Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences

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

Porod očima rodičky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
PORODNÍ ASISTENCE

Autor: Iveta Zadražilová

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *„Porod očima rodičky“* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne ……

Iveta Zadražilová

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala mé vedoucí práce PhDr. Drahomíře Filausové za její ochotu, cenné rady a trpělivost během zpracovávání této práce. Dále bych ráda poděkovala respondentkám, za jejich spolupráci a čas věnovaný rozhovorům. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině za podporu v průběhu celého studia.

Porod očima rodičky

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá představami těhotných žen o jejich porodu a tuto představu následně porovnává s reálným průběhem porodu. V teoretické části byla objasněna problematika porodu, jeho průběh a péče porodní asistentky v každé z jednotlivých dob porodních a mimo to byly uvedeny alternativní možnosti vedení porodu. Vzhledem k tématu bakalářské práce byla popsána i psychofyzická příprava na porod, porodní plán, role doprovodu během porodu a prevence vzniku porodního poranění.

Pro výzkumnou část práce byly stanoveny dva cíle, a to zjistit představy žen o porodu a ty poté porovnat se skutečným průběhem porodu. Z těchto dvou cílů následně vyplynuly dvě výzkumné otázky, které se dotazovaly na představy a vize žen o porodu a na to, jak rodičky svůj porod vnímaly. K realizaci výzkumného šetření byla použita kvalitativní metoda polostrukturovaného hloubkového rozhovoru se ženami před porodem a po porodu. Výzkum proběhl v průběhu měsíce ledna a února 2018 s patnácti respondentkami, které souhlasily s poskytnutím rozhovoru. Rozhovor byl rozdělen na dvě části a to část před porodem a po porodu. V rámci rozhovoru před porodem ženy odpovídaly na devět a po porodu na deset otevřených otázek. Po sesbírání dat byly rozhovory doslovně přepsány a analyzovány prostřednictvím metody tužka a papír, poté byly odpovědi označeny kódy a zařazeny do vytvořených kategorií.

Z výzkumného šetření vyplývá, že všechny respondentky se na porod informovaly, ať už z internetu nebo předporodních kurzů a nejčastěji si přály, aby byl jejich porod rychlý. Některé z respondentek měly sepsaný porodní plán a všechny respondentky chtěly k porodu partnera jako doprovod a některé kromě toho chtěly i dulu nebo soukromou porodní asistentku. Na porodní bolesti se většina respondentek nepřipravovala a téměř všechny respondentky chtěly nějakým způsobem využít během první doby porodní hydroanalgezii. Nadpoloviční většina respondentek používala během těhotenství nějakou z metod prevence poranění hráze. Od porodní asistentky respondentky nejčastěji očekávaly, že bude přátelská a bude umět poradit.

Samotný průběh porodu nejčastěji respondentky hodnotily jako nezapomenutelný a kladný „zážitek“. Podle většiny respondentek byla porodní asistentka milá a uměla jim

podat srozumitelné informace. Prostředí porodního sálu působilo na téměř všechny respondentky příjemně. Většina respondentek zvládala porodní bolesti dobře. Všechny respondentky vnímaly doprovod u porodu jako psychickou podporu. U většiny respondentek došlo během porodu k porodnímu poranění. Téměř všechny respondentky uplatnily během porodu některou ze znalostí zjištěných v těhotenství a u všech respondentek, které měly sepsaný porodní plán, byla přání alespoň částečně splněna. Z výzkumného šetření vyplynulo, že se samotným průběhem porodu byla většina respondentek spokojena a jejich představa se od následné reality výrazně nelišila.

Tato bakalářská práce může být využita pro těhotné ženy jako zdroj doplňujících informací nebo pro studentky porodní asistence jako shrnutí péče porodní asistentky o ženu během porodu. Volně přiloženou informační příručku mohou dostávat těhotné ženy v předporodním kurzu jako stručný souhrn průběhu porodu.

Klíčová slova

Porod; porodní asistentka; rodička; ošetřovatelská péče

The childbirth through the eyes of woman who gives birth

Abstract

This bachelor thesis deals with pregnant women's ideas of their childbirth and, subsequently, compares these ideas with the real course of it. In the theoretical part the issue of childbirth, its course and the midwifery care in each of the stages of labour were described as well as alternative conducts of labour. Given the theme of this thesis, the psychophysical preparation for childbirth, the birth plan, the role of the accompanying person during labour as well as the prevention of childbirth injuries were also described.

For the scientific part of the thesis two goals were set, namely to find out about the ideas women have about childbirth and, afterwards, to compare these ideas with the real course of labour. Based on these two goals, two scientific issues have emerged which focused on the ideas and visions that women had about childbirth and also how they felt about it afterwards. The quantitative method of half-structured in-depth interviews with the women before and after childbirth was used to complete the scientific research. The research was carried out between January and February 2018 and included 15 women who agreed to give an interview. The interview was divided into two parts, the first part before birth, the second part after birth. During the first part of the interview the women answered nine and, in the second one, ten open questions. As soon as the collection of data was finished, the interviews were transcribed word by word and analysed (by hand). After that the answers were encoded and put into prepared categories.

Based on the research it has become clear that all of the respondents were informed about childbirth, either through the internet or by means of childbirth preparation courses and most often they wished for their childbirth to be quick. Some of the respondents had their birth plan and all of them wished to be accompanied by their partner. Some of them also asked for a doula or a private midwife assistant. Most of the respondents hadn't been preparing for labour pains and almost all of them wanted to use hydro-therapy as a means of analgesia during the first stage of labour. More than a half of the respondents had been using some method of prevention of perineal tear during pregnancy. As for the role of the midwife assistant, they mostly expected her to be friendly and able to provide advice.

The course of childbirth was mostly seen and valued as an unforgettable and positive “experience”. According to most of the respondents their midwife assistant was kind and able to provide them with understandable information. The environment of the delivery room was described as pleasant by almost all of the women. Most of them handled their labour pains well. All the respondents understood the person accompanying them as mental support. Most respondents suffered from childbirth injuries. Almost all of the respondents could apply some of the knowledge they had acquired during pregnancy. All of the women who had their birth plan ready could see their wishes at least partially fulfilled. The research has shown that most of the respondents were satisfied with the course of their childbirth and their ideas were not very different from reality.

This bachelor thesis can be used as a source of information for pregnant women or as a summary of midwifery care regarding the woman in labour. Thee information leaflet can be given to pregnant women attending antenatal classes as a source of helpful information for the whole process of giving birth.

Key words

Delivery; midwife; woman who gives birth; nursing care

Obsah

Úvod 9
1 Současný stav 11
1.1 Definice porodu a jeho členění 11
1.1.1 Alternativní možnosti vedení porodu 14
1.2 Psychofyzická příprava na porod 16
1.3 Role porodní asistentky při příjmu rodičky na porodní sál 18
1.3.1 Porodní plán 18
1.4 Role porodní asistentky v průběhu I. doby porodní 20
1.4.1 Dýchání během porodu 22
1.4.2 Metody tlumení bolesti 22
1.4.3 Doprovod u porodu 27
1.5 Role porodní asistentky v průběhu II. doby porodní 28
1.5.1 Prevence vzniku porodního poranění 29
1.6 Role porodní asistentky v průběhu III. a IV. doby porodní 30
2 Cíle práce a výzkumné otázky 33
2.1 Cíle práce 33
2.2 Výzkumné otázky 33
2.3 Operacionalizace pojmů 33
3 Metodika 34
3.1 Metodika a technika výzkumného šetření 34
3.2 Charakteristika výzkumného souboru 35
4 Výsledky výzkumu 36
4.1 Identifikační údaje respondentek 36
4.2 Kategorizace dat 37
5 Diskuze 60
6 Závěr 66
7 Seznam zdrojů 68
8 Přílohy 73
8.1 Seznam příloh 73
9 Seznam zkratek 79

Úvod

Porod je významným zážitkem v životě ženy, která o něm má vždy vlastní představu. Proto by se mělo ke každé rodičce přistupovat individuálně a s maximální trpělivostí. Jelikož je každý porod jiný, většina žen se o porodu snaží informovat a nějak se na něj připravit. K tomu mohou sloužit kurzy předporodní přípravy, které většinou vedou zkušené porodní asistentky, jež těhotným ženám sdělují důležité informace ohledně porodu, nacvičují s nimi různé relaxační techniky, polohy využitelné během porodu i s možností využití doprovodu nebo dýchání v jednotlivých fázích porodu. Porodní asistentka je proto pro těhotnou ženu důležitá osoba, která jí poskytuje nejen podporu, ale i cenné informace a rady. Tato bakalářská práce se zabývá představami žen o porodu, které následně porovnává s reálným průběhem porodu. Teoretická část je zaměřena na porod a roli porodní asistentky v jednotlivých dobách porodních.

Už v průběhu těhotenství ženy pociťují strach a obavy z porodu, protože neví, jaké porodní bolesti mohou očekávat, mají strach z komplikací a v neposlední řadě z toho, jak samy průběh porodu zvládnou. Porod je ale většinou stresující i pro doprovod rodičky, zejména pokud jde o partnera, protože i pro něj je celá situace i prostředí porodního sálu neznámé. Důležitou roli ve zvládání porodu rodičkou má porodní asistentka, která by měla ženu provést celým porodem a rodičku podporovat, poradit jí, dát jí na výběr z poloh vhodných v dané fázi porodu nebo s ní nacvičit dýchání.

Některé rodičky si k porodu přinášejí porodní plán, v němž mají zmíněna přání, která by chtěly během porodu dodržet. Je vhodné, aby porodní asistentka tento porodní plán při příjmu rodičky na porodní sál se ženou probrala, protože ne všechna přání mohou být realizovatelná, a proto je vhodné rodičce vysvětlit, co je reálné a popřípadě nabídnout alternativy.

Během porodu je pro rodičku zásadní i prostředí porodního sálu. Při porodu by mělo být zachováno soukromí rodičky a porodní sál by na ženu měl působit bezpečně a klidně, čehož bývá docíleno použitím barev a uklizením co největšího množství pomůcek zejména k resuscitaci novorozence do uzavřených skříněk.

V současné době má rodička k dispozici širokou škálu analgetických metod, které jsou rozdělovány na farmakologické a nefarmakologické. Porodní asistentka by v průběhu

porodu měla myslet na to, že původní přání rodičky ohledně analgezie se může změnit a vždy by měla odhadnout situaci a případně rodičce nabídnout jiný typ analgezie. Každá rodička vnímá porodní bolesti jinak a někdy je potřeba různé metody vyzkoušet.

Cílem bakalářské práce je zjistit jaké představy a vize mají těhotné ženy o porodu, a tyto představy poté porovnat se skutečným průběhem porodu. Výzkumná část byla vypracována prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření, kdy ke sběru dat byl použit hloubkový rozhovor s těhotnými ženami před porodem a následně po porodu. Výzkumný soubor byl tvořen patnácti ženami.

Byla bych ráda, kdyby bakalářská práce byla využita jako základní přehled informací během předporodních kurzů nebo jako souhrn práce porodní asistentky pro studentky tohoto oboru.

1 Současný stav

1.1 Definice porodu a jeho členění

Porod můžeme definovat jako ukončení těhotenství, kdy hmotnost plodu je vyšší nebo rovna 500 g a nezáleží, zda je plod po narození živý nebo mrtvý (Procházka et al., 2016).

Z hlediska délky těhotenství je včasný porod definován dle Srpa (2014a) jako porod od 38. do ukončeného 41. týdne těhotenství včetně. Porod po 42. týdnu je označován jako porod opožděný (Procházka et al., 2016). Předčasným porodem označujeme ukončení těhotenství do konce 37. týdne (Srp, 2014a). V tomto případě zároveň zahrnujeme kritérium hmotnosti plodu méně než 2500 g, kdy se pak jedná o porod nezralého plodu (Procházka et al., 2016).

Dle klasifikace porodu je definován porod spontánní, indukovaný a programovaný (Binder, 2011). Spouštěcí mechanismus spontánního porodu není zcela objasněn, nicméně je známo, že postupný proces spouštění vyvolává více působících faktorů, kterými jsou pokles produkce progesteronu, zvýšení počtu oxytocinových receptorů v děloze, estrogeny, fetální kortizol, prostaglandiny E2 a distenze břišní stěny spolu s tlakem naléhající části plodu, která působí na svaly a nervová zakončení vnitřní branky (Binder, 2011).

V závěru těhotenství se začínají objevovat změny signalizující blížící se porod. Jednou z těchto změn je odtok plodové vody, který může a nemusí být doprovázen děložními kontrakcemi (Hanáková et al., 2015). Zároveň se s blížícím se termínem porodu v souvislosti s postupným otevíráním porodních cest a odchodem hlenové zátky může objevit špinění, nemělo by se ale jednat o krvácení jasnou krví (Pařízek, 2015). Na konci těhotenství se také stále častěji objevují nepravidelné kontrakce, kterým se říká poslíčky (Gregora, Velemínský, 2013). Intenzita těchto kontrakcí se nemění a doba trvání je přibližně půl minuty, ale pokud kontrakce zesilují a přicházejí pravidelně, může se jednat o pravé porodní kontrakce (Hanáková et al, 2015).

V některých případech musí lékař provést intervence vedoucí k vyvolání porodu a poté mluvíme o porodu indukovaném. Ten představuje preventivní metodu používanou v případě, kdy by další trvání těhotenství ohrožovalo matku nebo plod na životě (Gregora, Velemínský, 2013). Zároveň tento porod řadíme mezi medikamentózně

vedené porody, protože děložní kontrakce jsou vyvolány pomocí léků (Pařízek, 2015). Nejčastějším důvodem k indukci porodu je potermínové těhotenství neboli přenášení, kdy se vyvolání provádí pro zvýšené riziko komplikací v případě pokračování těhotenství (Roztočil, 2017g). Další indikací může být těhotenská cukrovka, předčasný odtok plodové vody bez nástupu kontrakcí, Rh inkompatibilita nebo poruchy růstu plodu (Gregora, Velemínský, 2013). Podmínkou pro provedení indukce porodu je zachovaný vak blan a cervix skóre více než 5 (Roztočil, 2017g). Pokud není dosažena potřebná zralost hrdla, přistupuje se k preindukci porodu a až poté je možné vyvolat děložní kontrakce (Roztočil, 2014a). Metody preindukce porodu se rozdělují na přirozené, mechanické a medikamentózní (Roztočil, 2017g). Mezi přirozené metody patří nechráněný koitus a masáž prsních bradavek (Procházka et al., 2016). Mechanickými metodami jsou zavedení hydrofilních tyčinek a Hamiltonův hmat, který stejně jako předchozí metody stimuluje endogenní sekreci prostaglandinů (Roztočil, 2017g). Farmakologické metody jsou takové, při kterých jsou přímo použity preparáty obsahující prostaglandiny, jež jsou podávané per os, vaginálně nebo intracervikálně, nebo oxytocin, který je možno podávat i intravenózně (Roztočil, 2014a). Při cervix skóre 8 nebo více lze pro indukci porodu provést dirupci vaku blan (Procházka et al., 2016).

Pokud je rodička už v termínu porodu, může vyslovit přání k provedení programovaného porodu (Procházka et al., 2016). Takový porod obnáší vyvolání děložních kontrakcí bez lékařské indikace v čase, na kterém se rodička domluví s lékařem a který oběma stranám vyhovuje (Roztočil, 2017e). Literatura se úplně neshoduje v podmínkách jeho provedení, konkrétně Roztočil (2014a i 2017e) udává jako jedno z kritérií cervix skóre alespoň 5, oproti tomu Procházka et al. (2016) uvádějí cervix skóre 6. Dalšími podmínkami, které uvádí Roztočil (2017e), jsou jednočetná fyziologická gravidita v 39. – 41. týdnu a plod bez známek hypoxie v poloze podélné hlavičkou. Indikací k programovanému porodu může být psychologicko-sociální důvod, geografická indikace nebo jazyková bariéra mezi zdravotnickým personálem a rodičkou, která vyžaduje zajištění tlumočníka (Roztočil, 2014a).

Porod můžeme rozčlenit dle dob porodních. Srp (2014b), Hanáková (2015), Pařízek (2015) a Roztočil (2017b) porod rozdělují do tří dob porodních, kdy první je otevírací, druhá vypuzovací, třetí je porod placenty a plodových blan a poté následuje poporodní období. Oproti tomu Gregora a Velemínský (2013), Čermáková (2017) a Slezáková

(2017) poporodní období nazývají čtvrtou dobou porodní, která zahrnuje dvouhodinové sledování rodičky porodními asistentkami na porodním sále.

První doba porodní je doprovázena krátkými přibližně třicetivteřinovými kontrakcemi, které nastupují každých 10 – 15 minut, na konci první doby porodní přichází po 2 až 3 minutách (Pařízek, 2015). V důsledku těchto kontrakcí se postupně otevírá porodní branka až do jejího zániku, což trvá přibližně 10 – 12 hodin u prvorodiček a 6 – 8 hodin u vícerodiček (Behinová, Kaiserová, 2012). První doba porodní se rozděluje na tři části (Procházka et al., 2016). První je latentní fáze, kdy je děložní hrdlo otevřené na 3 cm, kontrakce jsou přibližně každých 5 minut a zesilují (Procházka et al., 2016). Ve druhé aktivní fázi je děložní hrdlo téměř spotřebované a dilatované na 4 až 8 cm, kontrakce jsou každé 3 minuty (Bašková, 2015). V poslední fázi, která je nazývána tranzitorní, je branka děložní dilatována na 8 až 10 cm a silné kontrakce přicházejí každé 2 až 3 minuty, tedy nastupují těsně za sebou (Procházka et al., 2016). V závěru této fáze pociťuje rodička silný tlak na konečník (Bašková, 2015).

U prvorodiček, jejichž děložní hrdlo je většinou kónické, se děložní hrdlo otevírá nejprve kalichovitě směrem od vnitřní branky k brance zevní a teprve poté dochází k dilataci branky (Srp, 2014b). Oproti tomu u vícerodiček se hrdlo zároveň dilatuje i zkracuje, a proto je první doba porodní rychlejší (Slezáková et al., 2017).

Druhá doba porodní zahrnuje interval od zániku branky po narození dítěte a trvá obvykle do třiceti minut, ale může trvat až jednu hodinu (Pařízek, 2015). Kontrakce jsou častější a silnější, sestouplá hlavička vyvolává tlak na konečník a to nutí rodičku k tlačení (Hanáková et al., 2015). Mechanismus porodu hlavičky v poloze podélné záhlavím se rozděluje do pěti etap: iniciální flexe, vnitřní rotace, deflexe a rotace hlavičky kolem dolního okraje spony stydké, vnější rotace a to vše za neustálé progrese (Srp, 2014b). Až do porodu dítěte se mezi kontrakcemi monitoruje srdeční akce plodu (Hanáková et al., 2015). Je důležité, aby rodička spolupracovala s porodní asistentkou, která porod vede, protože intenzitu tlačení je nutné regulovat z důvodu zabránění vzniku porodních poranění (Gregora, Velemínský, 2013). Takovému způsobu tlačení se říká tlačení řízené, při kterém rodička přesně poslouchá instrukce porodní asistentky a podle nich tlačí (Simkin, 2000). Opakem je tlačení samovolné, kdy se sama rodička soustředí na kontrakce a tlačí i dýchá podle svého uvážení (Hudáková, Kopáčiková, 2017).

Třetí doba porodní začíná porodem dítěte a končí porodem placenty (Gregora, Velemínský, 2013). Třetí doba porodní se dělí na tři fáze a to fázi odlučovací, kdy je děloha v retrakci a dochází k odloučení placenty, fázi vypuzovací, kdy rodička spontánně placentu porodí, a fázi hemostatickou, kdy díky hemokoagulační aktivitě a následné mikrotrombotizaci cév dojde k zástavě krvácení z ranné plochy na děloze (Slezáková, 2017). Tato část porodu může být vedena aktivně, což znamená intravenózní podání oxytocinu po porodu hlavičky jako prevence velké krevní ztráty a zároveň tím dojde ke zkrácení třetí doby porodní (Pařízek, 2015). Po porodu dítěte většinou rodička pocítí slabou kontrakci, porodní asistentka následně zhodnotí, zda je placenta odloučená a pokud ano, tak rodičku vyzve k zatlačení, díky kterému se placenta s plodovými obaly porodí (Gregora, Velemínský, 2013). Poté porodní asistentka placentu zkontroluje a potvrdí, že v děloze nezůstaly její části nebo části plodových obalů (Gregora, Velemínský, 2013).

Během čtvrté doby porodní, která probíhá stále na porodním sále a trvá dvě hodiny, nejdříve bezprostředně po porodu placenty vyšetří porodní asistentka rodičku pomocí gynekologických zrcadel a ošetří případná porodní poranění (Hanáková et al., 2015). Následně porodní asistentka kontroluje sílu krvácení z dělohy a zároveň sleduje celkový stav rodičky, krevní tlak, pulz a stažení dělohy (Gregora, Velemínský, 2013). Přibližně po dvou hodinách od porodu novorozence je rodička přeložena na oddělení šestinedělí (Čermáková, 2017).

1.1.1 Alternativní možnosti vedení porodu

Z hlediska možností vedení porodu má rodička právo vybrat si kde a jakým způsobem bude porod odveden. V souvislosti s tím je v současnosti často řešena otázka plánovaných domácích porodů. Dle Pařízka (2015) k takovým porodům dochází pouze vzácně, ale to nelze přesně určit, protože plánované domácí porody nejsou hlášeny, a proto se o nich dozvíme pouze, když z důvodu komplikací musí rodička nakonec odjet do porodnice. Jak uvádí Gregora a Velemínský (2013), v našich podmínkách je plánovaný domácí porod nepochybně hazardem, protože i při porodu, který následuje po bezproblémovém těhotenství, mohou nastat komplikace a tato skutečnost by neměla být podceňována. Oproti tomu například v Nizozemsku mají dokonale vypracovaný systém speciální porodnické péče pro fyziologicky těhotné ženy, který zahrnuje odvoz do porodnického zařízení sanitním vozem vybaveným pro

resuscitaci rodičky i novorozence do deseti minut od ohlášení případných vzniklých komplikací (Pařízek, 2015). Dalším příkladem systému plánovaných domácích porodů je USA, kde nejprve lékař u těhotné ženy stanoví riziko vzniku komplikací na základě určitých daných faktorů (parita, gestační věk plodu, věk matky, postavení plodu a anamnéza zatížená předchozím císařským řezem), a když je riziko nulové nebo nízké, nabídne těhotné ženě možnost domácího porodu (Grünebaum, 2017). Kontroverzní otázka porodů vedených doma by ale pravděpodobně šla v našich podmínkách vyřešit zajištěním vzniku porodních domů a center aktivního porodu při porodních sálech, kde by porody odváděly porodní asistentky, ale přitom by se rodičky vyhnuly nemocničnímu prostředí (Čermáková, 2017). Výhodou takových porodních domů je přátelské a domácí prostředí, ve kterém pracují porodní asistentky i lékaři, a zároveň je zajištěna možnost rychlého převozu do blízké nemocnice (Křepelka, 2016). I přesto ale v takovém zařízení mohou rodit pouze fyziologicky těhotné ženy (Křepelka, 2016).

Určitým kompromisem domácího porodu je porod ambulantní, což je varianta minimalizující rizika jak pro rodičku, tak pro novorozence a přitom je rodička dvanáct hodin po porodu propuštěna a následná péče o ni i novorozence je zajištěna v domácím prostředí (Pařízek, 2015). Tento způsob vedení porodu je relativně bezpečný pro rodičku i novorozence, protože většina porodnických komplikací se objeví během prvních dvou hodin po porodu (Roztočil, 2017a). Novorozenec je po porodu řádně vyšetřen dětským lékařem a dále péči zajišťuje komunitní porodní asistentka, která novorozence při návštěvách kontroluje, ale ideální je, když novorozence ihned po porodu převezme do péče pediatr (Roztočil, 2017a).

Další alternativní metodou vedení porodu je porod do vody. Při takovém porodu tráví rodička ve vodě první i druhou dobu porodní, nicméně velkou nevýhodou je obtížné sledování stavu plodu in utero (Pařízek, 2011). Pokud si rodička tento porod přeje, musí podepsat informovaný souhlas, že byla seznámena s možnými komplikacemi, a porodní anamnéza by neměla být zatížena žádným onemocněním nebo omezením, které by vyžadovalo speciální intervence během porodu (Čermáková, 2017). Voda může být použita v průběhu celého porodu v případě, že během první doby porodní nenastanou žádné komplikace (Hanáková et al., 2015). Již několik století je znám její analgetický účinek, který je v posledních letech opět zdůrazňován a hydroanalgezie je používána ve formě koupele nebo relaxační sprchy (Pařízek, 2015). Teplá voda pomáhá k uvolnění

svalů a zároveň posiluje děložní kontrakce, čímž může přispět ke zkrácení první doby porodní, a kromě toho pomáhá k celkovému zklidnění a psychickému uvolnění rodičky (Čermáková, 2017). Štromerová (2010) uvádí, že v některých zemích je teplá lázeň vnímána jako „epidurál porodních asistentek".

1.2 Psychofyzická příprava na porod

Čím dál více žen se už v těhotenství zajímá o aktivity jim určené, zjišťují si informace o porodu a šestinedělí, o přítomnosti partnera nebo blízké osoby u porodu a o péči o dítě, což se vše dozví v předporodních kurzech, které většinou vedou zkušené porodní asistentky (Pařízek, 2015). Předporodní kurz je psychologickou metodou porodnické analgezie, jejímž účelem ale není odstranit porodní bolesti nebo komplikace, ale má rodičku naučit bolest zvládat (Bašková, 2015).

Většinou bývá předporodní kurz rozdělen na teoretickou a praktickou část (Čermáková, 2017). V rámci teoretické části se klientky dozví důležité informace o výživě v těhotenství a šestinedělí, dostanou rady, co si vzít s sebou do porodnice, zjistí, kdy je ten pravý čas pro odjezd do porodnice a mimo to dostanou informace o průběhu porodu a možnostech analgezie (Hanáková et al., 2015). Součástí praktické části je velmi důležitý nácvik dýchání během kontrakcí a používání břišního lisu, což může usnadnit celý průběh porodu, klientka si může vyzkoušet různé polohy využívané v první i druhé době porodní a partner se naučí relaxační masáže využívané v těhotenství i při porodu (Behinová, Kaiserová, 2012). V rámci cvičení si klientky protáhnou všechny části těla namáhané jak těhotenstvím, tak porodem a díky návyku na tělesnou zátěž poté snáší porod lépe i fyzicky (Roztočil, 2017d).

Psychoprofylaxe jako nefarmakologická metoda zvládání porodních bolestí vznikla ve třicátých letech dvacátého století v Sovětském svazu jako reakce na nedostupnost léků tlumících porodní bolesti, které byly používané v Anglii, Francii a USA (Smith, 2016). Tuto metodu v SSSR uvedl neuropsycholog Velvovskij a dále ji rozvinul a zpopularizoval francouzský porodník Fernand Lamaze (Smith, 2016). Oproti tomu v Anglii byla oblíbená metoda přirozeného porodu, kterou zavedl lékař Grantly Dick-Read (Smith, 2016). Jeho záměrem bylo připravit těhotné na porodní bolesti, které zvládnou bez užití léčiv, a věřil, že všechno utrpení, které při porodu ženy zažívají, pochází z mysli, a proto jde porod prožít bez trápení. (Michaels, 2012).

Celý předporodní kurz představuje formu edukace, a proto by porodní asistentka, která kurz vede, měla dokonale zvládat celý edukační proces (Bašková, 2015). Kurz by měl být orientovaný na bio-psycho-sociálně-spirituální potřeby klientek a tedy do jisté míry připravený individuálně pro každou z nich (Bašková, 2015). Prvním krokem edukačního procesu je posouzení klientky, kdy zjišťujeme připravenost a ochotu učit se novým dovednostem, míru motivace dělat změny, názory na hodnotu zdraví, věk klientky a její úroveň vzdělání (Svěráková, 2012). Výsledkem posouzení je pro porodní asistentku edukační diagnóza, která vyjadřuje důvod zapojení klientky v předporodním kurzu (Bašková, 2015).

Ve druhé fázi edukačního procesu sestavuje porodní asistentka spolu s klientkou na základě potřeb edukační plán, podle kterého bude kurz probíhat, a v rámci toho sestaví porodní asistentka i časový harmonogram kurzu (Šulistová, Trešlová, 2012). Mimo to určí porodní asistentka cíle, které mohou být krátkodobé nebo dlouhodobé, a pro jejich realizaci stanoví vhodnou formu a metodu (Hudáková, Kopáčiková, 2017).

Třetí fází je realizace (Šulistová, Trešlová, 2012). Do této části kurzu je možné zapojit i dalšího odborníka a kurz vést interdisciplinárně (Bašková, 2015). Kromě toho je důležité zapojit i rodinu (alespoň partnera nebo jinou blízkou osobu) klientky, což se dá využít zejména v praktické části kurzu, kde se partner učí pomáhat při různých relaxačních polohách nebo si osvojí masážní techniky využívané v těhotenství i během porodu (Bašková, 2015). Porodní asistentka by se měla zaměřit také na interakci a vlastní projev, tedy jak jasně a zřetelně mluví, a v neposlední řadě by měla správně vybrat prostředí výuky, které by mělo působit povzbudivě (Hudáková, Kopáčiková, 2017).

V poslední fázi edukačního procesu na závěr celého kurzu je potřeba zhodnotit dosažené výsledky a ujistit se o zapamatování informací i dovedností klientkou prostřednictvím rozhovoru, testu, křížovky nebo předvedení cviků (Svěráková, 2012). V případě nespokojenosti s dosaženými výsledky je potom vhodné domluvit se s klientkou na dalším plánu pro získání informací nebo osvojení dovedností (Hudáková, Kopáčiková, 2017).

1.3 Role porodní asistentky při příjmu rodičky na porodní sál

Důvodů, pro které rodičky přicházejí na porodní sál, je hned několik a patří mezi ně známky počínajícího porodu, akutní stav (krvácení, rodička necítí pohyby plodu) nebo může být rodička odeslána do porodnice obvodním gynekologem z důvodu prodlouženého těhotenství, komplikací nebo biologické připravenosti na porod (Moravcová, Petržílková, 2015). Podle toho, o který z důvodů se jedná, a podle pokročilosti porodního nálezu, lékař při příjmu rozhodne, zda rodička půjde na porodní sál, čekací pokoj nebo na standartní pokoj v případě, že porod ještě neběží (Gregora, Velemínský, 2013). Při prvním kontaktu s rodičkou, by porodní asistentka měla rodičku pozdravit, představit se a snažit se navodit klidnou atmosféru (Moravcová, Petržílková, 2015). Je důležité, aby porodní asistentka byla k rodičce empatická a asertivní už při samotném příjmu na oddělení, protože tato chvíle může ovlivnit další spolupráci rodičky s personálem nemocnice (Roztočil, 2017b).

Prvním vyšetřením, které rodička podstoupí po příchodu do porodnice, je kardiotokografický záznam, který trvá 20 minut a během něho porodní asistentka s rodičkou sepisuje anamnézu, která je součástí porodopisu, kam také porodní asistentka zapíše důležité údaje z těhotenské průkazky a další informace o nynějším i předchozích těhotenstvích (Pařízek, 2015). Dále porodní asistentka změří rodičce krevní tlak, tělesnou teplotu, pulz a provede orientační vyšetření moči, sama porodní asistentka nebo lékař rodičku vnitřně i zevně vyšetří, a pokud není odteklá plodová voda, může lékař dle zvyklosti oddělení provést i amnioskopii, z důvodu zhodnocení zbarvení plodové vody (Gregora, Velemínský, 2013).

Podle vyšetření lékař zhodnotí následující průběh porodu a poté se porodní asistentka s rodičkou domluví na rozsahu přípravy k porodu, tedy zda bude chtít udělat očistné klyzma, a pokud není ještě rodička oholena, jestli bude chtít provést oholení hráze (Hanáková et al., 2015). Je také důležité zeptat se rodičky na případná porodní přání a domluvit taktiku vedení porodu (Procházka et al., 2016). Poté rodička dostane nemocniční oblečení a je odvedena na porodní sál (Hanáková et al., 2015).

1.3.1 Porodní plán

Porodní plán, představuje seznam bodů a vyjadřuje přání, která by rodička chtěla v průběhu porodu dodržet (Bašková, 2015). Je ale potřeba uvědomit si, že přání lze

v průběhu porodu měnit. Jak uvádí Hogg (2016), přání o nepoužívání farmakologické analgezie je potřeba nechat otevřené pro případ, že je rodička příliš unavená, protože v takovém případě může utišení bolesti zásadně změnit zážitek z celého porodu.

Zdravotnický personál by měl porodní plány vnímat jako spolupráci s ním a využít toho už v těhotenství, kdy těhotná žena porodní plán sestavuje. Pokud by porodní asistentky vysvětlily těhotným ženám, jaké jsou možnosti, a probraly s nimi jejich představy o porodu, neobjevovaly by se potom v porodních plánech nesplnitelná přání (DeBaets, 2017). Tím, že s sebou rodička přinese do porodnice porodní plán, dává najevo to, že je samostatně myslící jedinec a ví, jak chce rodit, nechá si při porodu radit, ale ne poroučet, a chce dostat vždy dostatečně srozumitelné informace (Roztočil, 2017c). Jak ukázal výzkum provedený Divallem (2017) v Anglii, porodní plán představuje pro rodičku možnost volby a individuální péče a to pomůže rodičce cítit se během porodu lépe. Nicméně dle DeBaets (2017) už samotný fakt, že má rodička porodní plán, vzbuzuje často u zdravotnického personálu nepříjemnost a neochotu. Rodičky porodní plán sepisují většinou mezi 34. – 36. týdnem těhotenství a uvádí v něm přání týkající se přijetí na porodní sál, první doby porodní, užití analgezie a léčiv, nástřihu hráze, péče o novorozence a preferencí v případě komplikací (Bašková, 2015). Nicméně je důležité si uvědomit, že v případě komplikací, kdy by byl ohrožen život rodičky nebo novorozence, nemusí být porodní plán striktně dodržen (Pařízek, 2015). Součástí porodního plánu je většinou desatero zásad přirozeného porodu v porodnici, což obnáší dialog, individuální přístup, informovanost, respekt, odbornost, souhlas, možnost přítomnosti doprovodu u porodu, svobodu, umožnění neustálého kontaktu matky s novorozencem a podporu kojení v maximální možné míře (Roztočil, 2014b). V porodním plánu mohou rodičky požadovat i dýchání podle vlastních potřeb, stejně tak jako relaxaci a zvolení úlevové polohy v průběhu první a druhé doby porodní (Roztočil, 2016). Dále rodička může uvést přání o rozsahu předporodní přípravy (klyzma, oholení genitálu), využití sprchy nebo vany, možnosti jídla a pití, přítomnosti doprovodu a užití určitého typu analgezie (Bašková, 2015). Dalším přáním, které se v porodních plánech objevuje, je nesouhlas s podáním uterokinetik (nejčastěji oxytocin) pro urychlení porodu, ale v případě potřeby aplikace některého z léků je vhodné rodičku informovat o jeho účinku a o důvodu podání a rozhodnutí nechat na rodičce (Roztočil, 2016). V rámci druhé doby porodní rodičky v porodním plánu uvádějí, jakou polohu by při porodu chtěly zaujmout nebo

zda chtějí tlačit podle vlastních pocitů nebo podle instrukcí porodníka – tedy zda mají zájem o spontánní nebo řízené tlačení (Bašková, 2015). Většinou si rodičky nepřejí kontinuální CTG záznam, Kristellerovu expresi plodu a s provedením epiziotomie souhlasí jen v krajních případech (Roztočil, 2017c). Rodičky v porodním plánu mimo jiné zmiňují, jestli chtějí nechat dotepat pupečník a jestli má být pupečník přestřižen otcem dítěte (Bašková, 2015).

Rodičky mohou mít přání i ohledně personálu, tedy nemusí souhlasit se střídáním personálu během porodu, s přítomností studentů nebo přítomností lékaře v případě, že se nevyskytnou žádné komplikace (Roztočil, 2016). V souvislosti s prostředím je součástí porodního plánu často žádost o klid a minimální možné osvětlení na porodním boxu (Roztočil, 2017c). Celkově by prostředí porodního sálu mělo působit klidným a bezpečným dojmem, čehož se dá dosáhnout pomocí barev, květin, doplňků a pomůcek, které lze zároveň využít při zaujímání poloh v první době porodní (Čermáková, 2017). Určitě je velmi důležité, aby na porodním sále bylo i všechno vybavení potřebné pro vedení porodu, potažmo i ošetření a resuscitaci novorozence, to ale nemusí být úplně na očích (Moravcová, Petržílková, 2015). Některé z vybavení sálu, jako porodní postel nebo křeslo, může být sladěno k barvám pokoje, kdy zelená působí uklidňujícím dojmem, červená působí dynamicky a modrá dává pocit uvolnění (Čermáková, 2017).

Součástí porodního plánu jsou často i přání týkající se novorozence, konkrétně nejčastěji nesouhlas s měřením a vážením ihned po porodu a přání o provedení bondingu (Roztočil, 2017c). Ten představuje metodu pro podporu speciální vazby mezi matkou a novorozencem, která pomáhá vytvořit mezi nimi silnější vztah (Ratna, 2017). Bondingu se dá docílit pomocí několika jednoduchých kroků (Mrowetz, 2011). Prvním krokem je položení novorozence na břicho rodičky a poté kontakt „skin-to-skin“ nechat nejméně dvě hodiny, tedy i ošetření novorozence by se mělo provést na těle rodičky a po celou dobu by měl být umožněn rodičce i novorozenci vizuální kontakt (Mrowetz, 2011).

1.4 Role porodní asistentky v průběhu I. doby porodní

První úkolem porodní asistentky po příchodu rodičky na oddělení porodního sálu je seznámení rodičky s prostředím porodního boxu, kde porodní asistentka rodičce ukáže WC, sprchu, signalizační zařízení a pomůcky, které jsou na porodním sále k dispozici

(Čermáková, 2017). Porodní asistentka má v průběhu první doby porodní většinou dostatek času pro nácvik dýchání během kontrakcí, poté porodní asistentka rodičku informuje, jak bude vše probíhat, a pokud je u porodu přítomen partner, může mu porodní asistentka ukázat různé techniky masáže (Moravcová, Petržílková, 2015). Co se týče pití na porodním sále, dle Gregory a Velemínského (2013) je nejlepší sipping neboli srkání neperlivého nápoje, kdy rodička vypije maximálně dva decilitry za hodinu; jídlo během porodu nedoporučují, aby v případě komplikací bylo možné provést operativní porod. Oproti tomu Sperling et al. (2016) pití ani jídlo v průběhu porodu nezavrhují, protože podle nich tento zákaz může významně ovlivnit pozitivní pocit z porodu a spokojenost rodičky během porodu, a udávají, že aspirace během případné anestezie v případě císařského řezu není v současnosti častá, a proto není důvod zakazovat orální příjem v průběhu porodu.

Je důležité nechat rodičce volnost pohybu a možnost, aby si sama zvolila jí nejpříjemnější polohu (Čermáková, 2017). Porodní asistentka může rodičce ukázat různé polohy, z nichž nejvhodnější je sed, ležení na boku nebo chůze, ale patří k nim i poloha na čtyřech, sed na míči ve sprše nebo s oporou o partnera (Bašková, 2015). Zároveň porodní asistentka nedoporučí ležení na zádech, protože plod v děloze může způsobit utlačení velkých cév a tím snížit průtok krve dělohou, což snižuje i děložní kontrakce a vede to k prodloužení celé první doby porodní (Pařízek, 2015).

V průběhu celé první doby porodní věnuje porodní asistentka pozornost jak somatickému, tak psychickému stavu rodičky a všechna zjištění a výsledky vyšetření pečlivě zapisuje do dokumentace (Moravcová, Petržílková, 2015). Porodní asistentka sleduje kontrakce, u kterých se hodnotí frekvence a síla a věnuje se pozornost i délce trvání mezikontrakčních období, pravidelně každých 15 minut se kontrolují ozvy plodu a každé dvě hodiny je rodičce natáčen CTG záznam (Slezáková et al., 2017). Dále porodní asistentka kontroluje každé 2 až 4 hodiny krevní tlak, pulz a teplotu a stále rodičce připomíná důležitost vyprázdnění močového měchýře (Procházka et al., 2016). V rámci první doby porodní se může provádět pro urychlení postupování porodu dirupce vaku blan, což je protržení plodových blan kovovým háčkem, rodička ale musí s tímto výkonem souhlasit (Gregora, Velemínský, 2013).

1.4.1 Dýchání během porodu

Techniky dýchání se liší v jednotlivých dobách porodních, a pokud rodička chodila na předporodní kurz, měla by odtud tyto techniky znát (Bašková, 2015). Existují tři základní typy dýchání a to dýchání hluboké, lehké a funění, kdy všechny typy se dají použít v každé z dob porodních, a rodička by měla dýchat tak, jak jí tělo napovídá (Simkin, 2000). V první době porodní se nejvíce využívá hluboké dýchání s důrazem na výdech, které má vést k uvolnění rodičky (Hudáková, Kopáčiková, 2017). Rodička se nadechuje nosem až do břicha a vydechuje otevřenými ústy (Bašková, 2015). Pomocné pravidlo pro rodičku je takové, že výdech by měl být dvakrát delší než nádech (Hudáková, Kopáčiková, 2017). Dýchání se trochu zrychluje se sílou kontrakce, kdy nejrychleji rodička dýchá na jejím vrcholu, a jak kontrakce ustupuje, tak dýchání zpomaluje (Bašková, 2015). Tento typ dýchání by rodička měla používat tak dlouho, dokud jí přináší úlevu od kontrakcí a dokud pomocí něho zvládá kontrakce překonat (Simkin, 2000). Když už se první doba porodní blíží ke konci, ale není ještě zašlá branka, rodička prodýchává kontrakce pomocí tzv. „psího dýchání“, při kterém se rodička nadechuje pouze do horní části plic, ale po skončení kontrakce začíná dýchat zase klidně, aby nedošlo k hyperventilaci (Hudáková, Kopáčiková, 2017). Tento typ lehkého dýchání je ze začátku nepříjemný, ale pokud se rodička správně naučí techniku, dokáže se při prodýchávání uvolnit a tím pádem být uvolněná i v průběhu kontrakce (Simkin, 2000). Posledním typem porodního dýchání je funění, které se provádí následujícím způsobem: na začátku kontrakce rodička zhluboka vydechne, následně se třikrát krátce nadechne a vydechne ústy a poté přichází dlouhý uvolňující výdech a to celé se opakuje do odeznění kontrakce, na jejímž konci rodička opět dlouze vydechne (Simkin, 2000). Důležité je nikdy dech během kontrakce nezadržovat, rodička by se vždy měla snažit být v klidu a soustředěná sama na sebe (Hudáková, Kopáčiková, 2017).

1.4.2 Metody tlumení bolesti

Porodní bolest je jediná bolestivá reakce organismu, která nevzniká z důvodu nemoci, ale pravděpodobně se jedná o účelnou reakci připravující těhotnou ženu na porod (Pařízek, 2015). Tuto bolest způsobují jak kontrakce, tak roztahování tkání měkkých porodních cest a přesto, že by teoreticky téměř každá z žen tuto bolest zvládla bez analgezie, většinou je některá z analgetických metod použita (Málek, 2015).

Vnímání intenzity bolesti je subjektivní, záleží na zkušenostech rodičky, sociálních a etnických vlivech a typu porodu – například u indukovaného porodu dochází vlivem podání prostaglandinů ke stresové reakci organismu a tím ke zvýšení prahu bolesti (Frančáková, Procházka, 2016). Nicméně stres může ovlivnit posun prahu bolesti i opačným směrem (Hudáková, Kopáčiková, 2017).

Důležité je bolest správně hodnotit, aby poté mohly být zvoleny správné intervence k jejímu snížení (Takács et al., 2015). K tomu může sloužit Melzackova stupnice bolesti, kde se hodnotí kvalita i kvantita bolesti na základě intenzity od 0 po 10, tedy od bolesti žádné po bolest nesnesitelnou (Bašková, 2015). Kvalita je hodnocena pomocí patnácti položek, kde u každé ještě vybere dotazovaný intenzitu mezi žádnou, mírnou, střední a silnou (Takács et al., 2015). Další možnou využívanou stupnicí je vizuální analogová škála, na které zjišťujeme buď momentální stav, nebo vývoj bolesti v čase a využívá hodnocení podle intenzity na stupnici od 1 do 10, kde vlevo je 1, tedy žádná bolest, a vpravo je 10, tedy největší možná bolest (Ratislavová, 2008).

Porodnická zařízení nabízejí na výběr z několika metod pro tlumení bolesti, které se liší v míře účinnosti, délce analgetického působení a technické náročnosti, ale pro všechny tyto metody platí zásady, že nesmí ovlivnit zdraví matky ani plodu/novorozence, nesmí podstatným způsobem ovlivnit činnost dělohy a musí být dostatečně analgeticky účinné (Pařízek, 2014). Porodní asistentka by měla o nabídce analgetických metod rodičku včas informovat, aby rodička měla dostatek času se rozmyslet, jaká metoda by jí mohla nejvíce vyhovovat, ale personál na porodním sále musí počítat i se změnou výběru během porodu (Pařízek, 2012). Informace o analgetických metodách většinou rodička dostane na předporodním kurzu, kde se probírají zejména nefarmakologické metody (Bašková, 2015).

Analgetické metody jsou rozdělovány do dvou skupin a to na metody farmakologické a nefarmakologické. Mezi nefarmakologické metody patří psychoprofylaxe a fyzická příprava v těhotenství, dále hydroanalgezie, relaxační masáže, zaujímání úlevových poloh, hypnóza, akupunktura, akupresura, aromaterapie, audioterapie a TENS (Hanáková et al., 2015).

Hydroanalgezii, jejíž velkou výhodou je jednoduchost a dostupnost použití, lze aplikovat formou relaxační koupele, sprchy a intradermálních injekcí sterilní vodou (Pařízek, 2014). Výhodou koupele je zvýšená somatická i psychická

relaxace, nevýhodou je komplikované natáčení CTG a kontraindikace epidurální analgezie z důvodu rizika infekce (Pařízek, 2012b). Pro zkrácení první doby porodní lze využít i sprchu, během níž si rodička sprchuje po kontrakci podbřišek nebo záda v bederní a křížové oblasti (Čermáková, 2017). Poslední možností využití hydroterapie jsou intradermální obstřiky sterilní vodou, které se ale pro svou vysokou bolestivost v České republice často neprovádějí (Pařízek, 2015). Injekce se vpichuje v oblasti křížové kosti, a přestože není zcela objasněn mechanismus působení, předpokládá se, že buď injekce způsobí uvolnění endogenních hormonů tlumících bolest, nebo počáteční pálení, které trvá asi dvě minuty, aktivuje mechanismy vrátkové kontroly bolesti, nebo injekce způsobí bolest v jiném místě a tím sníží podráždění nervů (Mander, 2014).

Další často využívanou analgetickou metodou jsou masáže. Relaxační masáž může rodička provádět sama (efleráž), kdy si intuitivně během kontrakcí masíruje nebo hladí bolestivá místa, nebo ji masíruje cizí osoba (porodní asistentka, doprovod), která může vytvářet tlak na křížovou kost, což vede k uvolnění bolestí v této oblasti páteře (Čermáková, 2017). Efleráž stimuluje nervová vlákna, což tlumí bolestivost kontrakcí a zároveň stimuluje dělohu k větší intenzitě a frekvenci stahů (Bašková, 2015). V rámci masáže by se nemělo zapomínat na uvolnění ramenních svalů, protože jejich napětí zabraňuje relaxaci svalů pánve (Čermáková, 2017).

S masážemi úzce souvisí i metoda aromaterapie. Tato metoda využívá účinku vysoce koncentrovaných esenciálních olejů získaných z aromatických rostlinných zdrojů, které mají vliv na psychiku a emoce a v kombinaci s masáží pomáhají zmírnit porodní bolesti (Bašková, 2015). Esenciální olej se při aromaterapii rozptýlí pomocí aromalampy, difuzéru, vmasíruje se do kůže nebo se nakape do koupele (Stadelmann, 2017). Nejlepší je, když porodní asistentka sama umí zhodnotit, jak která rodička vnímá porodní bolesti, a podle toho si sama připraví směs éterických olejů (Samková, 2011). Ve směsi na silné kontrakce je většinou využívána levandule úzkolistá, heřmánek římský v jojobě a citron, které při masáži pomáhají k uvolnění bederní oblasti, k úlevě od bolesti a při inhalaci odbourávají stres a úzkost (Samková, 2011). Dále je často využíván olej ze šalvěje, eukalyptu, tymiánu nebo jasmínu (Bašková, 2015), ale určitě neuškodí ani kombinace citrusových olejů, které zároveň působí jako antidepresiva (Fritz, 2014). Účinek levandule byl sledován ve výzkumu provedeném Karo (2017) v Indonésii, kterého se zúčastnilo dvacet respondentek v základní a dvacet respondentek v kontrolní skupině. Esenciální

levandulový olej byl aromalampou rozptýlen po porodním boxu, kde respondentky trávily třicet minut. Výsledkem výzkumu bylo zjištění pozitivního účinku levandulového oleje na snížení porodních bolestí (Karo, 2017). Levandule se dá navíc využít i po porodu a to pro lepší hojení poranění hráze tak, že se levandulový esenciální olej nakape přímo na ránu a nechá se působit (Hadek, 2016). Stadelmann (2017) uvádí recept na olej k porodu, který obsahuje jasmín, šalvěj muškátovou, růži, ylang-ylang a sezamový, slunečnicový a jojobový olej. Takto připravený olej pomáhá zvládnout porod s klidem a pomáhá tišit porodní bolesti a využít se dá při masáži křížové oblasti, podbřišku, vnitřní strany stehen a chodidel nebo pro uvolnění při relaxační koupeli (Stadelmann, 2017).

V souvislosti s relaxačními masážemi je dobré i střídání poloh každých 30 – 60 minut, což pomáhá k uvolnění svalového napětí a zároveň přispívá k lepšímu průchodu plodu porodními cestami (Bašková, 2015). Může být využita poloha vestoje s oporou nebo bez opory, stoj v předklonu, kdy se může přidat i kroužení pánví, sed s oporou v zádech, sed v předklonu, klek na čtyřech nebo dvou s oporou o partnera nebo leh na boku (Čermáková, 2017). Při vzpřímené poloze se využívá účinek gravitace a tím pádem dochází k rychlejšímu postupování porodu (Mander, 2014). Pro úlevové polohy je možno využít i gymnastický míč, o který se rodička opře při klečení v širokém kleku nebo sezení ve dřepu (Hudáková, Kopáčiková, 2017), protože i samotný dřep nebo široký klek umožňuje lepší roztahování pánve (Mander, 2014). Vzhledem k tomu, že gymnastický míč má dnes už většina porodnic, může rodička tuto polohu využít a to i ve sprše, kde doprovod připojí ještě masáž křížové oblasti teplou vodou (Hanáková et al., 2015).

Další možností analgetických nefarmakologických metod je akupunktura a akupresura. Obě tyto metody využívají stimulaci určitých bodů na těle rodičky, které pomáhají zlepšovat krevní oběh, podporují produkci endorfinů a zlepšují harmonii principů jin a jang (Mander, 2014). Akupunktura je metodou, která se vyvíjí už tisíciletí a jejíž použití při porodu je vhodné už z důvodu vysoké účinnosti a menšího nebezpečí pro plod než použití farmak, což platí při dodržení určitých pravidel (Pařízek, 2012b). Při akupunktuře jsou pro stimulaci bodů použity jehly, které terapeut vbodává různou rychlostí, silou i směrem, oproti tomu u akupresury jsou použity pouze špičky prstů (Mander, 2014). Výhodou obou metod je možnost účinku urychlení porodu a snížení bolestivosti jak samotného porodu, tak ošetření porodních poranění (Pařízek, 2012b).

Méně využívanou nefarmakologickou metodou je hypnóza. Malá četnost používání je možná způsobena nutnou přípravou rodičky už během těhotenství a tím, že míra analgetického účinku přímo úměrně závisí na míře hypnability (Ratislavová, 2008). Během přípravy na porod nacvičuje terapeut s klientkou relaxaci a následně zadává sugesci, podle které následně vysoce hypnabilní klientky porod prožijí (Kratochvíl, 2009). Pro sugesci bývají využívány různé vizualizace, kdy základní je vizualizace duhy, která pomáhá naprostému uvolnění a relaxaci klientky, ale kromě relaxace a sugesce se klientka v kurzu učí i techniky dýchání nebo masáží (Mongan, 2010). Z důvodu různé míry hypnability je však hypnóza účinná jen asi u 25 % rodiček (Pařízek, 2015).

Audioanalgezie pracuje na principu změny aktivity v mozkové kůře, ke které dojde drážděním sluchového centra přístrojově vyrobeným zvukem nebo poslechem relaxační hudby, kterou rodička poslouchá ze sluchátek (Pařízek, 2014). Tato metoda má sice nízký analgetický účinek, ale relaxační hudba může být vhodným doplňkem každé jiné farmakologické i nefarmakologické analgetické metody (Pařízek, 2012).

Nejúčinnější nefarmakologickou metodou je TENS neboli transkutánní elektrická nervová stimulace, která je založena na Melzackově a Wallově vrátkové teorii bolesti, která se zabývá bolestí na míšní úrovni (Cvrček, Roztočil, 2017). V případě porodnické analgezie se používají elektrody umístěné do bederní oblasti, do kterých přístroj vytváří stejnosměrné proudové impulzy pravoúhlého tvaru v různě velké frekvenci a intenzitě proudu, což pravděpodobně inhibuje přenos bolestivých impulsů (Pařízek, 2012). V podstatě jedinou kontraindikací jsou možné reakce kůže na elektrody (Mander, 2014).

Farmakologické metody jsou takové, kdy jsou použita léčiva a to buď v systémové, nebo místní analgezii (Pařízek, 2012). Systémovou analgezii lze aplikovat nitrožilně nebo inhalačně a účinkem by mělo být zvýšení prahu bolesti při minimálním ovlivnění vědomí rodičky, aby byla zachována spolupráce s ní, ale je třeba uvědomit si riziko negativního vlivu na plod, které spočívá v útlumu dechového centra a poklesu srdeční akce plodu (Frančáková, Procházka, 2016). Pro inhalační analgezii se používá oxid dusný, který je používán už od samých počátků analgezie, ale jeho nevýhodou je nízká analgetická účinnost (Málek, 2011). K této inhalaci se používá tlakový přístroj s názvem Entonox, který je na plněný směsí 50% kyslíku a 50% oxidu dusného, která se

lidově nazývá rajský plyn (Pařízek, 2014). Pro nitrožilní podání je nejčastěji používaný Pethidin, který se dodává pod názvem Dolsin, jehož nedostatkem je ale útlum dechového centra matky i plodu, snížení sebekontroly a vylučování z těla matky mateřským mlékem (Pařízek, 2015). Další injekčně používané analgetikum je Tramadol, který neovlivňuje krevní oběh rodičky (Pařízek, 2015). Místní analgezie se rozděluje na infiltrační, pudendální, paracervikální, subarachnoidální a kombinovanou subarachnoidální a epidurální (Pařízek, 2014). Z těchto metod je nejčastěji využívána epidurální analgezie, kterou řadíme k nejmodernějším, nejbezpečnějším a nejefektivnějším metodám a rodička po její aplikaci vnímá stahy pouze jako tlak nebo napětí v břišní krajině (Gregora, Velemínský, 2013).

1.4.3 Doprovod u porodu

V současnosti je partner pro těhotnou ženu už od počátku těhotenství oporou, a proto jeho přítomnost u porodu může přispět k celkové spokojenosti rodičky a pozitivnímu prožitku z porodu (Čermáková, 2017). Nicméně na přítomnosti partnera u porodu by se měli shodnout oba partneři (Gregora, Velemínský, 2013). Pokud rodička v těhotenství navštěvovala nějaký předporodní kurz, může rozhodování usnadnit fakt, že většina předporodních kurzů je organizována alespoň částečně i pro partnera klientky, který by tam měl získat informace o porodu a zjistit, jak může být partnerce užitečný v jednotlivých dobách porodních (Pařízek, 2015). Pokud se tedy partner rozhodne, že k porodu půjde, musí být připraven na to, že by měl zůstat klidný, empatický a měl by být připraven pomáhat rodičce se zvládáním porodních bolestí prostřednictvím relaxačních masáží nebo jiných analgetických metod (Čermáková, 2017). Pokud partner dobře spolupracuje, představuje pro rodičku oporu, rodička se díky němu necítí v cizím prostředí osaměle a celkově se cítí psychicky dobře (Gregora, Velemínský, 2013). V průběhu druhé doby porodní partner rodičku povzbuzuje v tlačení a následném uvolnění, je pro rodičku oporou a po porodu novorozence může přestřihnout pupeční šňůru (Čermáková, 2017). Na druhou stranu může někdy dojít k tomu, že pro partnera není situace porodu vůbec lehká, protože i pro něho je vše nové a přitom se od něho očekává, že bude něžný, bude pečovat o svou partnerku a kontrolovat, zda všechno postupuje tak, jak by mělo (Ratislavová, 2008). V některých případech nemusí partner jakožto muž tuto ryze ženskou situaci vůbec pochopit, nebo dokonce pro něho zážitek z porodu může být tak traumatický, že ovlivní budoucí vztah k partnerce, a to zejména v oblasti sexuality (Gregora, Velemínský, 2013).

Při zvažování doprovázející osoby může těhotná žena přemýšlet i o přítomnosti kamarádky, matky, privátní porodní asistentky nebo duly (Čermáková, 2017). Privátní porodní asistentka pečuje o ženu v průběhu celého těhotenství, během porodu a celé šestinedělí (Čermáková, 2017). Dula sice většinou také o rodičku pečuje jak v těhotenství, tak i při porodu a po něm, ale ne po stránce zdravotnické, nýbrž po stránce psychické (Gregora, Velemínský, 2013). Dula rodičce pomáhá se zvládáním bolestí, je jí i partnerovi oporou, po porodu pomáhá s kojením a přijetím rodičovské role (Roztočil, 2017c).

1.5 Role porodní asistentky v průběhu II. doby porodní

Druhá doba porodní neboli doba vypuzovací začíná zánikem děložní branky a končí porodem plodu (Gregora, Velemínský, 2013). Během kontrakcí, které nastupují každé 2 až 3 minuty a mají trvání 60 až 90 sekund, má rodička velké nucení k tlačení, které je způsobeno tlakem hlavičky na nervová zakončení v oblasti pánevního dna (Slezáková, 2017).

Porodní asistentka by rodičce v první řadě měla vysvětlit správný způsob tlačení do konečníku, tedy jako při zácpě (Gregora, Velemínský, 2013). Dalším úkolem porodní asistentky je připravení pomůcek pro porod (porodnický balíček, nástroje, dezinfekce, sterilní rukavice, identifikační náramek pro označení novorozence a pomůcky k odběru krve z pupečníku) a samozřejmě monitorace ozev plodu kontinuálně nebo po každé kontrakci (Slezáková, 2017). Stejně jako v první době porodní i nadále porodní asistentka provádí vnitřní vyšetření a když je hlavička dostatečně sestouplá, provede dezinfekci rodidel, pod rodičku dá sterilní roušku a vyzve ji k aktivnímu tlačení (Gregora, Velemínský, 2013). Aktivně tlačit má rodička pouze v době kontrakce (Gregora, Velemínský, 2013). Tlačení, které řídí porodní asistentka, se nazývá tlačení řízené a využívá se v případě, že je rodička velmi unavená a potřebuje instrukce, nebo pokud plod sestupuje pomalu (Hudáková, Kopáčiková, 2017). Polohou, která je k tlačení nejčastěji využívána, je poloha na zádech, kdy se před tlačením rodička stočí do klubíčka, zhluboka se nadechne, zavře oči, zadrží dech a tlačí jako při stolici (Hanáková et al., 2015). Po deseti až patnácti sekundách rodička vydechne, rychle se nadechne znova a opět zatlačí, což během jedné kontrakce stihne dvakrát až třikrát (Gregora, Velemínský, 2013). Po každé kontrakci by měla rodička relaxovat a zapojit

hluboké břišní dýchání, aby došlo k doplnění rezerv plodu (Bašková, 2015). Opakem řízeného tlačení je tlačení spontánní, při kterém rodička dýchá i tlačí tak, jak jí to vyhovuje a jak jí napovídá vlastní instinkt (Hudáková, Kopáčiková, 2017). Při prořezávání hlavičky porodní asistentka chrání hráz a tím zabraňuje vzniku poranění a v případě potřeby provede epiziotomii – nástřih hráze, pokud s ním rodička souhlasí (Slezáková, 2017).

Epiziotomie se podle směru provedení rozlišuje na mediolaterální, mediální a laterální (Roztočil, 2017f). Nejčastěji používaná je mediolaterální, která začíná ve střední čáře poševního vchodu a je vedena šikmo směrem k sedacímu hrbolu v potřebné délce (Roztočil, 2017f). Mediální epiziotomie se provádí pouze výběrově, vede střední čárou, dobře se hojí a šije, ale při velkém plodu hrozí ruptura análního svěrače (Čech, 2014). Nejméně využívaná je epiziotomie laterální, která se obtížně ošetřuje a často dojde při jejím použití k deformaci poševního vchodu (Roztočil, 2017f). Čech (2014) navíc uvádí rozšířenou laterální epiziotomii, která se provádí skalpelem ve směru předchozí epiziotomie, vede ale mírně do oblouku, je rozsáhlejší (6 – 7 cm) a předchází vaginálním operacím, jako je porod per forcipem.

Při porodu hlavičky je většinou intravenózně podán oxytocin, který urychluje po porodu odloučení placenty a snižuje tak krevní ztrátu (Gregora, Velemínský, 2013). Poté následuje porod ramének a celého plodu, což ukončuje druhou dobu porodní, která trvá v průměru okolo 15 až 20 minut u prvorodiček a 5 až 10 minut u vícerodiček (Srp, 2014b). Porodní asistentka uloží novorozence na břicho matky (bonding) a nechá dotepat pupečník, pokud je stav novorozence fyziologický (Slezáková, 2017). Po přestřižení předá porodní asistentka novorozence dětské sestře, která ho ošetří (Slezáková, 2017). Následuje ošetření novorozence, které probíhá většinou přímo na porodním sále a pak dětská sestra nebo porodní asistentka přiloží novorozence k prsu (Gregora, Velemínský, 2013). V některých nemocnicích je i samotné ošetření novorozence prováděno na těle matky v rámci bondigu (Mrowetz, 2011).

1.5.1 Prevence vzniku porodního poranění

Pokud chce žena předejít provedení epiziotomie, může už v těhotenství sama nebo s pomocí partnera začít s prováděním masáže hráze, která zvyšuje její pružnost a poddajnost (Mongan, 2010). S masáží by se mělo začít asi 4 – 6 týdnů před termínem porodu a měla by být prováděna denně asi 5 minut (Čermáková, 2017). Masáž se

provádí následujícím způsobem: do tkáně hráze se vetře malé množství oleje, pak se do pochvy zasune po druhý článek prstu ukazovák a prostředník jedné ruky a s prsty se provádí pohyb ze strany na stranu a přitom se směrem dopředu vyvíjí tlak na tkáň (Mongan, 2010). Během samotného porodu může porodní asistentka použít směs esenciálních olejů, které do perinea vmasíruje, a to směs vyrobenou z frakcionovaného kokosového oleje, oleje Frankincense (kadidlo) a Helichrysa (Fritz, 2014). Další možností je směs vyrobená z šalvěje muškátové, růže, třezalky v olivovém oleji, pupalkového oleje a oleje z pšeničných klíčků, kterou porodní asistentka dává na hráz ve formě obkladu během druhé doby porodní (Stadelmann, 2017).

Další variantou prevence vzniku porodního poranění je používání perineálního silikonového nafukovacího balónku Epi-no nebo Aniball (Roztočil, 2017f). Podstatou funkce je posilování pánevního dna tím, že si těhotné balonek přibližně od ukončeného 36. týdne zavádí do pochvy, po zavedení ho nafouknou nejprve na malý rozměr (postupně ho zvětšují) a snaží se balonek v sobě udržet nebo naopak vytlačit (Aniball, 2017). Ideální je, když je žena přibližně po dvou týdnech cvičení schopna nechat vyklouznout z pochvy balonek o průměru 8 – 10 cm (Aniball, 2017). Pokud těhotná žena dosáhne tohoto výsledku, měla by se zaměřit na posilování pánevního dna, což se provádí pomocí vtahování balónku (Epi-no, 2017). Kavvadias a Hoesli (2016) uvedli výsledek výzkumu, kde se ukázalo, že používání balónku Epi-no zkrátilo dobu porodu, během porodu u nich bylo použito méně analgetik a tyto ženy vyžadovaly i méně často epidurální analgezii.

1.6 Role porodní asistentky v průběhu III. a IV. doby porodní

Po porodu novorozence začíná třetí doba porodní, během které je porozena ještě placenta s plodovými obaly (Slezáková, 2017). Délka této doby porodní by neměla přesáhnout jednu hodinu, většinou však trvá přibližně deset minut (Gregora, Velemínský, 2013).

Porodní asistentka ještě před odloučením placenty odebere krevní vzorky z pupečníku (Procházka et al., 2016). Pupečníková krev se odebírá na vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru rodičky a dále porodní asistentka udělá odběr krve pro vyšetření krevních plynů neboli ASTRUP (Moravcová, Petržílková, 2015). Poté porodní asistentka sleduje známky odloučení placenty a při porodu placenty hodnotí mechanismus jejího odloučení (Procházka et al., 2016). Známky odloučení placenty jsou čtyři a to

Ahlfeldovo (pupečník s peánem se sklápí směrem k podložce), Schröderovo (děložní fundus vystoupí přibližně o dva prsty nad pupek) a Kürstnerovo znamení, kdy se po zatlačení hrany ruky na dělohu za symfýzou nevtahuje pupečník do pochvy (Procházka et al., 2016). Roztočil (2017b) navíc uvádí Strassmannovo znamení, při kterém se poklepání na fundus dělohy přenáší na pupečník, pokud je placenta odloučena. Pro stanovení diagnózy odloučené placenty navíc Roztočil (2017b) doporučuje potvrzení několika znameními zároveň.

Do dokumentace porodní asistentka zapisuje i mechanismus porodu placenty, který rozlišuje mezi mechanismem podle Baudelocque-Schulze, Gessnera a Duncana (Srp, 2014b). Podle Baudelocque-Schulze se placenta odlučuje od středu k okraji, první jde fetální strana a retroplacentární hematom je v blanách (Binder, 2011). Mechasnismus podle Gessnera znamená, že se placenta odlučuje od okraje přes střed k druhému okraji a retroplacentární hematom tedy volně odtéká pochvou a částečně zůstane v plodových obalech, placenta se rodí po hraně fetální stranou (Srp, 2014b). Posledním mechanismem podle Duncana se rozumí odloučení od okraje přes střed k okraji opačnému, hematom odtéká pochvou, ale placenta se rodí po hraně mateřskou stranou (Procházka et al., 2016).

Porodní asistentka během porodu placenty Jacobsovým hmatem pomáhá odlučování a vypuzení plodových blan tak, že placentu uchopí do dlaní a rotačním pohybem smotává plodové obaly do provazce (Roztočil, 2017b). Po porodu placenty porodní asistentka zkontroluje stav a délku pupečníku, určí typ úponu pupečníku do placenty, zkontroluje celistvost plodových obalů i placenty (z obou stran), velikost placenty a její tvar a následně provede kontrolu a zhodnocení porodních poranění zevního genitálu, hráze a pomocí gynekologických zrcadel i poševní stěny, klenby a děložního hrdla (Slezáková, 2017). V případě porodních poranění asistuje porodní asistentka lékaři při aplikaci místní anestezie i samotném šití (Gregora, Velemínský, 2013). Na závěr vyšetří lékař rodičku per rectum, aby zkontroloval, zda během šití nedošlo k prošití střeva a odhadne celkovou krevní ztrátu během porodu, kterou zapíše do dokumentace (Slezáková, 2017).

Během čtvrté doby porodní, která představuje přibližně dvouhodinový interval od porodu, je rodička spolu s novorozencem a partnerem na porodním sále, porodní asistentky ji sledují a kontrolují její celkový stav (krevní tlak, pulz) a především

krvácení z pochvy a stažení dělohy (Gregora, Velemínský, 2013). Do dokumentace porodní asistentka zaznamenává i první močení rodičky, protože ho může komplikovat otok močové trubice po porodu (Slezáková, 2017).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

V rámci této bakalářské práce „Porod očima rodičky“ byly stanoveny dva cíle.
Cíl 1: Zjistit jaké představy mají rodičky o svém porodu.
Cíl 2: Zjistit rozdíly mezi představami o porodu a následnou skutečností.

2.2 Výzkumné otázky

Na základě těchto dvou cílů byly stanoveny dvě výzkumné otázky.
Výzkumná otázka 1: Jaké jsou představy a vize rodiček o porodu?
Výzkumná otázka 2: Jak vnímaly rodičky svůj porod?

2.3 Operacionalizace pojmů

Porod je děj, při kterém opouští plod s placentou a plodovými obaly tělo matky a je rozdělován do tří dob porodních (Vokurka, Hugo, 2015).

Rodička je těhotná žena v průběhu porodu dítěte (Intrapartum care, 2014).

Představa je vybavený nebo přepracovaný minulý zážitek a vjem, který je obsahem vědomí (Hartl, Hartlová, 2015).

Vize je představa, která se vztahuje do budoucnosti a je založena na určité filozofii (Hartl, Hartlová, 2015).

Vnímání je proces přijímání počitků, v širším významu i chápání situace (Hartl, Hartlová, 2015).

3 Metodika

3.1 Metodika a technika výzkumného šetření

K vypracování výzkumné části této bakalářské práce bylo využito kvalitativní výzkumné šetření. Sběr dat byl proveden prostřednictvím polostrukturovaného hloubkového rozhovor (Příloha 1) s ženami před porodem a stejným souborem žen po porodu.

Rozhovory před porodem byly vedeny v porodnické ambulanci od ledna do února 2018 a rozhovory po porodu byly prováděny v domácím prostředí žen po předchozí domluvě. Před začátkem rozhovoru respondentky podepsaly písemný souhlas s nahráváním rozhovoru na diktafon a byly ujištěny o anonymitě a využití dat pouze k účelu bakalářské práce, jejíž název byl uveden v písemném souhlasu (Příloha 2). Všechny tyto písemné souhlasy jsou k dispozici u autorky práce. Dotazované ženy byly označeny R1 (respondentka 1) až R15.

Rozhovor před porodem obsahoval devět otevřených otázek, rozhovor po porodu deset otevřených otázek a v případě potřeby byly během obou rozhovorů pokládány doplňující otázky. Při setkání byly rozhovory nahrávány na diktafon a poté doslovně přepsány do písemné formy. Přepisy všech rozhovorů jsou k dispozici u autorky práce. Poté byl rozhovor zpracován prostřednictvím analýzy metodou kódování v ruce (Příloha 4), neboli metodou tužka a papír (Švaříček, Šeďová, 2014). Byly vytvořeny 2 hlavní významové kategorie, které byly následně členěny do několika podkategorií. První kategorie se týká představ o porodu a dále byla členěna na deset podkategorií (Zdroj informací o porodu, Představa o porodu, Porodní plán, Doprovod k porodu, Představa o zvládání porodních bolestí, Představa o porodnické analgezii, Prevence poranění hráze, Výběr porodnice, Role porodní asistentky, Souhlas s přítomností studentů). Druhá kategorie se týká samotného průběhu porodu a dále byla členěna do jedenácti podkategorií (Průběh porodu, Využití získaných informací, Dodržení porodního plánu, Doprovod při porodu, Zvládání porodních bolestí, Největší bolest při porodu, Poranění hráze, Prostředí porodního sálu, Hodnocení přístupu porodní asistentky, Celkové hodnocení porodu).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen 15 těhotnými ženami, se kterými byly vedeny dva rozhovory a to před porodem a po porodu. Tyto oslovené ženy dobrovolně souhlasily s účastí ve výzkumném šetření a podepsaly informovaný souhlas. Pro vybrání do výzkumného souboru musely respondentky splnit kritérium těhotenství a musely být ochotné spolupracovat. Výzkum byl prováděn v průběhu ledna a února 2018 se ženami v porodnické ambulanci táborské nemocnice a poté v domácím prostředí žen po předchozí domluvě. Respondentky měly bydliště v Jihočeském kraji. Věk respondentek se pohyboval v rozmezí 24 – 38 let a jejich vzdělání bylo od základního po vysokoškolské. Výzkumu se zúčastnilo 9 prvorodiček a 8 vícerodiček.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Identifikační údaje respondentek

Tabulka 1 – Identifikační údaje respondentek

Respondentka	Věk (let)	Parita	Rodinný stav	Nejvyšší dosažené vzdělání	Zaměstnání
R1	26	1	vdaná	střední s maturitou	prodavačka
R2	27	1	vdaná	střední s maturitou	zástupce vedoucí v obchodě
R3	33	3	vdaná	vysokoškolské	učitelka v MŠ
R4	29	2	vdaná	vysokoškolské	účetní
R5	36	2	vdaná	vysokoškolské	učitelka v MŠ
R6	35	3	vdaná	vysokoškolské	učitelka na gymnáziu
R7	38	1	svobodná	vyšší odborné	účetní
R8	32	2	vdaná	vyučena	OSVČ
R9	26	1	svobodná	vysokoškolské	asistentka pedagoga
R10	27	1	vdaná	vysokoškolské	radiologický asistent
R11	24	1	svobodná	základní	hosteska v prodejně firmy
R12	32	1	svobodná	vysokoškolské	lékárnice
R13	36	2	vdaná	vysokoškolské	úřednice
R14	24	1	svobodná	vysokoškolské	úřednice
R15	26	2	svobodná	vyučena	číšnice

Zdroj: Vlastní výzkum

4.2 Kategorizace dat

Na základě výsledků výzkumného šetření byly vytvořeny dvě hlavní kategorie a jejich podkategorie (Tabulka 2). První kategorie nazvaná Představy o porodu byla dále rozdělena na deset podkategorií – Zdroj informací o porodu, Představa o porodu, Porodní plán, Doprovod k porodu, Představa o zvládání porodních bolestí, Představa o porodnické analgezii, Prevence poranění hráze, Výběr porodnice, Role porodní asistentky a Souhlas s přítomností studentů. Druhá kategorie nazvaná Porod byla dále rozdělena do jedenácti podkategorií – Průběh porodu, Využití získaných informací, Dodržení porodního plánu, Doprovod při porodu, Zvládání porodních bolestí, Požadovaná analgezie, Největší bolest při porodu, Poranění hráze, Prostředí porodního sálu, Hodnocení přístupu porodní asistentky a Celkové hodnocení porodu.

Tabulka 2 - Kategorie

Představy o porodu	**Porod**
Zdroj informací o porodu	Průběh porodu
Představa o porodu	Využití získaných informací
Porodní plán	Dodržení porodního plánu
Doprovod k porodu	Doprovod při porodu
Představa o zvládání porodních bolestí	Zvládání porodních bolestí
Představa o porodnické analgezii	Požadovaná analgezie
Prevence poranění hráze	Největší bolesti při porodu
Výběr porodnice	Poranění hráze
Role porodní asistentky	Prostředí porodního sálu
Souhlas s přítomností studentů	Hodnocení přístupu porodní asistentky
	Celkové hodnocení porodu

Zdroj: Vlastní výzkum

Kategorie 1 – Představy o porodu

Kategorie Představy o porodu je tvořena deseti podkategoriemi, které se zaměřují na zdroje, ze kterých respondentky čerpaly informace o porodu, představy respondentek

o porodu, zda má respondentka vypracovaný porodní plán, jestli si přeje nějaký doprovod k porodu, jakou má představu o zvládání porodních bolestí a představu o porodnické analgezii. Kromě toho je v kategorii zahrnuto sdělení, jestli respondentky provádí nějakou z metod prevence poranění hráze, podle čeho respondentky vybírají porodnici, jak si představují roli porodní asistentky během porodu a jestli zvažují udělit souhlas s přítomností studentů u porodu.

Podkategorie 1 – Zdroj informací o porodu

Tato podkategorie se zabývá možnostmi zdrojů, odkud těhotné ženy čerpají informace o porodu. Respondentky často odpovídaly, že navštěvují předporodní kurz, kde dostanou pravdivé informace, které jsou pro ně srozumitelné.

Jedenáct respondentek (R1, R2, R4, R5, R6, R9, R10, R11, R12, R13, R14) chodilo během těhotenství do předporodního kurzu, který navštěvovaly jak z důvodu získání teoretických znalostí, tak z důvodu cvičení pro těhotné. R6 o předporodním kurzu sdělila, že informace získané odtud pro ni byly srozumitelné a věděla, že jsou pravdivé. Stejně tak R9 považuje informace z předporodního kurzu za pravdivé a uvedla, že z toho důvodu vůbec nehledá žádné informace na internetu. R14 sdělila: „*Nejprve jsem hledala na internu, ale těžko jsem se vyznávala ve velkém množství informací. Pak jsem si zavolala porodní asistentku a ta mi poskytla ve dvou osobních setkáních při předporodním kurzu všechny důležité informace o porodu.“* R2 pociťovala jako užitečné i učení se manipulace s novorozencem během jednoho z kurzů.

Dvanáct respondentek (R1, R2, R4, R5, R6, R7, R8, R10, R11, R12, R13, R14) čerpalo informace z internetu. Pro R8 sloužil internet jako doplnění informací, protože si někdy nebyla jistá „pravdivostí a odborností“ takto získaných informací, a proto jako stěžejní brala informace z literatury. Jedenáct respondentek (R1, R2, R3, R3, R5, R6, R7, R8, R9, R11, R12) čerpalo informace mimo jiné od kamarádek, které už někdy rodily. R6 uvedla, že se ráda scházela v těhotenství s kamarádkami, se kterými si vyměňovaly informace. R7 podotkla, že hlavním zdrojem informací pro ni byly kamarádky, protože už měly v době jejího těhotenství děti a tím pádem jí sdělily spoustu užitečných informací. Čtyři respondentky (R1, R8, R9, R12) získávaly informace z knížek, konkrétně R1 uvedla knihu „K porodu bez obav“ od autorky Blanky Čermákové. Tři respondentky (R1, R4, R11) uvedly jako jeden ze

zdrojů informací časopisy. R1 konstatovala: „*Pak jsem taky koukala do nějakých časopisů pro maminky, ale radši mám informace z té knížky nebo z kurzu.“*

Čtyři respondentky (R3, R5, R6, R15) čerpaly informace ze svých osobních předchozích zkušeností z porodů. R3 řekla: „*Tentokrát čerpám z předchozích zkušeností, ale na nějaké předporodní kurzy jsem nechodila ani před prvním porodem. Nikdy jsem to moc neřešila, jsem takový člověk, který řeší věci, až když přijdou…“* R5 sdělila, že zatímco při prvním těhotenství chodila do předporodního kurzu, teď už se porodem moc nezabývá a doufá, že bude moci čerpat ze svých zkušeností. R15 odpověděla: „*Nijak jsem se neinformovala, už jsem jednou rodila v písecké nemocnici, nechávám to tak, jak to přijde.“*

Dvě respondentky (R3, R9) získaly informace během jejich studia na vysoké škole. R3 sdělila: „*Možná taky jsem některé informace získala právě ze školy, protože jsem studovala zdravotně sociální obor…“* R5 získala informace také z televize, kde sledovala pořad „Malé lásky“. R8 uvádí jako zdroj informací i lékaře, který jí ale sdělil pouze obecné informace, které se týkaly zejména důvodů pro odjezd do porodnice, prováděných vyšetření během kontrol a konzultace o výběru porodnice. Dvě respondentky (R3, R9) čerpaly informace od někoho z rodiny, kým byla pro R3 sestra a pro R9 matka. R3 sdělila: *„Moje sestra měla miminko, už když já byla poprvé těhotná, takže tenkrát jsem pár věcí pochytila od ní.“*

Podkategorie 2 – Představa o porodu

Podkategorie Představa o porodu se věnuje celkové představě respondentek o porodu a zahrnuje vize o podávání léků, přiložení novorozence skin-to-skin, ponechání dotepání pupečníku nebo například střídání personálu a možnosti doprovodu u porodu. Některé respondentky svou představu srovnávaly s předchozím porodem a uváděly odlišnosti, které by si přály při porodu současném.

Respondentka (R1) odpověděla: „*Ještě představu vůbec nemám, zatím to neřeším, jsem ráda, že jsem byla na předporodním kurzu a že jsem tam viděla prostředí porodního sálu, ale jinak to ještě neřeším.“*

Dvě respondentky (R2, R10) odpověděly, že si porod představují jako nezapomenutelný zážitek. Konkrétně R2 sdělila: „*Chtěla bych, aby můj porod byl nezapomenutelný, v tom dobrém slova smyslu.“* Sedm respondentek (R2, R3, R4, R9, R11, R13, R14) by chtělo

prožít přirozený porod, což pro respondentky znamenalo porod bez použití léků a dalších lékařských zásahů. R2 popsala: „*Myslím si, že dřív se porod bral jako doktorský zákrok a podle mě by to tak nemělo být. Podle mého názoru je porod individuální a přirozená záležitost, a proto by se k němu mělo tak přistupovat. Rodička by neměla dostávat zbytečné léky a mělo by jí být umožněno uskutečnit svá přání, jako třeba mít s sebou manžela a porodnice by měla být taková, aby žena ani nemusela přemýšlet o porodu doma a poskytnout jí soukromí.“* Dále R2 sdělila, že by si přála intimní porod a popsala: „*Nejsem zastánce porodů doma, ale podle mě by porodnice měla být taková, že ta žena ani nemá uvažovat o porodu doma, protože jí intimní prostředí nabídne.“*R4 uvedla, že by chtěla, pokud by to šlo, porod zvládnout bez podání léků na urychlování porodu a nechat ho běžet samovolně. R11 odpověděla: „*Chci porod co nejvíce přirozený bez vnějších zásahů. Nechci ani nabízet nic na tišení porodních bolestí.“*

Tři respondentky (R3, R5, R9) uvedly v odpovědi, že chtějí, aby porod proběhl bez komplikací. R5 tuto představu odůvodnila: „*Teď jsem víc nervózní ve srovnání s minulým porodem, protože člověk už ví, do čeho jde a možná si víc uvědomuje, jaké komplikace mohou nastat.“* R9 představu popsala: „*Doufám, že to bude všechno bez komplikací, rychlé a hlavně, aby bylo miminko zdravé, na sebe ani tak moc nekoukám.“* Tři respondentky (R4, R7, R12) uvedly představu o co nejméně bolestivém porodu. R12 sdělila, že chce využít všechny dostupné analgetické metody farmakologické i nefarmakologické, aby to co nejméně bolelo.

Deset respondentek (R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R12, R15) uvedlo představu o rychlém průběhu porodu. R6 sdělila: „*Představu mám takovou, že to bude rychlé jako moje předchozí porody, kdy jsem v porodnici nestihla skoro nic, protože jsem rodila skoro hned po tom, co jsme přijeli, tak to třeba vyjde zase.“* R15 odpověděla, že jediná její představa je, aby to bylo rychle, a žádné další požadavky nemá. Tři respondentky (R2, R5, R12) zahrnuly do své představy bonding, neboli přiložení novorozence po porodu na hrudník matky. R5 sdělila: „*Jediný požadavek mám přiložení dítěte hned po porodu, protože to mi u prvního porodu chybělo a na to chci při porodu nebo před porodem upozornit.“* Tři respondentky (R2, R3, R12) by chtěly nechat dotepat pupečník. Konkrétně R3 uvedla, že nechce, aby se přestřihla pupeční šňůra zbytečně brzo. Dvě respondentky (R9, R14) v představě zmínily, že by chtěly porod bez nástřihu. R9 popsala: „*Chtěla bych, aby se to zvládlo bez nástřihu, protože hráz připravuju na*

porod.“ Pět respondentek (R2, R7, R11, R13, R14) by chtělo porod pouze s minimem personálu. R2 by chtěla, aby s ní celý porod byla pouze jedna porodní asistentka a rovněž R14 by byla nejradši celý porod pouze se svou porodní asistentkou. Respondentka (R13) plánuje ambulantní porod, nebo alespoň kratší pobyt v nemocnici podle toho, jak se bude cítit a respondentka (R8) odpověděla, že jí první porod vyvolávali, takže by si přála, aby tentokrát porod začal spontánně.

Podkategorie 3 – Porodní plán

Následující podkategorie se zabývá porodním plánem, který některé z respondentek měly sepsaný. Tyto respondentky uváděly svá stěžejní porodní přání a respondentky, které porodní plán sepsaný neměly a ani to neplánovaly, uvedly důvod tohoto rozhodnutí.

Deset respondentek (R1, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R10, R14, R15) odpovědělo, že porodní plán psát nebudou, což většinou zdůvodňovaly tím, že důvěřují personálu porodního sálu a tím pádem přistoupí na všechna jeho doporučení. R3 vysvětlila: „*Tak nějak s tím asi neumím přijít. Neodsuzuju ty maminky, které si to píšou, ale sama ho psát nebudu. Sestřičky i lékaře beru jako odborníky a nechci jim nic radit.“* R5 sdělila: „*Já sama jsem nepřemýšlela, že bych si ho sepsala. Vím, že jsou rodičky, které si ho sepisují, ale jsou to podle mě ty, které ten porod víc řeší, mají nějaké požadavky. Já jsem taková, že to nechávám v rukou odborníků, věřím, že ví, co dělají a já jsem taková podřízená jejich doporučení.“* Stejně tak R6 odpověděla: „*...jsem v tomhle spíš taková odevzdaná doktorům, věřím jim a nechám si od nich poradit.“* R7 uvedla, že neví, co porodní plán je a nikdy o něm neslyšela.

Pět respondentek (R2, R9, R11, R12, R13) sdělilo, že porodní plán sepsaný mají. R2 porodní plán (Příloha 3) zdůvodnila: „*Mám tam body, na kterých mi záleží, a myslím si, že je to správná věc, protože porod je individuální záležitost, každému na něm záleží a nemělo by to probíhat jako plánovaná operace, kdy všechno je v rukou lékařů, ale naopak do toho má ta žena co mluvit a podle mě ženy, které porodní přání mají, dávají najevo, že o tom porodu přemýšlely a mají o něm nějakou představu. Proto jsem si říkala, že si ho sepíšu, aby bylo vidět, že mám na to také svůj vlastní názor.“* R9 sdělila: „*Jsem jednoznačně pro. Sepsala jsem ho s mojí dulou a myslím si, že tam nemám žádné hlouposti. Na druhou stranu ale nebudu proti čemukoliv, pokud by se něco dělo s miminkem to vůbec ne.“*

Podkategorie 4 – Doprovod k porodu

Podkategorie Doprovod k porodu popisuje výběr doprovodu respondentkami. Všechny respondentky si přejí mít u porodu partnera, ale některé chtějí navíc dulu, kamarádku nebo soukromou porodní asistentku.

Všech patnáct respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R11, R12, R13, R14, R15) uvedlo, že u porodu chtějí jako doprovod partnera. R1 popsala: „*V knížce jsem četla, že partner může i masírovat, když třeba při porodu bolí záda a ty mě bolí už teď, takže bych byla ráda, kdyby se to ještě naučil. A taky by mi mohl pomoct s tím porodním dýcháním, protože třeba budu zmatkovat.“* R3 sdělila: „*Určitě s sebou chci manžela, pokud to stihne, byl se mnou i u předchozích porodů a bez něho bych to takhle určitě nezvládla.“* R4 zmínila, že by partnera chtěla zapojit i v nějakých polohách a očekává od něho podporu, aby v tom nebyla sama. R6 konstatovala, že si přeje mít u porodu manžela i přesto, že u předchozích porodů nijak moc nepomáhal, ale ona samotná se cítila jistější.

Respondentka (R8) uvedla, že by u porodu kromě partnera chtěla i kamarádku, což vysvětlila: „*Určitě bych chtěla, aby se mnou šel manžel, a ještě se mnou chce jít kamarádka, ale uvidíme, jestli nebude pryč. Myslím si, že ta by mi možná pomohla více než manžel, protože z toho nebude tak vedle.“* Respondentka (R9) si přeje mít u porodu dulu i přítele, ale zdůraznila, že dula je pro ni hodně důležitá, protože jí důvěřuje a ví, že má velké množství zkušeností. R9 přímo uvedla: „*Jsem hodně sžitá s rolí duly a manžela. Od duly očekávám podporu a údajně si lékaři pak méně dovolí, když máte svojí dulu.“* Čtyři respondentky (R11, R12, R13, R14) si přejí mít u porodu kromě partnera ještě soukromou porodní asistentku. R14 volbu soukromé porodní asistentky vysvětlila: „*Porodu jsem se hodně bála, vadí mi nemocniční prostředí, neznámí lidé. Nakonec jsem se rozhodla vzít si svoji porodní asistentku k porodu, protože to bude člověk, který tomu rozumí a zároveň ji dobře znám, protože se s ní scházím už teď v těhotenství, takže díky ní se budu cítit bezpečněji.“*

Podkategorie 5 – Příprava na zvládání porodních bolestí

V podkategorii věnující se přípravě na zvládání porodních bolestí většina respondentek odpověděla, že se nijak nepřipravuje, některé z respondentek považovaly za tuto

přípravu cvičení s Aniballem, nácvik dýchání v rámci předporodního kurzu nebo zjištění akupresurních bodů napomáhající zvládání bolesti a postupu porodu.

Dvanáct respondentek (R1, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R12, R13, R14, R15) odpovědělo, že se na zvládání porodních bolestí nijak nepřipravuje. R1 uvedla: „*U porodu počítám s tím nejhorším. V životě jsem žádnou velkou bolest ještě nezažila, někdy, když mě hodně bolí hlava, tak si vezmu Ibalgin, ale to se skoro nestává. Porodní bolest je pro mě něco, co k porodu jednoduše patří, a doufám, že to zvládnu s co nejmenším množstvím léků.“* R3 odpověděla: „*Vůbec to neřeším, budu to řešit, až to přijde. Zatím mám pocit, jako že se mě to ještě netýká. Mám za sebou čtyři operace kyčle, takže si myslím, že něco vydržím, ale jinak si spíš povzdechnu, zanadávám, ale analgetika moc nechci. Každopádně porodní bolest očekávám hroznou, ale určitě to zvládnu, rozhodně nad tím nepřemýšlím tolik, že bych nespala.“* R9 sdělila: „*Při cvičení s Aniballem si trochu na tu bolest nebo tlak zvykám, ale jinak si myslím, že se na to úplně připravit nedá. Nejsem z těch, které by nacvičovaly dýchání, to ne. Myslím si, že to všechno vyplyne ze situace.“* R15 uvedla: „*Nijak se nepřipravuju, nějak to bude. Poprvé jsem to dala, tak to dám zase.“*

Respondentka (R2) odpověděla: „*...v kurzu jsem se učila dýchání a při kurzu jsem se naučila takový ten pozitivní přístup, kdy se soustředím spíš na miminko, než na sebe. Ne že teď zažívám bolest a chci nějaký prášek, ale beru to tak, že to miminko tu cestu na svět taky nemá jednoduchou.“* Dvě respondentky (R9, R11) odpověděly, že na zvládání porodních bolestí se připravily naučením se akupresurních bodů, které bolest snižují nebo urychlují porod. R11 sdělila: „*Přítele maminka je masérka a paní XY nám na kurzu taky body ukazovala a sama je zná, takže je mám zjištěné k porodu.“*

Podkategorie 6 – Představa o porodnické analgezii

V této podkategorii popisovaly respondentky farmakologické i nefarmakologické analgetické metody, které by rády využily v průběhu porodu a některé svou volbu zdůvodnily. Respondentky sdělovaly někdy rozhodnutí, že pokud budou bolest zvládat, nebudou žádnou analgezii vyžadovat a některé z respondentek popisovaly svoji předešlou zkušenost s některou z analgetických metod v předchozím porodu.

Dvě respondentky (R1, R15) odpověděly, že představu ještě vůbec nemají a o analgezii nepřemýšlely. Po položení doplňujících otázek R1 uvedla: „*Jak jsem už řekla, nejradši*

bych to zvládla bez analgezie ale když bude nejhůř, tak bych se epidurálu nebo infuzi nebránila. Jenom bych byla ráda ve sprše, když to půjde, protože teplá voda mi pomáhá i teď, když mě bolí záda.“

Šest respondentek (R1, R6, R7, R8, R12, R14) sdělilo, že si přejí použít během porodu epidurální analgezii, pokud bude čas na její aplikaci. R6 uvedla: „*Když by mi nabídli epidurál a nemohla bych to už vydržet, tak bych s ním souhlasila, ale vzhledem k tomu, jak to bylo vždycky rychlé, tak na to ani nepřišla řeč.“* R7 odpověděla: „*Porodní bolest bych chtěla, aby byla co nejkratší, uvidím podle situace, jestli budu chtít třeba epidurál ale radši bych to zvládla bez toho.“* R12 uvedla, že chce aplikovat epidurál hned, co to půjde, protože z porodních bolestí má velký strach.

Třináct respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R10, R11, R12, R13, R14) si představuje použít během porodu hydroanalgezii formou sprchy nebo vany. R8 sdělila, že by ráda využila vanu, kterou při prvním porodu nestihla, nebo sprchu. R10 by ráda byla ve sprše nebo ve vaně podle toho, co jí porodní asistentka doporučí. R11 odpověděla: „*Chodila jsem na předporodní kurz, učila jsem se jak si nefarmakologickými prostředky zpříjemnit porodní bolest a to teplou vodou, aromaterapií a akupresurou.“* R6 uvedla: „*V minulosti jsem byla jen chvíli ve sprše, tak to bych asi zase ráda zkusila, pokud se to stihne.“*

Čtyři respondentky (R1, R2, R5, R9) odpověděly, že by chtěly během porodu často měnit polohy. R2 uvedla, že v předporodním kurzu zkoušela různé polohy s manželem a ty by chtěla využít v průběhu první doby porodní. R1 by byla ráda, kdyby jí nějaké polohy nabídla a doporučila porodní asistentka.

Dvě respondentky (R3, R11) zmínily v odpovědi Entonox. Konkrétně R3 odpověděla: „*Slyšela jsem i o rajském plynu, že se dá dýchnout, ale dokud nebudu na pokraji sil, tak bych to asi nevyžadovala, respektive nikdy bych o to nepožádala sama, spíš třeba kdyby mi to nabídli.“* R11 uvedla: „*Nechci žádná analgetika, jen pokud bych bolesti opravdu nezvládala, tak entonox.“*

Čtyři respondentky (R2, R9, R11, R13) odpověděly, že by v rámci analgezie chtěly použít akupresuru. R9 uvedla, že by možná chtěla akupresuru pro lepší zvládání porodních bolestí použít, ale ještě si není úplně jistá, protože bolesti by ráda zvládla úplně bez analgezie, ale v případě, že bude akupresuru chtít, bude ji u ní aplikovat

dula, se kterou je už takto domluvená. Zbylé tři respondentky (R2, R11, R13) by o akupresuru požádaly partnera nebo porodní asistentku.

Rovněž čtyři respondentky (R11, R12, R13, R14) uvedly jako analgetickou metodu, kterou by chtěly využít, aromaterapii. Všechny tyto respondentky budou mít u porodu soukromou porodní asistentku, která jim aromaterapii nabídla a která by ji prováděla. R13 uvedla, že by chtěla během porodu zkusit aromaterapii nebo bylinky. R14 vyjádřila spokojenost s tím, že jí tuto možnost soukromá porodní asistentka nabídla během individuálního předporodního kurzu a následně i v případě zájmu umožní aplikaci této analgetické metody, protože respondentka má s aromaterapií dobré zkušenosti z minulosti.

Čtyři respondentky (R5, R12, R13, R14) odpověděly, že by rády využily během porodu a po porodu homeopatika. R5 popsala, že homeopatika užívala i během prvního těhotenství, kdy je brala i po porodu a při prvním porodu měla díky nim pravidelné kontrakce, které nevnímala až tak silně, takže byla spokojená i s analgetickým efektem.

Podkategorie 7 – Prevence poranění hráze

Podkategorie Prevence poranění hráze se zabývá dvěma hlavními metodami této prevence a to balónkem Aniball a masáží hráze. Některé respondentky uvedly jako doplňující metodu i pití maliníkového čaje nebo užívání lněného semínka, které ale kombinovaly s minimálně jednou ze dvou výše zmíněných hlavních metod.

Sedm respondentek (R3, R5, R6, R7, R8, R14, R15) odpovědělo, že nedělaly žádné opatření pro prevenci poranění hráze. Respondentka (R15) o žádné z preventivních metod nikdy neslyšela a žádnou z nich nezná a ostatní (R3, R6, R7, R8, R14) slyšely o některé metodě od kamarádek, ale samy ji neprováděly. R3 uvedla: „*Znám masáž hráze s použitím olejíčku, Aniball, ale ani jedno jsem nepoužívala. Olejíček doma máme, párkrát mi manžel hráz masíroval, ale že bychom se na to úplně soustředili, to ne. Nějak na to není čas ani prostor.*“ R7 ví o Aniballu i o masážích, ale sdělila, že ani jedno ještě nepoužívala. R8 uvedla: „*Masáž olejíčkem, ale nedělala jsem to ani poprvé, ani teď. O Aniballu mluvily některé kamarádky, ale já nepoužívala opravdu nic, myslím si, že je zbytečné to řešit, dřív se to taky neřešilo.*“ R14 byla poučena soukromou porodní asistentkou jak o možnosti masáží hráze, tak o Aniballu, přesto nedělala pro prevenci poranění hráze nic, což

vysvětlila: „*Aniball se mi nelíbil, masáž hráze jsem nedělala, nechám to tak, jak to bude. Rodila bych raději bez nástřihu.“* Oproti tomu R15 nezná žádnou z metod, ale nástřih hráze při prvním porodu proveden byl a nevadilo jí to.

Sedm respondentek (R1, R2, R4, R9, R11, R12, R13) provádělo masáž hráze s použitím olejíčku. R1 odpověděla: „*V knížce jsem četla o masáži hráze, takže tu chceme s manželem zkusit. V kurzu nám porodní asistentka říkala i o Aniballu a někdo se tam na to ptal, jestli to doporučují, což tedy odpověděla, že některé maminky to používají a pak jim to při porodu pomůže, ale někdy to prý vliv nemá. Takže já to zkoušet asi nechci. S masáží začneme 6 týdnů před porodem a uvidíme, jak to půjde.“* R2 si s masáží moc nevěděla rady, ale používala zároveň Aniball a popsala: „*Masíruju si hráz vitaminem E, ale ta masáž v pravém slova smyslu to asi není, protože o té jsem četla a až tak to tedy nedělám, spíš si hráz jen tak potírám a masíruju prsty zvenku.“*

Šest respondentek (R2, R4, R9, R10, R11, R12) uvedlo, že cvičí s balónkem Aniball. R4 popsala: „*Teď mám s Aniballem nacvičeno na 26 cm a přijde mi, že to jde pomaleji, než při prvním těhotenství a i je mi to více nepříjemné, ten tlak v pochvě mi přijde o něco horší.“* R12 podotkla, že cvičení s Aniballem pro ni bylo nepříjemné a někdy trochu krvácela, ale ve cvičení i tak pokračovala.

Dvě respondentky (R4, R10) uvedly v rámci prevence poranění hráze pití čaje z maliníku. R4 dodala, že by čaj ráda pila i během porodu. Respondentka (R10) uvedla kromě pití čaje z maliníku i užívání lněného semínka.

Podkategorie 8 – Výběr porodnice

Tato podkategorie popisuje důvod výběru porodnice respondentkami, kterým nejčastěji bylo místo bydliště a tedy doba dojezdu do nemocnice, ale několik respondentek uvádělo i pozitivní zkušenost z předchozích porodů, doporučení od okolí nebo dobrý dojem z prohlídky v rámci předporodních kurzů.

Většina respondentek vybírala porodnici podle místa bydliště. Konkrétně dvanáct respondentek (R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R11, R13, R15) odpovědělo, že je pro ně při výběru porodnice nejdůležitější doba dojezdu. U některých z nich k rozhodnutí přispěly i pozitivní reference z okolí nebo dobrá zkušenost z minulosti. Tak tomu bylo u R2, která odpověděla: „*Bydlím kousek od nemocnice, takže čas dojezdu a od kamarádek i z internetu slyším samou chválu.“* Nicméně R2

dodala: „*Myslím si, že je to hlavně o lidech, že nikdy nejde říct obecně, že tahle porodnice je špatná a tahle je dobrá.“* U R3 byla důležitá i předchozí zkušenost: „*Podle místa bydliště a při předchozích porodech jsem byla spokojená, takže není důvod vyhledávat nějakou jinou porodnici.“* R6 mimo jiné hledala informace i na internetu a sdělila: „*Podle místa bydliště, první zkušenosti, referencí z internetu. Na táborskou nemocnici jsem nic špatného neslyšela a sama jsem tu byla spokojená.“* Pro R7 byly důležité kromě místa bydliště i reference, jelikož uvedla: „*Asi kdybych slyšela nějaké hrůzy odtud, tak bych možná jela někam jinam, ale všichni si to tady chválí.“* R9 se rozhodovala mezi táborskou porodnicí a porodnicí v Havlíčkově Brodě. Popsala: „*Tábor jsem dodala z důvodu dojezdu, protože Havlíčkův Brod je přece jen dál. Vůbec netuším, co mě čeká a nevím, jak bych zvládla ty dvě hodiny v autě. Havlíčkův Brod pro mě byla jednu dobu první volba, ale pak jsme zvážili všechna pro a proti a nakonec tedy budeme rodit v Táboře. Myslím si, že teď se tady spousta věcí změnila, nikdo si na zdejší porodnici nestěžuje, i dula vás chválí.“*

Pět respondentek (R2, R5, R6, R7, R9) uvedlo jako kritérium výběru porodnice dobré reference, čtyři respondentky (R3, R4, R5, R6) předchozí dobrou zkušenost a pro respondentku (R1) bylo rozhodující, že v porodnici je perinatologické centrum. Tři respondentky (R8, R12, R14) braly při výběru porodnice v potaz celkový dojem z porodních sálů. Například R12 uvedla: „*Porodnici jsem si vybrala podle toho, kde se mi nejvíce líbilo a měla jsem z ní dobrý pocit. Během kurzu jsem viděla dvě porodnice a vyhrál Tábor. Je tam možnost být často ve sprše i ve vaně, líbí se mi pokoje na šestinedělí.“*

Podkategorie 9 – Představa o porodní asistentce

Následující podkategorie se věnuje představám respondentek o roli porodní asistentky na porodním sále v průběhu celého porodu. V neposlední řadě je v odpovědích zahrnuta i vize o tom, jak se bude porodní asistentka k respondentkám chovat, jak s nimi bude komunikovat a celkově jak bude vystupovat.

Nejčastějšími odpověďmi na otázku jak si respondentky představují porodní asistentku, bylo, že by porodní asistentka měla umět poradit (R4, R6, R7, R10, R12, R13, R15), měla by být přátelská (R2, R11, R12, R13, R14, R15), trpělivá (R1, R11, R12, R13) a komunikativní (R11, R12, R13, R14). R5 odpověděla: „*Porodní asistentka by mi měla odpovědět na všechny moje*

otázky, poradit, když si s něčím nebudu vědět rady. Při prvním porodu mi radila, abych se uvolnila a nedržela to v sobě, bylo to asi nějaká studentka a bylo to s ní úplně super, opravdu mi hodně pomohla.“ Stejně tak odpověděla i R6, která sdělila: „*Představuji si to tak, že mi všechno poradí, že mě bude podporovat, informace od ní budou řečeny tak, abych to pochopila.“* R10 si představuje porodní asistentku jako někoho, kdo ji provede porodem, poradí a podpoří ji. R11 dodala, že by porodní asistentka měla umět poradit i uklidnit, měla by být sympatická, komunikativní a trpělivá. Stejně tak uvedla i R13: „*Musí být milá, příjemná, trpělivá, umět poradit, být komunikativní.“* Respondentka (R1) navíc zmínila, že od porodní asistentky očekává nácvik dýchání během porodu a ukázku různých poloh, což by porodní asistentka i zkontrolovala, aby věděla, že to dělá dobře.

Čtyři respondentky (R1, R4, R5, R7) očekávají od porodní asistentky poskytnutí srozumitelných informací. R5 popsala: „*Měla by být uklidňující, rodičce vše vysvětlovat, být článkem mezi lékařem a pacientkou, takže třeba něco dovysvětlit, protože lékaře bych se až tak ptát nechtěla, u porodní asistentky mi ta komunikace přijde snazší. Měla by s rodičkou udržovat asi víc kontakt než lékař, je to taková bližší osoba.“* Čtyři respondentky (R2, R6, R7, R10) chtějí od porodní asistentky, aby je během porodu podpořila. R3 odpověděla: „*Porodní asistentka pro mě představuje takového anděla strážného, který vždy pomůže, a z předchozí zkušenosti musím říct, že tady takové byly všechny.“*

Tři respondentky (R5, R8, R9) uvedly, že od porodní asistentky očekávají, že je bude pravidelně kontrolovat. R8 uvedla: „*Představuju si, že mě bude chodit kontrolovat, ale nechci, aby tam byla pořád, to zase chci, aby mi nechala s manželem soukromí.“* R9 odpověděla: „*Porodní asistentka mě bude asi chodit kontrolovat a asistovat doktorovi.“* A ještě R9 dodala: „*Abych se přiznala, tak si roli porodní asistentky úplně nepředstavuju. Jsem hodně sžitá s rolí duly a manžela.“* Respondentka (R11) odpověděla, že by porodní asistentka měla být zkušená. R11 uvedla: „*Porodní asistentka by měla být zkušená, příjemná, milá, byla bych raději, aby mě i rodila.“* R13 navíc sdělila, že by ji porodní asistentka měla respektovat.

Podkategorie 10 – Souhlas s přítomností studentů

Podkategorie Souhlas s přítomností studentů uvádí, které z respondentek plánují tento souhlas při příjmu na porodní sál udělit a které z respondentek studenty u porodu nechtějí a případně jaké k tomu mají důvody.

Většina respondentek (10) – R2, R3, R7, R8, R9, R11, R12, R13, R14, R15 odpověděla, že si studenty u porodu nepřejí. Všechny tyto respondentky uvedly jako důvod to, že chtějí u porodu co nejméně lidí. R9 uvedla ještě další důvod: „*Studenty u porodu určitě nechci, mám to napsané i v porodním plánu. Nemyslím si, že by tam měli být lidé, které neznám a navíc lidi, kteří se to učí.“* R7 ale po odpovědi, že studenty u porodu nechce, dodala: „*Kdyby šlo o jednu studentku, tak by mi to asi nevadilo, možná bych to ani nepoznala.“* Stejně tak odpověď doplnila R2: „*...a studenty taky nechci. Ale kdyby to byla jedna studentka, tak by mi to asi taky nevadilo, ale víc určitě ne. Prostě aby to prostředí bylo co nejvíce intimní.“* R3 popsala: „*Teď přemýšlím o povolení studentů při porodu, protože u předchozích dvou jsem s nimi souhlasila a vadilo mi dvojí vyšetřování. Chápu, že se to někde musí naučit, ale radši bych si ten můj poslední porod „užila“ úplně v klidu.“*

Pět respondentek (R1, R4, R5, R6, R10) odpovědělo, že jim přítomnost studentů u porodu nevadí. R4 by dokonce přítomnost studentky uvítala vzhledem k předchozí dobré zkušenosti, kterou popsala: „*Při prvním porodu mi radila, abych se uvolnila a nedržela to v sobě, byla to asi nějaká studentka a bylo to s ní úplně super, opravdu mi hodně pomohla. To bych brala zase kdyby se mnou nějaká ze sestřiček nebo studentka byla celu dobu zase.“* R6 konstatovala, že by jí studentka určitě nevadila, protože se to někde musí naučit.

Kategorie 2 – Porod ve skutečnosti

Kategorie Porod ve skutečnosti je tvořena jedenácti podkategoriemi, které se zaměřují na samotný průběh porodu, využití informací získaných před porodem, plnění porodního plánu, význam doprovodu u porodu, zvládání porodních bolestí, zda byla ženám poskytnuta požadovaná analgezie, která část porodu byla pro ženy nejvíce bolestivá, zda došlo k poranění hráze, jak na ženy působilo prostředí porodního sálu, jaký dojem měly ženy z porodních asistentek a celkové hodnocení porodu.

Podkategorie 1 – Průběh porodu

V podkategorii Průběh porodu je popisováno, čím porod respondentek začal, jak porod postupoval, jaká byla péče porodní asistentky i lékaře na porodním sále, a jakou roli měl během porodu doprovod. Respondentky kromě toho hodnotily i jejich „spokojenost" s průběhem porodu.

Devět respondentek (R1, R2, R4, R5, R7, R8, R11, R12, R15) odpovědělo, že jejich porod začal pravidelnými kontrakcemi. Pěti respondentkám (R3, R6, R9, R10, R13) začal porod odtokem plodové vody. Respondentka (R14) podstoupila indukci porodu. Sedm respondentek (R1, R4, R6, R7, R12, R13, R14) souhlasilo s klyzmatem v rámci porodní přípravy a osm respondentek (R2, R3, R5, R6, R8, R9, R10, R11) klyzma provést nechtělo. R1 porod popsala: „*Ve 3 ráno mě vzbudily kontrakce, ty byly asi po deseti minutách, ale nebylo to nic hrozného, měla jsem je do zad. Ráno jsem měla mít kontrolu v porodnici, takže jsme tam jeli no a tam mi udělali ultrazvuk, tam zjistili, že bude mimčo velké, přijmuli mě, šla jsem na pokoj, asi za hodinu jsem šla na monitor, to už jsem měla kontrakce po třech minutách, tak mě vyšetřili, byla jsem otevřená na 6 cm, šla jsem na porodní sál. Ve 12hod mi udělali klystýr, pak jsem šla do sprchy. No pak jsem asi za dvě hodiny otevřená na 8 cm, tak mi rupli vodu a ve 4 se Kubík narodil.*" R2 o svém porodu sdělila: „*Otevírací fáze probíhala celkem rychle. Doma jsem se zhruba ve 2:30 probudila a ve 4:00 jsme dorazili do porodnice. Po 20 min. na monitoru mě prohlédla doktorka a řekla, že už chybí jenom lem. Manžel nestihl dojít ani pro kufr, šli jsme rovnou rodit na sál. Jenže vypuzovací fáze se docela protáhla a dcera se narodila až v 7:56. Kamarádky a i na kurzu tvrdili, že tlačení je už v podstatě úleva a většinou je miminko na pár zatlačení venku, v mém případě to proběhlo úplně opačně. Vodu jsem si nechala prasknout až tehdy, kdy už to bylo nezbytně nutné, chtěla jsem, co nejdéle chránit miminko plodovým obalem.*" R5 ocenila, že jí porodní asistentky i lékařka předvedly prodýchávání kontrakcí a pomohly vysvětlit správné tlačení i to, že ji povzbuzovaly a popisovaly průběh porodu. R6 popsala svůj porod jako velmi rychlý a sdělila: „*Ve 3 hodiny ráno už jsem měla kontrakce po třech minutách no a pak už to byla rychlost, cítila jsem tlak na konečník, přišla jedna velká kontrakce, druhá velká kontrakce byla během cesty na porodní sál a během třetí se dcera narodila.*" R11 měla naplánovanou indukci porodu, ale týden před indukcí začala pít bylinkové čaje a užívat homeopatika a večer před indukcí jí soukromá porodní asistentka namíchala ještě speciální nápoj z homeopatik, který spolehlivě zabral, a popsala: „*Větší část první doby*

porodní jsem trávila doma s porodní asistentkou. Do porodnice jsme dorazili na pěkném porodním nálezu 6 cm, od pravidelných kontrakcí jsem popíjela homeopatika. Za 4 hodiny od prvních kontrakcí jsem měla po porodu.“ R13 popsala svůj porod se soukromou porodní asistentkou: „*Porod proběhl podle mých představ, akorát trochu dříve, než jsem chtěla. Rodila jsem ve 36. týdnu. V 9 ráno mi praskla voda, začalo mi trochu tvrdnout břicho, v 11hod jsme přijeli do porodnice. Přijela i moje porodní asistentka, dala mi namíchaná homeopatika a za chvilku byly kontrakce pravidelné a porod probíhal plynule. Trávila jsem čas většinou ve sprše. Bolesti jsem zvládala dobře a porodila mě moje porodní asistentka, bez poranění. Rodila jsem v 15:30.“* R14 sdělila, že byla hospitalizovaná kvůli preeklamptickému záchvatu, kvůli kterému měla následující ráno indukci porodu. To komentovala: „*Byla jsem z toho nešťastná a často jsem plakala.*“ Poté jí soukromá porodní asistentka namíchala nápoj z homeopatik, díky kterému respondentce začaly pravidelné kontrakce, které ale respondentka moc nezvládala. Sdělila: „*Chtěla jsem epidurál, ale bohužel nebyl lékař, tak jsem měla léky na bolest (Nalbuphin do infuze) a trochu mi to pomohlo.“*

Podkategorie 2 – Využití získaných informací

Následující podkategorie uvádí, které z informací zjištěných respondentkami v průběhu těhotenství byly pro respondentky během porodu přínosné a kterých měly nedostatek. Kromě toho respondentky sdělovaly i spokojenost s tím, že s nimi mohl být při porodu partner, který některé informace mohl připomínat.

Nejčastěji respondentky využily informace o dýchání během první doby porodní. Takto odpovědělo osm respondentek (R1, R3, R4, R5, R6, R8, R9, R10). Konkrétně R8 popsala: „*Jelikož jsem rodila podruhé, tak jsem už nějaké informace věděla z prvního porodu, ale ty informace, co jsem slyšela od kamarádek, tak nejvíce jsem využila techniky dýchání, kdy vlastně kontrakce jsem doma prodýchávala tím rychlým foukáním a pak jsem se párkrát nadechla zhluboka a při tlačení jsem si zase uvědomovala, že se musím nadechnout a pak tlačit.“*

Čtyři respondentky (R11, R12, R13, R14) uvedly, že využily všechny získané informace. R11 sdělila: „*Využila jsem informace na přípravu k porodu, na sepsání porodního plánu a díky informacím jsem si ujasnila, co bych si u porodu přála. Jinak jsem se během porodu řídila radami mé porodní asistentky, která mě porodem vedla.“* R14 popsala, že se díky informacím lépe orientovala v tom, o co si mohla říct.

Tři respondentky (R1, R4, R10) využily informace o nefarmakologických metodách porodnické analgezie. R1 vyžadovala sprchu, R4 se snažila chodit, aby využila gravitaci při sestupování plodu porodními cestami a R10 se snažila pohybovat se na míči ve sprše a tím využila jak změnu poloh, tak účinek teplé vody. R1 věděla z porodního kurzu, co si vzít s sebou do porodnice a díky tomu jí nic nechybělo a neměla nic navíc. Zároveň se lépe orientovala v tom, jak bude porod probíhat a tím se cítila lépe.

Dvě respondentky (R2, R15) informace nevyužily. R2 popsala: „*Popravdě jsem byla trochu zmatená a ne všechny informace jsem využila tak, jak jsem si představovala, protože jsem nedokázala sama určit, v jaké fázi porodu se nacházím a myslela jsem si, že i doba strávená doma před odjezdem do porodnice bude delší.“* R15 sdělila: „*Informace jsem nezjišťovala, ani nevyužívala, dělala jsem to, co mi řekly porodní asistentky.“* Dvě respondentky (R4, R7) se snažily dle zjištěných informací co nejvíce se uvolnit a respondentka R8 dala na radu kamarádky a nechala si před porodem udělat klyzma.

Podkategorie 3 – Dodržení porodního plánu

Podkategorie věnující se dodržení přání z porodního plánu popisuje, jestli byl porodní plán zcela dodržen nebo která přání dodržena nebyla.

Z pěti respondentek, které měly porodní plán, tři respondentky (R2, R9, R13) odpověděly, že byla všechna přání z porodního plánu dodržena. R13 doplnila odpověď: „*Z porodního plánu se mi splnilo prakticky všechno, akorát jsem pak byla v nemocnici ještě dva dny, než jsem se nechala propustit a původně jsem chtěla ambulantní porod.“*

Dvě respondentky (R11, R12) uvedly, že jejich porodní plán byl splněn pouze částečně. U R11 šlo o provedení nástřihu hráze, ale i s tím respondentka nakonec před jeho provedením souhlasila. R12 měla v porodním plánu uvedeno, že by chtěla po celou dobu porodu přítomnost soukromé porodní asistentky, ale ta dorazila až na konci první doby porodní, takže ke splnění toho přání nedošlo, ale příčina by na straně soukromé porodní asistentky.

Podkategorie 4 – Využití doprovodu

V této podkategorii byly respondentky dotazovány na roli doprovodu, který si k porodu vzaly. Respondentky popisovaly, při jakých činnostech jim doprovod pomáhal nebo jaký pro ně měl celkově význam během porodu.

Všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R11, R12, R13, R14, R15) uvedly, že pro ně byl doprovod mimo jiné psychickou podporou. Šest respondentek (R1, R2, R7, R9, R11, R12) odpovědělo, že pro ně byl doprovod i fyzickou podporou. R2 uvedla: „*Manžel mi byl velikou oporou a jsem moc ráda, že tam chtěl být se mnou. Moc mi pomáhal jak po psychické, tak i po fyzické stránce a vnímala jsem všechny jeho povzbuzující slova. Po porodu placenty jsem začala velmi silně krvácet, zůstali jsme kvůli tomu na porodním sále o 2 hodiny déle než je obvyklé a já bohužel nemohla chovat malou, takže jí celou dobu držel manžel. To vnímám jako největší výhodu, že tam byl s námi a mohla jsem se na ni celé 4 hodiny dívat, jinak by mi jí určitě odnesli pryč.“* R7 popsala spokojenost s přítomností partnera u porodu: „*Určitě, nedokážu si představit, že bych tam byla sama. Byl se mnou ve sprše, mluvil na mě, otíral mi čelo, dával pití, dával kyslík a celkově obrovská podpora.“*

Čtyři respondentky (R1, R3, R5, R9) vnímaly doprovod jako výhodu při prodýchávání kontrakcí. Jak uvedla R5, pro kterou byl manžel velkou oporou, ve sprše ji sprchoval, asistoval jí při podávání věcí, slovně ji podporoval, povzbuzoval ji při prodýchávání, připomínal nutnost nádechů a výdechů mezi kontrakcemi a trpělivě snášel mačkání ruky během kontrakcí. R9 sdělila, že pro ni byla přínosná i přítomnost i duly, která jí opakovala odborné poznatky o dýchání, polohách a pozitivním myšlení.

Podkategorie 5 – Zvládání porodních bolestí

Tato podkategorie se věnuje názoru respondentek na zvládání porodních bolestí. Kromě toho respondentky popisovaly, jaké analgetické metody v průběhu porodu využily a jak jim tyto metody při zvládání porodních bolestí pomohly.

Jedenáct respondentek (R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R11, R12, R13, R15) odpovědělo, že porodní bolesti zvládaly dobře. R4 uvedla, že jí při zvládání pomáhala chůze, respektive uvolňování pánve s pokrčenými nohami v kolenou. R6 sdělila: „*No musela jsem je zvládnout. Bolí to, ale přežít se to musí, a když pak vidíte to miminko, tak na to stejně zapomenete. Ale nedokážu si představit, jak to zvládnou ty mamky, které*

rodí 10 hodin nebo i déle, to bych asi nezvládla, vůbec si to nedovedu představit.“ R9 popsala: „*Zvládala jsem to, jak se dalo. Porod je bolestivý, nicméně nádherný zážitek. Byla jsem hodně ve sprše a pak ve vaně, pomáhalo sezení na záchodě, v této poloze jsem nakonec začala i druhou dobu porodní. Pomáhaly mi i masáže. Samozřejmě nejvíc mi pomáhalo to, že už jsem chtěla držet svoje miminko v náručí.“* R11 uvedla, že bolesti kupodivu zvládala bolesti velice dobře, protože byla schopná se uvolnit.

Dvě respondentky (R1, R2) uvedly, že je porodní bolesti zaskočily. Obě dvě popsaly bolest jako velmi silnou a specifickou a nevěděly, k čemu by se dala přirovnat. R1 pomohlo prodýchávání, ale oproti tomu R2 uvedla, že podle ní bolest prodýchat nešla. Dvě respondentky (R10, R14) subjektivně bolesti vůbec nezvládaly. R14 dokonce sama požádala o analgetika, která jí lékař ani porodní asistentka sami od sebe nenabídli.

Podkategorie 6 – Požadovaná analgezie

Podkategorie Požadovaná analgezie se věnuje farmakologickým i nefarmakologickým metodám porodnické analgezie, které respondentky chtěly využít a které jim bylo umožněno využít v průběhu porodu. Dále tato podkategorie popisuje, jak byly respondentky spokojené s výběrem analgezie v souvislosti s účinností zvolené metody.

Deset respondentek (R2, R4, R5, R7, R8, R9, R10, R11, R12, R15) dostalo analgezii, o kterou měly zájem. R2 uvedla, že chtěla být pouze ve sprše, což jí bylo umožněno a i v porodním plánu měla napsáno, že chce použít pouze tuto analgetickou metodu. S analgetickým účinkem byla spokojená a spokojenost popsala: „*Jsem ráda, že dcera přišla na svět tímto způsobem, oproti jiným miminkám v porodnici byla velmi klidná a málo plakala a myslím, že na to to mohlo mít i trochu vliv.“* R4 odpověděla, že jí bylo umožněno chodit po porodním sále. R5 chtěla využít sprchu, což jí bylo umožněno a navíc jí byla nabídnuta aplikace Buscopanu, což využila také. R8 stihla využít vzhledem k rychlosti porodu pouze polohu „*sezení na záchodě*“. R9 uvedla, že jí moc pomohly masáže prováděné dulou, sprcha a sezení na míči, jinou analgezii nechtěla. R11 sdělila: „*K porodu jsem žádnou lékovou analgezii nepotřebovala. Využila jsem teplou vodu a homeopatika a aroma olejíčků na masáž. Při šití jsem měla entonox, ten jsem si vyžádala a docela mi pomohl.“* R12 uvedla: „*Dostala jsem, co jsem chtěla a byla jsem spokojená, epidurál perfektně zabral.“* Dvě respondentky (R3, R13) žádnou z metod analgezie během porodu nevyžadovaly, protože porodní bolesti zvládaly i bez toho.

Respondentka (R14) požadovanou analgezii nedostala a jednalo se o epidurální analgezii. Ta jí nebyla poskytnuta, protože nebyl k dispozici lékař, který by mohl tuto analgezii aplikovat. Místo toho jí byla ale nabídnuta infuze s analgetiky, která také bolest trochu zmírnila, jak R14 uvedla. U dvou respondentek (R1, R6) probíhal porod tak rychle, že nebyl čas na aplikaci epidurální analgezie, o kterou měly obě respondentky zájem v případě, že by špatně zvládaly porodní bolesti.

Podkategorie 7 – Největší bolest při porodu

V této podkategorii je popisována část porodu, která pro respondentky byla z celého porodu nejvíce bolestivá.

Pro devět respondentek (R1, R4, R5, R6, R9, R11, R12, R13, R14) byla nejvíce bolestivá první doba porodní. R9 odpověď upřesnila: „*Přibližně poslední hodina na sále, kdy byly kontrakce čím dál silnější a byly zhruba po minutě.“* Pro R12 byla rovněž nejhorší první doba porodní ovšem do té doby, než jí zabral epidurál. R11 a R14 také hodnotí jako nejvíce bolestivou první dobu porodní a zároveň si druhou dobu porodní ani nepamatují. R1 odpověděla, že nejvíce bolestivý pro ni byl úplný závěr první doby porodní, kdy se čekalo, až bude hlavička plodu dorotovaná. R4 popsala: „*Samotný závěr porodu, když se čekalo na ten zánik branky, kdy se tam tlačila hlavička, ale já tlačit ještě nemohla, to bylo asi nejhorší z celého porodu.“*

Pět respondentek (R2, R3, R8, R10, R15) uvedlo jako nejbolestivější druhou dobu porodní, konkrétně tlačení. R2 uvedla: „*Nejvíce bolestivé bylo samotné vytlačení miminka těsně před koncem. Bylo to jako lámání kostí v pánvi s velkým pálením, nešlo mi to a i jsem u toho dost křičela. Cvičila jsem s Aniballem a měla jsem opravdu dost nacvičíno a tlačení jsem se nebála, ale bohužel mi přišlo, že pocitově je tlačení balonku a miminka úplně odlišné.“*

Podkategorie 8 – Porodní poranění

Podkategorie Porodní poranění se věnuje tomu, zda došlo během porodu ke vzniku porodního poranění. Některé respondentky uvádějí možnou souvislost s prováděním některé z metod prevence poranění hráze.

U devíti respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R7, R8, R11, R15) došlo během porodu k poranění hráze. Pěti respondentkám (R1, R3, R7, R11, R15) byla provedena

epiziotomie, se kterou ale všechny respondentky vzhledem k dané situaci souhlasily a u čtyř respondentek (R2, R4, R5, R8) došlo ke vzniku ruptury hráze a pochvy prvního nebo druhého stupně. R2 uvedla: „*I přestože jsem používala v těhotenství Aniball, se kterým jsem měla docela nacvičíno a dělala jsem si i masáž hráze, která teda nebyla prováděna úplně správně, ale s balónkem jsem se snažila, došlo u mě k roztržení hráze. Nebylo to nic hrozného, ale stejně mě to trochu mrzelo, protože jsem se snažila.“* R4 popsala: „*Hráz se mi bohužel trochu natrhla, ale nebyla to žádná velká rána. Sice jsem pila maliníkový čaj, hráz jsem masírovala speciálním olejíčkem a cvičila jsem s Aniballem, ale s tím jsem cvičila i při prvním těhotenství a taky mi nástřih udělali, takže jen o tom to asi nebude. Ale jsem ráda, že jsem se alespoň snažila.“* R11 uvedla, že s malým nástřihem nakonec souhlasila.

Šest respondentek (R6, R9, R10, R12, R13, R14) zvládlo porod bez poranění hráze. R10 uvedla, že byla s porodní asistentkou domluvená, že by ráda rodila bez nástřihu, protože používala v těhotenství Aniball, masírovala hráz, pila maliníkový čaj a jedla lněné semínko. Popsala: „*Tlačila jsem 45 minut a myslela jsem, že už ho ani nevytlačím. Nakonec bez nástřihu, šití, natržení.“*

Podkategorie 9 – Prostředí porodního sálu

Tato podkategorie se zabývá dojmem respondentek z prostředí porodního sálu, tedy jestli se tam cítily dobře nebo se jim toto prostředí nelíbilo a zároveň respondentky podkategorie sděluje odůvodnění odpovědí respondentek.

Třináct respondentek (R2, R3, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R11, R12, R13, R14, R15) odpovědělo, že pro ně prostředí porodního sálu bylo příjemné. R2 dodala, že jí přišel porodní sál prostorný, ale také uvedla, že se jí nelíbilo prostředí sprchy, což odůvodnila: „*...termostatická hlavice ze začátku nefungovala a tekla jenom studená voda a celkově prostředí sprchy působilo omšele.“* R3 uvedla: „*Byla jsem absolutně spokojená. Myslím si, že je tam to, co by tam mělo být, a rozhodně to na mě nepůsobilo nějak nemocničně, byla jsem moc spokojená.“* Pro R5 bylo důležité i to, že jim porodní asistentky poskytly soukromí. R6 prostředí popsala: „*Nic, co bych nezvládla. Rozhodně mi to nepřišlo jako nějaká strašidelná nemocnice. Přijde mi to sympatické a vypadá to podle mě tak, jak by to vypadat mělo. Když některé ty matky, co rodí doma, říkají, že to na ně působí hodně sterilně a nemocničně, tak takový pocit jsem já teda neměla. Já jsem tu byla rozhodně spokojená, nic na mě nepůsobilo tak, že bych se toho bála. Líbí se*

mi, že na porodním sále je vana, tu bych určitě využila, kdyby se to stihlo, ale bohužel.“ Na R7 působil porodní sál domácky a velice příjemně. R8 si rovněž nepřipadala ani jako v nemocnici, ale uvedla, že by mohl být porodní sál více barevný. R14 sdělila: „*Porodní sál byl podle mých představ. Svoji sprchu a záchod, zázemí pro přítele bylo moc pěkné. Porodní pokoj jen pro sebe mi moc vyhovoval.“* R1 uvedla, že prostředí porodního sálu ani nevnímala. Sdělila: „*Já jsem to ani moc nevnímala. Ve sprše bylo super, že tam byl ten míč a zbytek mi bylo asi jedno. Chtěla jsem hlavně, aby bylo po porodu a aby skončily ty bolesti.“*

Pro R4 bylo prostřední porodního sálu dost nemocniční. Popsala: „*No takové nemocniční. Jak jsou tam všechny ty přístroje a pomůcky, tak jsem si prostě přišla jako v nemocnici. Asi se snaží, aby si tam člověk připadal dobře, ale na mě to teda působilo hodně sterilně. Asi bych uvítala, kdyby byly některé přístroje více schované a ne takto na očích, hlavně ty věci okolo miminka tam jsou vlastně na skříňkách přímo na očích.“*

Podkategorie 10 – Hodnocení přístupu porodní asistentky

Tato podkategorie se zabývá přístupem porodních asistentek k rodičkám. Některé respondentky uvádějí, s čím jim porodní asistentka v průběhu porodu pomohla a jaké informace jim sdělila. Podkategorie dále popisuje spokojenost respondentek s tím, že jim porodní asistentka nabídla a předvedla různé vhodné polohy.

Deset respondentek (R1, R3, R5, R6, R7, R8, R10, R12, R14, R15) uvedlo, že porodní asistentka byla milá. R1 popsala situaci na porodním sále: „*Ta, co se mnou byla, když tam zrovna byla, tak na mě byla hodná. Chválila mě, pomohla mi s dýcháním. Byla na mě milá, všechno mi vysvětlila, řekla mi, co se kdy bude dělat, co bude následovat. Pamatuju si, že doktorů tam bylo docela dost, což mi trochu vadilo a vůbec se s porodními asistentkami nebavili. Spíš si každý udělal svoje.“* R2 rovněž uvedla, že dostala od porodních asistentek srozumitelné informace, porodní asistentky často kontrolovaly plod, ale jedna porodní asistentka byla odměřenější a na položené otázky buď neodpověděla, nebo odpověděla nepříjemně. Zároveň podotkla: „*Možná by nebylo špatné, kdyby se personál představil, kdo je lékař, porodní asistentka či praktikantka.“* R3 porodní asistentku popsala jako velmi empatickou a profesionální. Profesionální přístup v odpovědi uvedla i R9 a R5, na kterou byly porodní asistentky mimo to milé, ochotné, trpělivé, usměvavé a komunikativní. R4 pochválila, že se jí porodní asistentky ptaly, zda všemu rozumí, když jí dávaly nějaké informace. R8 popsala:

„*Porodní asistentky byly moc milé, všechno mi vysvětlovaly a říkaly to tak, abych to pochopila. Vždycky mi daly na vybranou, třeba u výběru té polohy a vysvětlily mi, proč by byla taková poloha dobrá. U samotného tlačení mi přesně řekly, jak mám tlačit a moc mi pomáhaly psychicky.“* R12 uvedla: „*Porodní asistentky byly příjemné, neměla jsem s nimi problém. Moje soukromá asistentka byla také fajn, akorát to vše nestihla.“* Zároveň R12 podotkla, že podle ní byl tým na porodním sále sehraný. R14 byla se soukromou porodní asistentkou velmi spokojená, ale všimla si, že lékař na ni byl nepříjemný. R15 nebyla spokojená s chováním doktorky, která na ni, podle jejích slov, byla drsná.

Osm respondentek (R1, R2, R4, R5, R6, R8, R11, R13) odpovědělo, že jim porodní asistentka vše srozumitelně vysvětlovala. R4 uvedla: „*Byla jsem spokojená. Myslím si, že to všechno probíhalo tak, jak by mělo. Vlastně celou dobu mě kontrolovaly jen sestřičky, paní doktorka přišla až na samotný porod. Sestřičky mi vždycky všechno vysvětlily, ptaly se mě, jestli všemu rozumím. Myslím si, že tak nějak by to asi mělo vypadat, protože od kamarádek jsem slyšela, že někde používají spíš ten odborný jazyk a tomu pacientka jako laik nemá šanci rozumět.“* R5 sdělila: „*Velice oceňuji práci celého personálu oddělení porodnice, porodní asistentky projevily nejen profesionální přístup, ale byly i velice ochotné a milé, vše trpělivě vysvětlovaly, povzbuzovaly. Zároveň se vždy zajímaly, zda je vše v pořádku. I během pravidelných kontrol před porodem byly vždy usměvavé, komunikativní. Jejich práci považuji za velice přínosnou a důležitou.“* R7 odpověděla, že byla s personálem porodního sálu maximálně spokojená, porodní asistentky na všechno odpověděly, poradily jí a byly milé.

Podkategorie 11 – Celkové hodnocení porodu

Poslední podkategorie se věnuje celkovému hodnocení porodu respondentkami, které popisují, jak rychle porod probíhal, jak si budou porod pamatovat a co na svém porodu hodnotí kladně nebo negativně.

Sedm respondentek (R2, R3, R5, R8, R9, R10, R11) popsalo porod jako nezapomenutelný zážitek. R4 sdělila: „*Naprosto nezapomenutelný zážitek, který bych nijak nezměnila, kdybych mohla.“* R5 uvedla: „*Porod hodnotím jako veliký, nezapomenutelný a i přes veškeré bolesti za nejkrásnější zážitek v životě nejen matky, ale i otce. Proto jsem velice ráda, že otec má možnost se takové události účastnit a není o tuto možnost ochuzen.“* R9 o porodu řekla, že je to obrovský dar a velice silný

a krásný zážitek. R11 sdělila, že její porod byl perfektní a bude na něj vzpomínat jako na krásný zážitek.

Šest respondentek (R6, R11, R12, R13, R14, R15) porod ohodnotilo kladně. R6 uvedla: „*Maximálně dobře, není nic, co bych změnila nebo vytkla. Možná proto jsem do toho taky šla třikrát.“* R13 sdělila: „*Rozhodně kladně a nedá se to srovnat s mým prvním porodem, rozhodně doporučuji mít svojí porodní asistentku.“*

Čtyři respondentky (R1, R2, R4, R15) o svém porodu sdělily, že byl rychlý. R4 odpověděla: „*No chtěla jsem jít ještě do třetího, ale teď teda úplně nevím, jestli do toho půjdu. Sice to bylo rychlé, ale těch posledních 10 minut jsem si opravdu myslela, že nezvládnu. Z předchozího porodu si vůbec takový hrozný úsek nepamatuju, tam ten konec byl asi víc pozvolný. Ale jinak jsem byla opravdu spokojená, nemám, co bych táborské porodnici vytknula, ani nic, co bych na svém porodu změnila.“* R15 svůj porod popsala slovy: „*Byl rychlý a v pohodě.“*

Respondentka (R2) popsala svůj porod jako přirozený. Odpověděla: *„Jsem ráda, že porod nebyl vyvolávaný, byl docela rychlý a hlavně přirozený. Mrzí mě, že si moc nepamatuji první minuty, když miminko přišlo na svět, mám to celé v mlze a s odstupem času si to dokážu vybavit čím dál tím míň. Až někdy budu čekat druhé dítě, porod bude moje velká obava. I když musím říct, že šestinedělí mi dává taky pěkně zabrat, rekonvalescence těla je taky celkem náročná plus ještě starání se o miminko, tak těžko říct, čeho se ve finále budu bát víc.“*

5 Diskuze

Tato bakalářská práce se věnuje porovnání představy o porodu s tím, jak následně porod doopravdy probíhal. V rámci výzkumného šetření byla použita kvalitativní metoda, která byla uskutečněna prostřednictvím hloubkových rozhovorů s těhotnými ženami a stejnými ženami po porodu. Respondentky byly dotazovány nejprve na to, jak si porod představují a po porodu jim byly pokládány otázky věnující se skutečnému průběhu porodu.

Výzkumné šetření se v první řadě věnovalo zdrojům, z nichž těhotné ženy čerpaly informace, které potom uplatnily při vytváření si představy o svém porodu a následně byly respondentky dotazovány, jak získané informace využily. Nejčastěji uváděným zdrojem pro respondentky byl internet, který uvedlo dvanáct respondentek (R1, R2, R4, R5, R6, R7, R8, R10, R11, R12, R13, R15). R8 však dodala, že pro ni sloužil internet jako doplnění informací získaných v literatuře, protože si někdy nebyla jistá „*pravdivostí a odborností*" takto zjištěných informací. Dle výzkumu Grimese et al. (2014) nejvíce těhotných žen sbírá informace o těhotenství a porodu u porodní asistentky, kterou považují za zdroj užitečných informací. Grimes et al. (2014) dále uvádějí, že těhotné ženy používají zároveň více zdrojů informací a s tímto se naše výzkumné šetření shoduje, protože všechny respondentky uvedly minimálně dva zdroje informací. Během rozhovoru prováděného po porodu bylo zjišťováno, které informace respondentky během porodu využily. Osm respondentek (R1, R3, R4, R5, R6, R8, R9, R10) využilo především informace o dýchání v jednotlivých dobách porodních. R8 popsala, že nejvíce využila právě informace o technikách dýchání, kdy doma prodýchávala rychlým foukáním, po kterém následovaly dva dlouhé hluboké nádechy, a během tlačení si uvědomovala důležitost nádechu před tlačením.

První výzkumnou otázkou bylo zjistit, jaké mají ženy představy a vize o svém porodu. Jak uvedl Tostes a Seidl (2016), představa těhotných žen o jejich porodu může ovlivnit i porod samotný a dle jejich výzkumu má většina žen z porodu strach, bojí se porodních bolestí a necítí se dost sebejistě a připraveně na porod. Respondentky (R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R12, R15) odpovídaly, že si přejí, aby byl jejich porod rychlý, konkrétně R12 popsala, že se velmi bojí porodních bolestí, a proto by chtěla, aby byl porod rychlý, a chce využít epidurál i léky na bolest. R9 sdělila, že si rovněž přeje, aby

byl její porod rychlý, bez komplikací a co nejvíce přirozený, tedy bez použití léků a spontánní. Celkem sedm respondentek (R2, R3, R4, R9, R11, R13, R14) uvedlo ve své představě porod přirozený, což pro všechny znamenalo porod bez zásahů lékaře, tedy bez použití farmakologické analgezie, pokud možno bez epiziotomie, s provedením bondingu a také respondentky uváděly v představě to, že by chtěly nechat dotepat pupečník. Pět respondentek (R2, R7, R11, R13, R14) odpovědělo, že si během porodu představují přítomnost co nejmenšího počtu personálu nemocnice. R2 vysvětlila, že by u porodu chtěla jen jednu porodní asistentku a co nejkratší přítomnost lékaře. Ve druhé části rozhovoru odpovědělo devět respondentek (R1, R2, R4, R5, R7, R8, R11, R12, R15), že jejich porod začal pravidelnými kontrakcemi, pět respondentek (R3, R6, R9, R10, R13) uvedlo jako začátek porodu odtok plodové vody a u R14 proběhla indukce porodu. Tuto skutečnost R14 popsala a uvedla, že byla hospitalizovaná z důvodu rizika preeklampsie a kvůli tomu zahájil lékař i indukci porodu. Dále R14 sdělila, že byla velmi nešťastná a často plakala, protože takto si porod nepředstavovala, dále chtěla aplikovat epidurální analgezii, ale to jí nebylo umožněno z důvodu nepřítomnosti lékaře, takže si vyžádala alespoň infuzi s analgetiky.

Myslím si, že v současné době je na porodním sále často řešen porodní plán a proto byly respondentky dotazovány, jestli ví, co to je a jestli ho mají sepsaný nebo jeho sepsání plánují. Deset respondentek (R1, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R10, R14, R15) uvedlo, že porodní plán si psát nebudou. R1 to odůvodnila tím, že jí přijde porodní plán zbytečný, protože v případě komplikací stejně není dodržen. Dále R1 sdělila, že personálu nemocnice věří v tom, že ví, co je v průběhu porodu nejlepší a také že ani neví, co by do porodního plánu psala. R5 odpověděla, že se radši podřídí doporučení porodních asistentek a lékařů, protože ví, že jsou to odborníci. Pět respondentek (R2, R9, R11, R12, R13) si porodní plán napsalo. Jako důvod R2 uvedla, že porod je individuální záležitost a rodička podle ní má právo dát najevo, že o porodu přemýšlela a má o něm tedy nějakou představu, kterou uvede v porodním plánu. S tímto souhlasí Roztočil (2017c), který rovněž považuje porodní plán za důkaz toho, že rodička je samostatně myslící jedinec a porodním plánem ukazuje svou představu o porodu. Z pěti respondentek, které porodní plán měly, u tří (R2, R9, R13) byl dodržen celý a u dvou (R11, R12) jen částečně. U R11 nebylo splněno přání o neprovádění epiziotomie, ale z důvodu nepřipravenosti hráze nakonec s jeho provedením souhlasila. R12 měla v porodním plánu uvedenou přítomnost soukromé porodní asistentky, která ale bohužel

celý porod nestihla, takže nedodržení porodního plánu se nedá považovat za „chybu“ nemocnice.

V představě rodiček o jejich porodu je zahrnuta i osoba, která by je měla doprovázet. Všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R11, R12, R13, R14, R15) si přály přítomnost partnera. Například R4 jako důvod uvedla to, že by manžela chtěla zapojit v některých polohách během první doby porodní a dále od něho očekává podporu v neznámé situaci. Stejně tak pro R6 znamenal manžel podporu a očekávala, že díky němu si bude během porodu jistější. Během rozhovoru po porodu opět všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R11, R12, R13, R14, R15) sdělily, že pro ně partner znamenal psychickou podporu, čtyřem respondentkám (R1, R3, R5, R9) pomáhal partner s dýcháním během porodu, tři respondentky (R5, R8, R9) využily možnost poloh se zapojením partnera a pro šest respondentek (R1, R2, R7, R9, R11, R12) byl partner celkově i fyzickou podporou. Nicméně jak uvádí Gregora a Velemínský (2013), přítomnost partnera u porodu má své výhody i nevýhody. S tímto tvrzením se shoduje výpověď R6, která měla strach z komplikací, které nastaly při jejím prvním porodu. Konkrétně bylo nutné dokončit porod per forcipem a manžel byl porodními asistentkami odveden z porodního sálu dle R6 pozdě, a proto byl zážitkem dlouho traumatizovaný. Gregora a Velemínský (2013) dále uvádějí, že přítomnost partnera při porodu může dokonce ovlivnit jeho vztah k partnerce, a to zejména v sexuální stránce jejich vztahu. Čermáková (2017) uvádí, že partner by měl rodičku zejména během první doby porodní podporovat, pomáhat jí s dýcháním a pomáhat při zvládání úlevových poloh. S tímto tvrzením se shoduje odpověď R2, která sdělila, že partner pro ni byl velkou oporou jak po fyzické, tak po psychické stránce a uvedla, že vnímala všechna jeho povzbuzující slova. Nicméně doprovodem k porodu nemusí být pouze partner, ale jak uvedla respondentka (R9), může jím být i dula nebo dle čtyř respondentek (R11, R12, R13, R14) soukromá porodní asistentka. R9 uvedla jako důvod přítomnosti duly jako doprovodu u porodu kromě podpory i to, že si myslí, že si pak „*lékaři méně dovolí*.“

Jelikož si myslím, že hodně těhotných žen má strach ze zvládání porodních bolestí, byla tato otázka zařazena do první části rozhovoru. Důvod tohoto strachu může vysvětlen ve tvrzení Takács et al. (2015), kteří porodní bolest popisují jako jednu z nejsilnějších bolestí vůbec a zároveň jako jedinou bolestivou reakci organismu na fyziologický děj. Dvanáct respondentek (R1, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R12, R13, R14, R15)

uvedlo, že se na zvládání porodní bolesti nijak nepřipravovaly, protože ani neví, co by pro tuto přípravu mohly udělat. R12 a R14 odůvodnily strach z porodní bolesti tvrzením, že si tuto bolest vůbec neumí představit. R9 uvedla, že se podle ní na porodní bolest moc připravit nedá, ale zároveň sdělila, že by možná při zvládání této bolesti mohlo pomoci to, že během těhotenství cvičila s Aniballem. V následující části rozhovoru uvedlo jedenáct respondentek (R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R11, R12, R13, R15), že porodní bolesti zvládaly dobře, dvě respondentky (R1, R2) porodní bolest zaskočila a dvě respondentky (R10, R14) porodní bolest zvládaly špatně. R4 uvedla, že si myslí, že porodní bolesti zvládala dobře díky správným technikám prodýchávání a také díky chůzi po porodním sále, kvůli které se jí dařilo uvolnit pánevní svalstvo, k čemuž přispěla i teplá voda ve sprše. V kontrastu s tím R14 sdělila, že porodní bolesti vůbec nezvládala, a proto si sama řekla o analgetika. R2, kterou porodní bolesti velmi zaskočily, popsala tuto bolest jako velmi silnou a specifickou, kterou nelze popsat někomu, kdo tuto bolest nezažil.

Se zvládáním porodních bolestí souvisí i představa žen o analgezii, kterou by chtěly během porodu využít. Téměř všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R10, R11, R12, R13, R14) uvedly v odpovědi využití sprchy, což byla nejčastější odpověď. Pouze dvě respondentky (R3, R11) uvedly v představě o analgezii entonox. Jak uvádí Pařízek (2015), entonox je směs 50% kyslíku a 50% oxidu dusného a jeho použití v porodnictví má už dlouhou tradici, což může být způsobeno tím, že inhalace entonoxu je bezpečná a neinvazivní a má minimum nežádoucích účinků. R11 během porodu entonox využila a to během šití, při kterém jí pomohl, jak sama sdělila. Respondentka (R14) chtěla využít během porodu epidurální analgezii, ale z důvodu nedostatku personálu jí to nebylo umožněno, a jako „náhradu“ si vyžádala analgetika podaná intravenózně. Při otázce na největší bolest v průběhu porodu sedm respondentek (R5, R6, R9, R11, R12, R13, R14) uvedlo první dobu porodní, R11 a R14 sdělily, že druhou dobu porodní si ani nepamatují. Pět respondentek (R2, R3, R8, R10, R15) pociťovalo jako nejvíce bolestivou druhou dobu porodní. R2 tlačení popsala jako lámání kostí v pánvi s velkým pálením a dodala, že před porodem se tlačení nebála, jelikož cvičila s Aniballem a potom při porodu jí vytlačování balónku a novorozence přišlo zcela odlišné.

Dle mého názoru je v současnosti často řešena otázka epiziotomie a myslím si, že velké procento těhotných se snaží o provádění některé z metod prevence poranění hráze při

porodu. Z výzkumu vyplynulo, že sedm respondentek (R3, R5, R6, R7, R8, R14, R15) žádnou prevenci nedělají, ale sedm respondentek (R1, R2, R4, R9, R11, R12, R13) masírovalo v těhotenství hráz, šest respondentek (R2, R4, R9, R10, R11, R12) cvičilo s Aniballem, dvě respondentky (R4, R10) pily maliníkový čaj a respondentka (R10) užívala lněné semínko. R4 uvedla, že dělala masáž hráze a zároveň cvičila s Aniballem a momentálně dosáhla dilatace 26 cm, ale zároveň podotkla, že při prvním těhotenství rovněž dělala masáž i cvičení s balónkem a k nástřihu přesto došlo. Jak vyplynulo z její odpovědi na otázku po porodu, došlo u ní během porodu k ruptuře hráze. Celkem tedy z osmi respondentek, které nějakou z metod prevence používaly, u tří (R1, R2, R4) došlo k poranění hráze. Z toho vyplývá, že našem výzkumném setření má využívání těchto preventivních metod smysl. S tímto se shoduje i výsledek výzkumu Bohaté a Dostálka (2016), kteří uvedli prokazatelně vyšší pravděpodobnost porodu sine vulneris po cvičení s balónkem, a to zejména při dosažení dilatace alespoň 24 cm při hmotnosti novorozence minimálně 3 kg. Je ale třeba podotknout, že pokud Bohatá a Dostálek (2016) brali v potaz pouze masáž hráze nebo jiné alternativní metody, nebyl vliv na poranění téměř žádný.

Pro celkovou představu o porodu je důležité i zohlednění prostředí porodního sálu. Jak uvádí Čermáková (2017), prostředí by mělo budit dojem bezpečí a klidu. Třináct respondentek (R2, R3, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R11, R12, R13, R14, R15) sdělilo, že na ně prostředí porodního sálu působilo příjemně a pouze respondentka (R4) popsala prostředí jako působící sterilně a nelíbilo se jí, že některé přístroje byly přímo na očích, konkrétně uvedla pomůcky pro resuscitaci novorozence. Oproti tomu R6 popsala prostředí porodního sálu jako velmi sympatické a nic z vybavení v ní nevyvolávalo strach.

Při položení otázky na předpokládanou roli porodní asistentky při porodu odpovídaly respondentky, že by porodní asistentka měla být přátelská, měla by umět poradit, být komunikativní, trpělivá a měla by rodičku pravidelně kontrolovat. To potvrzuje Takács et al. (2015), kteří popisují porodní asistentku jako osobu pečující o rodičku po její psychické i fyzické stránce. R1 popsala porodní asistentku jako někoho, kdo jí pomůže, pokud si s něčím nebude vědět rady, a kdo jí všechno s trpělivostí vysvětlí. R3 o porodní asistentce řekla, že je to někdo jako „*anděl strážný*“. Podle R5 by porodní asistentka měla navázat s rodičkou bližší kontakt než lékař a také by měla rodičce dovysvětlit to, co od lékaře nepochopí. Z rozhovorů po porodu vyplynulo, že na většinu

respondentek byla porodní asistentka milá, ochotná, dotazovala se na případné nejasnosti a zajímala se, zda je vše v pořádku. Pouze R2 uvedla, že na ni jedna porodní asistentka byla odměřená a nedostatečně jí odpovídala na otázky.

Celkové hodnocení porodu byla poslední otázka rozhovoru. Sedm respondentek (R2, R3, R5, R8, R9, R10, R11) popsaly porod jako nezapomenutelný. Konkrétně R5 o porodu sdělila, že to byl veliký, nezapomenutelný, a i přes veškeré porodní bolestí nejkrásnější zážitek v jejím životě i životě jejího partnera a tím poukázala na důležitost možnosti přítomnosti partnera rodičky u porodu. R8 podotkla, že ani takovou spokojenost s průběhem porodu neočekávala. Oproti tomu R7 o porodu sdělila, že to nebylo „nic příjemného“ a že si v danou chvíli není jistá, že na jeho průběh zapomene.

Myslím si, že výsledky které z výzkumného šetření vyplynuly, mohou být ovlivněny výběrem porodnice, ve které výzkum proběhl, protože přístup porodních asistentek je v této nemocnici velmi individuální a personál porodního sálu se snaží vycházet rodičkám vstříc a umožnit jim uskutečnění jejich představ o porodu.

6 Závěr

Tématem této bakalářské práce bylo porovnání představ žen o porodu s následnou skutečností. Teoretická část se věnuje členění porodu do jednotlivých dob porodních, péči porodní asistentky o rodičku od příjmu na porodní sál až po konec čtvrté doby porodní, přítomnosti doprovodu u porodu, porodnímu plánu a předporodní psychofyzické přípravě.

V bakalářské práci byly stanoveny dva cíle a dvě výzkumné otázky. Cílem bylo zjistit, jaké mají těhotné ženy představy o svém porodu a zjistit, jaké byly rozdíly mezi představami a následnou skutečností. Pro zpracování výzkumné části byla použita kvalitativní výzkumná metoda pomocí hloubkového polostrukturovaného rozhovoru.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že rodičky si nejčastěji představují svůj porod jako rychlý a přirozený, tedy s co nejmenším zásahem lékaře do jeho průběhu, za doprovodu partnera a přemýšlí nad využitím některé z analgetických metod. S tím, jakou představu si ženy o porodu vytvoří, souvisí i zdroje, ze kterých ženy čerpají informace. Z odpovědí je patrné, že nejčastěji využívaným zdrojem byl internet a předporodní kurz. K představě o porodu se vztahuje i provádění prevence vzniku porodního poranění, a proto byly respondentky dotazovány, jestli nějakou metodu prevence znají a provádějí. Téměř polovina respondentek prováděla masáž hráze nebo cvičila s Aniballem. V celkové představě nelze opomenout ani roli porodní asistentky na porodním sále a představu rodičky o tom, jaká by porodní asistentka měla být, jak by se měla chovat a co by měla na porodním sále dělat. Na tuto otázky nejčastěji respondentky odpovídaly, že by porodní asistentka měla být přátelská a měla by rodičce i jejímu doprovodu umět poradit a názorně předvést polohy a dýchání během první doby porodní.

Během rozhovorů prováděných po porodu byla zodpovězena druhá výzkumná otázka, která porovnávala představu o porodu s jeho skutečným průběhem. Když byly respondentky dotázány na celkové hodnocení porodu, nejčastější odpovědí bylo, že porod byl nezapomenutelný. Nejčastěji respondentky odpověděly, že byl rychlý a přirozený. Všechny respondentky vnímaly partnera během porodu jako psychickou podporu a byly rády, že si ho jako doprovod k porodu vzaly. Většině respondentek bylo umožněno použití té analgetické metody, o kterou měly zájem. Z toho vyplývá, že představa rodiček o porodu se se skutečným průběhem výrazně nelišila. Dokonce

většina respondentek hodnotila své zvládání porodních bolestí jako dobré. Téměř všechny respondentky popsaly porodní asistentku jako milou a byly rády, že od ní dostaly srozumitelné informace. Naprostá většina respondentek byla velmi spokojena s výběrem porodnice, jejíž prostředí působilo příjemně.

Tato bakalářská práce může sloužit jako přehled základních informací o porodu pro těhotné ženy, pro porodní asistentky jako návrh témat předního kurzu nebo studentky porodní asistence jako souhrn péče porodní asistentky o rodičku na porodním sále v průběhu celého porodu. Volně přiložený informační leták mohou dostávat těhotné ženy v předporodním kurzu jako stručnou příručku pro celý průběh porodu.

7 Seznam zdrojů

1) Aniball, 2017. [online]. [cit. 2017-09-25]. Dostupné z: http://www.aniball.cz/
2) BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 9788024753614.
3) BEHINOVÁ, M., KAISEROVÁ, K., 2012. *Nová velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let*. 3. vydání. Praha: Mladá fronta. 367 s. ISBN 9788020428165.
4) BINDER, T., 2011. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. 297 s. ISBN 9788024619071.
5) BOHATÁ, P., DOSTÁLEK, L., 2016. The possibility of antepartal prevention of episiotomy and perineal tears during delivery. *Česká Gynekologie*. 81(3), 192-201. ISSN 12107832.
6) CVRČEK, P., ROZTOČIL, A., 2017. Porodnická analgezie a anestezie. In: ROZTOČIL, A., et al. *Moderní porodnictví.* 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, s. 469-478. ISBN 9788024757537.
7) ČECH, E., 2014. Operace v souvislosti s těhotenstvím a porodem. In: HÁJEK, Z., et al. *Porodnictví*. 3. vydání. Praha: Grada, s. 461-503. ISBN 978-80-247-4529-9.
8) ČERMÁKOVÁ, B., 2017. *K porodu bez obav*. 2. vydání. Brno: Cpress. 144 s. ISBN 9788026505792.
9) DEBAETS, A., M., 2017. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in choldbirth. *Amerian Journal od Obstetrics and Gynecology*. 216(1), 31-34. ISSN 0002-9378.
10) DIVALL, B., et al., 2017. Plans, preferences or going with the flow: An online exploration of women's views and experiences of birth plans. *Midwifery*. 54, 29-34. DOI: 10.1016/j.midw.2017.07.020. ISSN 02666138.
11) Epi-no © [online]. [cit. 2017-09-25]. Dostupné z: http://www.epino.cz/
12) FRANČÁKOVÁ, J., PROCHÁZKA, M., 2016. Porodnická analgezie a anestezie. In: PROCHÁZKA, M., et al. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED – Olomouc, s. 186-193. ISBN 9788090628007.
13) FRITZ, S., 2014. *Esenciální oleje v období těhotenství, pro snazší porod a pro miminka*. Praha: Barevný svět. 96 s. ISBN 9788090354340.
14) GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2013. *Čekáme děťátko*. 2. vydání. Praha: Grada. 373 s. ISBN 9788024737812.

15) GRIMES, H., et al., 2014. Sources of information used by women during pregnancy to meet their information needs. *Midwifery*. 30(1). DOI: 0.1016/j.midw.2013.10.007. ISSN 02666138.
16) GRÜNEBAUM, A., et al., 2017. Planned home births: the need for addition contraindications. *Amerian Journal od Obstetrics and Gynecology*. 216(4), 401-02. ISSN 0002-9378.
17) HADEK, K., 2016. Porodní dula a aromaterapie. *Aromaterapie*. 1, 20-22. ISSN 2464-8051.
18) HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2015. *Psychologický slovník*. 3. aktualizované vydání. Praha: Portál. 776 s. ISBN 978-80-262-0873-0.
19) HANÁKOVÁ, T., et al., 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. vydání. Brno: CPress. 256 s. ISBN 9788026407553.
20) HOGG, S., 2016. Preparation for birth and parenthood: Considerations about choice. *International Journal of Birth*. 4(1), 37-38. ISSN 20540779.
21) HUDÁKOVÁ, Z., KOPÁČIKOVÁ, M., 2017. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 9788027102747.
22) *Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth,* 2014. [online]. NICE Clinical Guidelines, No. 190. London: National Institute for Health and Care Excellence. [cit. 2018-15-04]. Dostupné z: http://6b.cz/d9PT.
23) KARO, H., Y., K., et al., 2017. Lavender (lavandula angustifolia) aromatherapy as an alternative treatment in reducing pain in primiparous mothers in the active first stage of labor. *Belitung Nursing Journal*. 3(4), 420-25. ISSN 24774073.
24) KAVVADIAS, T., HOESLI, I., 2016. The EpiNo® Device: Efficacy, Tolerability, and Impact on Pelvic Floor—Implications for Future Research. *Obstetrics*. 1-5. DOI: 10.1155/2016/3818240. ISSN 16879589.
25) KRATOCHVÍL, S., 2009. *Klinická hypnóza*. 3. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). 304 s. ISBN 9788024725499.
26) KŘEPELKA, P., 2016. Bojíme se porodních domů? *Moderní gynekologie a porodnictví*. 24(1), 23-27. ISSN 1211-1058.
27) MÁLEK, J., et al., 2016. *Praktická anesteziologie.* 2. vydání. Praha: Grada. 188 s. ISBN 9788024756325.
28) MICHAELS, P., A., 2012. Pain and Blame: Psychological Approaches to Obstetric Pain, 1950-1980. *At the Interface / Probing the Boundaries*. 84, 231-255. ISSN 15707113.

29) MONGAN, M., F., 2010. *Hypnoporod*. Praha: Triton. 243 s. ISBN 9788073873646.
30) MORAVCOVÁ M., PETRŽÍLKOVÁ, H., 2015. *Základy péče v porodní asistenci I.: péče porodní asistentky o ženu v průběhu těhotenství a fyziologického porodu: přehled péče o fyziologického novorozence*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. 158 s. ISBN 9788073958596.
31) PAŘÍZEK, A., 2012a. Porodnická analgezie: luxus, nebo nutnost? In: PAŘÍZEK, A. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Galén, s. 113-119. ISBN 9788072628933.
32) PAŘÍZEK, A., 2012b. Porodnická analgezie – nefarmakologické metody a přístupy. In: PAŘÍZEK, A. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Galén, s. 177-198. ISBN 9788072628933.
33) PAŘÍZEK, A., 2014. Léky, analgezie a anestezie při porodu. In: HÁJEK, Z., et al. *Porodnictví*. 3. vydání. Praha: Grada, s. 195-204. ISBN 9788024745299.
34) PAŘÍZEK, A., 2015. *Kniha o těhotenství a dítěti: [český průvodce těhotenstvím, porodem a šestinedělím]- Porod, kniha druhá.* 5. vydání. Praha: Galén. 397 s. ISBN 9788074922152.
35) PROCHÁZKA, M., et al., 2016. Porod. In: PROCHÁZKA, M., et al. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED – Olomouc, s. 116-129. ISBN 9788090628007.
36) RATISLAVOVÁ, K., 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area. 163 s. ISBN 9788025421864.
37) RATNA, H., 2017. Bonding attachment enhances postpartum mother‘s confidence in caring her baby. *Jurnal Ners*. 2(2), 107-10. DOI: 10.20473/jn.v2i2.4965. ISSN 18583598.
38) ROZTOČIL, A., 2014a. Preindukce a indukce porodu. In: HÁJEK, Z., et al. *Porodnictví*. 3. vydání. Praha: Grada, s. 204-208. ISBN 9788024745299.
39) ROZTOČIL, A., 2014b. Přirozený porod v porodnici. In: HÁJEK, Z., et al. *Porodnictví*. 3. vydání. Praha: Grada, s. 208-208. ISBN 9788024745299.
40) ROZTOČIL, A., 2016. Radujeme se z porodních plánů? *Moderní gynekologie a porodnictví*. 24(1), 64-67. ISSN 1211-1058.
41) ROZTOČIL, A., 2017a. Ambulantní porod. In: ROZTOČIL, A., et al. *Moderní porodnictví.* 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, s. 203-204. ISBN 9788024757537.

42) ROZTOČIL, A., 2017b. Lékařsky vedený porod. In: ROZTOČIL, A., et al. *Moderní porodnictví.* 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, s. 195-200. ISBN 9788024757537.

43) ROZTOČIL, A., 2017c. Podmínky vedení porodu. In: ROZTOČIL, A., et al. *Moderní porodnictví.* 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, s. 185-195. ISBN 9788024757537.

44) ROZTOČIL, A., 2017d. Příprava na porod. In: ROZTOČIL, A., et al. *Moderní porodnictví.* 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, s. 149-150. ISBN 9788024757537.

45) ROZTOČIL, A., 2017e. Programovaný porod. In: ROZTOČIL, A., et al. *Moderní porodnictví.* 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, s. 206-207. ISBN 9788024757537.

46) ROZTOČIL, A., 2017f. Porodnické operace. In: ROZTOČIL, A., et al. *Moderní porodnictví.* 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, s. 479-512. ISBN 9788024757537.

47) ROZTOČIL, A., 2017g. Preindukce a indukce porodu. In: ROZTOČIL, A., et al. *Moderní porodnictví.* 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, s. 431-436. ISBN 9788024757537.

48) SAMKOVÁ, A., 2011. *Aromaterapie jako pomocník porodní asistentky*. Moderní babictví. (20), s. 24 – 29. ISSN 1214-5572.

49) SIMKIN, P., 2000. *Partner u porodu: vše, co potřebujete vědět, abyste mohli ženě při porodu pomoci.* Praha: Argo. 245 s. ISBN 8072033085.

50) SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2017. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 272 s. ISBN 9788027102143.

51) SMITH, N., 2016. Fernand Lamaze (1891-1957). *International Journal of Birth*. 3(2), 45-46. ISSN 20540779.

52) SPERLING, J., D., et al., 2016. Restriction of oral intake during labor: whither are we bound? *Amerian Journal od Obstetrics and Gynecology*. 214(5), 592-96. ISSN 0002-9378.

53) SRP, B., 2014a. Definice porodu. In: HÁJEK, Z., et al. *Porodnictví*. 3. vydání. Praha: Grada, s. 175-176. ISBN 9788024745299.

54) SRP, B., 2014b. Mechanismus porodu. In: HÁJEK, Z., et al. *Porodnictví*. 3. vydání. Praha: Grada, s. 178-189. ISBN 9788024745299.

55) STADELMANN, I., 2017. *Aromaterapie od těhotenství po kojení*. Praha: Marie Noe, nakladatelství a vydavatelství One Woman Press. 252 s. ISBN 9788086356587.
56) SVĚRÁKOVÁ, M., 2012. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. Praha: Galén. 63 s. ISBN 9788072628452.
57) ŠTROMEROVÁ, Z., 2010. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvídavé rodiče)*. Praha: Argo. 313 s. ISBN 9788025703243.
58) ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetřovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 191 s. ISBN 9788073942465.
59) TAKÁCS, L., et al., 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 9788024751276.
60) TOSTES, N., A., SEIDL, E., M., F., 2016. Expectant mother's expectations for birth and their perceptions of delivery and birth preparation. *Temas em Psicologia*. 24(2), 681 - 693. DOI: 10.9788/TP2016.2-15. ISSN 21753652.
61) VOKURKA, M., HUGO, J., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, Jessenius. 1124 s. ISBN 978-80-7345-456-2.

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

1) Otázky k hloubkovým rozhovorům
2) Písemný souhlas respondentek s poskytnutím rozhovoru
3) Porodní plán R2
4) Technika kódování

Příloha 1 – Otázky k hloubkovým rozhovorům

Zdroj: Vlastní výzkum

Identifikační otázky

- věk
- parita
- rodinný stav
- nejvyšší dosažené vzdělání
- zaměstnání

Otázky před porodem

1. Jakým způsobem jste se informovala na porod?
2. Můžete mi popsat představu o vašem porodu?
3. Jaký máte názor na porodní plán? Máte ho napsaný nebo chystáte se sestavit ho?
4. Zvažujete vzít si k porodu doprovod? Koho?
5. Jak se připravujete na zvládání porodní bolesti?
6. Přemýšlela jste o typu analgezie, který byste chtěla použít při porodu?
7. Znáte metody prevence poranění hráze?
8. Podle čeho vybíráte nemocnici pro porod?
9. Jak si představujete roli PA?

Otázky po porodu

1. Jak porod probíhal?
2. Jak jste využila získané informace?
3. Byla dodržena přání z porodního plánu? Která případně ne?
4. Měla přítomnost doprovodu nějakou výhodu? Jak jste doprovod „využila“?
5. Jak jste zvládala porodní bolesti? Proběhlo nějakým způsobem hodnocení bolesti?
6. Dostala jste požadovaný typ analgezie? Který to byl a jak jste byla spokojená s účinkem?
7. Co pro vás bylo nejvíce bolestivé?
8. Jak na vás působilo prostředí porodního sálu?
9. Jak byste hodnotila přístup PA?
10. Jak celkově porod hodnotíte?

Příloha 2 – Písemný souhlas respondentek s poskytnutím rozhovoru

Zdroj: Vlastní výzkum

Žádost o spolupráci

Vážená respondentko,

jmenuji se Iveta Zadražilová a jsem studentkou třetího ročníku oboru Porodní asistentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Obracím se na Vás s žádostí o spolupráci za účelem sběru dat pro výzkumnou část bakalářské práce s názvem „Porod očima rodičky“. Se získanými daty bude zacházeno dle platných etických norem a bude zachována jejich anonymita. Zároveň Vás žádám i o souhlas s nahráváním našeho rozhovoru z důvodu časové náročnosti písemného zaznamenávání.

Děkuji za Váš čas a ochotu spolupracovat.

V Plané nad Lužnicí dne

…… ……

Podpis respondentky Podpis studentky

Příloha 3 – Porodní plán

Zdroj: Vlastní výzkum

Porodní přání

Osobní údaje:
Jméno: [redacted]
Rodné číslo: xxxxx
Adresa: xxxx
Zdravotní pojišťovna: [redacted]
Gynekolog: [redacted]
Pediatr: [redacted]
Jméno miminka: [redacted]
Doprovod: manžel a otec miminka xxxxx

Porod:

- Těhotenství probíhalo přirozeně a bez komplikací, proto pokud nedojde k ohrožení zdraví děťátka, bych si přála, aby i můj porod probíhal přirozeně a bez vnějších zásahů a medikamentů. Jsem prvorodička a samozřejmě budu ráda za všechny vaše rady, pomoc a podporu.
- Prosím vás, abyste mě nebo mého manžela průběžně informovali o tom, jak porod postupuje a všechna vyšetření či nějaké zásahy mi předem oznámili a prodiskutovali.
- Porodní bolesti bych chtěla zvládnout za pomoci úlevových poloh, dýchání, teplé vany/sprchy, masáží atd. Budu moc ráda, když mě budete v tomto podporovat a radit mi v každé fázi porodu nejvhodnější způsob.
- V případě, že bych si přála medikamenty ke zmírnění bolesti, řeknu si o ně sama. Ráda bych se však úplně vyhla epidurálu.
- Nepřeji si nástřih hráze, pokud to nebude nezbytně nutné.

Po narození:

- Přeji si ihned po narození provést bonding s miminkem. V případě císařského řezu, pokud by to šlo a stav dětátka dovolí, přiložit miminko i na operačním sále na mou kůži, popřípadě provést bonding s manželem/otcem.
- Pupečník přestřihnout až po jeho dotepání.
- Miminko prosím neměřit, změření si přeji až při odchodu domů.
- Pokud mi to můj fyzický stav dovolí, chtěla bych mít miminko, co nejdříve u sebe na pokoji.

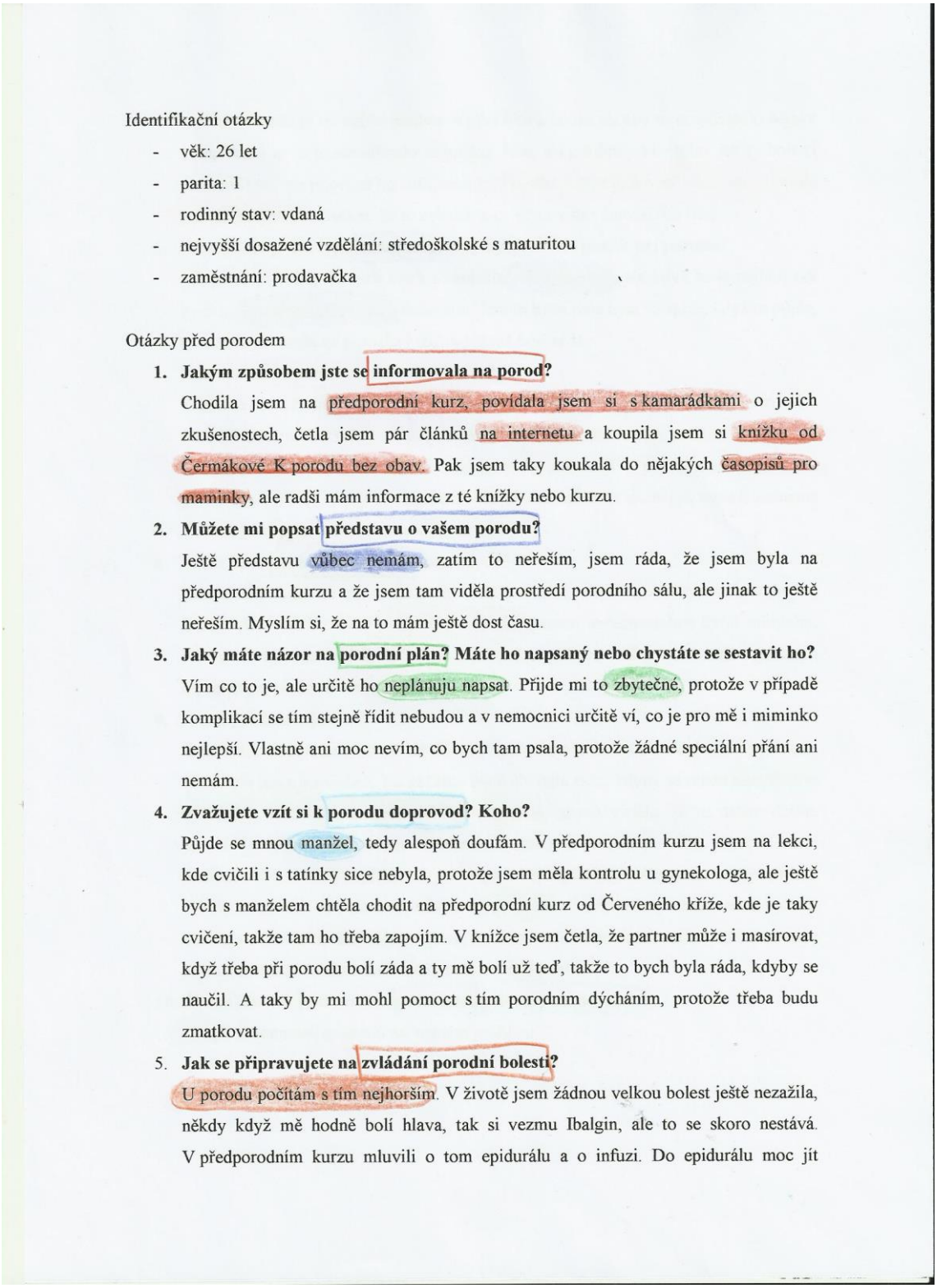
Miminko:

- Vitamín K prosím podat miminku pouze v kapkách.
- Pupečníkový pahýl budu chtít s největší pravděpodobností nechat samovolně odpadnout, ale definitivně se rozhodnu až po konzultaci s personálem.
- Chci být předem informována o všech vyšetřeních děťátka a pokud budou prováděna mimo pokoj, chci být u nich vždy přítomna.

Děkuji Vám za respektování mých přání. Věřím, že budu s vaší porodnicí spokojena a budu ráda vzpomínat na můj první porod a pobyt na oddělení šestinedělí.
S pozdravem [redacted]

Příloha 4 – Ukázka kódování

Zdroj: Vlastní výzkum



Identifikační otázky

- věk: 26 let
- parita: 1
- rodinný stav: vdaná
- nejvyšší dosažené vzdělání: středoškolské s maturitou
- zaměstnání: prodavačka

Otázky před porodem

1. **Jakým způsobem jste se informovala na porod?**
   Chodila jsem na předporodní kurz, povídala jsem si s kamarádkami o jejich zkušenostech, četla jsem pár článků na internetu a koupila jsem si knížku od Čermákové K porodu bez obav. Pak jsem taky koukala do nějakých časopisů pro maminky, ale radši mám informace z té knížky nebo kurzu.
2. **Můžete mi popsat představu o vašem porodu?**
   Ještě představu vůbec nemám, zatím to neřeším, jsem ráda, že jsem byla na předporodním kurzu a že jsem tam viděla prostředí porodního sálu, ale jinak to ještě neřeším. Myslím si, že na to mám ještě dost času.
3. **Jaký máte názor na porodní plán? Máte ho napsaný nebo chystáte se sestavit ho?**
   Vím co to je, ale určitě ho neplánuju napsat. Přijde mi to zbytečné, protože v případě komplikací se tím stejně řídit nebudou a v nemocnici určitě ví, co je pro mě i miminko nejlepší. Vlastně ani moc nevím, co bych tam psala, protože žádné speciální přání ani nemám.
4. **Zvažujete vzít si k porodu doprovod? Koho?**
   Půjde se mnou manžel, tedy alespoň doufám. V předporodním kurzu jsem na lekci, kde cvičili i s tatínky sice nebyla, protože jsem měla kontrolu u gynekologa, ale ještě bych s manželem chtěla chodit na předporodní kurz od Červeného kříže, kde je taky cvičení, takže tam ho třeba zapojím. V knížce jsem četla, že partner může i masírovat, když třeba při porodu bolí záda a ty mě bolí už teď, takže to bych byla ráda, kdyby se naučil. A taky by mi mohl pomoct s tím porodním dýcháním, protože třeba budu zmatkovat.
5. **Jak se připravujete na zvládání porodní bolesti?**
   U porodu počítám s tím nejhorším. V životě jsem žádnou velkou bolest ještě nezažila, někdy když mě hodně bolí hlava, tak si vezmu Ibalgin, ale to se skoro nestává. V předporodním kurzu mluvili o tom epidurálu a o infuzi. Do epidurálu moc jít

nechci, protože se mi nelíbí představa zavádění a bojím se, aby to nezpůsobilo nějaké komplikace nebo to neovlivnilo miminko. Ještě asi uvidím podle toho, jak ty bolesti budu zvládat, ale prioritně ho chtít nebudu. Porodní bolest je pro mě něco, co k porodu jednoduše patří, a doufám, že to zvládnu s co nejmenším množstvím léků.

6. **Přemýšlela jste o typu analgezie, který byste chtěla použít při porodu?**

   Jak jsem už řekla, nejradši bych to zvládla bez analgezie, ale když bude nejhůř, tak bych se epidurálu nebo infuzi nebránila. Jenom bych ráda byla ve sprše, když to půjde, protože teplá voda mi pomáhá i teď, když mě bolí záda.

7. **Znáte metody prevence poranění hráze?**

   V knížce jsem četla o masáži hráze, takže tu chceme s manželem zkusit. V kurzu nám porodní asistentka říkala i o Aniballu a někdo se tam na to ptal, jestli to doporučují, což tedy odpověděla, že některé maminky to používají a pak jim to při porodu pomůže, ale někdy to prý vliv nemá. Takže já to zkoušet asi nechci. S masáží začneme 6 týdnů před porodem a uvidíme, jak to půjde.

8. **Podle čeho vybíráte nemocnici pro porod?**

   Rozmýšleli jsme se mezi Českými Budějicemi a Českým Krumlovem, s tím že Budějovice vyhrály kvůli dobré neonatologii, kterou upřednostníme kvůli miminku. Nikdy člověk neví, kdy přijdou nějaké komplikace. Ale co se týče přístupu k pacientce, tak bych šla radši do Krumlova.

9. **Jak si představujete roli PA?**

   Zatím moc nevím, jestli bych chtěla, aby tam se mnou byla celou dobu, asi bych tam radši byla jen s manželem. Na začátku bych ale byla ráda, kdyby se mnou nacvičila to dýchání a ukázala nám třeba nějaké ty polohy, abych věděla, že to dělám dobře, protože i když to budu mít nacvičené sebelíp, tak pak asi nebudu vědět vůbec nic. Ale jinak asi budu hodně nepříjemná, takže bude asi lepší, když tam bude co nejmíň lidí. Chtěla bych, aby byla porodní asistentka trpělivá, a když budu potřebovat, aby mi to všechno vysvětlila, ale slyšela jsem, že tady v Budějovicích se s rodičkami moc nemažou, takže doufám, že u mě to bude trochu jinak.

10. **Přemýšlíte už, jestli budete souhlasit s přítomností studentů?**

    Ano, s přítomností studentů asi nemám problém.

9 Seznam zkratek

g – gramy

USA – Spojené státy americké

SSSR – Svaz sovětských socialistických republik

TENS – transkutánní elektrická nervová stimulace

CTG – kardiotokograf

ASTRUP – vyšetření krevních plynů

PA – porodní asistentka