



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Porod očima prvorodičky

Vypracovala: Machová Eliška  
Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová  
České Budějovice 2015

## Abstrakt

Bakalářská práce pojednává o průběhu porodu prvorodiček a péči porodních asistentek během celého porodu. Porod je děj, v jehož průběhu porodními cestami prochází plod za pomoci působení porodních sil. Porod plodu dělíme na tři doby porodní a dobu poporodní, která se někdy nazývá jako IV. doba porodní. První dobu porodní nazýváme otevírací, druhou porodní dobou rozumíme dobu vypuzovací a třetí doba porodní je porod lůžka a porodních blan. Bakalářská práce popisuje jednotlivé doby porodní a péči porodní asistentky během všech fází porodu.

Zabývá se také kurzy předporodní přípravy, alternativními metodami v porodnictví, doprovodem u porodu, porodními bolestmi, metodami tlumení porodních bolestí a porodními poraněními.

Výzkumná část bakalářské práce je zaměřena na představy prvorodiček o průběhu svého porodu a jak se tyto jejich představy lišily od skutečnosti.

Před vypracováním bakalářské práce byly stanoveny dva hlavní cíle. Jedním z nich bylo zjistit, jak si prvorodičky představují svůj porod. Druhým cílem bylo zjistit, jak se lišily představy prvorodiček o průběhu porodu od skutečnosti. Ke zjištění stanovených cílů byly zvoleny tři výzkumné otázky: Jak se prvorodičky připravují na blížící se porod? Jaké jsou představy a vize prvorodiček o porodu? Jak vnímaly prvorodičky svůj porod?

Ke zpracování výzkumné části bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Pro sběr dat byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru. Tyto rozhovory byly poté zpracovány metodou obsahové analýzy. Výzkumným souborem byly ženy prvorodičky před porodem a následně po porodu. Pro kvalitativní výzkum bylo vybráno 5 žen – prvorodiček. Rozhovory se ženami byly uskutečněny v rozmezí březen - duben 2015. Rozhovor byl dobrovolný a zcela anonymní. Všechny respondentky souhlasily s poskytnutím rozhovoru a s využitím výsledků rozhovorů pouze pro účely bakalářské práce na téma „Porod očima prvorodičky“. Informované souhlasy byly získány pouze ústně. Získané informace od jednotlivých respondentek byly nejprve zaznamenávány audiotechnikou a následně doslovně přepsány do písemné formy. Tyto výpovědi jsou

v textu označeny kurzívou. Získaná data byla analyzována metodou kódování v ruce, neboli formou „tužka – papír“. Rozhovor byl složen z osmi předem připravených otázek před porodem a devíti otázek po porodu. První otázka byla identifikační, týkající se věku respondentek, rodinného stavu, nejvyššího dosaženého vzdělání a zaměstnání před mateřskou dovolenou. Otázky před porodem byly směřovány k přípravě ženy na porod, k představám o porodu, k doprovodu během porodu, k výběru porodnice, k pocitům ženy, k vnímání porodních bolestí a k jejich metodám tlumení. Otázky po porodu se týkaly průběhu porodu, zjištění jak se lišily představy žen o porodu od skutečnosti, kdo ženu doprovázel u porodu a v čem jí přítomnost doprovodu pomohla, vnímání bolestí, přístup a jednání zdravotnického personálu a působení prostředí při porodu. Výsledky výzkumu byly uspořádány do dvou hlavních kategorií, a to Před porodem a Po porodu, které se dále dělily na podkategorie (Předporodní příprava, Představy o průběhu porodu, Doprovod k porodu, Kritéria při výběru porodnice, Pocity z porodu, Představa porodních bolestí, Metody tlumení porodních bolestí, Průběh porodu, Představy vs. skutečnost, Využití předporodních kurzů, Výhody doprovodu u porodu, Vnímání porodních bolestí, Využití metody tlumení porodních bolestí, Prostedí nemocnice a Přístup porodních asistentek k rodičkám).

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že většina respondentek zjišťovala informace o porodu na internetových stránkách. Dalším přínosným zdrojem jim byly předporodní kurzy, knihy o těhotenství a porodu i rady od gynekologa a kamarádek, které již rodily.

Mezi nejčastější představy o porodu patří hladký a rychlý průběh porodu bez komplikací a narození zdravého novorozence. Dále si ženy představovaly porodit spontánně, bez nástřihu hráze a v klidném prostředí v blízkosti svého partnera nebo manžela a příjemného zdravotnického personálu. Jako metodu tlumení bolesti ženy nejvíce uváděly využití epidurální analgezie a užívání teplé sprchy v kombinaci s gymnastickým míčem.

Všechny ženy porodily spontánně bez vážnějších komplikací. Porod vnímaly jako krásný, emotivní zážitek, ale zároveň ho vnímaly velmi bolestivě. Při otázce, jak se

lišily jejich představy o porodu od skutečnosti, ženy nejčastěji uváděly bolest, jejíž intenzita je překvapila.

Tato bakalářská práce může sloužit jako informační materiál pro těhotné ženy, které se aktivně připravují na blížící se porod. Využit ji ale rovněž mohou budoucí porodní asistentky, které se na toto povolání připravují, případně doly a další osoby účastnící se porodu. Dalším využitím může být publikace do odborných časopisů.

### **Klíčová slova**

Porod

Prvorodička

Porodní asistentka

Ošetřovatelská péče

Bolest

## **Abstract**

This bachelor thesis deals with the course of the childbirth of primipara and with the care of midwives during the whole childbirth. The childbirth is a process in which course the fetus travels through the birth canals with the help of birth forces. The birth of fetus consists of three birth stages and one post birth stage, sometimes called fourth birth stage. The first birth stage is called early/quiescent/latent phase, the second stage is called pushing/fetal expulsion phase and the third stage is the delivery and expulsion of the placenta. This bachelor thesis describes particular stages of the childbirth and the care of midwife during all stages of the childbirth.

Bachelor thesis deals also with the courses of the prebirth training and with the alternative methods in obstetrics, accompaniment at childbirth, parturition and methods of its appeasement and birth's injury.

The research part of bachelor thesis is oriented on how primiparas have been thinking about their childbirth and how these conceptions differed from the reality thereafter.

Two main objectives has been stipulated for this bachelor thesis. The first objective was to find out, how the primiparas concept their childbirth. The second objective was to find out how the conceptions of primiparas about their childbirth course differed from the reality then.

To achieve and to discover the stipulated objectives three research questions has been chosen : How the primiparas prepare themselves for upcoming childbirth? Which conceptions and visions have primiparas about their childbirth? How primiparas perceived their childbirth then?

To elaborate the research part of the bachelor thesis the method of qualitative research has been chosen.

For the data collection the technique of semistructured interview has been used. The interviews have been processed with using the method of content analysis. The research panel, were primiparas before and after the childbirth. The size of the panel for qualitative research was 5 women – primiparars. The interviews with women were

conducted between March – April 2015. The interview was fully voluntary and anonymous. All the respondents agreed with the interview and with using the results of interview only for the purpose the bachelor thesis : Giving birth through the eyes of primiparas. Approvals from primiparas have been given in verbal way only. The informations/interviews from particular respondents have been recorded in audio mode first , lately transformed in to written standard form. The interviews are marked in the text with italics font. The data obtained have been analyzed in the manual way with the method pencil - paper . The each interview consisted from eight questions to be asked before childbirth and nine questions to be asked after the childbirth. The first question was the identifying one regarding the age of the respondent, family status, education achieved and the job position before maternity leave. The questions asked before childbirth were oriented to the following topics: preparation for the childbirth, conceptions about childbirth, accompaniment during the childbirth, choice of obstetrician, general women's feeling regarding upcoming childbirth , perception of parturition and methods of their appeasement. The questions to be asked after the childbirth covered the following topics : the course of childbirth,how the conceptions of women differed from the reality of childbirth, who accompanied woman at childbirth, how this companion was helpful, perception of parturition, attitude and dealing of health service staff and the general influence of the enviroment when having the childbirth.

The results of the research were split in to two main sections – before the childbirth and after the childbirth , both are further split into subsections (Prebirth training, Conceptions about the course of childbirth , Accompaniment to the childbirth, Criteria for the maternity hospital selection, Feelings from the childbirth, Conception of parturition, Methods of parturition's appeasement, Course of childbirth, Conceptions versus Reality, Use of prebirth courses, Advantages of accompaniment at childbirth, Perception of parturition, Methods used for parturition's appeasement, Hospital's enviroment, Attitude of midwives to primiparas).

The results of research showed that the most of primiparas tried to find out the informations about childbirth on the internet. The other useful source of informations

were the prebirth courses, the books about gravidity and childbirth, professional advices from the gynaecologist and advices from the friends who already had childbirth before.

Among the most often conceptions regarding upcoming childbirth could be counted conception of smooth and fast course of childbirth without any complications and the birth of healthy neonate. Other conceptions women mentioned were – spontaneous childbirth without surgery in perineum area, childbirth in peaceful atmosphere being accompanied by their partners or husbands and in the environment of pleasant health service staff. As the methods used for parturition appeasement has been mentioned mainly the use of epidural analgesia and using of warm shower in the combination with gymnastic ball.

The childbirths of all the women in the research group ran in spontaneous way without any serious complications. All the women perceived the childbirth as a beautiful and emotional experience but very painful also in the same time . When being asked what was the main variation between their conception of childbirth in the comparison with the reality the women mainly mentioned the pain, which intensity surprised them.

This bachelor thesis could be used as a source of informations for pregnant women, who are preparing themselves in a active way for the upcoming childbirth. It could be used for the future midwives, who are preparing themselves for this profession, possibly for doulas or some other persons attending the childbirth. The other way of utilization of these bachelor thesis could be the publication in professional magazines.

**Key words :**

The childbirth

The primipara

The midwife

The medical attendance

The pain

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne (datum)

.....

(jméno a příjmení)



## **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat především PhDr. Drahomíře Filausové za odborné vedení mé bakalářské práce, za cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích.

Děkuji také respondentkám, za ochotu při poskytování rozhovorů.

# Obsah

|   |           |
|---|-----------|
| Úvod.....   | 13        |
| <b>1 SOUČASNÝ STAV .....</b>                                  | <b>14</b> |
| 1.1 Definice porodu a jeho klasifikace.....                   | 14        |
| 1.2 Úloha PA při příjmu rodičky na porodní sál .....          | 16        |
| 1.2.1 Porodní plán.....                                       | 17        |
| 1.3 I. doba porodní a úloha PA v péči o rodičku .....         | 18        |
| 1.3.1 Dýchání.....  | 19        |
| 1.4 Úloha PA v péči o rodičku ve II. době porodní .....       | 20        |
| 1.5 III. a IV. doba porodní a úloha PA v péči o rodičku ..... | 22        |
| 1.6 Kurzy předporodní přípravy .....                          | 23        |
| 1.7 Alternativní porodnictví .....                            | 24        |
| 1.8 Přítomnost blízké osoby u porodu .....                    | 25        |
| 1.9 Tlumení porodních bolestí.....                            | 27        |
| 1.9.1 Zajištění komfortu rodičky během porodu .....           | 28        |
| 1.9.2 Nefarmakologické tlumení porodních bolestí .....        | 29        |
| 1.9.3 Farmakologické tlumení porodních bolestí .....          | 31        |
| 1.10 Porodní poranění .....                                   | 33        |
| 1.10.1 Možnosti prevence poranění hráze .....                 | 34        |
| <b>2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....</b>                   | <b>35</b> |
| 2.1 Cíle práce .....  | 35        |
| 2.2 Výzkumné otázky.....                                      | 35        |
| <b>3 METODIKA.....</b>  | <b>36</b> |
| 3.1 Metodika výzkumné práce.....                              | 36        |
| 3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....                  | 36        |
| <b>4 VÝSLEDKY VÝZKUMU .....</b>                               | <b>38</b> |
| <b>5 DISKUZE .....</b>  | <b>50</b> |

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>6</b> | <b>ZÁVĚR .....</b>                     | <b>57</b> |
| <b>7</b> | <b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b> | <b>59</b> |
| <b>8</b> | <b>PŘÍLOHY.....</b>                    | <b>62</b> |

## **Seznam použitých zkratk**

PA – porodní asistentka

CTG - kardiokograf

VAS – vizuální analogová škála

i.v. – intravenózně

per os – perorálně

FF – fyziologické funkce

TK – krevní tlak

P – pulz

TT – tělesná teplota

## Úvod

„Porodem se nerodí jen dítě. Porodem se zrodí také žena, matka, která objeví své schopnosti a pozná svou vnitřní sílu“.

(B. K. Rothman)

Porod je významná událost v životě každé ženy. Je jedinečnou událostí pro dítě přicházející na svět i pro matku, která dává dítěti život. Na tuto událost se většina žen těší, ale s blížícím se termínem porodu se u nastávajících maminek množí obavy z porodu a bolestí, které s ním souvisejí. Strach u prvorodiček způsobuje představa, že je čeká něco neznámého. Porod je pro ně velká neznámá a proto se mnohdy jejich představy liší od skutečnosti.

Během absolvování studijní praxe na porodním sále v Českých Budějovicích jsem se setkávala se ženami před porodem a měla možnost v jejich projevech vidět strach a obavy z blížícího se porodu. Většinu žen doprovázel strach z neznáma, porodních bolestí nebo možných komplikací. Zároveň měly obavy o své zdraví a hlavně o zdraví svého dítěte. Z tohoto důvodu jsem si za téma své bakalářské práce zvolila „Porod očima prvorodiček.“ Zajímalo mě, jaké mají ženy (prvorodičky) představy o porodu a následně jak se jejich představy lišily od skutečnosti. Toto jsem si stanovila jako hlavní cíl bakalářské práce. Také bych chtěla znát, jak se ženy na porod připravují, kdo je bude během porodu doprovázet a následně v čem ženě doprovod pomohl. Jak si představovaly porodní bolesti před porodem i po porodu, jaké metody tlumení porodních bolestí ženy chtěly využít a následně využily.

# 1 SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Definice porodu a jeho klasifikace

„Porod je děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce (plod, placenta, pupečník, plodová voda, plodové obaly) porozením z organismu matky (Roztočil, 2008; s. 109)“.

Podle zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který nabyl platnost od 1. 4. 2012, se porodem rozumí ukončení těhotenství narozením živého nebo mrtvého dítěte. Za narození živého dítěte se považuje úplné vypuzení nebo vynětí plodu z těla matčina, bez ohledu na délku trvání těhotenství, jestliže plod po narození projevuje alespoň jednu ze známek života, kterými jsou dech, akce srdeční, pulzace pupečnicku nebo aktivní pohyb kosterního svalstva, ať už pupečník byl či nebyl přerušen nebo placenta připojena (MZČR, 2012).

„Mrtvě narozeným dítětem se rozumí plod narozený bez veškerých známek života, jehož hmotnost je 500 g a více, nelze-li porodní hmotnost určit, narozený po 22. týdnu těhotenství, nebo nelze-li délku těhotenství určit, nejméně 25 cm dlouhý, a to od temene hlavy k patě (MZCR, 2012)“.

U vícečetného těhotenství rozhoduje o klasifikaci stav a hmotnost většího či největšího plodu. Porod podle ukončeného těhotenství pak klasifikuje ve své knize Roztočil na předčasný porod, kdy k porodu dojde před ukončeným 37. týdnem těhotenství. Na porod v termínu, což je porod v 38. až 40. týdnu těhotenství. Potermínový porod, ke kterému dojde po ukončeném 40. až 42. týdnu těhotenství a patologické přenášení, kdy jde o porod po 42. týdnu těhotenství (Roztočil, 2008).

Podle průběhu klasifikujeme porod na samovolný (spontánní), indukovaný, medikamentózní, operativní, fyziologický a patologický porod. Samovolným (spontánním) porodem označujeme ten, který nastoupil na základě přirozených pochodů organismu ženy a probíhal bez zásahů porodníka. Spouštěcí mechanismy spontánního porodu jsou multifaktoriální, ale nejsou zcela objasněny. Faktory vyvolávající spuštění děložní činnosti jsou progesteron, oxytocin, estrogeny, fetální kortizol, prostaglandiny a distenze děložní stěny. Závisí také na zesílení aktivity myometria a zároveň na změnách v tkáních hrdla děložního, které usnadňují jeho dilataci. Oba tyto pochody probíhají synchronizovaně a vedou k přechodu z těhotenství do porodu (Roztočil,

2008). Pokud se porod vyvolá záměrně, většinou podáním léků vyvolávající děložní stahy, mluvíme o indukovaném porodu. Medikamentózním porodem rozumíme porod, při kterém jsou po spontánním nastoupení porodní činnosti ženě aplikovány léčebné prostředky na zmírnění bolesti či koordinaci děložní činnosti. Operativním porodem označujeme ukončení těhotenství či urychlení porodu vaginální cestou nebo abdominální operací, mezi které patří např. klešťové porody nebo porody pomocí vakuumextrakce. Důvody k operativnímu porodu jsou ohrožení života či zdraví matky, plodu nebo obou. Mezi operativní porody patří i ty, kdy byla vykonána porodnická operace ve III. době porodní jako je např. manuální lýze placenty nebo RCUI neboli instrumentální revize dutiny děložní. V současné době se můžeme setkat s rostoucí nedůvěrou a strachem z přirozených porodů a ženy se čím dál častěji snaží přivést své dítě na svět operativním porodem, nejčastěji císařským řezem z jiné než medicínské indikace. Mezi důvody patří například strach z bolesti, obava z poškození plodu vstupem porodními cestami nebo změny anatomie zevních rodidel, a tak narušení sexuálního života. Pro přirozený vaginální porod hovoří mnoho argumentů. Patří mezi ně rychlejší a méně bolestivá rekonvalescence ženy v šestinedělí, menší riziko tromboembolické nemoci, infekce, větší krevní ztráty a absence viditelné jizvy v podbřišku. Navíc přirozený porod je prospěšný i pro zdravého a donošeného novorozence. Prostup porodními cestami má příznivý vliv na imunitní systém a dozrání plicní tkáň dítěte. Oproti tomu u s.c. je jednou z výhod možnost naplánování porodu na daný den, nižší riziko porodního poranění a zároveň i nižší riziko poškození dítěte nesprávným průchodem porodními cestami (Roztočil, 2008; Vysloužil, 2011).

Pokud porod probíhá působením přirozených porodních mechanismů bez zásahu porodníků, nazýváme ho porodem fyziologickým. V opačném případě, kdy při porodu dochází k rozvoji porodnické patologie, porod označujeme jako patologický (Roztočil, 2008).

Proces porodu obsahuje vzájemně provázané součásti. Jsou to porodní cesty, porodní síly a porodní objekt, tedy plod. Plod v průběhu porodu prochází porodními cestami. Dělíme je na tvrdé a měkké. Tvrdé porodní cesty tvoří kostěná pánev, která je přizpůsobena průchodu plodu porodním kanálem. Měkké porodní cesty pak tvoří dolní děložní segment, hrdlo, pochva, zevní rodidla a pánevní dno. Mezi porodní síly řadíme stahy děložní dutiny, které jsou nezávislé na vůli, stahy svaloviny břišní stěny a bránice – tzv. břišní lis a stahy dělohy neboli kontrakce. Plod se nejčastěji rodí v poloze podélné hlavičkou. Velikost hlavičky je tedy podmiňující pro průchod plodu porodními cestami.

Pokud projde hlavička porodními cestami, je pravděpodobné, že projdou i ostatní části těla. Výjimkou mohou být vzácné případy dystokie ramének plodu. Znamky blížícího se porodu jsou u prvorodiček patrné během posledního měsíce těhotenství a u vícerodiček těsně před začátkem porodu. Těmito znaky rozumíme dolores praesagientes neboli poslíčky, které se objevují v průběhu týdne před nástupem porodní činnosti. To znamená, že stahy dělohy jsou pravidelné, krátké, ale zatím nevedou k dilataci a zániku děložního hrdla. Zpravidla jsou provázeny mírnými bolestmi v podbříšku nebo dolní části zad. Doba trvání poslíčků i jejich intenzita jsou individuální. PA musí umět posoudit kvalitu kontrakcí a rozpoznat, zda se jedná o poslíčky či o „pravé“ kontrakce. Stah dělohy, který vede k rozevření a zániku hrdla děložního, trvá alespoň minutu. V období poslíčků děloha tzv. trénuje na porod. Některé ženy mohou tyto děložní stahy vnímat bolestivěji a splést si je tak se samotným začátkem porodu (Štomerová a kol., 2010).

Dalšími znaky je zvýšená dráždivost dělohy asi měsíc před porodem, zmenšení objemu břicha, následkem úbytku plodové vody, nepřibývání na váze poslední měsíc těhotenství a změny způsobené vstoupením hlavičky do roviny pánevního vchodu. Mezi tyto změny patří pokles děložního fundu o 2- 3 cm pod processus xiphoideus, což je typické u prvorodiček a pocit nucení na močení způsobený tlakem na močový měchýř. Posledním a neméně důležitým znakem přípravného období je odloučení cervikální hlenové zátky, k čemuž dochází několik dní před začátkem porodu (Eliášová, 2008; Roztočil, 2008).

Porod plodu dělíme na tři doby porodní a dobu poporodní, která se někdy nazývá jako IV. doba porodní. První dobu porodní nazýváme otevírací, druhou porodní dobou rozumíme dobu vypuzovací a třetí doba porodní je porod lůžka a porodních blan. (Roztočil, 2008).

## **1.2 Úloha PA při příjmu rodičky na porodní sál**

Ženy mohou na porodní sál přicházet při známkách počínajícího porodu nebo při výskytu známek, které signalizují vznik možné patologie (Roztočil, 2008).

Porodní asistentka ženu na porodním sále přivítá, představí se jí a zjistí důvod příchodu na porodní sál. Poté provede administrativní příjem, což zaznamená identifikační údaje ženy, údaje z těhotenské průkazky a sepíše veškeré anamnézy. Při



podezření na spontánní odtok plodové vody, provede PA zkoušku Temešvaryho roztokem. Zkontroluje moč indikačním papírkem na bílkovinu, cukr a hnis. Součástí příjmu je také změření výšky rodičky, vitálních funkcí, vnějších pánevních rozměrů, zvážení rodičky, zapsání hmotnostního přírůstku, zjištění výšky děložního fundu dělohy, zjištění postavení a naléhání plodu pomocí Pawlikových hmatů, poslech ozev a natočení minimálně dvacetiminutového CTG záznamu. PA zajistí veškerou dokumentaci a podepsání informovaných souhlasů. Ženu vyzve k vysvléknutí, oblečení se do košile a přezutí do přezůvek. Odložené věci standardně sepíše a uloží. Dále PA asistuje u zevního a vaginálního vyšetření ženy lékařem a dle jeho ordinace provede přípravu rodičky k porodu. Ta zahrnuje kontrolu, popřípadě oholení zevního genitálu, podání očistného klyzmatu, vyprázdnění rodičky a monitorace CTG po vyprázdnění, vše vždy se souhlasem rodičky. PA k ženě přistupuje vždy individuálně, na základě souhlasu ženy ev. porodního plánu (Záčeková, 2006; Čech a kol., 2006; Urbanová a kol., 2010).

### *1.2.1 Porodní plán*

S blížícím se porodem, žena více přemýšlí nad průběhem porodu. Jak bude porod probíhat a jaká bude spolupráce se zdravotnickým personálem porodnice. Proto má budoucí rodička možnost sama, nebo se svým partnerem sepsat porodní plán. Porodním plánem nazýváme písemný seznam, kde budoucí matka sepíše své požadavky i požadavky svého partnera, které by chtěla během porodu dodržet. Porodní plán je prostředník mezi ženou a personálem porodnice. Porodní plán by měl obsahovat představu ženy či partnera o ideálním průběhu porodu a spolupráci se zdravotnickým personálem od příjmu na porodní sál v průběhu jednotlivých porodních dob až do odjezdu na oddělení šestinedělí. Plán by měl být vypracovaný tak, aby v případě porodních nepravidelností či komplikací neohrozil zdraví rodičky nebo dítěte, a to jeho úzkostlivým dodržováním, protože hlavním požadavkem a cílem je zdraví rodičky a jejího dítěte. Nikdo nemůže dopředu vědět a ani zaručit hladký průběh porodu, a proto má mít porodní plán pro každou část porodu, několik možných řešení. Lékaři i PA by se měli s porodním plánem seznámit hned při příchodu ženy na porodní sál. Lékař je ze zákona zodpovědný za vedení a průběh porodu, a proto závisí jen na něm, zda a v jaké míře bude porodní plán dodržovat a respektovat. Přesto porodní plán napomáhá ženám

k jasnější představě o tom, co je čeká a lékař nebo porodní asistentka budou mít představu, co je pro ženu důležité (Pařízek, 2006; Behinová, 2012).

### **1.3 I. doba porodní a úloha PA v péči o rodičku**

První doba porodní nazývaná jako otevírací, začíná pravidelnými kontrakcemi, které vedou k rozvíjení dolního děložního segmentu a končí úplným zaniknutím děložního hrdla (Čech, 2006).

První doba porodní u prvorodiček trvá průměrně 6-7 hodin a u vícero-diček 3-4 hodiny. První dobu porodní můžeme rozdělit na tři fáze. První je latentní fáze, kdy se kontrakce stabilizují a zvyšuje se jejich frekvence, trvání i intenzita. Žena vnímá bolesti v podbřišku, nebo v kříži, které se stupňují. Děložní hrdlo se zkracuje, až vzniká porodnická branka o průměru 2 - 2,5 cm. U prvorodiček se hrdlo rozvíjí směrem od vnitřní branky k zevní brance a u vícero-diček v těhotenství není zevní branka zcela uzavřena. Hrdlo se tudíž současně rozevírá a dilatuje za průběžného zkracování. Během aktivní fáze se zvyšuje frekvence kontrakcí a tato fáze končí dilatací branky do 8 cm. Kontrakční aktivita se zrychluje, kontrakce se zkracují a vedou k rychlému rozvoji nálezu na brance. U prvorodiček se nález na brance za 1 hodinu zvětší o cca 1,2 cm a u vícero-diček o cca 3 cm. Poslední fází je fáze tranzitorní, která začíná od 8 cm až do úplného zániku branky. Dochází k sestupu naléhajících částí plodu do nižších rovin porodního kanálu a zvyšuje se frekvence děložních kontrakcí, které se objevují po 1 - 2 minutách a trvají 50 - 60 sekund (Čech, 2006; Eliášová, 2008; Záčková, 2006).

V I. době porodní PA informuje rodičku o průběhu této doby, monitoruje stav plodu, celkový stav rodičky a dle potřeby měří FF (TK, P, TT). Každých 15 minut porodní asistentka zkontroluje ozvy plodu a posuzuje kontrakce dělohy, jejich intenzitu, trvání a jejich frekvenci. Každé dvě hodiny nebo dle potřeby PA provádí vnitřní porodnické vyšetření nebo asistuje při vyšetření lékaři. Dle ordinace lékaře podává léky a vše zapisuje do dokumentace. Dbá na pitný režim rodičky a zároveň se stará o vyprazdňování močového měchýře a konečníku. PA také monitoruje odtok plodové vody. Při spontánním odtoku plodové vody na porodním sále porodní asistentka nebo lékař ihned vaginálně rodičku vyšetří. PA zkontroluje a zapíše do porodopisu kvalitu a množství plodové vody. Pokud v I. době porodní nedojde ke spontánnímu odtoku plodové vody, provádí PA dirupci vaku blan (Slezáková, 2011; Eliášová, 2008).

Důležitou úlohou PA je edukace rodičky o správné technice dýchání při kontrakcích a v mezikontrakčním období. Pokud rodička pociťuje přicházející kontrakci, zhluboka a pomalu nadechuje vzduch nosem a vydechuje ústy. V období mezi kontrakcemi rodička dýchá volně, klidně a uvolní celé tělo. Dýchání by mělo být po celou dobu pravidelné. Doporučuje se tzv. nefarmakologická metoda, při které dochází k tlumení bolesti využitím např. teplé sprchy a pomáhá ženě najít a zaujmout vhodnou polohu, ve které se cítí nejpohodlněji. PA po celou dobu sleduje její psychický stav, její chování či reakce, komunikuje s rodičkou, zabezpečuje jí pohodlí, soukromí a bezpečnost. PA je empatická, vzbuzuje v rodičce důvěru, povzbuzuje ji a nabízí pomoc. Vysvětluje a informuje o průběhu a postupu porodu. Monitoruje bolest rodičky dle VAS a zaznamenává ji do dokumentace. Informuje ji o možnosti využití farmakologických metod tlumení bolesti, dle ordinace lékaře podává léky nebo lékaři při podávání léků asistuje, sleduje jejich účinek a zároveň edukuje doprovod, jak rodičce od bolesti co nejvíce pomoci. Pokud má žena zavedený epidurální katétr, PA zaznamenává účinek epidurální analgezie a pečuje o ženu dle standardu (Slezáková, 2011; Eliášová, 2008; Urbanová a kol., 2010).

Ještě před ukončením první doby porodní PA připraví potřebné pomůcky k porodu, dle zvyklosti zdravotnického oddělení (Slezáková, 2011).

### *1.3.1 Dýchání*

Existují určité způsoby dýchání při porodu, které pomáhají rodičkám se uvolnit, odpoutat pozornost a tím lépe zvládat porodní bolesti. Správné dýchání je také důležité k dostatečnému zásobení plodu kyslíkem. Nesprávné dýchání neboli hyperventilace může v rodičce vyvolávat pocit na zvracení, bolesti hlavy, brnění a křeče prstů na ruce a nohou. Je tedy výhodné, aby si žena nacvičila dýchání dostatečně dopředu před začátkem porodu. Porodní asistentka ženu poučí o správném dýchání a kontroluje, zda žena používá správnou techniku. Pro I. dobu porodní jsou doporučovány 3 základní dechové techniky. Prvním je pomalé lehké dýchání, další je zrychlované a nakonec „funění“. Pokud má žena silné kontrakce, při kterých nemůže chodit nebo musí přerušit právě prováděnou činnost, užívá pomalé dýchání. Žena by se měla lehce a pomalu nadechnout nosem, stejně tak vydechnout vzduch ústy a zároveň uvolnit všechny svaly na těle. Zrychlovaným dýcháním žena dýchá zejména v druhé polovině I. doby porodní

a především na jejím konci, kdy pociťuje silný tlak na konečník. Na počátku kontrakce tedy žena dýchá zlehka a pomalu, a když kontrakce zesiluje, žena zrychluje dýchání. Na vrcholu kontrakce žena dýchá povrchově ústy, dokud děložní stah neustoupí. Při ústupu kontrakce žena dýchání zpomaluje a mimo kontrakce dýchá opět pomalu a klidně. Ke konci I. doby porodní žena používá tzv. funění, které je kombinací dlouhého a lehkého krátkého dýchání. Rodička s přicházející kontrakcí zhluboka vydechne a poté se 3- 4 krát krátce a rychle nadechne. Následuje dlouhý uvolňující výdech. Toto dýchání ulevuje od nucení na předčasné tlačení v době, kdy porodní cesty ještě nejsou plně otevřené (Mikulandová, 2007; Simkinová, 2000).

#### **1.4 Úloha PA v péči o rodičku ve II. době porodní**

Druhá doba porodní začíná zánikem branky a končí porozením plodu. Průměrná délka trvání II. doby porodní je 15-20 minut. Následkem působení tlaku sestupující hlavičky na nervové pleteně pánevního dna, rodička pociťuje potřebu zapojit břišní lis. V této době porodní se kontrakce vyskytují každé 2- 3 minuty a trvají 60 - 90 sekund. Druhá doba porodní by neměla trvat déle než 1 hodinu. Plod prochází přes dolní děložní segment, zašlou branku, pochvu a pánevní dno k poševnímu introitu. Z důvodu chránění hráze matky před rupturou, k urychlení porodu a snížení tlaku na hlavičku, se v tomto období u indikovaných případů provádí nástřih hráze (episiotomie). Episiotomie může být mediální, laterální nebo mediolaterální (Roztočil, 2008).

Hlavní úkol PA v II. době porodní spočívá ve sledování a monitoringu stavu matky i plodu, přípravě rodičky k porodu a zároveň přípravě pomůcek, prostředí i porodníka nebo PA k porodu (Eliášová, 2008).

PA monitoruje ozvy plodu kontinuálně nebo po každé kontrakci, sleduje samotné kontrakce, jejich intenzitu, trvání a frekvenci. Sleduje celkový stav rodičky, její psychickou pohodu, chování a komunikuje s rodičkou. PA rodičku po celou dobu maximálně podporuje, uklidňuje a informuje ji o dalších postupech, které budou následovat. Poučuje ženu o technice správného tlačení při stahu dělohy a o relaxaci v mezikontrakčním období. Před začátkem porodu, žena spíše uspokojí nutkání na tlačení, to znamená, že na tlačení nevyvíjí maximální úsilí. Hlavička plodu postupně sestupuje do pánevního dna. Pokud rodička spontánně nemočila, vyprázdní PA asepticky močový měchýř jednorázovou cévkou. PA by měla také zajistit klidné, tiché

prostředí a prostředí vhodné pro novorozence, tj. zavřít okna, popř. zapnout výhřevné lůžko (Slezáková, 2011; Urbanová a kol., 2010).

Rodička si může zvolit polohu k porodu sama. Pokud si ji sama nevybere, může být uložena na porodní lůžko, v polosedě, kdy hýždě jsou výše a nohy jsou zapřené v Schautových podpěrkách. Některé porodnice umožňují alternativní polohy rodičky při porodu, jako např. na boku, ve stoje, v kleče, na porodní stoličce či do vody. V průběhu celého porodu PA se ženou komunikuje, monitoruje ozvy plodu, nabádá a podporuje k efektivnímu tlačení. PA je oprávněna samostatně vést fyziologický porod, má kompetence provést nástřih hráze a ošetřit porodní poranění hráze. PA provede dezinfekci rodidel a zasunutím nepromokavé textilie připraví sterilní pole, oblékne si sterilní rukavice a do blízkosti si připraví sterilní roušky na chránění hráze a nástroje (Eliášová, 2008; Slezáková, 2011; Beránková, Moravcová, 2007).

PA chrání hráz, pokud hrozí ruptura hráze, provede nástřih hráze neboli episiotomii, která může být laterální mediální nebo mediolaterální. Vede porod hlavičky, předního raménka a za stálého chránění hráze zadního raménka a ostatních částí novorozence. Po porodu hlavičky jsou aplikována uterotonika pro aktivní vedení třetí doby porodní. Po porození novorozence PA nechá dotepat pupečník a následně ho mezi dvěma peány nebo svorkami přestřihne, novorozence ukáže matce či rodičům a posléze ho šetrně předá dětské sestře. Ta jej ihned označí identifikačním štítkem, zhodnotí Apgar score po 1 minutě a dle stavu novorozence ho přikládá matce na hrudník. V porodnicích podporující bonding, ihned po porodu dítě ponechávají na hrudníku matce a ošetřují jej. PA ještě dle zvyklosti porodnice odebere vzorek pupečnickové krve z pupečníku a čeká na odloučení placenty. Porodní asistentka také eviduje veškeré údaje o porodu a zaznamenává je do dokumentace (Slezáková, 2011; Záčeková a kol., 2006).

V této fázi je velice důležitá podpora bondingu. Bonding v angličtině může znamenat lepení, připoutání či sepjetí. Při bondingu se tvoří emocionální vztah mezi matkou a dítětem. Pokud to zdravotní stav novorozence i matky dovoluje, tak přiloží porodní asistentka novorozence na hrud' matky ihned po porodu. Kontaktem skin to skin se usnadňuje nejen emocionální, ale i fyziologická adaptace matky a novorozence. Mrowetz (2011) popisuje 10 kroků k podpoře bondingu. Patří mezi ně položení novorozence na matčino břicho ihned po porodu (při porodu císařským řezem se novorozenec přikládá k obličejí matky), nepřerušování tohoto kontaktu nejméně 2 hodiny, otírání i ošetřování novorozence na matčině těle, kontakt matky a dítěte „skin to

skin“, umožnění a podpora vizuálního kontaktu, pomoc s přisátím novorozence k prsu dle jeho tempa a připravenosti, zajištění pohodlné polohy matce i novorozenci, zajištění klidného a intimního prostředí a eliminace techniky (mobilů, videokamer atd. v blízkosti novorozence) (Mrowetz, 2011).

### **1.5 III. a IV. doba porodní a úloha PA v péči o rodičku**

Třetí doba porodní začíná porozením novorozence a končí porozením placenty. Rozděluje ji na tři fáze. První fázi nazýváme odlučovací, kdy se pomocí retrakce a opět nastávajícími kontrakcemi odloučí placenta od stěny děložní. Rodička má nucení na tlačení a placentu spontánně vytlačí. Tato fáze se označuje jako vypuzovací. Při poslední hemostatické fázi dochází k zástavě krvácení z dělohy, na které se podílí hemokoagulační aktivita, trombóza cév a komprese kontrakcí hladkého svalstva dělohy. Třetí doba porodní se vede aktivně, což spočívá v podání uterotonik i. v. ihned po porodu hlavičky plodu. Tím se urychlí odloučení placenty a zabrání se krevním ztrátám. Při aktivním vedením obvykle dochází k odloučení placenty do 5 – 10 minut a doba odloučení placenty nesmí být delší než 30 minut. Bez medikamentózního vedení dochází k odloučení později. U vyčkávání na odloučení placenty musí být PA trpělivá. Neměla by do mechanismu odlučování zasahovat vlastními silami, prudce tahat za pupečník či masírovat dělohu. K rozpoznání, zda je placenta zcela odloučená od stěny děložní se používá několik znamení. Schröderovo znamení, kdy při odloučení placenty děložní fundus stoupá 2-3 prsty nad pupek, děloha je tuhá, štíhlá a v dextroverzi. Při druhém, Küstnerově znamení, se prsty zatlačí za symfýzu směrem k promotoriu. Pokud placenta není zcela odloučená, pupečník se vtahuje zpět do pochvy. Při odloučení placenty se pupečník naopak vysouvá ven. Další znamení se nazývá Ahlfeldovo a rozumíme tím zaklesnutí peánu na přestřižený pupečník blízko vulvy. Po úplném odloučení lůžka se peán výrazně vzdálí od rodidel. Poslední znamení se nazývá Strassmannovo, při kterém se poklepe na děložní fundus a při odloučení placenty se poklep přenáší na pupečník (Slezáková, 2011; Roztočil, 2008).

Když je placenta odloučená, rodička jí může vytlačit. Při vybavení placenty a plodových obalů PA používá hmat podle Jacobse, který zabraňuje jejich protržení. Placentu oběma rukama lehce povytahuje a zároveň jí šroubovitými pohyby otáčí dokud se blány nesvinou v provazec, který se snadno vybaví z rodidel. Po porození placenty je

nutné ihned zkontrolovat celistvost placenty, její mateřskou i fetální plochu, pupečník, jeho úpon a délku. Po setření krevních koagul neboli sraženin sterilním tamponem se kontrolují jednotlivé kotyledony a jejich povrch. Při průkazu reziduí, chybění kotyledonu nebo jeho části je indikována revize dutiny děložní. Následně se zjišťuje celistvost blan, kdy se celá placenta za pupečník zdvihne do výše. Blány visí přes lůžko a je znatelný otvor po průchodu plodu. V tomto případě se revize dutiny děložní indikuje, pokud jsou v blanách viditelné konce přetržených cév. To by znamenalo, že v dutině děložní zůstalo přídatné lůžko (Slezáková, 2011; Roztočil, 2008).

Čtvrtou dobou porodní či poporodním obdobím rozumíme 2 hodiny po porodu placenty. V tomto období se dokončuje děložní retrakce a žena je nejvíce ohrožena poporodním krvácením. V průběhu této doby rodička zůstává na porodním sále s novorozencem a popřípadě doprovodem k porodu. Probíhá ošetření rodičky po porodu. Lékař zkontroluje krvácení a ošetří poranění na hrázi, v pochvě a na čípku. Vyhodnotí krevní ztráty, které by neměly být vyšší než 300 ml, pokud se jednalo o fyziologický porod. Po očištění zevních rodidel, popřípadě převlečení ložního a osobního prádla, PA ženu uloží do klidové polohy a změřjí jí krevní tlak, puls a teplotu. Opakovaně a pečlivě sleduje krvácení z rodidel a pohmatem kontroluje retrakci dělohy a zároveň tonus dělohy. Krvácení musí být přiměřené a bez většího množství krevních sraženin neboli koagul. Po porodu přirozeně odchází očistky, které se nazývají lochia rubra. Stažení dělohy je důležité podpořit také včasným přiložením novorozence k prsu ženy a kojením. V retrakci dělohy někdy může bránit naplněný močový měchýř, proto pokud to stav ženy dovolí, může PA ženu vertikalizovat a umožnit jí vymočení, popřípadě jednorázově ženu vycévkovat. Zároveň se PA stará o hydrataci ženy, většinou per os. Neméně důležitou součástí je sledování celkového stavu a psychické pohody ženy. Během čtvrté doby porodní žena odpočívá a po dvou hodinách bývá převezena na pokoj na oddělení šestinedělí (Roztočil, 2008; Slezáková, 2011; Perschout, 2007).

## **1.6 Kurzy předporodní přípravy**

Většina žen se o své těhotenství, o průběh porodu, šestinedělí a o péči o novorozence zajímá. Hlavním zdrojem těchto informací ženám mohou kromě médií, knih a publikací v odborných časopisech, být i vzdělávací kurzy předporodní přípravy. Ty většinou vedou a přednášejí v nich porodní asistentky. Tyto kurzy mají za úkol

připravit matku na psychické a tělesné změny, které těhotenství a následné mateřství provázejí, zmírnit strach z porodních bolestí a minimalizovat obavy o novorozence. Navíc mají vliv na posílení a získání důvěry vůči zdravotnickému personálu a celkově rodičku pozitivně naladit (Pařízek, 2006).

Předporodní příprava bývá většinou rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část bývá zpravidla rozdělena do několika lekcí. V jejich průběhu PA ženy informují a poskytují jim praktické rady ohledně výbavy pro novorozence, věci potřebných do porodnice, co je nutné zařídit ještě v těhotenství, proškolení partnera k porodu a kdy má žena jet do porodnice. PA ženám také podávají ucelené informace o průběhu porodu, způsobech tlášení porodních bolestí, možnostech relaxace, lékařských postupech, ale i průběhu kojení a šestinedělí či základech péče o dítě. Praktická část by měla obsahovat nácvik správného dýchání během porodu, účinné používání břišního lisu a pánevního dna, osvojení si porodní polohy, masáže, ukázky úlevových poloh a relaxaci (Pařízek, 2006).

## **1.7 Alternativní porodnictví**

Alternativní porodnictví je v dnešní době poměrně často diskutovaným tématem. Znamená to respektování individuálních přání jak rodičky, tak i jejího partnera. Jde o komplexní přístup, který vychází vstříc osobnosti rodičky. Podporuje její aktivní roli v průběhu celého těhotenství, porodu i v období po porodu. Neslevuje ale na obecných podmínkách porodnictví, které vedou k bezpečnosti ženy i dítěte. Snaží se, aby žena vnímala svůj porod jako pozitivní zážitek a neodnášela si jen nepříjemnou a bolestivou vzpomínku. Důležitým aspektem je individuální přístup zdravotníků k rodičce a jejímu partnerovi. Většina budoucích rodičů chce prožít takto významnou chvíli v intimním prostředí, kde mohou zdravotníci plnit jejich přání týkajících se průběhu porodu. Porod by v ideálním případě žena a její partner měli prožívat v soukromí, v jedné místnosti se sociálním zařízením. Prostředí by mělo na rodičku působit pozitivně a příjemně. Rodička či rodičovský pár mají možnost se předem seznámit s prostředím porodního sálu, aby následně vstupovali do známých míst. Prostředí, jak interiér, tak i zdravotnický personál by měl v rodičích vyvolávat pocit důvěry a profesionality. Pozitivní vliv na rodičku má také možnost volného pohybu či výběru polohy, relaxace pomocí masáží, masážních pomůcek, relaxačních míčů, využití sprechy nebo případně vany. Důležitou roli hraje spolupráce rodičky se zdravotnickým personálem. Společné



hledání nejvhodnějších poloh a pomůcek pro ženu, vede k lepšímu postupu porodu a zmenšuje potřebu uterotonik (Procházková, 2006).

Neosobní přístup a systém používaný v běžných porodnicích při porodech jako první zkritizoval francouzský porodník Frederic Leboyer (1995) v jeho knize „Porod bez násilí“. Podle něj v dnešní době během porodu působí velké množství stresujících vlivů jak na ženu, tak i na plod a následně na novorozence. Porodní sály poskytují cizí a nepříjemné prostředí pro ženu. Negativně působí na rodičku i hluk, ostré osvětlení, nedostatek intimity, neosobní přístup zdravotnického personálu vůči rodičce a vnucování nevyhovujících poloh. Novorozenec je stresovaný hlukem, ostrým světlem, předčasným přestřihnutím pupečníku, chladem a mnohdy jeho nešetrným ošetřením. Také kritizuje velmi brzké odebrání novorozence od matky. Leboyer rozdělil metodiku porodu do dvou částí. První je část porodnická, která se zabývá zejména psychickou přípravou budoucí matky. Druhá část, pediatrická, která se zaměřuje na začátek dýchání novorozence, masáž hřbetu novorozence a jeho adaptaci. Dále klade důraz na důležitost a techniku přiložení dítěte na matčino břicho, správnou techniku vážení a prvního ošetření novorozence (Leboyer, Žantovská, 1995).

## **1.8 Přítomnost blízké osoby u porodu**

U porodu může být přítomna i jiná blízká osoba než otec dítěte. Může jí být například matka, kamarádka nebo dula. Zpravidla přítomnost blízké osoby vytváří pocit bezpečí a snižuje strach z porodních bolestí a neznáma. Žena lépe překonává stres a snižuje se pravděpodobnost potřeby analgesie a ukončení porodu císařským řezem (Pařízek, 2006; Procházková, 2006).

Přítomnost otce u porodu je v současné době významným trendem, který se začal vyvíjet od začátku 90. let, kdy se otevřely brány porodnic i pro budoucí otce. Role otce však nezačíná od samotného porodu, ale mnohem dříve. V současné době jsou otcové do celého děje více zapojováni než dříve. Doprovázejí své těhotné partnerky do těhotenských poraden, na kontroly a ultrazvukové vyšetření plodu. Mají možnost společně se ženou navštěvovat předporodní kurzy, vybírat porodnici a jít na její prohlídku. Na přítomnosti otce u porodu by se budoucí rodiče měli domluvit přibližně měsíc před blížícím se termínem. Pokud budoucí otec není přesvědčen, zda chce u porodu být, nemůže být nucen. Protože, co jeden může vnímat jako pozitivní zážitek, druhému může způsobit těžké psychické trauma. Stejně tak se nemůže nutit žena, aby jí

partner viděl v těch nejintimnějších situacích, pokud by jí to bylo nepříjemné. Partneri mohou využít kurzy pro budoucí otce, které jim poskytnou informace, aby se na porodním sále cítili příjemněji a svým partnerkám byli větší oporou. PA na těchto kurzech ukážou otcům úlevové polohy při porodních bolestech ženy, jak ji mohou masírovat, pomáhat při dýchání, relaxování atd. Důležitá je i příprava samotného otce k porodu. Nastávající otec by měl mít k porodu na porodní sál připravené pohodlné oblečení, přezutí, svačinu a pití, mobilní telefon a fotoaparát či kameru, kdy s použitím většinou musí personál porodního sálu souhlasit. PA by měla otce informovat o dodržování pitného režimu na porodním sále a o umístění sociálního zařízení. PA by také měla včas rozpoznat a adekvátně reagovat na vegetativní změny otce, jako je bledost či opocení. K nevolnosti partnera během porodu samozřejmě může dojít. Ne vždy však nevolnost zapříčiní samotný porod, mnohdy je na vině i fyzické zatížení partnera v průběhu porodu, nevhodné oblečení či nedostatek jídla a pití. Komplikace se u většiny porodů nevyskytují, ale i přesto by měl muž být s možnými problémy seznámen. Při akutních porodnických komplikacích není nutné otce z porodního sálu vykazovat. Postup je individuální. Záleží na závažnosti situace, zdravotnickém personálu a v neposlední řadě na samotném otci (Gregora, Velemínský, 2013; Čermáková, 2008; Deansová, 2004).

Partner může ženě pomáhat od bolesti, a to již zmíněnými masážemi v křížové krajině zad. Pomáhá ženě s dýchacími technikami, např. tím, že dýchá společně se ženou. Po doušcích může ženě podle potřeby podávat pití nebo jí přikládat studené či teplé obklady. Dalším úkolem muže je dbát na bezpečnost ženy a to při vstávání, vstupování do sprchy, kde jí může pomoci se sprchováním zad či břicha. Jednou z dalších funkcí partnera u porodu je opora ženy, má jí umět zklidnit, být něžný, chválit a povzbuzovat za její výkon a úsilí a být trpělivý. Partner může být také prostředníkem pro komunikaci mezi porodní asistentkou, lékařem a partnerkou (Simkinová, 2000).

Přítomnost otce u porodu většinou působí kladně, jak na chování rodičky, tak na chování personálu. Žena se cítí lépe a uvolněněji, když jí její partner drží za ruku, komunikuje s ní, dodává jí odvalu a utěšuje ji. Prohlubuje jejich vzájemný vztah, umožňuje společný pozitivní zážitek a podporuje navázání včasného vztahu otec – dítě. (Pařízek, 2006; Procházková, 2006; Gregora, Velemínský, 2013).

V minulosti rodičku u porodu doprovázela většinou porodní bába. Mohla to být ale i matka, sestra, teta či přítelkyně. V dnešní době ženy mají možnost využít služeb duly. Dula je speciálně vyškolená žena, která provází ženy během těhotenství, porodu

a často i v šestinedělí. Nemá za úkol ženám poskytovat zdravotnickou péči, ale spíše jim zajišťuje zázemí po citové stránce a zároveň informační podporu. Nemá kompetence jako PA a za průběh porodu nenesou žádnou zodpovědnost. Z mnohých výzkumů a z uznání této skutečnosti Mezinárodní zdravotnickou organizací vyplývá, že přítomnost takto vyškolené osoby během porodu má pozitivní vliv na jeho průběh (Marek, 2010; Gregora, Velemínský, 2013; Murkoff, 2007).

Před porodem dula, pomáhá ženě s utvořením porodního plánu, nabízí různé rady a doporučení a pomáhá ženě mírnit předporodní nervozitu. Během porodu doprovází ženu v porodnici, kde spolupracuje jak s personálem porodního sálu, tak s otcem a s ostatními přítomnými osobami. Zároveň napomáhá ke zjednodušení komunikace mezi nimi. Pomáhá vybrat nejvhodnější polohu pro ženu a doporučuje jí nefarmakologické prostředky, které ženě uleví od bolesti. Ovládá masáže, často využívá aromaterapii, podává ženě nápoje či obklady nebo drží ženu za ruku, pokud si to přeje. Dula je pro rodičky velkým přínosem, protože ženy mají kromě partnera a personálu někoho, kdo je během porodu neustále s nimi a chápe, co se s nimi děje. Pomáhá ženě i po porodu. Je jí nápomocná s kojením, s péčí o novorozence a se zotavováním ženy po porodu. Některé duly, ženám pomáhají i s drobnými domácími pracemi nebo pomáhají vyřizovat nezbytné úřední záležitosti. Dula je majitelkou speciální licence a je to služba placená (Marek, 2010; Gregora, Velemínský, 2013; Murkoff, 2007).

Přítomnost duly u porodu nevylučuje přítomnost partnera. Dula nikdy nezabírá místo hlavní blízké osoby, aby partner neměl pocit, že je až na druhém místě (Čepický, 2006).

## **1.9 Tlumení porodních bolestí**

Hlavní příčinou bolestí v průběhu porodu je tvar ženské pánve a velikost hlavičky plodu, která se ke konci těhotenství blíží objemu pánve matky. Na začátku porodu bolest způsobuje zejména stahování dělohy, tedy děložní kontrakce a později elastické napínání hrdla, tedy děložní branky. Děložní hrdlo se během porodu otvírá z 0 cm na průměr děložní branky okolo 10 cm. Ke konci porodu se pak přidávají bolesti způsobené rozpínáním tkání pánevního dna, pochvy a nakonec hráze, způsobené zejména hlavičkou plodu (Pařízek, 2012).

Bolesti jsou fyziologickou vlastností porodu, který je bezpochyby fyziologickým procesem. Bolest je subjektivním vjemem a vnímání porodních bolestí záleží na mnoha

okolnostech. Jinak prožívají porod prvorodičky a jinak vícerodičky. Za intenzitu porodních bolestí jsou odpovědny fyzické, psychické, sociální vlivy u rodičky i sám plod. Záleží na velikosti plodu a jeho uložení. Téměř nemožné, obzvláště u prvorodiček je předvídání intenzity porodních bolestí a průběhu porodu. Některé rodičky snášejí porodní bolesti dobře a některé vyžadují jejich tlumení. Pomoci mohou i jednoduché postupy tišení bolesti, jako jsou chůze, masáže či relaxační prostředky, jindy je potřeba pomoc lékaře porodníka nebo anesteziologa. Výběr postupu tišení bolesti či metody analgesie by měl vždy záviset hlavně na rozhodnutí rodičky, na aktuální situaci a vývoji porodu. Rychlost porodu závisí zejména na dispozicích rodičky, jako je např. vrozená měkkost tkání porodního kanálu a rychlost otevírání porodních cest či velikosti a uložení plodu. Vhodné je konzultovat metodu tlumení bolesti při porodu s porodníkem. Ten na základě průběhu porodu a vlastních zkušeností ženě doporučí nejvhodnější metodu. V České republice by rodička měla mít možnost kdykoliv během porodu požádat o zmírnění porodních bolestí a každé porodnické zařízení by mělo tomuto požadavku vyhovět. Zároveň by měla porodnická analgesie respektovat individuální potřeby žen a měla by být poskytována tzv. na míru (Chmel, 2005; Pařízek, 2012).

### *1.9.1 Zajištění komfortu rodičky během porodu*

Porodní asistentka má za úkol zajistit, aby rodička vnímala své porodní bolesti co nejlépe a nejméně. Stará se o pohodlí, polohování, edukaci a povzbuzování ženy v průběhu celého porodu. Součástí je i péče o partnera rodičky (Eliášová, 2008).

PA se během porodu snaží o snížení diskomfortu rodičky. Kromě farmakologických a nefarmakologických metod PA věnuje pozornost prostředí, ve kterém se žena nachází a hygieně redukující podráždění. Mnoho žen během porodu pociťuje horkost, proto je vhodné větrání, kdy je cirkulace vzduchu osvěží. PA se také snaží o maximálně možný klid, kdy může pro rozptýlení použít např. relaxační hudbu, zamezení ostrého světla a vytvoření přití. Důležitá je častá výměna jednorázových podložek, kterými se ženu snažíme udržet v suchu, protože z pochvy ženy odtéká hlen s krví a plodová voda. Pokud je to možné či to dané oddělení umožňuje, podává PA ženě tekutiny perorální cestou. K uvolnění ženy pomáhá i koupel nebo sprcha. Nesmí však být kontraindikací. Voda by neměla být příliš horká, protože zvyšující se teplotou matky se zvyšují i nároky plodu na kyslík. Žena by měla v průběhu porodu měnit

polohy a vyhýbat se polohám na zádech. Polohy rodičky během porodu mohou mít významný vliv na délku porodu. Nejčastěji využívaná poloha při porodu je v polosedě, kvůli lepšímu přístupu a možnosti chránění hráze před poporodním poraněním. Pokud se ženám dala možnost výběru polohy, která jim nejvíce vyhovuje, nejčastěji volenou polohou byla poloha v dřepu. Je známé, že vertikální polohy při porodu jsou výhodnější než polohy horizontální. Na postup plodu porodními cestami totiž působí gravitace a průběh porodu se tak zkracuje, zejména v první době porodní. Vzpřímené polohy, tedy chůze, sed na židli či na balónu dodávají sílu děložním stahům a jsou výhodné zejména v časných fázích porodu, protože zesilují tlak plodu na děložní hrdlo. Při porodních bolestech v zádech ženě pomůže opírání dopředu o opěrku například židle. Plod tak méně tlačí na bederní páteř. Pokud jsou ženy na lůžku, často volí polohu na boku, střídání z jednoho boku na druhý nebo polohu v polosedě. K tlačení je vhodná poloha na porodní stoličce nebo poloha v podřepu, protože mírně zvětšují pánevní průměry a tak vytváří větší prostor pro vypuzení plodu z rodidel ženy (Leifer, 2004).

PA musí během porodu neustále edukovat ženy i jejich partnery. Stává se, že ženy, které prošly předporodními kurzy, během porodu zjistí, že jim naučené techniky nevyhovují. PA jim pak umožňuje vyzkoušet jiné pozice nebo techniky dýchání, než ty, které se naučily. PA musí také často ženě pomoci s překonáváním nucení na tlačení, dokud hrdlo není dostatečně dilatované. Hrdlo mohlo předčasným tlačěním otéci a tím by se mohl porod prodloužit (Eliášová, 2008).

### *1.9.2 Nefarmakologické tlumení porodních bolestí*

Nefarmakologické tlumení bolesti je tišení bolesti pomocí alternativních metod bez využití jakýchkoliv léčiv a anestetik, které neškodí matce ani plodu. Žena není ohrožena rizikem alergické reakce ani negativními účinky některých léků a jejich použití je jednoduché. Jednou z úloh porodní asistentky je pomáhat a ulevovat rodičce od porodních bolestí pomocí nefarmakologických metod. Tyto metody pomáhají ženám vyrovnat se s porodními bolestmi, mají však nízkou analgetickou účinnost, což je považováno za nevýhodu (Leifer, 2004; Pařízek, 2012).

Mezi metody tlumení porodních bolestí bez použití léků patří předporodní příprava, která je založená na principu kurzů předporodní přípravy. Opírá se o poznatky, že strach či úzkost mění u ženy a obecně u člověka vnímání bolesti. Pomáhá ženám

dosáhnout psychického uklidnění v průběhu těhotenství i porodu. Kurzy předporodní přípravy jsou vedeny porodními asistentkami (Pařízek, 2012).

Další metodou je TENS tzv. transkutánní elektrická nervová stimulace, která spojuje psychologický i fyzický účinek. Využívá proměnlivých elektrických stimulů na obou stranách dolní hrudní a bederní páteře. Nástup tlumení bolestí se rozvine do 40 minut od zavedení. Výhodou je možnost kombinování této metody i s ostatními nefarmakologickými a farmakologickými metodami porodnické analgezie. TENS provádí rodička s pomocí porodní asistentky (Pařízek, 2012).

Audioanalgezie je potlačení či zmírnění bolesti pomocí reorganizace aktivity mozkové kůry. Podstatou je dráždění sluchového centra. Během kontrakce se pomocí speciálního přístroje vytvoří tzv. „bílý šum“, což znamená směs všech slyšitelných frekvencí o stejné intenzitě. Žena ho pak poslouchá pomocí sluchátek. Další možností audioanalgezie v průběhu porodu je poslech ženě příjemných zvuků nebo hudby. Principem této metody je odvrácení pozornosti rodičky od bolesti během kontrakcí. Rodička si audiotechniku ovládá sama s pomocí porodní asistentky (Pařízek, 2012; Zwinger, 2004).

Mezi metody tlumení porodních bolestí patří i hypnóza. Je založená na kombinaci sugesce a distrakce. Záměrem je soustředění se na jiný, příjemnější pocit. Tato metoda je časově náročná a vyžaduje přítomnost velice zkušeného hypnotizéra (Pařízek, 2012; Zwinger, 2004).

Mezi již výše zmíněné metody tlumení bolestí požitím vody neboli hydroanalgezie patří relaxační koupel, porod do vody a intradermální injekce sterilní vodou, tzv. obšťíky. Dále se používají relaxační sprchy nebo horké či studené obklady, které se přikládají na bedra rodičky. Relaxační koupele jsou v současnosti v mnoha porodnicích využívány poměrně často. Žena si může sama regulovat teplotu vody a ta by se měla pohybovat okolo 38 °C. Koupel v teplé vodě má ve většině případů blahodárny vliv na rodičku a dochází k přirozené rovnováze mezi bolestmi a relaxací. Při porodech do vody musí být přítomný porodník, pediatr, porodní asistentka a neonatologická sestra. Intradermální obšťíky vodou provádí lékař (Eliášová, 2008; Pařízek, 2012).

Akupunktura je metoda, při které se ženě napíchávají akupunkturální body jemnými jehlami z oceli nebo ušlechtilých kovů. V akupresuře se využívají manuální techniky jako je masáž nebo tlak prstů. Obě metody jsou založené na zablokování přenosu impulzů bolesti. Akupunktura může sloužit i jako nefarmakologická indukce

neboli vyvolání porodu a ke snížení bolestivosti u výkonů, jako je například ošetření porodních poranění. Tato metoda je prováděna akupunkturistou se zkušenostmi s vedením porodu (Pařízek, 2008; Zwinger, 2004).

K tlumení porodních bolestí můžou pomoci i alternativní polohy při porodu, kdy nejvýhodnějšími polohami pro snadnější sestup plodu je poloha vsedě nebo vestoje. Při vertikalizaci se mění anatomické poměry v pánvi, nepatrně se zvětšuje prostor a zároveň se snižuje tlak na křížovou oblast pánve matky, na kterou tlačí hlavička plodu. Alternativní polohy, jako jsou například sed, chůze nebo sed na relaxačním balónu, snižují bolesti při stazích dělohy (Pařízek, 2012; Leifer, 2004).

Aromaterapií rozumíme, užití bylinných extraktů v průběhu porodu. Využívají se formou masáže, koupele či vdechováním bylinných extraktů. Používají se rostlinné oleje obvykle s aromatickou esencí. Správně zvolené oleje zmirňují bolest a nepohodlí rodičky, napomáhají správnému dýchání a navozují pocit uvolnění. Provádět ženě masáže či jí aplikovat teplé obklady může kromě porodní asistentky i partner u porodu (Pařízek, 2012; Lunny, 2005).

### *1.9.3 Farmakologické tlumení porodních bolestí*

Farmakologické metody jsou metody, při kterých je ženě během porodu podán lék tlumící porodní bolesti. Porodní analgezie musí být zvolena vždy individuálně. Záleží na celkovém stavu rodičky a plodu, na jejím přání, na porodnické situaci, vybavení a možnostech porodního sálu a na zkušenostech porodníka a anesteziologa. Cílem porodní analgezie je zajištění komfortu pro matku, optimálních podmínek pro plod a zajištění fyziologického průběhu porodu (Roztočil, 2008).

Jednou z metod s použitím léků je systémová analgezie, při které se do těla jakkoliv vpravuje analgetikum, které působí na centrální nervovou soustavu. Analgetikum se do těla obvykle vpravuje injekcí a to buď podkožně, do svalu či do žíly, nebo vdechováním tzv. inhalací. Mezi opioidní analgetika neboli léky tišící bolest patří Nalbuphin, který se používá ke krátkodobému tišení středně silných až silných porodních bolestí. Využívá se také k tlumení bolesti po císařském řezu nebo i po jiné porodnické operaci. Nalbuphin neovlivňuje dechové centrum matky v takové míře jako jiné používané opioidy a nezpůsobuje zadržování moče a zácpu, což je velkou výhodou u porodu. Útlum bolestí většinou nastupuje za cca 3 - 15 minut a účinkuje 3 - 6 hodin

a dávku je možné opakovat. Při doporučeném dávkování Nalbuphinu se neprokázal útlumový účinek na dítě (Pařízek, 2012).

Vdechování plynu za účelem tišení bolestí, se nazývá inhalační terapie. V současnosti se využívá směs 50% oxidu dusného neboli rajského plynu a 50% kyslíku. Tato metoda má sedativní, relaxační a analgetický účinek. Inhaluje se pomocí speciálního přístroje, který se nazývá Entonox a směs plynů se podává pomocí ventilového systému přes náustek. Účinek je individuální, ale nijak negativně neovlivňuje matku ani plod. Regionální analgezie, jinak nazývaná lokální je podání lokálních anestetik místně. Ty na čas zastaví vedení bolesti z porodních cest do centrální nervové soustavy. Obstřík pochvy a hráze se provádí těsně před porodem nebo až po porodu, a proto výrazně neovlivňuje porodní bolesti. Dalšími metodami jsou pudendální a paracervikální analgezie. U pudendální analgezie se lokální anestetikum aplikuje injekcí ke stydkému nervu. Tato analgezie působí pouze na hráz a zevní třetinu pochvy a používá se pro samotný závěr porodu. U paracervikální analgezie se anestetikum podá injekcí do blízkosti nervových drah děložního hrdla. Přerušuje se tak vedení bolesti z porodních cest do míchy a tak i do centra bolesti v mozku. Působí na část dutiny břišní a horní část pochvy. Je to vysoce účinná analgetická metoda a provádí jí pouze velmi zkušený porodník. Subarachnoideální analgezie je metoda, při které se podává přímo do mozkomíšního moku lokální anestetikum nebo opioid. Sníží se šíření bolestivých vzruchů v nervových drahách i v míše. Do mozkomíšního moku se proniká speciální, velmi tenkou spinální jehlou. Aplikaci provádí anesteziolog (Pařízek, 2012).

Velmi rozšířenou a žádanou farmakologickou metodou tišení porodních bolestí je epidurální analgezie. Je to metoda velmi účinná, spolehlivá, bezpečná a bez nežádoucích efektů. Anesteziolog v místním znecitlivění do epidurálního prostoru mezi bederními obratli zavádí katétr, kterým se pak dle ordinace lékaře zavádí anestetikum. Epidurální analgezie utlumí vnímání bolesti v břiše a dolní polovině těla. Žena obvykle nepocítuje ani silnější bolesti způsobené kontrakcemi dělohy, což umožňuje efektivnější spolupráci rodičky s PA a lékaři. V době tlačení se zpomaluje nebo zastavuje tok anestetik katétrem do páteřního kanálu a tak neovlivňuje vnímání tlaku v podbřišku a tlačení. Kromě tlumení bolestí při porodu se epidurální analgezie využívá i při vysokém tlaku při porodu, při porodu koncem pánevním, při porodu dvojčat nebo při předčasném porodu (Pařízek, 2012; Chmel, 2005).



## 1.10 Porodní poranění

Na vzniku porodních poranění má vliv spolupráce rodičky s porodnickým personálem i zkušenosti porodníka či porodní asistentky. Mezi nejčastější porodní poranění patří episiotomie, trhliny hráze, pochvy a hrdla děložního (Roztočil, 2008).

Nástřih hráze neboli epiziotomie je pokládána za součást lékařsky vedeného porodu. Její výhoda spočívá v urychlení porodu, ochránění hráze před jejími nepravidelnými rupturami a poškozením konečníku. Je nedílnou součástí vaginálních operací, jako jsou klešťové operace, vakuumextrakce a operace spojené s koncem pánevním, dystokií ramének a s porodem velkého plodu. Epiziotomie se častěji provádí u prvorodiček. U vícerodiček jsou tkáně poddajnější, elastičtější a snazší průchod hlavičky novorozence je důsledkem předchozího poranění, které tvoří pánevní dno prostornější. Pokud je episiotomie nutná, provádí se v okamžiku, kdy hlavička dítěte napíná hráz. Provádí se, pokud je hráz příliš vysoká nebo křehká. Epiziotomie se ve většině případů provádí bez lokálního znecitlivění v době, kdy žena tlačí a hráz je silně napnutá a proto rodička její provedení většinou necítí nebo nevnímá. Rozlišujeme tři typy episiotomie. První nazýváme mediolaterální a rozumíme tím nástřih začínající ve střední čáře poševního introitu, který vede šikmo k sedacímu hrbolu v délce cca 3 cm. Tento typ je obvykle bezpečnější a volba strany závisí na zvyklosti oddělení a porodníka nebo porodní asistentky. Pokud se nástřih provede rovně ke konečníku, jde o episiotomii mediální, u které je poměrně větší riziko poranění konečníku. Laterální episiotomie se příliš nepoužívá a jde o nástřih 2-3 cm laterálně od zadní komisury (Gregora, Velemínský, 2013; Doležal, 2007).

Trhliny neboli ruptury mohou vzniknout i samovolně, a to na hrázi neboli perineu, pochvě, labiích, klitorisu nebo cervixu v různém rozsahu. Po porodu placenty je proto důležité vyšetření pomocí gynekologických zrcadel a posouzení porodního poranění (Doležal, 2007).

Ruptura perinea vzniká tam, kde tkáň není dostatečně pružná, aby umožnila průchod novorozence. Nejčastěji k ní dochází při průchodu hlavičky novorozence a následně při porodu ramének. Ruptury dělíme podle hloubky poranění. Při ruptuře I. stupně je poškozená kůže a pojivová tkáň, ale svalovina zůstává nepoškozena. Ruptura II. stupně zasahuje kůži, pojivovou tkáň i svaly perinea a poškozením odpovídá episiotomii. Takovéto trhliny jsou většinou na ošetření a následné hojení nekomplikované. Nejzávažnějším porodním poraněním je ruptura III. stupně. Jde

o poranění výše uvedených struktur s narušením svěrače nebo i stěny konečníku. Toto poranění je náročné na ošetření a někdy může být oslabena či porušena funkce svěrače v poporodním období i v období po šestinedělí. Před ošetřením porodního poranění je indikované bidigitální vyšetření, při kterém je ukazovák ruky zaveden do rekta a palcem ruky je palpačně zhodnocen stav análního svěrače (Gregora, Velemínský, 2013).

#### *1.10.1 Možnosti prevence poranění hráze*

Osoba, která vede porod, má velmi malý vliv na poddajnost svalů hráze. S přípravou měkkých porodních cest musí žena začít již před porodem. Metody ke zlepšení prevence poranění hráze nezaručují porod bez jakýchkoliv poranění, vedou ale ke zlepšení elasticity a pružnosti hráze a tak ke snížení potřeby episiotomie, vzniku ruptury, snížení strachu z porodu, snížení trvání první a druhé doby porodní a snížení subjektivního vnímání bolesti (Maryšková, 2010).

Prevenčí poranění hráze jsou její masáže, které si žena může provádět sama nebo s pomocí partnera. Hráz si žena či partner masíruje navlhčenými prsty například rostlinným olejem. Ukazováčkem a prostředníčkem žena pochvu pomalu po dobu 3 minut roztahuje. Nakonec masáže tře 1 minutu hráz mezi palcem a ukazováčkem. Nejvýhodnější je začít s masáží hráze přibližně 6 týdnů před termínem porodu a masáž by měla provádět 2 krát denně. Další metodou je speciální balonek EPI-NO, posilující pánevní dno a zároveň simulující porod pomocí rozpínání svalů pánevního dna a tkání hráze. Balonek se zavede do pochvy a žena jej postupně nafukuje až do pocitu maximálního napětí. Nakonec žena nechá takto nafouknutý balonek volně vyklouznout z pochvy. S cvičením by žena měla začít 3 týdny před termínem porodu, dvakrát denně po dobu 15- 30 minut. Poslední možností je porodnický gel, který chrání svaly pánevního dna, pochvy a hráze. Při jeho aplikaci se výrazně sníží tření při porodu. Gel se aplikuje jak v první době porodní, tak i v druhé porodní době (Maryšková, 2010).

## **2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíle práce**

V bakalářské práci na téma „Porod očima prvorodičky“ byly stanoveny dva cíle.

*Cíl 1 : Zjistit, jak si prvorodičky představují svůj porod.*

*Cíl 2 : Zjistit, jak se lišily představy prvorodiček o porodu od skutečnosti.*

### **2.2 Výzkumné otázky**

Na základě těchto dvou stanovených cílů vyplynuly tři výzkumné otázky.

*Výzkumná otázka 1: Jak se prvorodičky připravují na blížící se porod?*

*Výzkumná otázka 2: Jaké jsou představy a vize prvorodiček o porodu?*

*Výzkumná otázka 3: Jak vnímaly prvorodičky svůj porod?*

## **3 METODIKA**

### **3.1 Metodika výzkumné práce**

Ke zpracování výzkumné části bakalářské práce byla použita metoda kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat proběhl formou polostrukturovaného rozhovoru (viz Příloha 1).

Rozhovory se ženami byly uskutečněny v rozmezí březen - duben 2015. Rozhovor byl dobrovolný a zcela anonymní. Všechny respondentky souhlasily s poskytnutím rozhovoru a s využitím výsledků rozhovorů pouze pro účely bakalářské práce na téma „Porod očima prvorodičky“. Informované souhlasy byly získány pouze ústně. Jednotlivé rozhovory byly zaznamenávány audiotechnikou a následně doslovně převedeny do písemné formy. Získaná data byla analyzována metodou kódování v ruce neboli formou „tužka – papír“ (Švaříček, Šedřová, 2014). Výsledky výzkumného šetření byly uspořádány do dvou hlavních kategorií, Před porodem a Po porodu, které se dále dělily na podkategorie (Předporodní příprava, Představy o průběhu porodu, Doprovod k porodu, Kritéria při výběru porodnice, Pocity z porodu, Představa vnímání porodních bolestí, Metody tlumení porodních bolestí, Průběh porodu, Představy vs. skutečnost, Využití předporodních kurzů, Výhody doprovodu u porodu, Vnímání porodních bolestí, Využití metody tlumení porodních bolestí, Prostředí nemocnice a Přístup porodních asistentek k rodičkám)

U výsledků výzkumu byly v práci použité odpovědi respondentek získané z rozhovorů, které jsou zvýrazněné kurzívou.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor tvořily ženy (prvorodičky), které rodily na gynekologicko-porodnickém oddělení jakékoliv nemocnice v Jihočeském kraji. Rozhovory s nimi byly uskutečněny před porodem a následně v období po porodu. Výzkumný soubor tvořilo 5 žen (prvorodiček). Všechny ženy souhlasily s poskytnutím rozhovoru. Hlavním a jediným kritériem u výběru respondentek pro výzkumný soubor, byl požadavek, aby vybrané ženy byly prvorodičky.

Respondentce 1 je 27 let a je již třetím rokem vdaná. Žije se svým manželem ve dvougeneračním domě na okraji Českých Budějovic. Vystudovala vyšší odbornou školu ekonomickou a před mateřskou dovolenou pracovala od roku 2011 jako sekretářka. Její těhotenství bylo dlouho plánované. S manželem se pokoušeli o otěhotnění čtrnáct měsíců. Čekají chlapce, kterého se nemohou dočkat.

Respondentce 2 je 24 let. Je svobodná a žije se svým partnerem v bytě v Českých Budějovicích. Žena absolvovala střední odbornou školu. Vlastní malé kadeřnictví, ve kterém také jako kadeřnice před nástupem na mateřskou dovolenou pracovala. Žena je poprvé těhotná. Těhotenství nebylo plánované, ale na dítě se s partnerem velmi těší. Čekají dívku.

Respondentce 3 je 25 let a je rok vdaná. Se svým manželem žijí v bytě v centru Českých Budějovic. Žena absolvovala střední zdravotnickou školu, jako zdravotnický asistent. Dva roky před nástupem na mateřskou dovolenou pracovala jako zdravotní sestra/ zdravotnický asistent v Domově pro seniory. Toto je ženy první plánované těhotenství. Pohlaví dítěte nezná, chtěli se s manželem nechat překvapit.

Respondentce 4 je 25 let. Je svobodná a se svým partnerem žijí v rodinném domě nedaleko Českého Krumlova. Žena má vysokoškolské vzdělání s titulem bakalářka a před mateřskou dovolenou pracovala jako úřednice. S partnerem čekají chlapce a velmi se na něj těší. Je to její první a plánované těhotenství.

Respondentce 5 je 28 let. Je svobodná a se svým partnerem žije v bytě v Českých Budějovicích. Žena vystudovala střední školu s výučním listem a před mateřskou dovolenou pracovala jako servírka. Žena již v roce 2013 spontánně potratila v 17. týdnu těhotenství. S partnerem nyní čekají dívku, které se nemohou dočkat.

Tabulka 1 Identifikační údaje

| Respondentka | Věk    | Rodinný stav | Nejvyšší dosažené vzdělání              | Zaměstnání       |
|--------------|--------|--------------|---|------------------|
| R1           | 27 let | Vdaná        | Vyšší odborné                           | Sekretářka       |
| R2           | 24 let | Svobodná     | Středoškolské                           | OSVČ -kadeřnice  |
| R3           | 25 let | Vdaná        | Středoškolské                           | Zdravotní sestra |
| R4           | 25 let | Svobodná     | Vysokoškolské bakalářské                | Úřednice         |
| R5           | 28 let | Svobodná     | Středoškolské vzdělání s výučním listem | Servírka/číšnice |

## 4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Tabulka 2. Rozdělení kategorií a jejich podkategorií



## **Kategorie Před porodem**

Kategorie Před porodem obsahuje sedm podkategorií, které se zabývají přípravou těhotných žen k porodu. Tím je myšlené absolvování předporodních kurzů, získávání zdrojů informací o porodu a používání pomůcek připravujících k porodu, jako je např. EPI-NO balónek. Tato část popisuje představy prvorodiček o průběhu jejich porodu, pocity z blížícího se porodu, vnímání porodních bolestí a metodách tlumení porodních bolestí, o kterých ženy uvažují. Zabývá se také výběrem doprovodu k porodu a kritérii, na základě kterých se žena rozhodovala při výběru porodnice.

### ***Podkategorie Předporodní příprava***

Tato podkategorie se soustředila na skutečnost, zda ženy navštěvovaly předporodní kurzy, kde získávaly informace o těhotenství a porodu nebo zda používaly některé z pomůcek sloužících k přípravě na porod.

Tři ze všech pěti dotazovaných respondentek (R2, R3, R4) navštěvovaly předporodní kurzy. Jako zdroje informací o porodu udaly (R1 a R4) rady od obvodního gynekologa. Dalšími zdroji informací byly knihy o těhotenství a porodu, které zmínily tři respondentky (R1, R2 a R3). R3 uvedla: „Dostala jsem od kamarádky knížku, o který už mi říkala, když byla těhotná ona a moc se jí líbila. Jmenuje se „Vzhůru do jináče“. Je vtipně napsaná, takže jsem se u ní i hezky zasmála“. Rady o těhotenství a porodu na internetu vyhledávaly tři respondentky (R1, R3 a R5). Zbylé dvě ženy (R2 a R4) naopak uvedly internetové články a diskuze jako pro ně zcela nevhodný a svým obsahem často stresující zdroj informací. R4 uvedla: „Přečetla jsem i pár článků a diskuzí na internetu, ale většinou to byly negativně laděný diskuze maminek a spíš mě vystresovaly. Proto jsem si je zakázala dál číst.“ R2 uvedla: Zjistila jsem, že některý maminky v diskuzích na internetu píšou nesmysly, akorát aby ostatní vyděsily. Už to nečtu. Samozřejmě něco jinýho jsou ale články a diskuze, který píše nějaký odborník. Ty si klidně přečtu“. Dvě respondentky (R2 a R3) chodily pro rady ke známým a kamarádkám, které již porod zažily. R3 uvedla: „Moje sestra rodila před dvěma rokama, takže to má stále v plný paměti. Popsala mi, jak to celý probíhalo a jak to ona prožívala“. Jen jedna žena (R2) používala pomůcky k přípravě k porodu a to EPI-NO balónek, který slouží k posílení

pánevního dna a zároveň simuluje porod pomocí rozpínání svalů pánevního dna a tkání hráze. R2 uvedla: „*Našla jsem na internetu balónek, kterej by měl pomoci usnadnit průchod miminka téma porodními cestama a měl by zabránit poranění nebo tomu nástřihu. Můj gynekolog mi to taky doporučil a tak jsem si koupila ten EPI- NO balónek. Používám ho teprve tejdén. Cvičím s ním dvakrát denně podle návodu, tak doufám, že to k něčemu bude*“. Žádná z respondentek nepřemýšlela o sepsání porodního plánu.

### **Podkategorie Představy o průběhu porodu**

V této podkategorii jsme se od žen chtěli dozvědět, jak si svůj porod představují a zda mají nějaké konkrétní přání týkající se průběhu porodu.

Všechny respondentky si představovaly hladký a rychlý průběh porodu bez komplikací a narození zdravého novorozence. R5 uvedla: „*Přeju si hlavně, aby vše proběhlo bez problémů, rychle a narodila se nám zdravá holčička, který už se nemůžeme s tatínkem dočkat*.“ R4 uvedla: „*Hlavně aby všechno dobře dopadlo a bylo to rychle za mnou. Taky abychom oba byli v pořádku a abych zvládla tu bolest. Samozřejmě, že bych si přála, aby to bylo úplně bez bolesti a bylo to za 5 minut za mnou, ale to bohužel nejde. Takže si vystačím s tímhle*“. Přáním respondentek (R3 a R5) bylo porodit spontánně. R5 uvedla: „*Chci porodit spontánně. Kdybych porodila císařským řezem, asi bych pak litovala, že jsem to nezkusila a nevím, jaký to je. Samozřejmě, kdyby nastal nějaký problém a já musela jít na císařský řez, nebudu tomu bránit, abych neohrozila miminko*“. Příjemný a ochotný personál u porodu si představovaly dvě ženy (R4 a R5). R2 si kvůli používání EPI- NO balónku, se kterým cvičí dvakrát denně po dobu jednoho týdne, navíc představovala porod bez nástřihu hráze nebo spontánního poranění. Jejím dalším přáním bylo položení novorozence na břicho ihned po jeho ošetření a mít ho u sebe i po dobu dvou hodin po porodu, kdy je žena stále na porodním boxu. R2 uvedla: „*Četla jsem o důležitosti kontaktu matky s novorozencem hned po porodu. Proto bych chtěla, aby mi holčičku po porodu a tom jejím ošetření položili na břicho a zůstala tak se mnou po celou tu dobu, co budeme na porodním sále. Samozřejmě, pokud bude vše v pořádku*“. R3 si navíc přála klidné prostředí s minimem účastníků. R3 uvedla: „*Doufám v klidný prostředí a nechtěla bych, aby tam se mnou bylo deset lidí a všichni na mě zírali*“.



### ***Podkategorie Doprovod k porodu***

Tato podkategorie se zabývá otázkou, zda si ženy přejí, aby je někdo během porodu doprovázel a popř. kdo.

Čtyři z pěti dotazovaných žen (R1, R2, R4 a R5), si byly jisté přítomností svého partnera či manžela při porodu. R2 uvedla: „*Přítel chce být od začátku u porodu se mnou a já jsem za to moc ráda. Myslím, že se budu cítit bezpečněji, když budu vědět, že tam vedle mě je.*“ R5 uvedla: „*Ze začátku těhotenství jsem nechtěla, aby byl přítel u porodu se mnou. Bála jsem se, že mě uvidí v ne moc lichotivých pozicích, rozčuchanou, ufuněnou, opocenou a bůh ví co ještě. Ale přítel se o nás během těhotenství hrozně hezky staral a zajímal se, že mu to teď nemůžu upřít.*“ R1 uvedla: „*Manžel řekl, že rozhodnutí jestli tam má být nebo ne, je na mě a že bude respektovat oboje. A já tam nechci být sama. Myslím, že se s ním budu cítit bezpečněji.*“ Respondentka (R3) si nebyla zcela jistá, zda chce, aby ji manžel u porodu doprovázel. R3 uvedla: „*Manžel by moc chtěl, ale nejsem si jistá, jestli úplně chci, aby mě viděl v takové situaci. Nevím, jak budu třeba reagovat na bolest. Je možný, že budu hysterická, budu křičet nebo na něj budu zlá a nakonec budu chtít, aby odešel.*“

### ***Podkategorie Kritéria při výběru porodnice***

V této podkategorii byla důležitá kritéria, podle kterých si ženy vybíraly, v jaké porodnici budou rodit.

Hlavním kritériem při výběru porodnice, které uvedly všechny respondentky, byla dostupnost porodnice v místě bydliště. R4 uvedla: „*Jsmo z Českých Budějovic, takže jezdit někam daleko, by bylo asi riskantní. I pro rodinu bude navštěvovat nás snazší a jednodušší.*“ R5 uvedla: „*Ani jsem nepřemýšlela, že bych jela rodit do jiného města. Navíc bydlím pár minut od nemocnice, takže když na to přijde, můžu se do porodnice dopravit klidně i sama.*“ Doporučení od známých či kamarádek uvedly respondentky (R2, R3 a R4). R3 uvedla: „*Moje sestra v týhle porodnici rodila před necelýma dvěma rokama. Moc si chválila přístup sestřiček i lékařů. Byla hodně spokojená, takže tohle hrálo roli ve výběru porodnice taky.*“ Pro ženy (R2, R4) byla při výběru rozhodující i prohlídka porodnice, která byla součástí předporodního kurzu. R2 uvedla: „*Na předporodním kurzu nám porodní asistentka domluvila prohlídku*

*porodnice. Určitě bych to doporučila všem budoucím maminkám, cítím se lépe, když vím alespoň, jak to tam vypadá. Porodní asistentka, která nás na porodním sále provázela, byla velice milá, ukázala nám všechny místnosti tam a zároveň popisovala, jak to tam chodí“.*

### ***Podkategorie Pocity z porodu***

V této podkategorii jsou popsány pocity žen z blížícího se porodu. Zda se něčeho obávají a z čeho mají strach.

Všechny respondentky uvedly pocitování strachu a obav z blížícího se porodu. Nejčastější pocit strachu žen (R2, R3, R4, R5) se týkal porodních bolestí a obav, že bolesti nezvládnou. R3 uvedla: *„Nejvíc se bojím bolesti, bojím se svých reakcí na ni a toho, že budu hysterická nebo to prostě nezvládnou“*. R5 uvedla: *„Nedokážu si představit, jak moc to bude bolest a proto ani, jak na bolest budu reagovat“*. Dvě, z těchto zmíněných žen (R2 a R4) se uklidňovaly tím, že všechny ženy před nimi porod zvládly, tak to musí zvládnout i ony. R4 uvedla: *„Mám obavy, abych to zvládla, ale uklidňuju se tím, že to zvládly všechny ženy, tak to zvládnou taky“*. Pouze dvě respondentky (R1 a R2) popsaly i pozitivní pocity z blížícího se porodu, jako těšení se na své dítě. R1 se také těšila na reakce svého manžela, jak při porodu, tak i po narození jeho syna. R1 uvedla: *„Bojím se, ale zároveň se hrozně těším, až bude náš chlapeček venku. Taky jsem zvědavá, jak bude reagovat manžel při porodu i až malýho poprvý uvidí“*.

### ***Podkategorie Představa vnímání porodních bolestí***

V této podkategorii nás zajímalo, jak si ženy představují porodní bolesti a jak si myslí, že je budou vnímat.

Všechny respondentky uvedly, že před porodem neměly představu, jaké budou porodní bolesti a tedy i jak je budou vnímat. R3 uvedla: *„Co se týče bolesti, vůbec si to nedokážu představit. Nejvíc se bojím bolesti, bojím se svých reakcí na ně a toho, že budu hysterická nebo to prostě nezvládnou“*. R1 uvedla: *„S bolestí počítám, vím, že k porodu patří a nejde to bez ní. Budu se jí snažit vnímat jako součást porodu“*.

*a zvládnout ji co nejlíp“.* R2 a R5 uvedly, že mají vysoký práh bolestivosti a tak doufaly, že bolesti budou snášet dobře. R5 uvedla: *„Myslím si, že mám vysokej práh bolestivosti, vždycky jsem bolest snášela celkem dobře, ale teď to bude něco úplně jinýho a novýho. Je teda možný, že ani vysokej práh bolestivosti mi při porodu moc nepomůže“.*

### **Podkategorie Metody tlumení porodních bolestí**

V této podkategorii byly respondentky dotazovány, zda uvažují o využití některých z metod tlumení porodních bolestí a pokud ano, jakých.

Dvě respondentky (R3 a R5) věděly, že chtějí při porodu využít epidurální analgezii. R3 uvedla: *„V diskuzích na internetových stránkách hodně ženy psaly o epidurální analgezii. Ty, kterým ji píchli, byly spokojený a psaly, že jim to porod velmi ulehčilo. Rozhodla jsem se, že jestli to půjde, chtěla bych ji využít taky“.* O epidurální analgezii přemýšlela i R4, ale uvedla, že se chce rozhodovat na místě podle bolesti, rad lékaře a PA. Podle situace se chtěla rozhodovat i R2, udala však, že není proti užití analgetik. Bez analgetik by porod chtěla zvládnout R1, která uvedla: *„Jak už jsem říkala, beru bolest jako součást porodu a proto bych to chtěla zvládnout bez analgetik“.* Respondetky (R1, R2, R4 a R5) věděly o možnosti využití teplé sprchy i o jejích pozitivních účincích pro většinu rodiček, a proto ji chtěly využít. Dvě z těchto žen (R1 a R2) chtěly k teplé sprše využít i gymnastický míč.

### **Kategorie Po porodu**

Kategorie Po porodu obsahuje osm podkategorií, které popisují průběh porodu respondentek, jak se lišily jejich představy o porodu od skutečnosti, jak ženy využily znalosti a dovednosti z předporodních kurzů při porodu a v čem jim pomohl doprovod u porodu. Dále se zabývají působením prostředí nemocnice na ženy a přístupem porodních asistentek k rodičkám. Jak ženy vnímaly porodní bolesti a jakých metod tlumení porodních bolestí využily.

### ***Podkategorie Průběh porodu***

Tato podkategorie se zabývala průběhem porodu jednotlivých žen.

Všechny respondentky porodily spontánně a jejich porod se obešel bez vážnějších komplikací. Tři z respondentek (R1, R2 a R5) zažily zcela fyziologický průběh a délku porodu (v průměru 6 – 12 hodin od nástupu kontrakcí). R1 uvedla: *„Naštěstí všechno proběhlo v pořádku a bez komplikací. Porod trval asi 6 hodin“*. Průběh porodu dvou respondentek (R3 a R4) byl delší. R3 byla plánovaně přijata do porodnice pro potermínovou graviditu. Byla jí proto indikována preindukce a následná indukce porodu. R4 odtekla plodová voda, ale ženě nenastoupily kontrakce, proto jí byl porod také indukován. Všechny respondentky uvedly, že porod pro ně byl velmi bolestivý, ale zároveň velmi emotivní a krásný zážitek. R5 uvedla: *„Jsem hrozně šťastná, že všechno proběhlo v pořádku, a i když to bylo hodně bolestivý, tak to byl neuvěřitelně krásnej a nepopsatelný zážitek“*. Dvě respondentky (R2 a R4) po porodu tvrdily, že už nikdy nechtějí родit. R4 uvedla: *„Jsem hrozně ráda, že, Matyáška mám, ale po tomhle zážitku to bude jedináček. Porod byl pro mě hodně náročněj a bolestivej. Nechci to zažít znovu“*. Episiotomie byla provedena všem respondentkám. Určitou nespokojenost s průběhem porodu uvedly 3 respondentky (R2, R4, R5). R2 mrzelo nastříhnutí hráze, i přes používání EPI- NO balónku, jako prevence epiziotomie. R2 uvedla: *„Nechtěla jsem, aby do mě někdo stříhal nůžkami, proto jsem poctivě cvičila s tím balonkem a stejně mi to k ničemu nebylo. I když jsem jim to tam říkala, nakonec mě nastříhli“*. R5 nestihla využít epidurální analgezií, kterou si přála a R4 vadila kontinuální monitorace CTG při kapání infuze s Oxytocinem a tím omezení volného pohybu a možnosti využívání sprchy. R4 uvedla: *„Skoro celou dobu na porodním sále jsem byla napojená na tu infúzi a na monitoru. Už jsem nevěděla, jak si mám lehnout. Bolelo mě celý tělo i z toho ležení. Ve sprše jsem mohla být jen chvíli. Nakonec mi, ale porodní asistentka dala vedle postele ten gymnastický míč a mohla jsem sedět na míči, i když jsem byla napojená na monitor a infúzi. To bylo fajn“*.

### ***Podkategorie Představy vs. skutečnost***

V rámci této části bylo zkoumáno, jak se lišily představy respondentek o porodu od skutečnosti.

Všechny respondentky si porod představovaly méně bolestivý. R2 uvedla: „*Popravdě jsem si nemyslela, že to bude až tak drsný a bolestivý. Překvapilo mě to*“. R3 a R4 si představovaly rychlý porod. R3 uvedla: „*Měla už jsem po termínu porodu, takže jsem musela na příjem. Do pochvy mi dávali tabletky, abych se začala otvírat a začaly kontrakce. Porodila jsem asi až za 30 hodin od příjmu na oddělení. Nebylo to moc příjemný, tam ležet i před porodem a čekat kdy už konečně porod začne*“. R5 uvedla, že nezvládala bolest, tak jak si představovala. R3 uvedla: „*Myslela jsem, že to budu zvládat líp, uvědomuju si, že jsem byla chvílema až hysterická. Křičela jsem, že už nechci a že to nezvládnou. Teď se za to trochu stydím, ale v tu chvíli to jinak prostě nešlo*“. R2 si přála přiložení novorozence na hrudník ihned po porodu a bylo jí to splněno. R2 uvedla: „*Hned co paní doktorka přestříhla ten pupečník, mi sestřička položila holčičku na hrudník. Tak jsem si to představovala*“. R3 si představovala klidné prostředí s minimem účastníků. R3 uvedla: „*Prostředí bylo příjemný a klidný, byl tam můj manžel, lékař, dvě porodní asistentky a dětská sestřička. Takže lidí tam bylo dost. Nebylo to úplně podle mejch představ, ale neměla jsem náladu to nějak řešit*“. Dvě respondentky (R4, R5) mezi představy o porodu uvedly příjemný personál. Po porodu popsaly personál jako milý, ochotný a vstřícný. Dvě z dotazovaných respondentek (R2 a R4) uvedly, že jim během porodu bylo doporučováno nepít, což hodnotily negativně. R2 uvedla: „*Chápu, že se na porodním sále není vhodné „cpát“ jídlem, ale proč jsem se nemohla pořádně napít vody, jsem nepochopila. Myslím si, že při takovejhle zátěži je to spíš nutnost pít. Měla jsem úplně vyschlo v puse a vysušený rty. Manželovi dali jakýsi tampóny namočený ve vodě a ty jsem mohla jen vysávat*“.

### ***Podkategorie Využití předporodních kurzů***

V této podkategorii byly dotazovány respondentky, které navštěvovaly předporodní kurzy, zda a v čem jim tyto kurzy pomohly. Jestli využily některé informace nebo např. nácviky poloh či dýchání během porodu.

Předporodní kurzy navštěvovaly tři respondentky (R2, R3 a R4). Všechny ženy na předporodní kurzy docházely samy tj. bez partnerů. Všechny byly s kurzy spokojené. Uvedly, že návštěvy kurzů pro ně byly velmi přínosné a cítily se pak před porodem mnohem klidněji. R2 uvedla: „*Jsem ráda, že jsem na předporodní kurzy chodila. Cítila jsem se klidnější, že alespoň trochu vím, co se se mnou bude dít a co mám dělat*“.

*Samozřejmě, že si to člověk může přečíst na internetu, ale slyšet to od porodní asistentky, která tam pracuje je něco jiného“.* R3 uvedla: *„Navštěvování předporodních kurzů bych doporučila všem budoucím maminkám, který čekají první miminko, a tak neví, do čeho jdou a jak všechno bude probíhat“.* Všem třem respondentkám při porodu nejvíce pomohlo na kurzu nacvičené dýchání. R3 uvedla: *„Na kurzech jsme si říkali o všemožných polohách, co ulevují od bolesti, masáží nebo metodách odměřování pozornosti na něco jiného, ale nejvíc jsem využila nacvičený dýchání“.* R2 a R4 navíc pomohly informace o výbavě do porodnice a známkách počínajícího porodu. R4 uvedla: *„I když jsem si na internetu přečetla, co si mám s sebou do porodnice sbalit, porodní asistentka nám poradila i některý věci navíc, který se budou hodit, jako např. víc košílek, kvůli častému znečištění nebo vlhčený ubrousky pro mě i miminko. Taky nám řekla, kdy máme do porodnice vyrazit a vysvětlila nám rozdíl mezi poslíčkama a pravýma kontrakcema“.*

### ***Podkategorie Výhody doprovodu u porodu***

Tato podkategorie uvádí, kdo ženy během porodu doprovázel, v čem jim přítomnost blízké osoby pomohla a jak se cítily.

Všechny respondentky během porodu doprovázel partner či manžel. Pro čtyři z těchto žen (R1, R2, R3 a R5) byl partner u porodu velkou oporou. Cítily se bezpečněji a povzbuzovalo je to. R1 uvedla: *„Manžel byl skvělej. Byl mi obrovskou oporou. Povzbuzoval mě a mě to nutilo k lepším výsledkům. Uklidňoval mě a já se cítila v bezpečí, když byl vedle mě a držel mě za ruku“.* Respondentkám (R3 a R5) nejvíce partner pomohl tím, že tam byl. R5 uvedla: *„Pomáhalo a uklidňovalo mě i jenom to, že jsem věděla, že tam partner je. Bylo skvělý, že hned viděl naší holčičku a mohl si jí vyfotit“.* Respondentka R2 spatřovala výhodu přítomnosti partnera i v komunikaci mezi ní a zdravotnickým personálem. R2 uvedla: *„Musím přiznat, že jsem chvílema ani nevnímala, co mi porodní asistentka radí. Přítel mi to musel tlumočit“.* Poslední respondentka (R4) se svěřila, že partner se u porodu necítil dobře a pro ni to bylo stresující. R4 uvedla: *„Partner u porodu byl. Nenutila jsem ho. Chtěl jít, ale nemá rád krev a pohled na mě, jak se svíjím v bolesti mu nedělal moc dobře. A já byla taky ve stresu, protože jsem věděla, že by nejradši byl někde úplně jinde. Takže na chvíli*

*i odešel, ale na tlačení a narození syna tam byl a byl moc rád. Takže mu to za zlé nemám. Snažil se“.*

### ***Podkategorie Vnímání porodních bolestí***

V této podkategorii byly respondentky dotazovány, zda měly bolesti, jak je vnímaly a jak je hodnotily na vizuální analogové škále.

Všechny respondentky popsaly porodní bolesti jako velice bolestivé a intenzivní. Intenzita bolesti je překvapila. R2 uvedla: *„Byla to nepopsatelná bolest. Její intenzita mě překvapila. Nečekala jsem to“*. R3 uvedla: *„Bolest jsem vnímala hodně intenzivně. Chviléma jsem cítila obrovskou slabost“*. R5 uvedla: *„Cítila jsem neskutečnou bolest v podbřišku. Bála jsem se každé příchozí kontrakce a modlila se, aby už zase skončila“*. Jedna respondentka (R4) udala bolesti v bederní oblasti zad. R4 uvedla: *„Slyšela jsem o porodních bolestech, kdy ženskou bolí v bedrech. Věděla jsem, že jsou mnohem bolestivější než klasický bolesti v podbřišku. A bohužel jsem si to mohla vyzkoušet na vlastní kůži. Měla jsem pocit, jako by mi v zádech praskaly kosti. Nikomu bych tuhle bolest nepřála“*. Žádná z žen nebyla v průběhu porodu dotazována na intenzitu bolesti pro zaznamenání na vizuální analogové škále. Respondentka (R1) ohodnotila porodní bolest číslem 8. R1 uvedla: *„Ne, nikdo se mě na tuhle stupnici neptal a nejspíš číslo 8. Určitě existují i bolestivější věci“*. Další tři ženy (R2, R3 a R5) udaly číslo 9. R5 uvedla: *„Tak o týhle škále slyším poprvý. Dám číslo 9, protože člověk může zažít i horší bolesti při nějakých vážných nemocech nebo zraněních“*. Poslední respondentka (R4) vnímala bolest nejintenzivněji, hodnotila ji číslem 10. R4 uvedla: *„Jak už jsem říkala. Nikdy jsem takovou bolest nezažila a nikdy už asi zažít nechci“*.

### ***Podkategorie Využití metody tlumení porodních bolestí***

V této podkategorii bylo zjišťováno, jaké metody tlumení porodních bolestí respondentky využily a jak jim od bolesti pomohly.

Dvě respondentky (R3 a R4) si nechaly aplikovat epidurální analgezii a s jejími účinky byly velmi spokojené. R3 uvedla: *„Epidurální analgezii jsem si přála využít a vyšlo mi to. Zavedení tý kanyly vůbec nebolelo a opravdu mi to ulevilo od tý bolesti.“*

*Bolesti byly o dost mírnější a mezi bolestmi jsem si mohla odpočinout a nabrat síly“.* R5 si před porodem také přála epidurální analgezii, ale kvůli rychlému postupu při dilataci děložního hrdla to nebylo možné. Stejně jako respondentce 2 jí byla podána infúze s analgetiky, po které se oběma ženám ulevilo. R5 uvedla: *„Přála jsem si využít epidurální analgezii, ale bohužel mi při vyšetření pan doktor oznámil, že už jsem víc otevřená a tak už to není možný. Uklidnil mě ale tím, že mi podají nějakou infúzi na bolest, která je prej taky účinná. Bolesti jsem po té infúzi měla pořád, ale ulevilo se mi a mohla jsem si chvíli odpočinout“.* R1 porodila bez farmakologických metod tlumení bolestí. R1 uvedla: *„Bylo to velice bolestivý a náročný, ale zvládla jsem to bez jakýchkoliv léků, i když musím přiznat, že chvílema už jsem nad jejich využitím přemýšlela“.* Respondentky (R1, R2, R3 a R5) využívaly teplé sprchy se sezením na gymnastickém míči, přičemž udaly značné snížení bolesti. R2 uvedla: *„Porodní asistentky mě nechávaly ve sprše na míči. Teplá voda je zázrak. V té sprše mi bylo o několik procent líp“.* R4 také uvedla pozitivní účinky teplé sprchy, ale kvůli kontinuální monitoraci CTG při indukci porodu měla její využívání omezené.

### ***Podkategorie Prostředí nemocnice***

Tato podkategorie se zabývala skutečností, jak na respondentky působilo prostředí porodnice a porodních sálů.

Jen jedna respondentka (R1) byla zcela spokojená s prostředím porodnice, ve které rodila. Prostředí na ní působilo příjemně, čistě a útulně. R1 uvedla: *„Prostředí porodnice mě velice příjemně překvapilo. Bylo to tam čistý, stěny byly barevně vymalovaný, takže to na mě působilo útulně. Cítila jsem se příjemně a řekla bych, že i uvolněnější než v klasickým bílým nemocničním prostředí“.*

Pro dvě respondentky (R4 a R5) prostředí porodnice nebylo během porodu úplně důležité. R5 uvedla: *„Popravdě jsem neměla moc čas ani náladu si prohlížet prostředí. Víím, že to tam bylo čistý a světlý, ale jak říkám, v tu chvíli to pro mě nebylo nejdůležitější“.* Dvě respondentky (R2 a R3) byly s prostředím spokojené, ale přiznaly, že by mohlo být modernější a útulnější. R2 uvedla: *„V rámci předporodního kurzu jsme s partnerem byli na prohlídce porodnice, takže jsem věděla, kam jdu. Není to tam žádný luxus a chtělo by to trochu zmodernizovat a zútulnit, ale přesto to na mě působilo*



*příjemně“.* R3 uvedla: *„Jediný co bych tam změnila, jsou bílé zdi, což na mě působilo jako v nemocnici prostě. Myslím, že barevné stěny by nebyly od věci“.*

### ***Podkategorie Přístup porodních asistentek k rodičkám***

Na závěr bylo zjišťováno, jak na respondentky působily porodní asistentky a jaký byl jejich přístup k ženám.

Všechny dotazované respondentky neměly žádné závažné výhrady proti jednání, celkovému přístupu a informovanosti od zdravotnického personálu. Porodní asistentky ženy podporovaly, byly respondentkám nejen psychickou oporou, ale staraly se i o jejich fyzické pohodlí a dostatečně je edukovaly o průběhu porodu. R2 uvedla: *„Po celou tu dobu na tom porodním boxe se o mě starala jen jedna porodní asistentka. Rodila jsem v noci a na ní bylo vidět, že je unavená. Nebyla moc výřečná, ale všechno důležitý jsem věděla a starala se o mě hezky. To, že se se mnou moc nevybavovala, bylo asi taky tím, že tam se mnou byl přítel a tak nás tam chtěla nechat o samotě, což mi i vyhovovalo“.* R5 uvedla: *„Vystřídaly se u mě dvě porodní asistentky a obě byly velmi milý a ochotný. Zajímalo by mě, jestli tam jsou všechny porodní asistentky takový, anebo jsem na ně měla jenom štěstí. Se všim mi vyšly vstříc. Pořád se usmívaly a povzbuzovaly mě“.*

## 5 DISKUZE

Téma této bakalářské práce je „Porod očima prvorodiček“. Každý porod je jiný a každá rodička je osobnost, proto je vnímání porodu individuální. Pro většinu žen je porod bezpochybně radostná událost. Přesto je značnou částí žen vnímán jako negativní a bolestivý zážitek. Ženy často provází pocit strachu a úzkost, kdy nejčastější příčinou u prvorodiček je konkrétně strach z porodu, z neznáma a z nepoznaných pocitů a zážitků. U vícerodiček to pak může být strach z pocitů a prožitků, které již poznaly. Úzkost týkající se porodu může být způsobena nedůvěrou v porodnici, ve které mají родit, strach z vlastní neschopnosti porodit dítě, z porodních bolestí, ale i z možných komplikací (Hájek, 2014).

Tato bakalářská práce pojednává o přípravě prvorodiček na porod, o jejich pocitech a představách o porodu a o tom, jak se jejich představy lišily od skutečnosti.

Pro výzkumnou část bakalářské práce bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření, vedené formou polostrukturovaného rozhovoru s pěti prvorodičkami před porodem a následně po porodu. Dotazované ženy rodily v porodnicích v Jihočeském kraji.

V úvodu jsme se zaměřili na identifikační údaje respondentek, které jsou shrnuté v Tabulce 1. Čech (2006) ve své knize uvádí 22. rok života ženy, jako neideálnější věk pro porození prvního dítěte a 30. rok jako nejvhodnější dobu pro ukončení reprodukce ženy. Za mladistvou se rodička považuje před 18. rokem věku a jako starší prvorodičku považujeme ženu, která porodila své první dítě po 35 roku věku. Současný průměrný věk prvorodiček se pohybuje okolo 30 let. Odkládání mateřství do vyššího věku má na svědomí hlavně větší dostupnost vzdělávání a budování kariéry. Mnohdy ženy vede k odkládání těhotenství na pozdější dobu i společenské mínění nebo neschopnost najít si toho správného partnera. Přitom není pochyb, že s vyšším věkem klesá šance na otěhotnění přirozenou cestou a narůstají rizika spojená s poškozením plodu, s porodem a hrozí nárůst komplikací v šestinedělí. Po 35. roce života ženy stoupá riziko potratu, výskytu těhotenské cukrovky, preeklampsie, ale může být i vyšší výskyt vrozených vývojových vad dítěte. Samozřejmě se navyšuje riziko problémů s oplodněním až neplodnost (Čech, 2006). Průměrný věk respondentek byl 26 let. Odpovídá tedy věkovému rozmezí vhodnému pro otěhotnění udávaný Čechem (2006).

Prvním z cílů výzkumného šetření bylo zjistit, jak se ženy připravovaly na blížící se porod. Z jakých zdrojů čerpaly informace o porodu a jestli používaly nějaké pomůcky v souvislosti s přípravou na porod. Dále nás zajímalo, zda navštěvují

předporodní kurzy a v čem jim informace z kurzů pomohly u porodu. Všechny respondentky přiznaly, že hledaly informace o těhotenství a porodu na internetových stránkách a četly diskuze tomuto tématu věnované. Z toho dvě ženy (R2 a R4) označily internetové články a diskuze jako pro ně zcela nevhodný a svým obsahem často stresující zdroj informací. Z vlastní zkušenosti můžeme říci, že informace na internetu jsou opravdu často zavádějící. Proto je vhodné ženám doporučovat internetové stránky, na kterých uvádí rady odborník. Dalšími zmíněnými zdroji informací žen před porodem byly odborné knihy, rady od gynekologa, kamarádek, které si už porodem prošly a od známých. Je překvapující, že žádná z respondentek neuvedla jako zdroj informací porodní asistentku v gynekologických ambulancích. Je potřeba se zamyslet, zda mají PA v gynekologických ordinacích vůbec prostor k edukaci žen v takové míře, v jaké by byla potřeba.

Aby byla žena, obzvláště prvorodička, připravena na blížící se porod, mohou ji pomoci předporodní kurzy. Cílem předporodních kurzů je ženu seznámit s průběhem těhotenství, připravit ji na porod, šestinedělí a přiblížit jí péči o dítě. Předporodní kurzy navštěvovaly tři respondentky (R2, R3 a R4) a všechny byly spokojené s kvalitou kurzu a s množstvím podaných informací. Byly pro ně přínosem a před porodem se tak cítily mnohem klidněji. Součástí předporodních kurzů je i nácvik správného dýchání během porodu, účinné používání břišního lisu a pánevního dna, osvojení si porodní polohy, využití masáže, ukázky úlevových poloh a relaxace (Pařízek, 2006). Všechny respondentky uvedly, že při porodu nejvíce využily nacvičené dýchání.

Respondentka 2 před porodem používala EPI- NO balónek posilující pánevní dno a zároveň simulující porod pomocí rozpínání svalů pánevního dna a tkání hráze. Je prevencí porodního poranění hráze, kam můžeme zařadit i masáže hráze nebo porodnický gel, který chrání svaly pánevního dna, pochvy a hráze (Maryšková, 2010). I když žena používala EPI – NO balónek, epiziotomie jí byla provedena. Uvedla: *„Nechtěla jsem, aby do mě někdo stříhal nůžkami, proto jsem poctivě cvičila s tím balonkem a stejně mi to k ničemu nebylo. I když jsem jim to tam říkala, nakonec mě nastříhli“*.

Druhým cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak se lišily představy prvorodiček o porodu od skutečnosti. V současné době narůstá počet porodů císařským řezem. Důvody ukončení těhotenství císařským řezem jsou zdravotní a někdy si ženy císařský řez i samy přejí. Důvodem může být strach a obavy žen z bolesti, stále vyšší věk rodiček i přání císařského řezu z důvodu zachování estetického vzhledu genitálií

(Vysloužil, 2011). Žádná z respondentek neuvedla přání porodit císařským řezem a i přes narůstající počet operativně vedených porodů císařským řezem, všechny ženy porodily spontánně.

Dotazované ženy porodily bez vážných komplikací a odměnou jim bylo zdravé dítě, což bylo jejich hlavním přáním. Délka trvání porodu je u žen velmi individuální. Roztočil (2008) uvádí, že prvorodičky rodí obecně 6 – 12 hodin a víceroodičky 3 – 9 hodin. V zásadě by doba trvání porodu neměla přesáhnout 12 hodin, a pokud žena porodí do 1 hodiny, mluvíme o překotném porodu (Roztočil, 2008). Tři z respondentek (R1, R2 a R5) porodily do 12 hodin od začátku pravidelných kontrakcí. Z výzkumu tedy vyplývá, že doba trvání porodu našich respondentek souhlasí s Roztočilovým tvrzením. Zbývající dvě ženy (R3 a R4) měly porod indukovaný a proto celková doba jejich porodu přesáhla 12 hodin. Respondentka 3 byla plánovaně přijata do porodnice pro potermínovou graviditu. Proto u ní byla indikována preindukce, která vede k uzrání děložního hrdla, k jeho zkrácení a prosáknutí. Ženě byl zaveden Prostin E2 do zadní klenby poševní a poté zahájena indukce porodu. Indukce znamená umělé vyvolání děložní činnosti, za účelem ukončení těhotenství (Hájek, 2014). Žena si stěžovala na dlouhý pobyt na oddělení porodnice před porodem. R4 odtekla plodová voda, ale nenastoupily kontrakce, proto u ní byla provedená indukce porodu. Ženě vadila kontinuální monitorace CTG při aplikaci infúze s Oxytocinem a tím omezení volného pohybu a možnosti využívání sprchy. Doslova uvedla: *„Skoro celou dobu na porodním sále jsem byla napojená na tu infúzi a na monitoru. Už jsem nevěděla, jak si mám lehnout. Bolelo mě celé tělo i z toho ležení. Ve sprše jsem mohla být jen chvíli. Nakonec mi, ale porodní asistentka dala vedle postele ten gymnastický míč a mohla jsem sedět na míči, i když jsem byla napojená na monitor a infúzi. To bylo fajn“*.

U všech žen se nejvíce od skutečnosti lišily představy o porodních bolestech. Bolest je subjektivním vjemem a vnímání porodních bolestí záleží na mnoha okolnostech. Jinak prožívají porod prvorodičky a jinak víceroodičky. Téměř nemožné, obzvláště u prvorodiček je předvídaní intenzity porodních bolestí a průběhu porodu (Pařízek, 2012). Ženy překvapila tato intenzita bolestí. Před porodem nebyly schopné definovat, jak budou porodní bolesti vnímat, ani jak je budou zvládat. Jen jedna respondentka (R1) uvedla, že se bude snažit bolest vnímat jako součást porodu a zvládnout ji co nejlépe. Překvapující je, že ani jedné respondentky se během porodu PA nezeptaly na hodnocení bolesti dle VAS. Vizualní analogová škála znázorňuje intenzitu bolesti na úsečce, na které jsou vyznačená čísla od 1 do 10, kdy 1 znamená

žádná bolest a 10 nesnesitelná bolest. Pomocí této škály můžeme hodnotit i účinnost intervencí, které vedou ke zmírnění či odstranění bolesti. Úsečka může být horizontální nebo vertikální. Znázornění může být i ve formě obličejové škály (Dvořáčková, 2010). Respondentky uvedly dle VAS nesnesitelnou bolest, při které využívaly úlevových poloh, konkrétně sedu na gymnastickém míči v teplé sprše, přičemž pro ně byla bolest snesitelnější. A R3 přiznala, že při porodu kvůli bolesti křičela a chvílemi byla až hysterická.

Některé rodičky snášejí porodní bolesti dobře a některé vyžadují jejich tlumení. Od bolesti jim mohou pomoci i jednoduché postupy tišení bolesti, jako jsou změna polohy, masáže, relaxace či aromaterapie, jindy je potřeba využití farmakologických metod tlumení bolestí. Výběr postupu tišení bolesti či metody analgesie by měl vždy záviset hlavně na rozhodnutí rodičky, na aktuální situaci a vývoji porodu (Pařízek, 2012). O epidurální analgezii před porodem přemýšlely tři respondentky (R3, R4 a R5). Dvě z nich (R3, R4) této metody tlumení porodních bolestí využily a s účinkem byly velmi spokojeny. Podmínkou pro podání je porodnická branka otevřená u prvorodiček na 3 – 4 cm a u vícerodiček na 2 – 3 cm (Hájek, 2014). U R5 už použití epidurální analgezie nebylo možné z důvodu rychlého postupu dilatace děložního hrdla. Dvěma respondentkám (R2 a R5) byly infuzně podány analgetika a R1 nevyužila žádné farmakologické metody tlumení porodních bolestí. Ženy uvedly značné snížení bolesti i při využívání teplé sprchy. Ze zkušenosti víme, že voda má relaxační účinky a u některých žen během porodu napomáhá rychlejšímu otvírání děložního hrdla a porodnické branky. Zároveň snižuje porodní bolesti a psychické napětí rodičky.

U prvorodiček je také často prováděn nástřih hráze a častěji dochází k rozsáhlejším porodním poraněním. U všech dotazovaných respondentek byla provedena epiziotomie i přesto, jak jsme již výše zmínili, že jedna žena před porodem používala EPI- NO balónek. Nástřih hráze neboli epiziotomie je pokládána za součást lékařsky vedeného porodu. Její výhoda spočívá v urychlení porodu, ochránění hráze před jejími nepravidelnými rupturami a poškozením konečníku. Jako výhody nástřihu hráze se uvádí urychlení porodu, ochrana před ochabnutím pánevního svalstva, ochrana před natržením a tvrzením, že čistý řez se lépe hojí. I přesto je provádění epiziotomie odborníky i laiky velmi často probíraným tématem. Mnohdy jsou epiziotomie prováděny spíše rutinně, než ze zdravotního hlediska. Ve Strategických dokumentech (2002) vydaných Ministerstvem zdravotnictví se uvádí, že neexistují žádné spolehlivé

důkazy o příznivých účincích rutinního provádění epiziotomie. Naopak existují důkazy o tom, že může způsobit škodu (MZČR, 2002).

V historii byl porod vnímán převážně jako ženská záležitost. Ženy u porodu doprovázela pouze porodní bába. V současné době je přítomnost otce u porodu významným trendem, který se začal vyvíjet od začátku 90. let, kdy se otevřely brány porodnic i pro budoucí otce. A i když nejsou k dispozici žádné statistiky, odhaduje se, že partnera má při porodu u sebe až 50 % žen (Deansová, 2004). Ve výzkumném šetření nás zajímalo, zda ženy během porodu bude někdo doprovázet a následně v čem jim doprovod při porodu pomohl. Zpravidla totiž přítomnost blízké osoby vytváří pocit bezpečí a snižuje strach z porodních bolestí a neznáma. Pouze dvě ženy si nebyly zcela jisté, zda chtějí partnera u porodu mít. Jako důvod uvedly nelichotivý pohled partnera na ně. Z rozhovorů po porodu jsme se dozvěděli, že všechny respondentky doprovázel manžel či partner. Pouze jedna s našich dotazujících žen (R4) nebyla úplně spokojená se svým rozhodnutím mít u sebe během porodu partnera. Doslova uvedla: *„Partner u porodu byl. Nenutila jsem ho. Chtěl jít, ale nemá rád krev a pohled na mě, jak se svíjím v bolesti mu nedělal moc dobře. A já byla taky ve stresu, protože jsem věděla, že by nejradši byl někde úplně jinde. Takže na chvíli i odešel, ale na tlačení a narození syna tam byl a byl moc rád. Takže mu to za zlé nemám. Snažil se“*.

Ostatní čtyři respondentky byly spokojené. Partner jim byl velkou oporou a v jeho přítomnosti se cítily bezpečněji. Dvě ženy (R3, R5) uvedly pomoc už jen v tom, že tam partner byl. Respondentce 2 partner pomohl i jako prostředník pro komunikaci mezi ní a zdravotnickým personálem, což ve své knize jako výhodu přítomnosti blízké osoby u porodu uvádí i Pařízek (2006). Partner ženě může pomáhat i od bolesti formou masáží v bederní oblasti, podáváním pití nebo přikládáním studených či teplých obkladů. Může ženě pomáhat s dýcháním, tím že dýchá s ní nebo dbá na její bezpečnost. Pomáhá jí se vstáváním, vstupováním do sprchy atd. (Simkinová, 2000).

Dvě z dotazovaných respondentek (R2, R4) uvedly, že jim během porodu bylo doporučováno nepít, což hodnotily velmi negativně. Z toho vyplývá, že ne všechny porodnice se řídí dle doporučení WHO, ve kterém se uvádí, že by měly být rodičkám v průběhu porodu podávány tekutiny (Urbanová a kol., 2010). Požadavek nejíst a nepít pramení z obavy, že se porod může zkomplikovat a bude se muset ukončit císařským řezem. Během celkové anestezie člověk s plným žaludkem zvrací, tudíž hrozí aspirace zvratků. Podle mého názoru, by ženy během porodu měly mít možnost popíjet

neperlivou vodu či neslazený čaj po doušcích, protože neumožnění přísunu tekutin v průběhu porodu je pro rodičky značně vysilující.

Dále jsme se zajímali, jak na ženy působilo prostředí porodnice. Prostředí by mělo být intimní, klidné, útulné a nevyvolávat zbytečný stres a úzkost (Ratislavová, 2008). Většina žen se v takovém prostředí cítí příjemněji, bezpečněji a uvolněněji. To může mít pozitivní vliv i na průběh porodu. V některých porodnicích už zařízení interiérů jen vzdáleně připomíná nemocniční prostředí. Používají se příjemné odstíny pastelových barev, mizí stěny se strohými obklady, porodnické nástroje a léky nebývají vystaveny v proskleném nábytku. Ten je nahrazen typem nábytku obvyklým v domácím prostředí (Gogela, Malý, 2015). Naše respondentky prostředí hodnotily neutrálně, neměly proti němu závažné výhrady. Dvě respondentky (R4, R5) dokonce uvedly, že prostředí ani nevnímaly, přitom u většiny žen prostředí silně ovlivňuje prožívání porodu. Žena by měla mít možnost se volně pohybovat po místnosti, což respondentka R4 kvůli kontinuální monitoraci při indukování porodu neměla.

V dnešní době mají ženy možnost vybrat si porodnici, ve které chtějí родit, na základě vlastních zkušeností, požadavků (z předchozího porodu, předporodního kurzu apod.) a doporučení ošetřujícího gynekologa. Když jsme se ptali našich respondentek na kritéria, podle kterých se rozhodovaly při výběru porodnice, hlavním bylo jednoznačně dostupnost porodnice tj. porodnice v místě bydliště. Dalšími bylo doporučení od kamarádek a známých. Další možností žen je předem porodnici navštívit, prohlédnout si jí a zjistit možnosti péče v dané porodnici. Možnost prohlídky využila jedna respondentka, které to bylo nabídnuto v rámci předporodních kurzů, které navštěvovala.

Překvapující je, že ani jedna respondentka nezmínila porodní plán. Porodním plánem nazýváme písemný seznam, kde budoucí matka sepíše své požadavky i požadavky svého partnera, které by chtěla během porodu dodržet. Porodní plán je prostředník mezi ženou a personálem porodnice. Avšak je otázka, zda bude zdravotnický personál požadavky ženy respektovat. Lékař je totiž ze zákona zodpovědný za vedení a průběh porodu a proto závisí jen na něm, zda a v jaké míře bude porodní plán dodržovat a respektovat (Pařízek, 2006; Behinová, 2012).

Péče o ženu a novorozence na porodním sále se dělí mezi porodní asistentku, lékaře a v některých porodnicích i dětskou sestru. Porodní asistentka je oprávněna poskytovat dohled, péči a rady ženám v těhotenství, v průběhu porodu a pečovat o novorozence. Za spolupráce celého týmu se aktivně podílí na vedení porodu (Slezáková, 2011). Všechny dotazované respondentky neměly žádné závažné výhrady

proti jednání, celkovému přístupu a informovanosti od zdravotnického personálu. Je potěšující, že všechny respondentky byly s přístupem porodních asistentek spokojené a uváděly, že je porodní asistentky podporovaly, byly jim nejen psychickou oporou, ale i se staraly o jejich fyzické pohodlí a dostatečně je edukovaly o průběhu porodu.



## 6 ZÁVĚR

Porod je pro každou ženu velmi náročná životní situace. Ženy mohou prožívat obavy a úzkost z blížícího se porodu. Ty, které rodí poprvé, navíc provází strach z neznámého. Proto by mělo být snahou porodních asistentek, ale i lékařů vynaložit co nejvyšší míru empatie, respektu a tolerance k ženě i jejím přáním. Zdravotnický personál by měl během porodu vytvořit takové podmínky, aby ženy porod co nejlépe zvládly (Ratislavová, 2008).

Cílem výzkumné části této bakalářské práce bylo zjistit, jak si prvorodičky představují svůj porod a jak se lišily jejich představy o porodu od skutečnosti. Na základě těchto stanovených cílů byly stanoveny tři výzkumné otázky. V první výzkumné otázce bylo zjišťováno, jak se prvorodičky připravují na blížící se porod. Druhá výzkumná otázka se zabývala představami a vizemi prvorodiček o porodu. Poslední, třetí výzkumnou otázkou bylo zjišťováno, jak prvorodičky vnímaly svůj porod. Pro vyhodnocení výzkumných otázek bylo použito kvalitativního výzkumného šetření. Pro tento výzkum byly vybrány prvorodičky, se kterými byly vedeny rozhovory před porodem a se stejnými ženami následně i po porodu. Pro sběr dat, byl využit polostrukturovaný rozhovor. Výsledky výzkumného šetření byly uspořádány do dvou hlavních kategorií, Před porodem a Po porodu, které se dále dělily na podkategorie (Předporodní příprava, Představy o průběhu porodu, Doprovod k porodu, Kritéria při výběru porodnice, Pocity z porodu, Představa vnímání porodních bolestí, Metody tlumení porodních bolestí, Průběh porodu, Představy vs. skutečnost, Využití předporodních kurzů, Výhody doprovodu u porodu, Vnímání porodních bolestí, Využití metody tlumení porodních bolestí, Prostředí nemocnice a Přístup porodních asistentek k rodičkám)

Všechny tři výzkumné otázky byly zodpovězeny. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že většina respondentek zjišťovala informace o porodu na internetových stránkách. Dalším přínosným zdrojem jim byly předporodní kurzy, knihy o těhotenství a porodu i rady od gynekologa a kamarádek, které již rodily. Mezi nejčastější představy o porodu ženy uvedly hladký a rychlý průběh porodu bez komplikací a narození zdravého novorozence. Dále si ženy představovaly porodit spontánně, bez nástřihu hráze a v klidném prostředí v blízkosti svého partnera nebo manžela a příjemného zdravotnického personálu. Z metod tlumení porodních bolestí ženy nejvíce chtěly využít epidurální analgezii a užívání teplé sprchy v kombinaci

s gymnastickým míčem. Všechny ženy porodily spontánně bez vážnějších komplikací. Porod vnímaly jako krásný, emotivní zážitek, ale zároveň ho vnímaly velmi bolestivě. Ženy popisovaly intenzivní bolesti, které je překvapily.

Velkou roli ve vnímání porodu a porodních bolestí hraje emocionální podpora a informovanost ženy v průběhu celého porodu ze strany zdravotnického personálu. Ženám sníží strach z neznámého a dodá pocit bezpečí.

Tato bakalářská práce může sloužit jako informační materiál pro těhotné ženy, které se aktivně připravují na blížící se porod. Využít ji mohou rovněž budoucí porodní asistentky, které se na toto povolání připravují, případně doly a další osoby účastnící se porodu. Dalším využitím může být publikace do odborných časopisů.

## 7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BEHINOVÁ, M., a kol., 2012. *Nová velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let*. 3. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN: 978-80-204-2816-5.
2. BERÁNKOVÁ, S., MORAVCOVÁ, M., 2007. *Základy ošetrovatelské péče o rodičku v průběhu fyziologického porodu*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN: 978-80-7395-011-8.
3. ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., a kol., 2006. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1313-9.
4. ČEPICKÝ, P.; ČERNÁ, M., 2006. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence: Příručka pro gynekology- porodníky*. Praha: Levret. ISBN 80-903183-9-8 .
5. ČERMÁKOVÁ, B., 2008. *K porodu bez obav*. Brno Era Group spol. s.r.o. ISBN 978-80-7366-114-4
6. DEANSOVÁ, A., 2004. *Knihy knih o mateřství*. 1. vydání, Praha: Fortuna Print. ISBN 80-7321-117-3
7. DOLEŽAL, A., 2006. *Porodnické operace*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0881-2.
8. ELIAŠOVÁ, A., 2008. *Pôrodná asistencija I. fyziológia*. 1. vyd. Martin: Osveta. Učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva. ISBN 978-80-8063-261-8.
9. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2013. *Čekáme dítětko*. 2. Vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3781-2.
10. CHMEL, R., 2005. *Otázky a odpovědi o porodu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1124-9.
11. HÁJEK, Z., a kol. 2014. *Porodnictví*. 3. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
12. LEBOYER, F., ŽANTOVSKÁ, H., 1995. *Porod bez násilí: kniha, která nás seznamuje se zcela novým způsobem vedení porodu*. Praha: Stratos. ISBN 80-85-962-04-7.
13. LEIFER, G., 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatel'ství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0668-7.
14. LUNNY, Vivian, 2005. *Vůně života: aromaterapie pro těhotenství a zdravý životní styl*. 1. vyd. Překlad Marie Noe. Praha: One Woman Press. ISBN80-863-5640-X.

15. MAREK, V. 2010. *Nová doba porodní*, 2. vyd. Vlastní vyd.
16. MARYŠKOVÁ, A., 2010. *Možnosti zlepšení prevence poranění hráze*, Sestra, č. 3, s. 80, 81. ISSN 1210-0404.
17. MIKULANDOVÁ, M., 2007. *Těhotenství, porod a šestinedělí*. Brno: Computer Press a.s. ISBN 978-80-251-1470-4.
18. MROWETZ, M., CHRASTILOVÁ, G., a ANTALOVÁ, I., 2011. *Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. 1. vyd. Praha: DharmaGaia. ISBN: 978-80-74360-014-5.
19. MURKOFF, H. E., 2007. *Co čekat v radostném očekáváníi*. Přel. Kantová, J.; Kant, J. Praha: Slovart. ISBN 978-80-7209-965- 8.
20. MZČR. *Definice porod- potrat dle MZCR* [online]. 2012 [cit. 2015-03-20]. Dostupné z <http://www.gynstart.cz/messages.php?sid=625>.
21. MZČR. *Strategické dokumenty, 2002. Praktické příručky pro porodní asistentky*. Praha: Bezpečné mateřství. ISBN 80-85047-22-5.
22. PAŘÍZEK, A., a kol., 2012. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN: 978-80-726-2893-3.
23. PAŘÍZEK, A., 2008. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3. vydání Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-594-9.
24. PESCHOUT, R., 2007. *Čtvrtá doba porodní. Moderní babičství*. 14. Dostupné také z <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-14/>.
25. PROCHÁZKOVÁ, M., MYŠAKOVÁ, H., 2006. *Předporodní příprava – předpoklad dobré spolupráce s rodičkou. Moderní porodnictví*. 9. Dostupné také z <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-9/>.
26. RATISLAVOVÁ, K., 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area. ISBN 978-80-254-2186-4.
27. ROZTOČIL, A., 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4719-412.
28. SIMKINOVÁ, P., 2000. *Partner u porodu*. 1. vydání. Praha: Argo. ISBN 80-7203-308-5.
29. SLEZÁKOVÁ, L., a kol., 2011. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3373-9.

30. ŠTROMEROVÁ, Z., a kol., 2010. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. 1.vyd. Praha: Agro. ISBN 978-80-257-0324 .
31. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. Vyd. Praha: Portál. ISBN 80-262-0644-4.
32. URBANOVÁ, E., a kol., 2010. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy v dimenziách ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie*. 1. vyd. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-343-1.
33. VYSLOUŽIL, M., 2011. *Císařský řez nebo přirozený porod?*, Sestra, č. 3, s. 34, ISSN 1210-0404.
34. ZÁČEKOVÁ, M., SIMOČKOVÁ, V., a KONTROVÁ, L., 2006. *Štandardy v pôrodnej asistencii*. 1. vyd. Martin: Osveta. ISBN 80-806-3221-9.
35. ZWINGER, A., 2004. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-726-2257-9.

## **8 PŘÍLOHY**

Příloha č. 1: Otázky rozhovoru s rodičkami

## **Příloha číslo 1: Otázky rozhovoru s rodičkami**

### 1. Otázky před porodem

Jakým způsobem se připravujete na porod?

Jak si představujete průběh svého porodu?

Kdo Vás bude během porodu doprovázet?

Jaké kritéria jste měla u výběru porodnice?

Můžete popsat pocity z porodu?

Můžete popsat, jak si myslíte, že budete vnímat porodní bolesti?

O jakých metodách tlumení porodních bolestí uvažujete?

### 2. Otázky po porodu

Jak Váš porod probíhal?

Pokud jste chodila na předporodní kurzy, v čem Vám u porodu pomohly? Co jste z předporodních kurzů využila při porodu?

Jak se lišily Vaše představy o porodu od skutečnosti?

Kdo Vás doprovázel během porodu?

V čem Vám doprovod u porodu pomohl?

Jak jste vnímala porodní bolesti?

Jaké metody tlumení porodních bolestí jste využila?

Jak na Vás působilo prostředí porodnice?

Jak na Vás působil přístup zdravotnického personálu?