvení o křtu a zpovědi (Eliášová, 2000). Až do 18. století byl vstup mužům do místnosti, kde žena rodila a dítě přicházelo na svět, dokonce zakázán, a žena se tak musela spoléhat sama na sebe nebo na pomoc okolí. Lepší byla situace na Arabském poloostrově, kde porodnictví rozvíjeli Abulcasis a Avicena (Gregušová, 1992).

Renesance

Pokrok v porodnictví nebyl zajištěn bábami, stejně jako nebyl uskutečňován samotnými lékaři a ranhojiči, ale byl vnášen z přírodovědných oborů. Zásadní zvrat nastal v renesančním období (15.–17. století), kdy se porodnictví stalo opět součástí medicíny. Porodní báby si také zvyšovaly svoji znalostní úroveň. V tomto období se věnovala velká pozornost jejich výchově a přípravě na povolání. V roce 1513 vyšla tiskem praktická učebnice porodnictví pod názvem *Růžová zahrada pro těhotné a porodní báby*, jejímž autorem je Eucharius Rösslin. Bába měla podle jeho doporučení zjistit pozici dítěte v matčině břiše a pak mu přiměřenými způsoby napomoci, „*aby mohlo pohodlně vyjít*“ (Gregušová a kol., 1992; Schott, 1994).

Louise Bourgeois Boursierová (1563–1636), která absolvovala Paréovu školu pro porodní báby, napsala velmi dobrou knihu *Různé jednání o neplodnosti, ztrátě plodu, plodnosti, porodech a ženských nemocech. Dílo užitečné pro všechny osoby, věnované královně* (1609, Paříž). Byla to prokazatelně první učebnice pro porodní asistentky napsaná ženou. Další autorkou byla Justine Dittrichin Siegemundinová (1650–1705), která v roce 1690 vydala na základě svých pečlivých poznámek knihu *Velmi potřebné poučení o těžkých a nepravdělných porodech*, kde je vyjádřen její názor na babické povolání veršem: „*S Boží pomocí a požehnáním pohybovat šikovnou rukou, na tom je založena veškerá moje činnost*“ (Doležal, 2001, s. 46).

Na přelomu 17. a 18. století se dostávaly rodičky do rukou lékařů a vznikaly první porodnice. Vévodkyně de la Valiereová si v roce 1663 vybrala k porodu šikovného porodníka jménem Julien Clément (1649–1725). Porod se odehrával tajně. Od té doby se mužská pomoc při porodu stávala módou.

Novověk

V tomto období se zvyšoval počet porodů vedených lékaři. Na rozdíl od porodních asistentek lékaři při porodu mohli používat různé nástroje. S rozvojem klinik a nemocnic však narostl problém horečky omladnic. Tuto komplikaci úspěšně vyřešil maďarský porodník Ignác F. Semmelweis v roce 1847, když zavedl povinnou dezinfekci rukou personálu ošetřujícího rodičku (Eliášová, 2008).

Od konce 17. století až do poloviny 18. století se vytvářel ucelený pohled na problematiku porodu. Byla popsána flexe hlavičky, vyšetřování šípového švu a postupně i vnitřní rotace hlavičky. Velkým přínosem se ve 20. století stala ultrazvuková diagnostika, která rozšířila možnosti určení polohy, postavení a pohybů plodu. Vysvětlením teorie mechanismu porodu došlo k pochopení dystokie a vzniku porodních bolestí.

Ve druhé polovině 18. století se objevily první zmínky o nefarmakologické analgezií v podobě hypnózy a relaxace při porodu. Farmakologická analgezie se vyvíjela pozvolna s postupným objevováním účinných léčiv. První porodnická analgezie byla provedena Jamesem Youngem Simpsonem z Edinburghu, který použil éterovou narkózu objevenou Valerie Corpusem. Věděl, že éter není jako anestetikum při porodu nevhodnější, a proto hledal lepší látku, kterou se stal chloroform (poprvé použit v listopadu 1847). Své myšlenky poprvé vyjádřil v roce 1844, tedy 10 let předtím, než se začala používat lokální anestetika. Jako první užil termín lokální anestezie a své neúspěšné pokusy s nejrůznějšími látkami i publikoval.

Ve druhé polovině 19. století se na tlumení porodní bolesti začaly podávat látky a sedativa do žíly a do svalu. Aplikoval se také morfin, který byl používán i přes známé vedlejší účinky na plod a matku. Začátkem 20. století se používal také hioscin, což však brzy skončilo pro velký neklid rodiček.

Rozvoj psychiatrie, objev anestetik, rozvoj hypnózy a další objevy v první polovině 19. století znamenaly pokrok a ovlivnily vznik porodnické analgezie. Všechny medikamentózní přípravky určitým způsobem více či méně ovlivňovaly stav matky a novorozence.

Nemedikamentózní metody ovlivnění bolesti při porodu se začaly rozvíjet jako odpověď na populární a rozšířené medikamentózně vedené porody v první polovině 20. století. Mezi první patřila hypnosuggestivní metoda, jež se využívala ve všech zemích Evropy. Autoři vycházeli z teorie Pavlova, která byla založena na podráždění a útlumu mozkové kůry. Vytvářením dočasných spojů se organismus adaptoval na podněty vnějšího prostředí. Poznatky z druhé fáze paradoxní sugesce o působení podnětů se využívaly při aplikaci psychofyzických metod odstranění bolesti při porodu. Na její základ navazoval vznik dalších metod s cílem využít psychologické, fyzikální a nefarmaceutické prvky v prevenci bolesti při porodu. Význam Pavlovovy koncepce spočíval v zavedení fyziologických, psychologických a metodologických prvků používaných v analgezií i v porodnictví.

Příprava žen k porodu vznikla jako metoda porodnické analgezie. Jejím původním smyslem bylo snížit porodní bolest. Vyvinula se z hypnosuggestivní metody, z pokusů vedení porodu v hypnóze – první zpráva je dokonce již z roku 1833 (tehdy se tomu ještě říkalo magnetismus). Ve větším rozsahu zavedl hypnózu do porodnictví von Oettingen v Heidelbergu. Němečtí autoři inspirovali ve 20. letech 20. století ruské psychiatry Platonova, Nikolajeva a Velvovského, kteří přišli s psychoterapeutickou metodou bezbolestného porodu. Podstatou bylo naučit ženy ignorovat průvodní bolest pomocí soustředění mysli na jiné vjemy těla. Autoři vycházeli z Pavlova učení o podmíněných reflexech, přičemž dospěli k názoru, že bolest nezpůsobuje jen přímé dráždění, ale často už samotná představa o bolesti, tedy že negativní emoce dokážou vyvolat bolestivý vjem. V roce 1924 podali zprávy o hypnosuggestivní analgezií v porodnictví. Jejich tvrzení, např. že bolest při porodu není nutná, slovní sugesce může působit analgeticky, hypnóza není nebezpečná pro matku ani dítě, možnosti využití nepřímé sugesce jsou variabilní, pro používání sugesce při porodu nejsou kontraindikace kromě prokázaných psychopatií a že důležitým faktorem je nepřítomnost strachu a úzkosti, sloužila jako podklad pro psychoprofylaxi.

Autorem metody *Porod bez strachu – relaxační techniky* je britský porodník Grantly Dick-Read, publikoval ji v roce 1933. Proslavila ji kniha *Revelation of Childbirth* (1942). Vycházel z kritiky zasahování lékařů do porodního děje a popsal bludný kruh strach–

napětí–bolest. Podle Reada určité sociální a kulturní faktory u rodiček vyvolávají strach a napětí, které jsou příčinou bolesti při porodu. Read se proto snažil o odstranění těchto stavů a především zdůrazňoval potřebu relaxace. Pro eliminaci strachu doporučoval poučení ženy o průběhu porodu, důslednou přípravu na porod, přítomnost blízké osoby, ovládnutí svalového napětí těla relaxačními technikami a okamžitý kontakt matky s dítětem (Roztočil a kol., 2008, s. 150). Podstatou relaxačních technik je zmírňování porodních bolestí v první době porodní dechovými a uvolňovacími cviky během kontrakce a mimo ni. Jedná se o hluboké břišní dýchání se současným uvolňováním napjatých svalů pomocí uvolňovacích poloh (dřep, poloha na čtyřech) během kontrakce. Důležité je pravidelné, klidné dýchání s postupným uvolňováním svalstva od hlavy až po konečník se sledováním nástupu další kontrakce. Mezi výhody relaxačních technik patří zmírňování bolesti pomocí snížení nitrobřišního tlaku, zajištění dostatečného přísunu kyslíku pro plod a lehčí průběh porodu. Možná rizika relaxačních technik jsou, že při nedostatečném výdechu z nadechnutí vzduchu vzniká hyperventilace (při hlubokém dýchání), napětí v hrudníku a omezená činnost bránice – pocit nedostatku vzduchu, lapavé dýchání, malátnost, nervozita, svalové spasmy (Doležal, 1997, s. 26). V současné době je metoda doplněna využíváním rehabilitačních pomůcek (partobally, ribstole, vaky), pomocí nichž se zajistí odlehčovací poloha.

Myšlenky ruských autorů rozšířil v 50. letech 20. století francouzský porodník Fernand Lamaze (1951). Publikoval knihu *Accouchement sans douleur*, která s porodnickou psychoprofylaxí seznámila západní porodnictví – odtud je dnes obvyklý název Lamazova metoda. Lamaze vychází z učení Pavlova. Cíl přípravy k porodu vidí ve zmírňování strachu z porodu prostřednictvím informací, v nácviku relaxace a rytmického dýchání při každém děložním stahu, „*aby se tak mysl odpoutala od těla*“ (Macků, 1998, s. 143). Tvrdil, že při získávání nových informací a trénování myslí na správné dýchání vzniká v mozkové kůře ohnisko, jež potlačuje negativní emoce, což v konečném důsledku zmírňuje porodní bolesti. Zdůrazňoval přirozenost porodního děje, odmítal farmakologické vedení porodu, které brání plnému prožívání dění a vytvoření vazby matky s dítětem. Jeho základní filozofií bylo, že mysl (*psyché*) může být trénovaná na prevenci (profylaxi) porodní bolesti (psychoprofylaxe). Počátkem 50. let 20. století se metoda rozšířila po světě. Masově byla propagována nejen ve východním bloku, což nepřekvapuje (první česká publikace je již z roku 1950 od prof. Lukáše, přednosta tehdejší II. gynekologicko-porodnické kliniky v Praze, ale hlavní zásluhu na propagaci, rozpracování a rozšíření přípravy měl ředitel Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze doc. Vojta), ale i na Západě.

Lamazův žák Vellay spojil psychoprofylaxi s teoretickými předpoklady psychoanalýzy. Inspiroval se pracemi analytičky Deutschové a zavrhl jakoukoliv porodní medikaci, protože k vytvoření emočního vztahu matky a dítěte je třeba, aby matka přežila porod bez farmakologického ovlivnění (dokonce je to nutné i pro fyzické zdraví matky a dítěte, analgezie a medikace jsou nebezpečné).

Metodu porodu bez násilí vypracoval francouzský porodník Frederik Leboyer (70. léta 20. století). Vycházel z vlastních zkušeností a sledování reakcí novorozenců po příchodu na svět. Podstatou metody je šetrné zacházení s dítětem během celého porodního děje, sledování jeho reakcí po narození a zbavení stresu pomocí odstranění rušivých vlivů prostředí, úpravy prostředí, omezení počtu cizích osob, zajištění přítomnosti blízké osoby, jemné manipulace, pomocí klidného trpělivého chování, eliminací

nepotřebných vyšetření, využitím přirozených metod tlumení bolesti, umožněním výběru polohy při porodu a zajištěním okamžitého kontaktu matka–dítě.

Předností porodu bez násilí je, že poskytuje nový pohled na vedení porodu, poukazuje na lidskou dimenzi děje, na nutnost jeho humanizace, podporuje aktivitu rodičky a žena i dítě mají pozitivní zážitek z příchodu na svět. Nevýhodou porodu bez násilí je nemožnost, aby se uplatnil pokaždé. Při náhlém vzniku patologií je třeba jednat pružně a rychle (Roztočil a kol., 2001, s. 141).

Porod do vody je takový způsob vedení, kde vypuzovací fáze druhé doby probíhá pod úrovní vodní hladiny. Autorem metody je francouzský porodník Michael Odent (80. léta 20. století). Odent působil v provinční nemocnici ve francouzském městečku Pithiviers v období 1962–1985, kdy začal objevovat vliv prostředí, kde žena rodí, na celý proces. Přenesl pointu domácího porodu do nemocnice: Všude vládlo ticho, rodičky měly k dispozici komfortní pokoje bez nemocničního zařízení, bazén s teplou vodou a dokonale vyškolený personál (Odent, 1995). Podle něj nemá dítě ve vodním prostředí bariéru při přechodu do podobného prostředí. Pokud jsou chemoreceptory hrtnu porozeného dítěte ve stálém kontaktu s vodou, je dýchání zastaveno (*diving reflex*). V momentě, kdy se receptory dítěte dostanou do styku se vzduchem, tedy po vynoření hlavičky, se tento reflex již neuplatní (Tomáš, 2000, s. 29). Koncem 70. let 20. století se začal porodní bolesti věnovat kanadský fyziolog Melzack, autor vrátkové teorie bolesti a v té době největší světová autorita v oblasti bolesti vůbec. Studoval také analgetický efekt přípravy těhotných žen. Výsledkem je jiný pohled na profylaxi – nastávající matku je třeba připravit nejen na fyziologický porod, ale i na komplikace či porodnickou operaci. Ukázalo se totiž, že ženy připravené klasickým způsobem vstupují do porodu s nerealistickými představami o tom, co je čeká, a důsledkem jsou i vážné psychologické komplikace, pocity selhání, viny a negativní pocity vůči sobě, porodu či personálu (Kuželová, 2003).

U nás se psychoprofylaxe vycházející z teorie Velvovského masově uplatňovala v 50. letech 20. století. Přecenění jejího významu, očekávání možností pro odstranění bolesti při porodu vedlo ke zklamání z jejího užívání a poklesu zájmu o ni. Ukazuje se, že analgetický účinek je nedostatečný a neuspokojivý. V ČSSR se příprava prováděla stále formálněji, až zůstávala téměř jen číslem ve statistických hlášeních. Rozčarování panovalo však i ve světě (Kuželová, 2003).

Na základě doporučení Vojty, Klimenta a Brucháča docházelo v 70. letech 20. století ke spojování teoretické přípravy s těhotenským tělocvikem.

K novému rozkvětu psychofyzické přípravy došlo v 80. letech 20. století. Ministerstvo zdravotnictví schválilo metodiku vedení psychofyzické přípravy na porod podle Mokrářové a Zlámalové (1989).

Současné prenatalní programy rozšířily své působení ve prospěch matky, dítěte a rodiny. Těhotenství a porod není jen fyziologickou záležitostí, ale je významnou událostí v životě rodiny. Do kurzů jsou zařazeny prvky hypnózy a jógy. Je podporována přítomnost manžela na porodním sále. Myšlenky „přirozeného porodu“ a „psychoprofylaxe“ vznikly jako alternativy k tomu, co bylo chápáno jako přemedikalizované porodnictví, s liberálním používáním léků zmírňujících bolest u operačních porodů (Enkin, 1998, s. 41). Alternativy, které ženě nabídneme, mají být bez výjimky humánní, účinné, bezpečné, zdůvodněné (EBM, EBMid) a přiměřené (Moraučiková, 2013, s. 16).

Úkolem psychofyzické přípravy je přichystat těhotné ženy psychicky i fyzicky na zvládnutí zátěže během těhotenství, naučit je spolupracovat při porodu, zmírnit

bolesti při porodu, seznámit ženy s péčí v šestinedělí a poučit je o ošetřování novorozenců a kojenců.

1.2 Organizace a systém prenatální péče na Slovensku

Koncepce primární zdravotní péče vychází z filozofie zdraví a z holistického pohledu na člověka jako na bio-psycho-sociální bytost, jež funguje v interakci s rodinou, společností a s prostředím v daných socioekonomických a kulturních podmínkách.

Ministerstvo zdravotnictví Slovenské republiky vypracovalo koncepci gynekologie a porodnictví. Zabývá se prevencí a včasnou diagnostikou a léčbou gynekologických onemocnění, fyziologickým a patologickým porodnictvím. Věnuje se fyziologii a patofyziologii reprodukčního systému ženy ve všech věkových obdobích. Náplní oboru je péče o zdravý vývoj ženské populace, diagnostika, léčba, péče o zdravý vývoj plodu, dispenzarizace a rehabilitace, edukace a zdravotní výchova, výzkum a vzdělávání pracovníků. Mezi hlavní úkoly oboru patří i prenatální, intrapartální a postnatální péče během fyziologického, rizikového a patologického těhotenství. Prenatální péče je součástí ambulantní zdravotní péče o ženu a realizuje se v ambulancích ženského lékaře (Koncepce zdravotní péče v oboru porodní asistence, 2006; Pařízek, 2005).

V prenatální ošetrovatelské péči hraje významnou roli komplexní a efektivní psychofyzická příprava, jež je předpokladem zvládnutí fyziologického těhotenství a fyziologického porodu. Současné společenské prostředí, požadavky těhotných žen a individualizované pojetí si vyžádaly změnu v přístupu k těhotným ženám a jejich rodinám, proto moderní prenatální kurzy rozšířily své cíle.

Cíle programů prenatálních kurzů

- Vytvářet nitroděložní vztah s prenatálním dítětem.
- Identifikovat komplikace a redukovat je.
- Využít nefarmakologické techniky k redukci porodních bolestí.
- Využít farmakologickou analgezií k redukci porodních bolestí.
- Snížit poporodní komplikace.
- Připravit na rodičovství (Nolan, Alcock, 1998, s. 20–22).

Širší cíle předporodní přípravy

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

Ženy, jež se věnují fyzické aktivitě, mají v mnohem nižším počtu a rozsahu komplikace typu těhotenských a poporodních depresí. Existují skupiny rodiček, které vyžadují zvláštní pozornost v rámci ošetrovatelského procesu a jsou „zkušební kamenem“ zručností personálu. Jsou to tzv. nespolupracující rodičky, lze je rozdělit do těchto skupin:

- **rodička nezkušená a nepřipravená** – spolupráce je nedostatečná, nebo alespoň nedostatečně pohotová i přes pozitivní snahu; postačuje ale klidná atmosféra a verbální vedení
- **rodička z odlišné kulturní sféry** – často nerozumí personálu, nezná kontaktní řeč, jeví obecně nedůvěru; je potřebný vstřícný, ženský zdravotnický personál, schopný výřečných gest bez ztráty trpělivosti; vhodná je přítomnost blízké přítelkyně, matky, sestry rodičky, která se ale nevměšuje do činnosti zdravotnického personálu; otázku přítomnosti manžela a porodníka-muže je třeba řešit velmi individuálně a se znalostí kulturního, popř. etnického zázemí rodičky i její rodiny

Vhodné je využití podpůrné skupiny, kterou tvoří ženy, jež jsou/byly ve stejné životní situaci, jsou ochotné spolupracovat a podělit se o své zkušenosti, a tak společně prožívat radosti i starosti, což vede k aktivnímu prožívání mateřství (Moraučíková, Moravčíková, 2008). Gravidní žena se naučí přistupovat k těhotenství a porodu jako k fyziologickému procesu. Seznámí se se základními poznatky o porodu, s jeho normálním průběhem a pocitech při něm. Zbavuje se strachu z porodu a aktivně při něm spolupracuje, její chování ve velké míře určuje normální průběh porodu a jeho úspěšné ukončení. Správná psychoprofylaxe zohledňuje i prevenci. Těhotné ženy se seznamují se správnou životosprávou, oblékáním, postupným zvyšováním hmotnosti, škodlivostí nadměrného hmotnostního přírůstku. Psychofyzickou přípravou a správným poučením lze někdy předejít různým komplikacím v průběhu těhotenství, během porodu a v šestinedělí. Zaměřuje se i na problémy poporodního období. Současně se těhotná žena seznámí i s péčí o dítě, přípravou na kojení a s významem přirozené výživy dítěte.

Obsah prenatálních kurzů

- správné zdravotní návyky
- zvládnání stresu a snižování úzkosti
- nacvičování nefarmakologických technik zmírnění bolesti, relaxačních a dýchacích technik
- poskytování základních informací o známkách začínajícího porodu
- posilování sebevědomí
- posilování přípravy a pomoci podpůrných osob
- zvyšování sebedůvěry rodičovského páru
- zvládnutí úspěšného kojení
- úspěšná poporodní adaptace
- schopnost postarat se o dítě v domácím prostředí

Paralelně s jednotlivými vyšetřeními v prenatální poradně probíhají pro těhotné ženy kurzy psychoprolaktické přípravy. S psychofyzickou přípravou k porodu, specifickou formou edukace, je vhodné začít od 3.–4. měsíce těhotenství 50minutovým cvičením (Mokráňová, 1992). Začínat v 7.–8. měsíci gravidity nemusí být natolik efektivní. Ve vyšším stupni těhotenství se ženy hůře naučí zvládnout techniku dýchání a úkony pro jednotlivé doby porodní. V jednom kurzu má být 5, max. 6 žen. Základem úspěchu je individuální přístup ke každé těhotné ženě. Při větším počtu účastnic není možný seriózní, a s tím související dobrý osobní kontakt vedoucí kroužku s každou nastávající maminkou. Při vedení kurzu se vyžadují od porodní asistentky vysoké odborné znalosti ze všech oborů.

Systematická příprava těhotných žen napomáhá zkrácení doby porodu, udržení dobrého psychického stavu žen a snížení procenta předčasných porodů. Výrazně zmenší výskyt tromboflebitid, bolestí v kříži a edémů dolních končetin a mnohem více zlepší peristaltiku střev (Leifer, 2004; Enkin et al., 1998). Teoretická část (přednášky) a praktická část (cvičení) se musí prolínat a vhodně doplňovat. V současnosti se realizuje až ve druhé polovině, resp. ke konci těhotenství v 6 lekcích a obsah je variabilní.

2 Edukační proces

Významnou součástí psychoprophylaktické přípravy je edukace, která vychází z cílů psychoprophylaktické přípravy. Jde o poskytování informací a zvyšování znalostní úrovně žen směřující k úspěšnému zvládnutí těhotenství, porodu, šestinedělí a rodičovství. Z takové koncepce vycházejí i základní edukační rámce. Úkolem tohoto specifického edukačního programu je nejen poskytovat informace, ale zajistit i osvojení dovedností a návyků, jež mají vést k bezpečnému mateřství. Vyžaduje respektování požadavků:

- neurofyziologických – obnova normální interakce mezi mozkovou kůrou a podkorovým centrem prostřednictvím koordinace všech oblastí, redukce negativních emocí (strach)
- v psychické oblasti – edukační působení v oblasti životosprávy, režimových opatření, změn v těhotenství, specifické postupy pro zvládnání porodu, způsoby tlumení bolesti, alternativní metody, průběh šestinedělí a hygiena, kojení
- ve fyzické oblasti – rozvíjet fyzickou kondici ženy, aby zvládla zátěž těhotenství, porod i šestinedělí

Porodní asistentka musí pružně reagovat na faktory, které ji mohou ovlivňovat, zvážit výběr metod, pomůcek a výskyt překážek v učení. Zvolit optimální čas na edukaci, vysvětlovat jasně a zřetelně. Brát v úvahu při výběru prostředí faktory, které mohou působit negativně na proces edukace. Skupinová edukace umožňuje těhotným ženám učit se jedna od druhé, dává jim možnost vyměňovat si navzájem své znalosti a zkušenosti.

Edukace (český ekvivalent angl. *education* – vzdělávání, lat. *educō, educar* – vychovávat) je cílevědomý, záměrný a plánovaný proces. Podle Průchy (1997, 2002) „*edukační procesy jsou všechny takové činnosti lidí, při kterých dochází k učení na straně nějakého subjektu, kterému je exponován jiným subjektem přímo nebo zprostředkovaně (textem, technickým zařízením, atd.) nějaký druh informace*“. Edukace v sobě zahrnuje dva nezávislé procesy, vzdělávání a učení, výchovu.

V ošetrovatelství a porodní asistenci je edukace chápána především jako výchova ke zdraví. Výchova ke zdraví je založena na podpoře pozitivních a odstraňování negativních prvků ze života jedince, z tohoto aspektu je edukace velmi důležitou součástí ošetrovatelské péče v porodní asistenci.

Edukace se realizuje jako ošetrovatelská péče metodou edukačního procesu. Obsahuje v sobě oblast:

- kognitivní (změna myšlení, poznání, porozumění)
- afektivní (emoce, postoje, hodnoty)
- behaviorální, psychomotorickou (dovednosti)

Podle Závodné (2005) je edukační proces definován jako určitá forma předávání konkrétních informací, která probíhá v daném prostředí mezi sestrou a ženou, případně její rodinou. Edukační prostředí je přizpůsobeno pro potřeby cílové skupiny těhotných žen, aby se dosáhlo zvýšení efektivity edukačního procesu.

Edukační proces, stejně jako ošetrovatelský proces, zahrnuje kroky:

- získání dat, analýza schopnosti učit se a nedostatku znalostí
- stanovení vzdělanostní diagnózy a cílů edukace
- příprava plánu edukace

- realizace edukace
- analýza a hodnocení znalostí, postojů, dovedností těhotné ženy a efektivnosti edukačního plánu (Závodná, 2000)

2.1 Edukační proces a jeho fáze

- **Projektování** – přípravná fáze, porodní asistentka zjišťuje důvody pro edukaci, postoj těhotné ženy k vlastnímu zdraví, úroveň jejích znalostí a schopnost učit se. Analyzuje podmínky, jež ovlivňují proces vzdělávání, a reakci těhotné ženy na edukaci.
- **Realizace** – začíná se motivační složkou – vysvětlením důležitosti edukace a osvojením cílů samotnou těhotnou ženou. Expozice, fixace, aplikace probírané problematiky zahrnují praktické využití metod edukace.
- **Hodnocení** – cílem je zjišťování a posuzování stavu dosaženého edukačním procesem. Vyhodnocují se krátkodobé cíle a dlouhodobé záměry. Splnění cíle je kritériem hodnocení (Závodná, 2005).
- **Posuzování** v edukaci – zahrnuje rozpoznání potřeb těhotné ženy v kategorii rozsahu nedostatku znalostí a dovedností. Porodní asistentka při posuzování zjišťuje faktory, které ovlivňují edukaci:
 - **pohotovost** těhotné ženy: ochota učit se vyjádřená jejím chováním; důležitou roli v ovlivňování hraje zkušenost těhotné ženy s problematikou
 - **motivace**: vyjádření touhy těhotné ženy něco se naučit a řešit problém
 - **sociálně-ekonomické faktory**: prostředí těhotné ženy ovlivňuje její chování a ochotu učit se
 - **styl učení**: závislý na vnímání, myšlení, usuzování a vůli gravidní ženy
 - **věk**: ovlivňuje přizpůsobivost těhotné ženy k edukaci
 - **postoj těhotné ženy k vlastnímu zdraví**
 - **vzdělání**: má vliv na vhodnost zvolené metody edukace

Porodní asistentka při posuzování dále zjišťuje i překážky v edukaci gravidní ženy:

- fyziologické (bolest, slabost, poruchy smyslů)
- úzkost, strach
- kulturní (neznalost jazyka, kulturní odlišnost, jiný hodnotový systém)

2.1.1 Fáze edukačního procesu

- **Diagnostika** – všechny diagnózy, které si v edukaci porodní asistentka stanovuje ve vztahu k potřebám těhotné ženy něco se naučit, patří do kategorie nedostatku znalostí. Důležité je, aby porodní asistentka specifikovala znalosti, jež nastávající mamince chybí.
- **Plánování** – je důležitou součástí edukačního procesu. Úspěch edukace závisí na vhodně postavených cílech a motivaci těhotné ženy, jejího partnera a rodiny. Podle Bloomovy taxonomie dělíme oblasti učení na oblast afektivní, kognitivní a behaviorální (psychomotorickou), podle čehož stanovujeme i cíle edukace.

Cíle edukace ženy

- **afektivní**: citové, zaměřené na emoce, postoje, hodnoty, názory, přesvědčení, resp. na jejich změnu