



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Komunikace porodní asistentky s doprovodem při  
porodu**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program:

**PORODNÍ ASISTENCE**

**Autor:** Iva Blaťáková

**Vedoucí práce:** Ph.Dr. Drahomíra Filausová, Ph.D.

České Budějovice 2019

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Komunikace porodní asistentky s doprovodem při porodu*“ 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 14. 8. 2019

.....

Iva Blatňáková

## **Poděkování**

Tímto bych chtěla poděkovat paní PhDr. Drahomíře Filausové, Ph. D., za odborné vedení mé bakalářské práce, pevné nervy, trpělivost, její čas a cenné rady při jejím vedení. Upřímné díky patří i mé mamince, která mi byla velikou oporou v době celého studia.

# Komunikace porodní asistentky s doprovodem při porodu

## Abstrakt

Bakalářská práce pojednává o komunikaci porodní asistentky s doprovodem při porodu. V souvislosti se zaměřením bakalářské práce je v teoretické části práce také popsána problematika doprovodu při porodu a komunikace porodní asistentky s doprovázejícími osobami při porodu. V práci jsou nastíněny vztahy mezi porodními asistentkami a doprovody při porodu.

Cíle této bakalářské práce byly stanoveny celkem dva. Prvním cílem bylo zjistit, jakým způsobem komunikuje porodní asistentka s doprovodem při porodu. Druhým cílem bylo zjistit, jak jsou porodní asistentky spokojeny s komunikací s doprovodnou osobou při porodu.

Výzkumné šetření probíhalo v dubnu roku 2019 a bylo prováděno s porodními asistentkami pracujícími na porodním sále a s doprovodnými osobami, které se účastnily alespoň jednoho porodu. Výzkumné šetření probíhalo s porodními asistentkami na porodním sále a s doprovodnými osobami v jejich domácím prostředí. Pro získání dat byla zvolena kvalitativní metoda, formou polostrukturovaných rozhovorů.

Před zahájením rozhovorů bylo všem zúčastněným osobám vysvětleno téma bakalářské práce, účel a další využití jejich poskytnutých informací. Účastníci byli ujištěni, že jsou rozhovory anonymní. Pro výzkumné šetření byly vytvořeny dva typy rozhovorů. Jeden z rozhovorů byl určen porodním asistentkám a obsahoval 6 otázek s dalšími podotázkami. Druhý rozhovor byl vytvořen pro doprovod při porodu. Ten obsahoval 5 otázek s dalšími podotázkami. V obou případech byly kladeny doplňující otázky.

Aby bylo zpracování dat anonymní, byly osoby, účastníci se výzkumu, označeny následujícím způsobem. Porodní asistentky měly zkratku PA1 a doprovázející osoby zkratku D1. Získaná data byla zpracována metodou „tužka-papír“, kdy byly získané informace zaznamenány do dotazníků, a poté barevně kódovány.

**Klíčová slova**

komunikace; porod; porodní asistentka; doprovázející osoba; dula

# **Communication of midwives with the accompanying person during childbirth**

## **Abstract**

The bachelor thesis deals with communication of midwife with accompanying person during delivery. The theoretical part focuses on communication, delivery, and accompaniment during childbirth. The thesis describes the relationships among midwives and attendants during delivery.

Two aims were set for this bachelor thesis. The first objective was to find out how the midwife communicates with the accompaniment during delivery. The second objective was to find out how satisfied the midwives are with communication with the accompanying person during delivery.

The research was conducted in April 2019 and was conducted with midwives working in the delivery room and accompanying persons who participated in at least one birth. The research was conducted with midwives in the delivery room and accompanying person in their home environment. A qualitative method was chosen to obtain data in the form of semi-structured interviews.

Before the beginning of the interviews, the topic of the bachelor thesis, the purpose and further use of their provided information was explained to all participants. The participants were assured that the interviews were anonymous. Two types of questionnaires were created for the research. One of the questionnaires was intended for midwives and contained 6 questions with further sub-questions. A second questionnaire was created for accompanying person. It consisted of 5 questions with further subqueries. In both cases questions were asked to supplement the research.

In order to make the data processing anonymous, the researchers were identified as follows. Midwives had the abbreviation PA1 and accompaniment the abbreviation D1. The obtained data were processed by the pencil-paper method, where the obtained information was recorded in questionnaires and then colour-coded.

**Key words**

communication; childbirth; midwife; accompanying person; doula

## Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav.....	12
1.1 Komunikace .....	12
1.1.1 Verbální komunikace.....	13
1.1.2 Neverbální komunikace.....	14
1.1.3 Efektivní komunikace .....	16
1.1.4 Neefektivní komunikace.....	17
1.1.5 Empatie.....	17
1.2 Porod .....	19
1.2.1 První doba porodní .....	20
1.2.2 Druhá doba porodní.....	23
1.2.3 Třetí doba porodní .....	25
1.2.4 Čtvrtá doba porodní.....	25
1.3 Doprovod při porodu.....	26
1.3.1 Otec u porodu .....	27
1.3.2 Dula při porodu.....	28
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	30
2.1 Cíle práce .....	30
2.2 Výzkumné otázky.....	30
2.3 Operacionalizace pojmů.....	30
3 Metodika .....	32
3.1 Metodika a technika výzkumu .....	32
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	33
4 Výsledky výzkumu .....	34
4.1 Identifikační údaje informantů.....	34
4.2 Kategorizace dat.....	36



5 Diskuse.....	50
6 Závěr .....	55
7 Seznam použité literatury .....	57

## Úvod

Komunikací se myslí proces, jenž je základem celé lidské společnosti. Jedná se o přenos informací mezi lidmi za účelem sdělení či získání informací. Podle Vévody et al. (2013) je komunikace nezbytnou součástí ošetrovatelského procesu, a tím pádem i jejím základním kamenem. Chceme-li tedy dosáhnout spolupráce mezi porodními asistentkami a doprovodem rodičky, vhodná forma komunikace nám v tom pomůže.

Komunikace na porodním sále neprobíhá jenom mezi porodní asistentkou a rodičkou, ale i mezi porodní asistentkou a doprovodnou osobou, jež se porodu účastní. To, jaká bude na porodním sále atmosféra, se odvíjí právě od komunikace mezi jednotlivými osobami. Porodní asistentka by měla mluvit srozumitelně a výstižně, aby mohla rodička nebo její doprovod dané pokyny snáze pochopit a začít se jimi řídit.

Vzhledem k tomu, že je porodní asistentka přítomna u porodu po celou dobu, měla by si s rodičkou a jejím doprovodem umět vytvořit určitý vztah založený na důvěře. Pro navázání takového vztahu je dobré umět volit vhodná slova útěchy a podpory. To, jak bude k rodičce přistupovat, se poté odrazí i při samotném porodu. Z tohoto důvodu by porodní asistentka měla být empatická a citlivá, ale zároveň rázná, aby měla celý průběh porodu pod kontrolou.

Tato bakalářská práce má za cíl informovat okolí o komunikaci na porodním sále mezi porodní asistentkou a doprovodnou osobou při porodu, kterou může být v dnešní době kdokoli (otec dítěte, dula, sestra, maminka, kamarádka apod.).

Tématem komunikace porodní asistentky s doprovodem při porodu jsem se začala zabývat proto, že toto téma považuji za důležité, ale ne příliš diskutované. Podle mého názoru na komunikaci stojí většina situací, ale ne každý umí slovně vyjádřit své pocity. Při psaní bakalářské práce mě zajímalo, jaký pohled mají porodní asistentky pracující na porodním sále na doprovodné osoby u porodu, zejména na duly. Na druhé straně mě zajímalo, jak vnímají doprovody rodiček komunikaci a spolupráci s porodními

asistentkami. Tato bakalářská práce by mohla být přínosem jak pro porodní asistentky, tak pro doprovodné osoby nebo přímo rodičky.

# 1 Současný stav

## 1.1 Komunikace

Hovoříme-li o komunikaci jako takové, mluvíme o přenosu a výměně informací, které jsou univerzálním jevem v lidské společnosti, a zároveň přímým regulátorem úrovně mezilidských vztahů (Zacharová, 2016). Bez komunikace by tak nemohla existovat žádná sociální skupina (Zacharová, 2016). Znalosti a schopnosti komunikace jsou v dnešní době považovány za jedny z nejužitečnějších a nejdůležitějších schopností, a to nejen v oblasti zaměstnání, ale i v oblasti osobního a společenského života (Plevová, 2011).

Schopnost vhodné komunikace je velmi zásadní, a to zejména ve zdravotnických oborech (Vévoda et al., 2013). Je tomu tak proto, že dobré komunikační dovednosti přispívají k navázání bližšího a kvalitnějšího kontaktu s pacientem (Beran, 2010). Cíleně zvolený typ komunikace napomáhá spolupráci pacienta při léčbě, a tím tak jejímu dobrému průběhu (Vévoda et al., 2013). Právě díky komunikaci získává zdravotnický personál informace, jež jsou potřebné k péči o pacienta. (Ptáček, 2011). Při komunikaci s pacientem je nutno brát v potaz jeho pocity a emoce, které u něj právě probíhají (Kelnerová a Matějková, 2014). Může mít strach, být nešťastný z diagnózy, která mu byla řečena, může cítit bezmoc a mnoho dalších pocitů (Kelnerová a Matějková, 2014). Z tohoto důvodu by měl být zdravotnický personál schopen odhadnout, jakým způsobem s pacientem navázat kontakt a co mu v takovou chvíli říct.

Komunikace ve zdravotnictví neprobíhá jen mezi zdravotnickým personálem a pacienty, ale i navzájem právě mezi zdravotníky. (Vévoda et al., 2013). Efektivní komunikace zdravotníků se odráží na kvalitní týmové spolupráci, a tudíž i na péči o pacienty (Vévoda et al., 2013). Pokud komunikace mezi porodními asistentkami funguje, dochází tak k navození soudržnosti a dobrého zvládnání stresu na porodním sále (Gebriné et al., 2019).

Knowls (2007) uvádí, že dobrá komunikace je jednou z nejeftivnějších prevencí žalob a stížností, které se vyskytují ve zdravotnictví. V oboru porodnictví se stížnosti vyskytují častěji než v jiných specializovaných oborech, neboť emočně náročné období porodu a šestinedělí má oproti ostatním potenciál pro vznik nespokojenosti a zklamání

(Takács a Sobotková, 2015). Vhodně zvolená komunikace s rodičkou je klíčovým momentem pro navázání vztahu důvěry (Takács et al., 2015). Ratislavová (2016) říká, že při porodu je nesmírně důležitá opora blízké osoby, ať už partnera, jiné blízké osoby nebo porodní asistentky, tedy všech, kteří jsou přítomni na porodním sále a poskytují psychickou podporu nejen svou přítomností, ale právě svými komunikačními schopnostmi. Na základě toho, že porodní asistentka dává rodičce na porodním sále na výběr, má žena možnost volby a díky tomu tak dochází k navození důvěry (Takács et al., 2015).

### *1.1.1 Verbální komunikace*

Jedná se o specifický lidský jev a proces, který vymezuje spojení mezi lidmi pomocí předávání a přijímání verbálních projevů (Janoušek, 2015). Účel takové komunikace, jež zaujímá významné postavení v uspokojování a identifikaci sociálních požadavků jednotlivců a skupin, může být emocionální, kognitivní a motivační (Tomová a Křivková, 2016). Do verbální komunikace se řadí slova a symboly, kdy se jedná o úzké propojení myšlenkových procesů a emocí člověka (Juřeniková, 2010). Jinými slovy verbální komunikaci je možno chápat jako projev psychiky (Janoušek, 2015). Využití verbální komunikace je velmi důležité i ve zdravotnických zařízeních, kde je vhodně zvolená forma komunikace prioritou vzhledem k vnímavosti pacientů zdravotnických zařízení (Kelnerová a Matějková, 2014). Předpokladem pro úspěšnou komunikaci je dobré zvládnutí základních složek verbálního projevu, mezi které řadíme tempo řeči, intonaci, hlasitost, výšku hlasu, vhodně zvolené pomlky, vyhýbání se parazitárním slovům a rovnocennost mezi komunikujícími (Kelnerová a Matějková, 2014). Pokud jde o komunikaci s těhotnou ženou, porodní asistentky by měly volit citlivý, empatický a klidný přístup a také dát prostor pro vyjádření rodičky (Roztočil et al., 2017). K umocnění efektivní komunikace také přispívá jednoduchost, stručnost a srozumitelnost, což je ze strany rodiček a jejich doprovodů vnímáno velmi kladně (Kelnerová a Matějková, 2014). Je nutné brát v potaz, že rodička je v průběhu první a druhé doby porodní vystavena vysoké míře stresu, což ji činí zranitelnou a velmi citlivou (Roztočil et al., 2017). Proto je zapotřebí k ní přistupovat a komunikovat s ní, případně s jejím doprovodem, citlivě, empaticky, a také vyjádřit podporu a soucit (Roztočil et al., 2017). Velmi důležité je navázání dobrého a užšího vztahu nejen s rodičkou, ale i s jejím doprovodem (Slezáková et al., 2007). Porodní asistentka se toho snaží dosáhnout již při příjmu, konkrétně během sepisování dokumentace a dále

v průběhu první a druhé doby porodní (Slezáková et al., 2007). Využití efektivní verbální komunikace vede rodičky a jejich doprovod ke klidnější a vyrovnanější atmosféře, která je na porodním sále důležitá (Procházková a Myšáková, 2006). V průběhu hospitalizace na porodním sále je žádoucí, aby porodní asistentka informovala a edukovala jak rodičku, tak její doprovod (Slezáková et al., 2007). To se potom kladně odrazí při porodu (Slezáková et al., 2007).

### *1.1.2 Neverbální komunikace*

Neverbální komunikaci lze charakterizovat jako řeč těla, která dává najevo emoce nebo postoje k ostatním lidem (Kelnerová a Matějková, 2014). Neverbální komunikace umocňuje účinek slovního sdělení, kdy je zdravotnický personál, jako například porodní asistentka, schopna správně používat či identifikovat neverbální projevy pacientek (Špatenková a Králová, 2009). Díky tomu se o nich může dozvědět mnohem více informací, které mohou být slovy skryty, protože pocity a emoce je možné dát nejlépe najevo právě pomocí nonverbální komunikace (Špatenková a Králová, 2009). Lidé, kteří delší dobu pobývají v nemocnicích, věnují zvýšenou pozornost projevům neverbální komunikace a jsou k takovým situacím obzvláště citliví, jelikož se tak snaží vyhodnotit situaci (Kutnohorská, 2013). Chceme-li nějakým způsobem rozdělit mimoslovní komunikaci, řídíme se obvykle tím, která část těla potřebnou informaci sděluje a ilustruje (Vymětal, 2008). V takových případech sem spadá několik složek (Vymětal, 2008).

Pod neverbální komunikaci spadá mimika, která je zaměřena se na pohyb obličejových svalů (Wernerová, 2010). Mimika je podle Vyskotové (2013) řazena k jemné motorice. Pojmem mimika je myšlena komunikace pomocí výrazů obličeje, díky kterým lze vyjádřit téměř každý duševní stav, jako jsou radost, smutek, pocit bezpečí, štěstí, nenávisť a mnohé další (Wernerová, 2010). Mimika je jedním z důležitých faktorů, které vnímají porodní asistentky či doprovodné osoby při porodu (Slezáková et al., 2007). Mimikou v obličeji může rodička vyjádřit bolest či strach, což je ukazatelem pro porodní asistentky nebo doprovodné osoby (Slezáková et al., 2007). Dále sem patří gestika, čímž nazýváme kulturně standardizované pohyby, pohybové symboly a znaky, které jsou považovány za doprovodný prvek řeči (Jiřincová, 2010). Podporují a umocňují emocionální stránku sdělení. Je však důležité si uvědomit, že jsou gesta kulturně specifická, jejichž povaha

a význam se v různých kulturních prostředích odlišují (Jiřincová, 2010). Ve zdravotnictví se každý z personálu denně setkává s nespočetným množstvím gest, kterými dávají pacienti najevo své pocity a potřeby (Zacharová, 20107). Ty může díky empatii obstojně analyzovat a tím tak vniknou do pacientova prožívání. (Zacharová, 2017). Konkrétní situací v porodnictví může být gestikulace rodičky, jež dává najevo akutní bolest tak, že se chytí za břicho (Slezáková et al., 2007).

Proxemikou je obecně míněná vzdálenost mezi účastníky komunikace (Plevová et al., 2011). Jako první zkoumal prostorovou komunikaci Edward Hall, který v ní rozlišil čtyři základní vzdálenosti, kterými dáváte najevo, jak blízko se může druhá osoba přiblížit a tudíž, jaký k ní máte vztah (Borg, 2012). První je intimní zóna, jež je definována odstupem 45 cm a méně, druhou vzdáleností je osobní zóna, ta se pohybuje v rozmezí od 45 do 120 cm, třetí je společenská zóna od 1,2 m do 3,7 m a poslední je veřejná zóna, která je určena vzdáleností na odstup větší než 3,7 m (Plevová et al., 2011). Každá z těchto zón je charakterizována jinou vzdáleností a významem (Plevová et al., 2011). Jedná se tedy převážně o fyzickou blízkost, která může znamenat jak důvěrnost, tak sociální vzdálenost (Procházka a Šmahaj, 2014). V porodní asistenci se při jakémkoliv vyšetření vstupuje do osobní zóny pacientek, což u některých může vyvolat pocit studu, nejistoty či zvýšenou ostražitost (Takács et al., 2015). Musí-li narušení osobní zóny nevyhnutelně proběhnout, pak se oba komunikující snaží vykompenzovat si nežádoucí blízkost kupříkladu omezením očního kontaktu (Takács et al., 2015). Samotnou vzdálenost je tak možno brát jako komunikační kanál mezi dvěma a více osobami, který vypovídá o jejich vzájemném vztahu a následném vývoji (Plevová et al., 2011). V praxi to funguje následujícím způsobem. Máme-li důvěrné informace, které chceme sdělit rodičce, ale v jejím dosahu jsou ostatní pacientky, měli bychom se usadit v její blízkosti a hovořit tak, aby nikdo jiný dané informace neslyšel a my tak nezavinili nepříjemnou situaci vůči rodičce (Takács et al., 2015).

Haptika je součástí neverbální komunikace, kdy se jedná o komunikaci prostřednictvím dotyků (Procházka a Šmahaj, 2014). Je tím myšlený vhodně zvolený způsob komunikace, který volíme při verbálních komunikačních potížích (hlučné prostředí, zhoršená viditelnost, ...), dále při komunikaci s osobou se zrakovým postižením či cizinci apod. (Vyskotová a Macháčková, 2013). Budeme-li chtít dát rodičkám na porodním sále pocit bezpečí, jistoty a porozumění, můžeme tak učinit pomocí dotyků, jako je například pevnější stisk ruky nebo naopak jemné pohlazení po hlavě

(Takács, et al., 2015). Tím dáváme najevo porozumění a soucit v tak těžké chvíli jako je porod (Takács et al., 2015). Je třeba mít na paměti, že dotyk je nezbytnou součástí naší praxe a má mnoho funkcí, od povzbuzení, podporu, až po pozitivní motivaci (Procházka a Šmajha, 2014). Kutnohorská (2013) zmiňuje, že dotek zdravotníka, mimo nutné vyšetření, nemusí vždy znamenat projev soucitu a empatie, protože existují národy, pro které nejsou doteky cizích lidí přijatelné. Proto je vhodné mít alespoň základní povědomí a multikulturním ošetrovatelství (Vyskotová a Macháčková, 2013).

Výhodou komunikace za pomoci haptiky je možnost spojení s více lidmi naráz (Vyskotová a Macháčková, 2013).

Posturikou se označuje komunikace mezi lidmi pomocí postoje, konfigurací těla a polohou (Plevová et al., 2011). Díky umění vnímání posturiky si lze ve skupinovém vztahu všimnout shody mezi komunikujícími (kongurence), nebo naopak jejich nesouladu (inkongruence) (Plevová et al., 2011). Chceme-li dát najevo náš zájem vůči rodiče, natočíme se k ní přední stranou těla a nikoliv bokem (Talács, et al., 2015). Tím dáváme jasně najevo naši vstřícnost a otevřenost vůči její osobě a samozřejmě jejím potřebám. (Takács et al., 2015).

### *1.1.3 Efektivní komunikace*

Efektivní komunikace je ve zdravotnictví považována za nezbytnou součást ošetrovatelské péče (Ptáček et al., 2011). Je dokázáno, že zlepšuje, nebo při nejmenším pozitivně ovlivňuje řadu dějů, jako je výsledek léčby pacienta, spokojenost jak pacienta, tak lékaře, přesnost diagnózy, dodržování léčby a také celkový vztah mezi pacientem a lékařem (Ptáček et al., 2011). Efektivní komunikace s klienty je primární při poskytování kvalitní ošetrovatelské péče u pacientek (Kelnerová a Matějková, 2013). Efektivní komunikaci by nebylo možné použít bez přítomnosti dostatečného množství znalostí a určité etické výbavy, jelikož takový druh komunikace má citový, intelektuální a myšlenkový vliv na ostatní lidi kolem nás (Kutnohorská, 2013). Díky efektivní komunikaci je možné ovlivnit účinnost léčby pacientek, jelikož dobře aplikovaná efektivní komunikace může vést ke snížení jejich depresí a úzkostí (Ptáček et al., 2011). Jak bylo již uvedeno, komunikace je základní klinickou dovedností, bez které se zdravotnictví a spolupráce ve zdravotnictví neobejde (Vévoda et al., 2013). Naštěstí se dá efektivní komunikaci naučit pomocí cílené a systematické přípravy, kdy již získané



komunikační dovednosti využijeme během celého profesního života (Ptáček et al., 2011).

#### *1.1.4 Neefektivní komunikace*

Neefektivní komunikaci chybí důležité složky, jako je například dávání možnosti výběru v určitých situacích nebo vhodné podávání informací (Roztočil, 2017). Pokud pacientkám sdělíme informace nevhodným způsobem, bez rozmyšlení a bez empatie, stává se to neefektivním, jelikož s námi pacientky nebudou komunikovat a spolupracovat tak, jak by bylo v dané situaci žádané (Zacharová et al., 2016).

Neefektivní komunikaci a její negativní dopady je možné vidět i na porodních sálech (Venglářová a Mahrová, 2006). Mezi takové negativní dopady spadá špatná kvalita péče, nedostatečné personální obsazení, špatná koncepce pracovních místností a špatný systém postupování u rodiček (Mgawarede et al., 2019).

Při porodu je zapotřebí ženu vést a říkat jí, jak má v průběhu porodu dýchat, tlačit a soustředit se (Venglářová a Mahrová, 2006). Všechny tyto požadavky na rodičku by se měly podat jasně a stručně, aby jim porozuměla (Venglářová a Mahrová, 2006).

Pokud se budou ženě předkládat mylné a odstrašující informace za účelem zlepšení její spolupráce, nedosáhneme tím ani spolupráce, ani jejího soustředění, ba naopak (Roztočil et al., 2017). Příkladem takové nevhodné komunikace může být věta: „*Když ten monitor nenatočíme, dítě zemře.*“ (Roztočil et al., 2017, s. 192).

Neefektivní komunikaci by se měli zdravotníci vyhýbat a snažit se s pacienty rozmlouvat tak, aby došlo k vzájemnému porozumění a spolupráci (Venglářová a Mahrová, 2006).

#### *1.1.5 Empatie*

Empatie je rozšířený pojem, který pochází z řeckého slova *empathia* a byl používán od dob řeckého filozofa Aristotela, který jej ve svém díle *Poetika* popsal jako sympatii a vcitování se (Ptáček et al., 2011). Empatie je chápána jako postoj či vnitřní zážitek, aktivní proces, jež se postupně utváří a následně rozvíjí ve vztahu dvou a více lidí (Šiffelová, 2010). Je možné jej označovat za proces bytí s druhým člověkem, kdy se snažíme oddálit své vlastní vnímání a potřeby, kdy chceme dosáhnout vnímání okolního světa očima druhého (Šiffelová, 2010). Všeobecnou koncepci empatie vypracoval

americký psycholog a psychoterapeut C. R. Rodgen, který ji popsal jako terapii soustředěnou na člověka, na jeho momentální potřeby. Ptáček et al. (2011) uvádí, že dle slov C. R. Rodgerse je empatie vymezena následovně: *Empatii nebudu nazývat stavem, protože jde spíše o proces. Je to vstupování do světa druhého ... Znamená to dočasně žít životem druhého člověka a vzdát se vlastního hodnocení. Patří sem též vyjadřování vlastních pocitů vztahujících se ke světu druhého a jejich ověřování míněním druhého. Být takovým způsobem druhým, znamená prozatím odložit vlastní názory a hodnoty, odložit své já.* (Ptáček et al., 2017, s. 71).

Empatie je nepostradatelnou schopností zdravotnického personálu v nemocnicích a zdravotnických zařízeních (Kelnerová et al., 2014). Kristová (2004) do lidského přístupu k pacientovi řadí několik základních postupů, jako je vcítění se do duševního stavu pacienta, sounáležitost s pacientem, poznání a pochopení prožívání pacienta, pozitivní naladění bez kladení podmínek a mnohé další. Je-li zdravotnický pracovník schopen ve své praxi využít empatie, vstupuje tak na chvíli do pacientovy subjektivity, což znamená, že se snaží o prožití jeho emocí, myšlenek a nálady a rád by tak došla k pochopení pacienta samotného (Zacharová a Šimáčková-Čížková, 2011). V souvislosti s ošetrovatelskou péčí je známo, že empatie je proces, který vyžaduje potřebnou dávku času a bio – psycho – sociální přístup k pacientovi, kdy se snažíme o empatické chování a naslouchání (Zacharová a Šimáčková-Čížková, 2011). Při prosazování empatického chování se rozlišují dva samostatné fenomény (Ptáček et al., 2011). Jedním je emocionální (afektivní) empatie a druhým kognitivní (poznávací) empatie (Ptáček et al., 2011). Emocionální koncept je považován za tradiční pohled na empatii jakožto afektivní reakci člověka zaměřenou na druhou osobu (Baštecká et al., 2013). Dochází tu k přímému přenosu emocí například pomocí gest a mimiky (Baštecká et al., 2013). Prolínají se tu čtyři tendence, mezi které patří citlivost k prožitkům druhých lidí, emocionální souznění, vcítění se, a nakonec připravenost člověka obětovat se pro druh (Špirudová, 2015). Naproti tomu kognitivní koncept empatie předpokládá, že je člověk schopen zaujmout stanovisko druhého (Baštecká et al., 2013). Tento přístup klade důraz na city druhých a uvědomění si vnitřních stavů, což vede pomáhající osoby k tomu, aby tak pacientům přizpůsobily vlastní chování (Špirudová, 2015). Dojde-li k promísení těchto dvou konceptů, dostáváme se ke kognitivně-emoční funkci empatie, kdy dochází k poznání a pochopení prožívání pacienta (Plevová et al., 2011). To chápeme tak, že na jedné straně je „spoluprožívání“ a na té druhé distancování se od

něho a jasné hodnocení, což lze chápat tak, že „jsme s pacientem“, ale zároveň jsme schopni zůstat sami sebou (Plevová et al., 2011).

## **1.2 Porod**

Porod (*partus*) je definován jako každé ukončení těhotenství, a to narozením živého, nebo mrtvého novorozence (Hájek et al., 2014). Jedná se o děj, kdy dojde k vypuzení plodu z děložní dutiny porodními cestami za pomoci působení porodních sil (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Mezi porodní síly patří kontrakční síly děložního svalu a užití síly břišního lisu (Binder et al., 2015). Kontrakce je mimovolnou silou, kterou rodička není schopna ovlivnit a břišní lis je silou aktivní, jenž závisí na aktivitě a síle rodičky (Binder et al., 2015). Jak již bylo výše zmíněno, v porodnictví se rozlišuje porod mrtvě narozeného novorozence a živě narozeného novorozence (Hájek et al., 2014). Živě narozeným plodem se označuje úplné vypuzení nebo vynětí plodu z těla matky bez ohledu na délku trvání těhotenství, pokud plod po narození projevuje nejméně jednu ze známek života (Hájek, et al., 2014). Za známky života u novorozence se označuje dýchání, srdeční akce, pulzace pupečnicku nebo prokazatelný pohyb plodu (Klíma et al., 2016). Dalším pojmem je mrtvě narozený plod. Tím se myslí plod, který se narodí bez známek života, jehož hmotnost dosáhla 500 g a více (Hájek et al., 2014). Pokud není možnost určit porodní hmotnost, pak je to definováno narozením po 22. dokončeném týdnu těhotenství a nejde-li určit délka těhotenství, potom musí být nejméně 25 cm dlouhý (Hájek et al., 2014). Hudáková, Kopáčiková (2017) uvádí, že existuje několik typů porodů, které se rozdělují podle jasně daných kritérií. Patří sem předčasný porod (*partus praematurus*), včasný porod/v termínu (*partus maturus*) a opožděný porod (*partus serotinus*).

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje předčasný porod jako těhotenství ukončené v období kratším než ukončený 37. týden gestačního stáří, což je méně jak 259 dní od prvního dne poslední menstruace (Roztočil et al., 2017). Od toho se odvíjí další kritéria pro porod nezralého plodu s hraniční hmotností 2500 g včetně (Hájek et al., 2014). Předčasný porod je rozdělen na hrozící předčasný porod (*partus praematurus imminens*) a počínající předčasný porod (*partus praematurus incipiens*) (Slezáková et al., 2017).

O včasném porodu mluvíme od 38. do 40. + 6 týdnů těhotenství včetně (Hájek et al., 2014). K opožděnému porodu dochází v období

po ukončení 40. – 42. týdne těhotenství (Hudáková a Kopáčková, 2017). V dnešní době se však kvůli vzestupu komplikací opožděný porod nepřipouští, a proto se 42. týden těhotenství nepřekračuje (Hájek et al., 2014).

### *1.2.1 První doba porodní*

Gregora a Velemínský (2013) definují první dobu porodní jako pravidelné děložní stahy, které trvají určité časové intervaly, jež mají za následek otevírání děložního hrdla. První doba porodní je zahájena příjmem na porodní sál (Gregora, Velemínský ml., 2013). Roztočil (2017) uvádí, že příjem na porodní sál vede lékař, který zhodnotí stav rodičky. Příjem dále pokračuje za spolupráce lékaře, porodní asistentky, rodičky a případně jejího doprovodu, kdy se nashromáždí anamnestická data, natočí se CTG záznam, udělá se celkové a vaginální vyšetření, které určí, jak se bude postupovat dále.

V případě, že se nejedná pouze o tak zvané poslíčky, ale o kontrakce, které mají za následek otevírání hrdla, podá se předporodní příprava, která spočívá v podání očistného klyzmatu, sprchy a případného oholení kvůli možné epiziotomii (Hanáková, 2017). Všechny tyto úkony se provádí po předchozí domluvě s rodičkou, a také pokud jejich výkon povoluje nález na děložní brance (Hanáková, 2017).

První doba porodní je nazývána dobou „otevírací“, která je započata pravidelnými kontrakcemi, díky kterým se mění nález na porodních cestách a končí naprostým otevřením děložní branky (Slezáková et al., 2017).

Při otevírání děložního hrdla dochází k odtoku hlenové zátky, která může obsahovat příměs krve (Gregora a Velemínský ml., 2013).. Tento stav je naprosto fyziologický a není se čeho obávat (Gregora a Velemínský ml., 2013).

Děložní stahy přicházejí nejdříve po půl hodině až 20 minutách a délka trvání je obvykle kolem 15–20 sekund (Gregora a Velemínský ml., 2013). V průběhu první doby porodní se délka trvání kontrakcí protahuje mnohdy až na 45 sekund (Gregora a Velemínský ml., 2013). Prodlevy mezi jednotlivými kontrakcemi se mění v průběhu první doby porodní a to tak, že se postupně zkracují (Trča, 2009). Z půl hodinové prodlevy se dostanou na 3 minuty a méně (Trča, 2009). Určit však průměrnou délku trvání první doby porodní je těžké ze dvou důvodů (Gregora a Velemínský ml., 2013). Zprvč proto, že jsou v dnešní době prodloužené porody (12 hodin a více) ukončovány časně, aniž by se počkalo na spontánní zánik branky, a zadruhé proto, že velká část

prodloužených porodů je vedena medikamentózně (Gregora a Velemínský ml., 2013). Délka trvání první doby porodní je také ovlivněná tím, jestli žena rodila či nikoliv (Gregora a Velemínský ml., 2013). U prvorodiček je délka této doby obvykle 8–10 hodin a je o 3–4 hodiny delší než u rodiček, které mají již první porod za sebou (Gregora a Velemínský ml., 2017).

První doba porodní je rozdělována do tří fází (Hudáková, Kopáčiková, 2017). Latentní fáze je považována za jakési přípravné období, které se projevuje pomalým nástupem děložní činnosti, což může být pro ženu značně nepříjemné a obtěžující (Slezáková et al., 2017). To však nemusí znamenat kontrakce značící porod, ale poslíčky, které mohou trvat řadu hodin nebo mohou zcela ustát, ale nález na děložním hrdle zůstává nezměněný (Slezáková et al., 2017). Postupně přechází děložní stahy na pravidelné kontrakce, které se opakují po 5 minutách (Hudáková, Kopáčiková, 2017). Tím latentní fáze přechází do fáze aktivní (Hudáková a Kopáčiková, 2017).

V aktivní fázi dochází ke zvýšení kontrakční aktivity, kdy se kontrakce opakují po 3 minutách a nabírají na intenzitě (Takács et al., 2015). Dochází tak k dilataci děložní branky na 4–7 cm (Hudáková a Kopáčiková, 2017).

Poslední fází v první době porodní, jež je popisována, je fáze tranzitorní (Takács et al., 2015). Při této fázi dochází k prodloužení intervalu mezi kontrakcemi a také ke zpomalení progresu nálezu na brance děložní (Takács et al., 2015). V této fázi dochází k dilataci hrdla děložního na 8–10 cm (Hudáková a Kopáčiková, 2017).

V případě, že rodiče nastoupily pravidelné kontrakce a vnitřní vyšetření ukazuje na otevírání hrdla, navrhne se rodiče předporodní příprava (Gregora a Velemínský ml., 2017). Ta zahrnuje, jak bylo již řečeno, podání očistného klyzma, jehož podání závisí na rozhodnutí rodičky (Gregora a Velemínský ml., 2017). Hanáková (2013) uvádí, že podání očistného klyzma, tedy vpravení teplé vody gumovou hadičkou do konečníku, má své pro i proti. Mezi výhody podání klyzmatu Hanáková (2013) řadí dráždění dělohy k silnějším kontrakcím, a také lepší pocit rodiček v samotném závěru porodu. Celá tato příprava napomáhá uvolnění rodičky a dobrému postupu celého porodu (Gregora a Velemínský ml., 2017).

V první době porodní se klade veliký důraz na přání matky, případně jejího doprovodu (Roztočil et al., 2017). Zde je důležitá soudržnost a jednotnost páru při rozhodování

(Thies-Lagergren a Johansson., 2019). Je zapotřebí ženě naslouchat, vnímat její potřeby a obavy, a vhodnou reakcí si tak získat její důvěru, která je při porodu nezbytná (Roztočil et al., 2017). Důležitou součástí je také edukace jak rodičky, tak její doprovodné osoby porodní asistentkou (Slezáková et al., 2017). Jedná se o edukaci v oblasti provozu porodního sálu a doby, kterou tam rodička stráví (Slezáková et al., 2017). Do této edukace spadá nastínění průběhu porodu, ve které fázi se rodička nachází a které fáze ji ještě čekají, ale také zvládání a tlumení bolesti (Čermáková, 2017). Podrobnější edukaci je rodička podrobena na předporodních kurzech, kterých by se měl účastnit i její doprovod, kde se dozví, jak při porodu dýchat, jak tlačit, jaké jsou možné úlevové polohy a mnohé další (Dušová et al., 2019). Ze zkušeností vyplývá, že rodičky, které se účastnily předporodních kurzů, spolupracují lépe než rodičky, které jsou poprvé edukovány až na porodním sále (Hanáková et al., 2017).

Je několik faktorů, na které je potřeba se zaměřit a sledovat je (Hájek et al., 2014). Těmito faktory jsou děložní kontrakce, bolest rodičky, srdeční ozvy plodu, progresse nálezu na děložním hrdle, odtok plodové vody, somatický stav rodičky a psychický stav rodičky (Hájek et al., 2014).

U děložních kontrakcí je nutno zhodnotit jejich intenzitu, frekvenci, délku trvání kontrakcí, ale i délku mezikontrakčního období (Slezáková et al., 2017). Dále je potřeba hodnotit a korigovat sílu kontrakcí v tom smyslu, že pokud jsou kontrakce slabé, lékař indikuje 2 m. j. oxytocinu. (Slezáková et al., 2017).

Bolest rodičky k porodu neodmyslitelně patří (Takács et al., 2015). V dnešní době je však mnoho možností, jak bolest tlumit, ať už farmakologicky či pomocí nefarmakologických metod, jako jsou například úlevové polohy (Takács et al., 2015). Bolest je monitorována v souvislosti s kontrakcemi, kdy rodičce nabídneme možnosti jejího tlumení (Slezáková et al., 2017).

Mezi další důležitý bod, které porodní asistentka během první doby porodní sleduje, patří kontrola srdečních ozev (ASP) (Roztočil et al., 2017). Pokud situace, jako například rizikové či patologické těhotenství, nevyžaduje kontinuální monitoraci ozev plodu, používá se intermitentní monitoring, což znamená, že se natočí kardiografický záznam trvající 20 minut, který se opakuje každé 2-3 hodiny v případě pravidelných kontrakcí (Roztočil et al., 2017).

Progresivní nález na hrdle kontrolujeme pravidelně pomocí vaginálního bimanuálního vyšetření a po každém vyšetření zapisujeme do dokumentace (Slezáková et al., 2017). Pokud stále nedochází k spontánnímu odtoku plodové vody v období před porodem nebo při nálezu 2-4 cm, volí se možnost dirupce (protržení) vaku blan, při čemž kontrolujeme barvu, množství a kvalitu plodové vody (Roztočil et al., 2017).

Nezbytně nutná je také kontrola somatického stavu rodičky. V první době porodní, stejně jako při příjmu a čtvrté době porodní, kontrolujeme vitální funkce, tedy tlak, pulz a teplotu (Slezáková et al., 2017). Pokud jsou u rodičky projevy nauzey nebo zvracení, zaměřujeme se i na to, spolu s tím se soustředíme i na močení v průběhu první doby porodní (Slezáková et al., 2017).

### *1.2.2 Druhá doba porodní*

Druhá doba porodní začíná při zániku branky a končí vypuzením plodu, proto je nazývána dobou „vypuzovací“ (Takács et al., 2015).

Délka trvání této doby je okolo 5–20 minut, a i v tomto případě je průběh rychlejší u multipar než u prvorodiček (Takács et al., 2015). V průběhu této doby jsou děložní kontrakce každé 2–3 minuty a jejich délka se udává v rozmezí 60–90 sekund (Slezáková et al., 2017). V tomto období rodička cítí potřebu zapojit porodní sílu v podobě břišního lisu, jelikož má pocit na tlačení, což je následek tlaku sestupující hlavičky, která tlačí na nervové pleteně v oblasti pánevního dna (Slezáková et al., 2017). Jelikož jsou v tuto chvíli porodní cesty otevřené a připravené k porodu, hlavička plodu tak sestupuje k zevním rodidlům, tudíž dochází tedy k nucení na tlačení (Gregora a Velemínský ml., 2013). Nesmí se zapomínat, že v každém mezikontrakčním období jsou kontrolovány srdeční ozvy kardiokografem (CTG) (Gregora a Velemínský ml., 2013). Samotné vedení druhé porodní doby probíhá následovně. Rodička zapojuje břišní lis, pokud je již zašlá děložní branka, odtekla plodová voda, hlavička je dorotovaná a šev šípový je v přímém průměru (Roztočil et al., 2017). Břišní lis se zapojuje pouze při kontrakcích, kdy se rodička zhluboka nadechne, chytí se pod kolena, přitlačí hlavu na prsa, zavře oči a tlačí jako při stolici, a to s minimálními přestávkami na předechnutí. V mezikontrakčním období rodička dýchá klidně, pomalu a pravidelně, probíhá tu snaha o „relaxaci“ (Roztočil et al., 2017). Díky správnému zapojení břišního lisu a bránice je ze strany rodičky napomáháno progresi hlavičky, která směřuje k poševnímu vchodu, kam se neustále tlačí a napíná tak perineum, čímž se od sebe oddalují velké stydké

pysky (Slezáková et al., 2017). Tím se hlavička začíná prořezávat a přechází se tak k jejímu porodu (Slezáková et al., 2017).

Při porodu hlavičky je nezbytné chránění hráze po celou dobu, aby se tak předešlo většímu porodnímu poranění jako je ruptura hráze, análního svěrače, vnitřní poranění nebo v nejhorším případě i ruptura střeva (Roztočil et al., 2017). Chránění hráze probíhá přiložením jedné ruky na hráz, kdy vynakládáme adekvátní tlak a druhou rukou přidržíme hlavičku, čímž zabráníme jejímu překotnému prořezání (Slezáková et al., 2013). Za kontrakce se snažíme přetáhnout hráz přes čelní hrbol hlavičky, který se právě prořezává (Roztočil et al., 2017). Kdyby v tomto případě hrozila ruptura hráze, musí se provést nástřih hráze neboli epiziotomie (Roztočil et al., 2017).

Epiziotomie se rozlišuje na více druhů. Každá z těchto epiziotomií má přesně dáno, odkud a jakým směrem bude vedena (Hájek et al., 2014). Nástřih hráze se provádí v době, kdy se rodička soustředí na intenzivní tlačení a hráz je velmi napnutá, tudíž tento zásah do porodu žena většinou nevnímá (Gregora a Velemínský ml., 2013).

V další fázi následuje porod ramének a dokončení porodu celého plodu je potom již velmi rychlé (Gregora a Velemínský ml., 2013). Nejdříve se po lehké rotaci hlavičky směrem pod symfýzou porodí přední raménko, a to až po hypomochlion, kde se hrudník dítěte otočí směrem nahoru, a tudíž se nad hrází porodí raménko druhé (Roztočil et al., 2017). Nesmíme zapomínat chránit hráz i při porodu ramének (Roztočil et al., 2017).

V případě fyziologického porodu počkáme na dotepání pupečníku, až poté se přestřihne (nabízíme otci dítěte možnost přestřihnoutí pupeční šňůry) a dítě je buď ošetřeno dětskou sestrou, a poté přiloženo na kůži matky, nebo může být ošetřeno přímo na ní (Gregora a Velemínský ml., 2013). Po přiložení dítěte na matčinu kůži dochází k prvnímu přisátí, a tím tak k rozvoji vztahu matky a dítěte (Roztočil et al., 2017). Provádí se tím tzv. bonding (Roztočil et al., 2017). Délka trvání druhé doby porodní bývá kolem třiceti minut, ale i jedna hodina se považuje za fyziologickou (Gregora, Velemínský ml., 2013).



### *1.2.3 Třetí doba porodní*

Třetí doba porodní začíná porodem plodu a je zakončena porodem placenty a plodových blan (Gragora a Velemínský ml., 2015). Délka třetí doby porodní by neměla přesáhnout 30 minut, pokud rodička nekrvácí. (Roztočil et al., 2017) Obvyklá délka trvání je však okolo 10 minut (Gragora a Velemínský ml., 2013). Tento časový interval je udáván zapředpokladu aktivního vedení třetí doby porodní, což znamená podání oxytocinu či methylergometrinu i. v. za účelem stahování dělohy, tudíž zabránění nadměrným krevním ztrátám a urychlení odloučení placenty (Slezáková et al., 2017). To, jestli je placenta odloučená od stěny děložní, zjistí lékař či porodní asistentka podle určitých znamení (Gragora a Velemínský ml., 2013). Tato znamení jsou celkem čtyři. Schröderovo znamení, Küssnerovo znamení, Ahlfeldovo znamení a Strassmannovo znamení (Roztočil et al., 2017). Každé z nich popisuje jiný způsob zjištění odlučování placenty od stěny děložní (Roztočil et al., 2017).

Poté, co se placenta přirozeně porodí při kontrakci, musí porodník zkontrolovat délku a celkový stav pupečnicku, úpony pupečnicku směřující do placenty, plodové blány, aby žádná z nich nezůstala v děloze, obě strany placenty, jak fetální, tak mateřskou, velikost, tvar a celistvost placenty, jestli má všechny kotyledony (Slezáková et al., 2017).

Při ošetření se vyhledá a následně zreviduje porodní poranění, což může být poranění na hrázi, jako je epiziotomie nebo v horším případě ruptura, dále poranění v pochvě i na čípku (Roztočil et al., 2017). Také se musí zkontrolovat krvácení, jelikož by krevní ztráta neměla přesáhnout 300 ml, odběr pupečnickové krve pro laboratorní vyšetření, očištění a dezinfekce zevních rodidel, kontrola vitálních funkcí (tlak, pulz), zavodnění rodičky, přiložení dítěte (dětská sestra) a ponechání rodičky na porodním boxe 2 hodiny po porodu (Roztočil et al., 2017).

### *1.2.4 Čtvrtá doba porodní*

Čtvrtou dobou porodní neboli poporodním obdobím nazýváme časový interval od porození placenty po opuštění porodního sálu, a to 2 hodiny (Slezáková et al., 2017). Během této doby se dokončuje děložní retrakce a žena je v tuto chvíli nejvíce ohrožena poporodním krvácením, které je časté (Slezáková et al., 2017). Po tuto dobu je rodička sledována porodními asistentkami, které kontrolují stav krvácení, zavínování dělohy,

celkový stav rodičky a měří její vitální funkce (Gregora a Velemínský, 2013). Všechny zjištěné informace či případné komplikace porodní asistentka zaznamenává do dokumentace (Slezáková et al., 2017).

### ***1.3 Doprovod při porodu***

V případě doprovodu při porodu se jedná zejména o psychickou podporu a navození pocitu bezpečí, který je pro rodičku v tak náročné fyzické a psychické situaci žádoucí (Roztočil et al., 2017). Doprovázející osobou během těhotenství a porodu je v první řadě porodní asistentka (Bašková, 2015). Pro porodní asistentky je důležité aktuální hodnocení rodičky, ke kterému využívají zkušenosti z předešlých porodů (Ederer et al., 2019). Nejčastější doprovodnou osobou při porodu bývá otec dítěte (Bašková, 2015). Některé ženy volí jako alternativu k porodu dula, jež má být psychickou podporu při porodu (Slezáková et al., 2017). Dula je jakousi alternativou doprovodné osoby, pokud si žena nepřeje přítomnost partnera či jiné blízké osoby při porodu, ale nechce být v tak důležitou a emocionální chvíli sama (Beran, 2010). Další možností doprovodu při porodu může být také blízká přítelkyně, maminka nebo sestra (Behinová, 2012). V dnešní době existuje mnoho možností, koho si k porodu vzít (Behinová, 2012). Existují také rodičky, které si přejí zvládnout porod samy bez přítomnosti jakékoliv doprovodné osoby, a takové přání je třeba tolerovat (Gregora a Velemínský ml., 2013). Z experimentální studie vyšlo, že ženy, které neměly podporu blízké osoby v období těhotenství a za porodu, vykazovaly řadu komplikací (Ayers a de Visser, 2015).

Dobrý a nekomplikovaný průběh porodu závisí také na spolupráci rodičky, celého porodnického týmu a popřípadě i doprovodné osoby, nejčastěji partnera (Procházková a Myšáková, 2006). Tato spolupráce vychází z předchozí přípravy rodičky na porod formou absolvování například těhotenských kurzů, které jsou většinou vedeny zkušenými porodními asistentkami (Procházková a Myšáková, 2006). V předporodních kurzech se doprovodným osobám dostane patřičného školení (Hanáková, 2015). Absolvování takových kurzů se považuje za velmi užitečnou psychoprophylaxi (Procházková a Myšáková, 2006).

### *1.3.1 Otec u porodu*

Porod je pro každou rodičku jedinečnou událostí a je zcela na ní, jestli si v takové chvíli bude přát partnera či jinou doprovodnou osobu po svém boku (Gregora a Velemínský ml., 2013). Jsou ženy, které vnímají partnera u porodu kladně, berou ho jako psychickou podporu a jsou rády za jeho blízkost (Trča, 2009). Naproti tomu existují typy žen, které nechtějí být v tak intimní chvíli, jako je porod, partnerem viděny (Gregora a Velemínský ml., 2013).

Spolupráce matky a otce při porodu je velmi důležitá, přirozená pomoc otce porod velice usnadňuje (Roztočil et al., 2017). V tomto případě se jedná zejména o podporu v oblasti psychiky, kdy partner vytváří pocit bezpečí, který je v tomto období pro rodičku stěžejní (Roztočil et al., 2017). Velmi důležitá je také úzká spolupráce mezi porodní asistentkou a partnerem rodičky (Tuschy et al., 2012). Závisí na dobré komunikaci a schopnosti partnera akceptovat potřebná opatření pro hladký průběh porodu (Tuschy et al., 2012). Díky absolvování předporodních kurzů, které vede zkušená porodní asistentka, může být přítomnost partnera při porodu opravdovou pomocí (Trča, 2009).

V současné době dosahuje přítomnost otců při porodu vysokých čísel, a to v řádu 90 % (Bašková, 2015). Je však nutné mít na paměti, že společný porod by měl být oboustranným přáním, aby ani jedna strana nebyla do společného porodu nucena (Slezáková et al., 2017). Proto je zapotřebí tuto otázku v klidu prodiskutovat včas před porodem (Gregora a Velemínský ml., 2013). Tak, jak nemůže být otec dítěte nucen být přítomen v průběhu porodu, tak by ani žena neměla být nucena snášet partnerovu přítomnost, pokud si to sama nepřeje (Gregora a Velemínský ml., 2013). Pokud jsou tedy obě dvě strany přesvědčeny, že chtějí prožít společný porod, odrazí se to na kvalitě průběhu a vnímání celého porodu (Bašková, 2015). Otec dítěte, který je chtěný u porodu, poskytuje rodičce výjimečnou oporu, kterou nemůže personál nemocnice ničím nahradit (Slezáková et al., 2017). Přítomnost partnera či manžela u porodu s sebou nese klady i zápory (Procházková a Myšáková, 2006). Neodmyslitelným plusem je kladné působení doprovodu na rodičku a její psychiku, kdy je rodička díky partnerově podpoře ve větším duševním klidu (Procházková a Myšáková, 2006). V případě, že se otec dítěte zúčastnil před porodem předporodního kurzu, může tak rodičce pomoci s vyrovnáním se s nově vzniklou situací, jako je porod, což je

považováno za další kladný přínos přítomnosti otce u porodu (Roztočil et al., 2017). Podle Gregory a Velemínského ml. (2013) s sebou přináší přítomnost otců u porodu ale i zápory. Jedním z nich může být slabší povaha mužů, kteří nezvládnou danou situaci a omdlívají nebo negativní dopad na sexuální vztah obou partnerů v důsledku nepříjemných zkušeností s porodem. V souhrnu je ale přítomnost otce u porodu vnímána kladně a vede ke zlepšení partnerských vztahů, vzájemnému porozumění a silnějšímu poutu mezi otcem a dítětem. (Roztočil et al., 2017).

### *1.3.2 Dula při porodu*

Dula může být profesionální doprovodnou osobou žen nejen při porodu, ale i v období těhotenství a následném raném šestinedělí (Roztočil et al., 2017). Řadí se k nejčastějším doprovodným osobám při porodu hned po otcích dětí (Bašková, 2015). Rodičky dula k porodu volí často v případě, že si nepřejí přítomnost partnera u porodu, ale nechtějí být na porodním sále samy (Šmolka, 2011). Jedná se o speciálně vyškolenou ženu, jež však nemá žádné kompetence pro vykonávání zdravotnických služeb (Slezáková et al., 2017). Kompetence nezískává ani po absolvování určitého školení, a proto nemá právo nahrazovat služby porodních asistentek a lékařů (Hanáková et al., 2017). Spolupracuje však s lékařským a ošetrovatelským týmem a také s rodinou rodičky (Richter a Schafer, 2007). Může se ale podílet na přípravě porodního plánu (Hanáková et al., 2017). Roztočil (2017) říká, že by dula, kromě absolvování odborného vzdělání, měla vykazovat i jisté známky specifických vlastností, jako je například empatie a porozumění. Dula poskytuje ženě zejména psychickou a v určité míře i fyzickou podporu. Do takové fyzické podpory patří například úlevové polohy a používání vonných olejů pro uvolnění. (Bašková, 2015). Mezi další způsoby pomoci patří podpora při začátcích kojení v šestinedělí a také předání zkušeností v péči o dítě (Richter a Schafer, 2007). V případě, že je u porodu přítomný i otec dítěte, nevěnuje dula pozornost pouze rodičce, ale právě i partnerovi (Bašková, 2015). Ještě před narozením dítěte se dula snaží navázat bližší kontakt s partnerem a rodičkou, aby získala jejich důvěru (Roztočil et al., 2017). Rodička si služby duly hradí sama (Hanáková et al., 2017). Pokud se jedná o kompletní služby, rodičky platí řádově tisíce korun. Za konzultaci, jež trvá kolem hodiny, rodička platí od 300 do 500 korun (Roztočil et al., 2017). Tyto částky si dula, po obdržení licence, určuje sama (Kelnerová a Matějková, 2010). Dula je tedy vyškolenou osobou, jež se stará o psychickou a fyzickou podporu rodičky před, během a po porodu dítěte (Roztočil et

al., 2017). Je na rozhodnutí rodičky či jejího partnera, jak moc a často bude rodička využívat pomoci doly, se kterou navázala kontakt a třeba i bližší pouto (Roztočil et al., 2017).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1: Zjistit, jakým způsobem a v jaké míře komunikuje porodní asistentka s doprovodem při porodu.

Cíl 2: Zjistit, v jaké míře jsou porodní asistentky spokojeny s komunikací s doprovodnou osobou při porodu.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Otázka č. 1: Jaké jsou názory doprovodu při porodu na komunikaci s porodní asistentkou?

Otázka č. 2: Jak porodní asistentky vnímají komunikaci s doprovodnou osobou při porodu?

### **2.3 Operacionalizace pojmů**

*Porodní asistentka* je podle Ministerstva zdravotnictví České republiky (2014) osobou, která úspěšně ukončila vzdělávací program uznávaný v dané zemi. Je uznávaná jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník, který pracuje v partnerství se ženami, aby poskytl péči jim a novorozencům.

*Komunikace* je označována jako prostředek, který napomáhá jedinci se začleněním do společnosti (Kelnerová a Matějková, 2014). Ve zdravotnictví se komunikace považuje za prioritu (Kelnerová a Matějková, 2014). Zjednodušeně řečeno, komunikace je projevem psychiky (Janoušek, 2010).

*Spokojenost* je komplexní fenomén, který je považován za synonymum slova štěstí či blaha (Zemanová a Dolejš, 2015). Podle Vévody et al. (2013) je možné spokojenost chápat jako výsledek určitého chování, kdy dochází k posouzení činnosti jedince ve vztahu k jeho hodnotám a dosaženým cílům.

*Doprovod* představuje osobu, která doprovází rodičku na porodní sál a je řádně seznámena s chodem oddělení. Může se jednat o manžela či partnera, ale i jinou blízkou osobu, kterou může být například dula (Vondráček a Wirthová, 2008).

*Porod* (partus) je charakterizován jako děj, při kterém dochází k vypuzení plodu z dutiny děložní za pomoci porodních sil (Hudáková a Kopáčiková, 2017).

*Vnímání* je podle Pavlovského (2012) důležitou kognitivní schopností. Carl Ransom Rodgers říká, že: *Vnímání je to, co vstupuje (vtírá se) do vědomí, když z venku působí nějaký podnět (hlavně světlo nebo zvuk)* (Nykl, 2012, s. 162).

## 3 Metodika

### 3.1 Metodika a technika výzkumu

Pro výzkumnou část bakalářské práce byla zvolena kvalitativní metoda. Sběr dat byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které byly prováděny pomocí předem připravených, otevřených otázek. Rozhovory, které sloužily ke sběru dat, se skládaly z 6 otázek a několika doplňujících podotázek. V případě potřeby, kdy informanti nerozuměli otázce, byly položeny další doplňující dotazy. Rozhovory probíhaly s porodními asistentkami v klidném prostředí, kde nebyly ničím rušeny. Dále byly rozhovory vedeny s doprovázejícími osobami, jež se účastnily alespoň jednoho či více porodů. Ty probíhaly v jejich rodinném prostředí. Kritériem pro zvolení výzkumného souboru bylo provedení polostrukturovaných rozhovorů s porodními asistentkami, které měly alespoň roční praxi na porodním sále a druhým kritériem bylo provedení rozhovorů s doprovázející osobou, v tomto případě s manželi či partnery, kteří se účastnili minimálně jednoho porodu. Získaná data byla zpracována pomocí otevřeného kódování, konkrétně metodou „papír a tužka“ (Švaříček et. al, 2014).

Rozhovory byly uskutečněny po předchozí domluvě s informanty a informantkami, kdy jim bylo vysvětleno téma a účel bakalářské práce a zajištěno anonymní využití podaných informací. Na tomto základě podepsali písemný souhlas. Sběr dat probíhal v dubnu roku 2019.

Pro zachování anonymity byli informanti označeni zkratkami. Doprovázející osoby byly označeny jako D1, D2, D3, D4, D5 a D6. Vybrané porodní asistentky byly označeny pod zkratkou PA1, PA2, PA3, PA4, PA5, PA6. Jejich jednotlivé odpovědi byly seřazeny do dvou hlavních kategorií a podkategorií. V podkategoriích jsou zahrnuty odpovědi informantek a informantů, a to i pomocí přímých citací, které jsou označeny kurzivou.



### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumné sobory byly celkem dva. Jeden výzkumný soubor byl tvořen porodními asistentkami, jež měly praxi na porodním sále alespoň jeden rok a účastnily se několika porodů (Tabulka 1). Druhým výzkumným souborem byly doprovázející osoby, v tomto případě partneři nebo manželé, kteří se účastnili alespoň jednoho porodu, konkrétně celého porodního děje (Tabulka 2).

## 4 Výsledky výzkumu

### 4.1 Identifikační údaje informantů

Tabulka 1- Identifikace porodních asistentek

	Věk	Vzdělání	Délka praxe na porodním sále
PA1	24	Vysokoškolské vzdělání	3 roky
PA2	28	Vysokoškolské vzdělání	5 let
PA3	30	Vysokoškolské vzdělání	8 let
PA4	35	Vyšší odborné vzdělání	10 let
PA5	54	Středoškolské vzdělání s maturitou	34 let
PA6	56	Středoškolské vzdělání s maturitou	37 let

Zdroj: Vlastní

První výzkumný soubor byl tvořen šesti porodními asistentkami, které s účastí na výzkumu souhlasily a byly předem informovány o průběhu výzkumného šetření a účelu daného šetření. Výzkum probíhal v roce 2019 v měsíci dubnu v prostorách zdravotnického zařízení. Podmínkou pro zúčastnění se výzkumného šetření, byla minimálně roční praxe na porodním sále a přítomnost u porodů. Věk porodních asistentek se pohyboval v rozmezí 24–56 let.

PA1 je 24 let a má vysokoškolské vzdělání. Získala titul Bc. Její délka praxe na porodním sále jsou 3 roky.

PA2 je 28 let. Dosáhla vysokoškolského vzdělání, které ukončila titulem Bc. Na porodním sále pracuje pátým rokem.

PA3 je 30 let a má vysokoškolské vzdělání, získala titul Mgr. Kromě porodního sálu, pracuje jako porodní asistentka v gynekologické ambulanci.

PA4 je 35 let a má vyšší odborné vzdělání a získala titul Dis. Na porodním sále pracuje již 10 let.

PA5 je 54 let a má vystudovanou střední zdravotnickou školu s maturitou. Na porodním sále pracuje od svých 20 let, má tedy praxi v oboru již 34 let.

PA6 je 56 let a má vystudovanou střední zdravotnickou školu s maturitou. Délka její praxe na porodním sále je 37 let.

Tabulka 2 – Identifikace doprovodných osob při porodu

	Pohlaví	Vztah k rodiče	Věk	Vzdělání	Počet absolvovaných porodů
D1	Muž	Partner	28	Vysoká škola	1
D2	Muž	Manžel	32	Vysoká škola	2
D3	Muž	Manžel	34	Střední odborné učiliště	1
D4	Muž	Manžel	36	Vysoká škola	2
D5	Muž	Manžel	42	Střední škola s maturitou	1
D6	Muž	Manžel	51	Střední odborné učiliště	4

Zdroj: Vlastní

Druhý výzkumný soubor byl tvořen doprovodnými osobami, které se účastnily celého porodního děje. V tomto případě se jednalo o partnery či manžely. Výzkum byl

prováděn v roce 2019 v měsíci dubnu a to po předchozím písemném souhlasu všech zúčastněných. Rozhovory probíhaly v rodinném prostředí doprovodných osob a často i za přítomnosti rodiček. Věk doprovodných osob byl od 28 do 51 let

D1 je muž, 28 let. Vystudoval vysokou školu. S partnerkou má jedno dítě a to dceru, u jejíhož porodu byl přítomen.

D2 je muž, 32 let. Vystudoval vysokou školu. S manželkou má dvě dcery, byl přítomen u obou porodů.

D3 je muž, 34 let. S manželkou má 2 děti, konkrétně dcery. Byl přítomen u porodu první dcery, u druhé to bohužel nestihl. Vystudoval střední odborné učiliště.

D4 je muž, 36 let. S manželkou vychovává 2 syny, u jejichž porodů byl přítomen. Vystudoval Vysoké učení technické v Brně.

D5 je muž, D6 je muž 42 let. Žije s manželkou a svým jediným synem. Byl přítomen u porodu. Dosáhl středoškolského vzdělání s maturitou.

D6 je muž, 51 let. Vystudoval Střední odborné učiliště v Brně. Má celkem 4 syny a byl u porodu každého z nich.

#### ***4.2 Kategorizace dat***

Na základě výzkumného šetření a zanalyzování získaných dat byly určeny 2 hlavní kategorie a následně jejich podkategorie.

První kategorizace dat popisuje výsledky výzkumného šetření, které byly získané od doprovodných osob, které se účastnily porodu. První hlavní kategorií je Komunikace, která obsahuje celkem 2 podkategorie – Komunikace v první době porodní a Komunikace v druhé době porodní. Druhou hlavní kategorií je Porod, který obsahuje 3 podkategorie – Předchozí porody, Příprava na porod a Péče porodních asistentek.

#### **Kategorie 1 Komunikace**

Kategorie Komunikace obsahuje 2 podkategorie, které se skládají z Komunikace v první době porodní a Komunikace v druhé době porodní.

### ***Podkategorie 1 Komunikace v první době porodní***

Tato podkategorie popisuje, jakým způsobem probíhala komunikace mezi informanty a porodními asistentkami v první době porodní, a to od příjmu na porodní sál až po samotný porod.

Všechny doprovodné osoby (D1, D2, D3, D4, D5, D6) byly přítomny u porodu již od samého začátku, tedy od příjmu rodičky na porodní sál. Většina doprovodných osob (D1, D2, D3, D4, D6) hodnotí komunikaci s porodními asistentkami v první době porodní velmi pozitivně. Míra podaných informací byla dle jejich názoru dostačující a v případě, že jim nebyly některé informace sděleny při příjmu, porodní asistentky ochotně zodpověděly doplňující otázky. Na co se doprovodné osoby (D1, D3 a D4) zaměřily bylo, jakým tónem s nimi porodní asistentky komunikují. D1 uvedl: *„Porodní asistentka, kterou jsme s partnerkou měli u porodu, byla velmi empatická a působila klidným dojmem. Co mě na ni velmi těšilo, byl klidný tón, kterým s námi mluvila. Vzhledem k tomu, že se jednalo o můj první porod, byl jsem značně nervózní, ale díky tomu, že naše porodní asistentka mluvila tak klidně a v celku tise, jsem se cítil o něco lépe, protože jsem měl pocit, že nám tím dává najevo, že je vše v pořádku a zatím věci běží, tak jak mají. Při samotném porodu už to zase bylo něco jiného, tam bylo zapotřebí hlas zvýšit, ale i tak to hodnotím velmi pozitivně.“* Doprovodné osoby D3 a D4 také velmi ocenily vyrovnaný tón, kterým k nim porodní asistentky po celou dobu první doby porodní mluvily. D4 řekl: *„Byl jsem velmi rád, že porodní asistentka nemluvila jenom k manželce, ale promlouvala i ke mně a ten tón, kterým mi říkala, co nás v následujících chvílích čeká, jak se mám chovat, jak můžu manželce pomoci a tak dále, tím mi dodala neskutečnou odvahu a taky motivaci. V tu chvíli jsem byl za tento přístup a hlavně způsob, jakým se mnou mluvila, velmi vděčný.“* D5 měl oproti ostatním doprovodným osobám negativní zkušenosti v oblasti komunikace s porodní asistentkou. Dle jeho slov byla míra komunikace nedostatečná, bez využití potřebné empatie, kterou si životní událost, jako je porod, rozhodně žádá. D5 o komunikaci v první době porodní uvedl: *„S manželkou jsme se na společně prožitý porod našeho syna těšili. Abych věděl, jak se mám po celou dobu na porodním sále chovat, tak jsem s manželkou absolvoval předporodní kurz. Bohužel po příchodu na sál se mi to všechno vykourilo z hlavy, protože jsem byl nervózní. Čekal bych, že nám při příjmu porodní asistentka řekne, jak to teď bude probíhat, co mou manželku čeká a tak dále, toho se nám ale nedostalo. Když jsme byli na boxe a manželka procházela první dobou porodní, tak jsem nevěděl, jak ji*

*pomocť, když jsem se zeptal porodní asistentky, co mám dělat, tak mi řekla, že jsem měl chodit na předporodní kurzy a že teď už to nedoženu. Míra komunikace byla velmi nízká, jelikož jsem se dozvěděl jen to, že mám manželce sprchovat záda horkou vodou a to bylo všechno. Empatie žádná a o výrazu obličeje, který porodní asistentka předváděla, když se mnou mluvila, se radši ani nezmiňuji. Byl jsem velmi zklamaný. Výrazů obličeje, tedy mimiky, si všimly doprovodné osoby D1, D3, D4, D5 a D6. Kromě doprovodu D5 hodnotily mimiku pozitivně všechny doprovodné osoby (D1, D2, D4, D6). D1 uvedl: „Jednu chvíli jsem byl s nervy opravdu v koncích. Partnerka měla silné bolesti a já nevěděl, jak jí pomoci. Když mi ale porodní asistentka s úsměvem na rtech vysvětlila, jak můžu partnerce pomoci při úlevových polohách, hned jsem se zklidnil, protože díky jejímu výrazu v obličeji jsem pochopil, že moje panika není na místě.“*

### ***Podkategorie 2 Komunikace v druhé době porodní***

Tato podkategorie popisuje, jak vnímají doprovodné osoby komunikaci porodních asistentek na porodním sále přímo v průběhu porodu.

Porodu, konkrétně celé druhé doby porodní, se účastnily všechny doprovodné osoby (D1, D2, D3, D4, D5 a D6). Informanti D1, D2, D3, D4 a D6 byli s komunikací na porodním sále spokojeni, stejně jako v průběhu první doby porodní. Informanti se shodli na dostatečné míře empatie, kterou porodní asistentky při vedení porodu vynaložily. Co se týče množství informací, tak byli spokojeni, jelikož jim porodní asistentky řekly přesně bod po bodu, co se bude dít a jak budou další okamžiky probíhat. D2 uvedl: „Byl jsem sice přítomný u obou porodů, ale to víte, když tam jdete poprvé, netušíte, co vás čeká, tak si řeknete, že když tam jdete podruhé, už budete v obraze, a zase nic, jako bych u porodu nikdy nebyl. Ještě, že mi porodní asistentka přesně řekla, kam si mám stoupnout, jak mám manželku podpořit, kdy přijde moje chvíle a budu moct přestřihnout pupeční šňůru, a tak dále. Komunikaci s porodní asistentkou, která byla u našeho druhého porodu, hodnotím velmi kladně a hlavně dostatečně, jelikož mi sdělila vše, co jsem potřeboval v danou chvíli vědět. Informanti (D1 a D3) poukázali na ráznost pokynů, které porodní asistentky dávaly. D1 uvedl: „Když došlo na samotný porod, partnerka ze začátku moc nevnímala, co jí porodní asistentka říká, takže ta musela zvednout hlas a dávat jasné a důrazné pokyny. V první chvíli mě to nepatrně udivilo, ale ve finále jsem chápal, proč začala tak důrazně

*partnerku vést, bez toho by mohly nastat velké komplikace. I když porodní asistentka mluvila velmi razantně, rozpoznával jsem v těch slovech i empatickou podporu, která byla pro mou partnerku velmi důležitá. Nezbyvá mi, než to zhodnotit pozitivně.“ D3 zastával stejný názor jako D1, že v případě jeho manželky byl potřebný důraznější hlas. Uvedl: „Moje manželka se po celou dobu držela velmi statečně, byl jsem na ni opravdu pyšný. Jen v poslední fázi, když už se naše dcera chystala na svět, začala manželka velmi křičet, takže nevnímala, co jí porodní asistentka říká. Ta potom musela zvýšit hlas a dát razantní pokyny, aby manželka nekřičela, a snažila se ji navést, jak dýchat a tlačit. V tu chvíli to byla jediná možnost, jak manželku přimět k efektivnímu tlačení. I když se to může zdát nesmyslné, tak to hodnotím velmi kladně.“ Důrazný tón při podávání pokynů tedy žádný z informantů nehodnotil v dané chvíli negativně, ba naopak to brali jako nezbytnou součást vedení porodu a vhodně zvolený postoj. Doprovod D5 nebyl s komunikací na porodním sále spokojený, chyběla mu empatie a chybělo mu, že ho porodní asistentka, která byla u porodu jeho manželky přítomna, dostatečně neinformovala. Na dotaz, co mu, jakožto doprovodné osobě, vadilo či scházelo, uvedl: „Já i moje manželka jsme postrádali jakoukoliv známku empatie. Porod je pro lidi, kteří se v tomto oboru nepohybují, neskutečnou a naprosto jedinečnou záležitostí, ale tato porodní asistentka s námi prakticky nemluvila. Manželce jenom řekla, kdy tlačit, kdy netlačit, ale tónem, kterým to podala, jako by říkala, že ji porod našeho dítěte obtěžuje. Přesně takový pocit jsme z jejího přístupu a komunikace s námi měli. Nebyl jsem spokojený a tuto zkušenost hodnotím velmi negativně. Míra sdělených informací byla nedostatečná a způsob komunikace žalostný. „*

## **Kategorie 2 Porod**

Kategorie Porod obsahuje 3 podkategorie, které zahrnují Předchozí porody, kterých se doprovodné osoby účastnily, Příprava na porod, jako je absolvování předporodních kurzů, četba odborné literatury nebo absolvování rozhovorů s přáteli, kteří se porodu účastnili, a poslední podkategorii je Spokojenost s péčí porodních asistentek.

### ***Podkategorie 1 Předchozí porody***

Tato podkategorie ukazuje, kolika porodů se již doprovodné osoby účastnily a jak se to odrazilo v přítomnosti u dalšího porodu.

Pro muže (D1, D3 a D5) se jednalo o vůbec první zkušenosti s doprovázením při porodu a všichni tři měli vesměs stejné názory. D1 uvedl: „Vzhledem k tomu, že to byl náš první porod, tak jsem nevěděl, do čeho jdu. Pochopitelně jsem byl značně nervózní. Naštěstí to všechno dopadlo dobře a jsem rád, že jsem u toho zázraku života mohl být.“ D3 má s manželkou dvě zdravé dcery. Účastnil se pouze jednoho porodu, a to u první dcery, jelikož to u druhé nestihl. Ze svých zkušeností uvedl: „První porod byl neskutečný a neobvykle rychlý. Ani jsem nestihl pořádně postřehnout, co se děje. Byl jsem velmi rád, že jsem u toho mohl být a manželce poskytnout oporu. To samé jsem chtěl i u druhé dcerky, ale bohužel jsem nestihl přijet včas.“ D5 byl starší než D1, ale názor byl ve finále stejný. Uvedl: „Spolupracovníci mě od toho odrazovali, protože jsem slabší nátura a nemám rád krev. Nakonec jsem byl ale moc rád, že jsem se nenechal přemluvit, a i přes strach jsem u porodu byl. Byl to nepopsatelný pocit štěstí, že jsme to společně zvládli.“ Pro D2 a D4 se jednalo o již druhý porod. D2 uvedl: „Každý z porodů byl něčím jedinečný. Myslel jsem si, že když jsem byl u prvního porodu naší starší dcery, u druhé budu přesně vědět, co mě čeká, jak se chovat, jak manželce pomáhat a tak dále. To jsem se ale hodně mýlil. Druhý porod byl úplně jiný. Trval o dost kratší dobu, Janča ty bolesti zvládala o něco hůř, takže jsem nevěděl, jak jí pomoci. Přes to všechno jsem byl velmi rád, že jsem u toho mohl být. Byl jsem manželce nablízku a společně jsme na svět přivítali náš druhý zázrak.“ D4 byl taktéž přítomen u obou porodů, o kterých řekl: „Při porodu prvního syna jsem byl velmi nervózní. I když jsem se bavil s kamarádem, který byl u 5 porodů a snažil se mi dávat rady, ve chvíli, kdy měla manželka intenzivní bolesti, jsem byl v takovém stresu, že jsem si na žádnou z jeho rad nevzpomněl. Ještě, že jsme tam měli velmi hodnou porodní asistentku, která mě naváděla, jak manželce pomoci. Shodou okolností ta samá asistentka byla i u porodu našeho druhého syna, takže můžu říct, že to bylo o něco lepší. Kdybychom čekali další přírůstek do rodiny, bez debat bych byl i u dalšího porodu.“ Nejvíce porodů absolvoval D6. Ten byl přítomen u porodů všech čtyř synů. D6 uvádí: „Byl jsem u porodu všech svých dětí a jsem za to rád. I když jsem byl nervózní, vždycky byla hlavní manželka. Dva kluky mám z prvního manželství a další dva z druhého. I když můžu vypadat jako zkušený „porodník“, vždycky se to odehrálo jinak, než jsem si představoval. První porod byl něco neuvěřitelného. Nijak jsem se na něj nepřipravoval, takže jsem netušil, do čeho jdu. Nechápal jsem, jak to může trvat tak dlouho a jak to může manželka vydržet. U druhého porodu už jsem aspoň částečně věděl, co mě čeká, takže to nebylo takové překvapení. Třetí porod šel velmi



*rychle, bohužel dopadl nejhůř. Náš syn po pár dnech zemřel. Měl vrozenou vývojovou vadu a celý život by byl odkázán na přístroje. Řekli jsme si, že jak na svět přišel, tak i odejde. Bylo to nejtěžší rozhodnutí v mém životě. Čtvrtý porod byl rychlý a dopadl dobře, narodil se nám zdravý syn."*

Každý z partnerů či manželů, který se účastnil porodu jako doprovodná osoba, byl při prvním porodu velmi nervózní, i když se na porod nějakým způsobem připravoval. Pokud se informanti účastnili i dalších porodů, předchozí porody jim rozhodně pomohly v tom, že alespoň částečně věděli, do čeho jdou, a nervozita nebyla tak veliká.

### ***Podkategorie 2 Příprava na porod***

Tato podkategorie popisuje, kolik doprovodných osob se připravovalo na svou roli při porodu a jakým způsobem přípravu pojaly. Informanti D3 a D6 se nijak nepřipravovali. D3 uvedl: *„Zdávalo se mi zbytečné chodit na předporodní kurzy nebo si kvůli tomu kupovat nějaké knížky. Zeptal jsem se kamaráda, co už u porodu byl, jak to probíhalo a tím moje příprava skončila. Ve finále to stejně všechno bylo na manželce, já ji jen držel za ruku a dával jí napít, k tomu nejsou kurzy potřeba.“* D6 uvedl: *„V době, kdy jsme čekali první dítě, snad žádné kurzy pro těhotné nebyly a pokud ano, tak to šlo úplně mimo mě. No a potom už jsem věděl, jak to tak zhruba chodí, tak by bylo zbytečné se učit něco navíc.“* Naproti tomu se D1, D2, D4 a D5 určitým způsobem na porod připravili. D1 uvedl: *„Chtěl jsem být partnerce oporou, aby v tak náročné životní situaci nebyla sama. Proto jsem se snažil připravit co možná nejlépe. Absolvovali jsme společně předporodní kurzy. Nebyl jsem úplně na všech, ale na dvou ano. Na prvním a posledním. Také jsem si přečetl nějakou literaturu, na názvy už si nevzpomenu, ale jedna z nich popisovala názory otců, kteří se porodu účastnili, a ta mi velmi pomohla. V neposlední řadě jsme měli jedno sezení s dulou, která u našeho porodu sice nebyla, ale popsala nám od začátku až do konce klasický průběh porodu. Od příjmu až po propuštění. Studovala porodní asistenci a byla to naše rodinná přítelkyně, takže jsme přesně věděli, na co se máme připravit. Myslím, že to bylo velmi dobré rozhodnutí. Nechtěl bych jít k porodu nepřipraven, abych nevěděl, do čeho jdu. Rozhodně bych se chtěl účastnit všech dalších porodů, které nás, pevně doufám, čekají.“* D2 uvedl: *„S manželkou jsem absolvoval jeden předporodní kurz, kde nám porodní asistentka vysvětlovala, jak probíhá samotný porod, takže jsem díky tomu alespoň částečně tušil, co mě čeká a nemine a jaká bude moje úloha*

po příjezdu do porodnice. Byl jsem za to rád, protože i když jsem polovinu věci udělal úplně jinak, než jsem si na kurzu říkal, tak to podle mne mělo kladný dopad. Myslím, že menší příprava na porod má pro otce dítěte význam a není zbytečná." D4 byl přítomen u dvou porodů a na přípravu před porodem měl tento názor: „U prvního syna jsem žádnou přípravu neabsolvoval, protože se mi to zdálo zbytečné a měl jsem pocit, že jsem u porodu syna byl ta nejlepší možná podpora. Manželka však zastávala opačný názor, takže jsem před porodem druhého syna absolvoval jeden předporodní kurz a pod tlakem jsem přečetl knihu, které vyprávěla o roli partnera u porodu. Ve finále jsem musel uznat, že to přeci jen k něčemu bylo." Poslední doprovodnou osobou, která absolvovala přípravu před porodem, je D5. Ten uvedl: „Jelikož svou manželku miluji, chtěl jsem pro ni být maximální pomocí. Tudiž jsem absolvoval předporodní kurz, kde nám bylo vysvětleno, jak partnerkám/manželkám pomáhat. Zjistil jsem, že jí můžu pomáhat při úlevových polohách, dávat studené obklady na čelo a tak podobně. Radši jsem se ještě zeptal kamaráda, který je ostráleným otcem 3 dětí, jak se u porodu choval on. Vybaven vědomostmi jsem šel s ženou k porodu, abych tam v tom nejdůležitějším bodě omdlel. I tak jsem si ale připadl jako dobrá podpora a myslím, že by se měl každý partner na svou roli u porodu nějakým způsobem předpřipravit."

### **Podkategorie 3 Spokojenost s péčí porodních asistentek**

Tato podkategorie se zaměřuje na to, jak působí porodní asistentky na doprovodné osoby při porodu. Konkrétně na to, jak se k doprovodným osobám u porodu chovají. Kromě jednoho z účastníků výzkumného šetření měli všichni stejný názor. D1, D2, D3, D4 a D6 byli s péčí porodních asistentek ve všech případech spokojeni. I když absolvovali víc než jeden porod, na chování s porodními asistentkami si nestěžovali. D5 měl jako jediný špatné zkušenosti. Na dotaz, co bylo špatně, uvedl: „Porodní asistentka, kterou jsme u porodu měli, byla velmi nepříjemná. Pro mne a mou manželku se jednalo o první porod. Ani jeden z nás přesně nevěděl, co se bude dít. Když jsme měli nějaký dotaz, porodní asistentka na nás koukala jako na „blbce“, co to je za otázky. Chápu, že každý den není dobrá nálada, ale v tak zásadní situaci jako je porod by měl člověk vykazovat alespoň trošku empatie a porozumění. Možná jsem si to bral až moc osobně, ale zkrátka mi to nebylo úplně příjemné." Ostatní partneři (D1, D2, D3, D4, D6) u porodu se na odpovědích shodli. D1 uvedl: „S péčí porodních asistentek jsem byl nadmíru spokojený. Po příjezdu na porodní sál nám bylo nastíněno, jak by to mělo v

*následující době probíhat, co nás čeká, jak bude o partnerku postaráno a tak dále. Vzhledem k tomu, že jsem hodně zvědavý člověk, měl jsem množství dotazů, na které se mi porodní asistentka snažila vždy odpovědět. Pokud jsem to nechápal, podala mi tu samou informaci jiným, pro mě pochopitelným, způsobem. Velmi mi pomáhal i vlídný pohled, kterým nám, podle mého názoru, dávala porodní asistentka najevo, že ví, jak je to pro mou partnerku náročné, ale že je tu s námi a že to zvládneme. Byl jsem opravdu maximálně spokojený." D2 a D3 měli stejný názor v tom, že nemají co vytknout a že byli s péčí porodních asistentek velmi spokojení. D4 uvedl: „U každého porodu byla pokaždé jiná porodní asistentka, ale vždy jsme měli štěstí na pohodovou a velmi milou osobu. Kdykoliv jsme potřebovali něco objasnit, nebyl v tom žádný problém. Je pravda, že když u první porodu manželka křičela, porodní asistentka jí rázně vysvětlila, že takhle by to nešlo, že si tím ubírá síly na tlačení. Nebylo to nijak hrubě řečeno, bylo to rázně, později jsme se shodli na tom, že to bylo potřeba, a byli jsme za to rádi. Obě porodní asistentky byly velikou oporou. Za jejich přístup jsem byl velmi rád." Spokojený byl také D6, který uvedl: „Porodním asistentkám jsem velmi vděčný za jejich přístup. U všech porodů byly super, ale největší díky patří porodní asistentce, která byla u porodu mého třetího syna. Dokázala skloubit profesionální a lidský přístup dohromady a toho si neskutečně cením."*

Druhá kategorizace dat popisuje výsledky výzkumného šetření, které byly získávány od porodních asistentek pracujících na porodním sále. První hlavní kategorií je Komunikace, která obsahuje 1 podkategorii – Komunikace porodní asistentky s doprovodnou osobou.

### **Kategorie 1 Komunikace**

Kategorie komunikace obsahuje 1 podkategorii s názvem Komunikace porodní asistentky s doprovodnou osobou.

#### ***Podkategorie 1 Komunikace porodní asistentky s doprovodnou osobou***

Tato podkategorie se zaměřuje na to, jaký mají porodní asistentky pohled na komunikaci s doprovodnými osobami při porodu.

Podle porodních asistentek (PA1, PA2, PA3, PA5 a PA6) je komunikace s většinou doprovodných osob bez problému. Z výsledků výzkumného šetření vyšlo, že tyto porodní asistentky oceňují zejména to, když jim doprovodné osoby naslouchají a

vnímají rady, které jim porodní asistentky dávají. PA2 na otázku, zda jí vyhovuje, jak doprovodné osoby komunikují, uvedla: „*Když se zaměřím na tatínky, kteří tu ve většině případů jsou, tak jsem opravdu spokojená. Myslím, že způsob, jakým s námi tatínkové hovoří, je adekvátní.*“ Takové dva problémové body, které porodní asistentky (PA1, PA2, PA3, PA4, PA5, PA6) vnímají, jsou vulgární výrazy, které nervózní partneři při porodu čas od času použijí. Na tohle téma PA6 uvedla: „*Chápu, že když s člověkem cloumají emoce, tak se potřebuje nějak uklidnit, ale nezdá se mi vhodné, aby na porodním sále, kde je mnoho žen, používal sprostá slova. Nestává se to často, ale když se to přihodí, hodnotím to velmi negativně.*“ Druhým negativem, které porodní asistentky (PA, PA4, PA5, PA6) zmínily, byla nemluvnost některých doprovodných osob. PA5 uvedla: „*Občas se mi stane, že mám u porodu tatínka, který je tím vším, co se kolem něj děje, tak ohromený, že absolutně nemluví. Když se ho na něco zeptám, musí za něj odpovědět manželka. Nestává se to sice často, ale i takové případy existují.*“ Negativně hodnotí komunikaci s doprovodnými osobami porodní asistentka PA4. Ta uvedla: „*V komunikaci s tatínky u porodu postrádám téměř všechno. Samozřejmě se občas najde doprovod, který vám odpoví na otázku, nebo naopak nějakou smysluplnou otázku položí, ale to se mi stává velmi zřídka. Komunikace s doprovodnými osobami není v dnešní době dostatečná.*“

## **Kategorie 2 Vnímání**

Kategorie Vnímání obsahuje celkem 4 podkategorie, které se skládají z Vnímání přítomnosti doprovodné osoby u porodu, Spolupráce s partnerem u porodu, Vnímání přítomnosti dudy u porodu a Ovlivňování rodiček doprovodem.

### ***Podkategorie 1 Vnímání přítomnosti partnera u porodu***

Tato podkategorie se zabývá tím, jak porodní asistentky na porodním sále vnímají partnery u porodu.

Všechny porodní asistentky hodnotily přítomnost partnerů u porodu spíše kladně. Služebně nejmladší porodní asistentka PA1 uvedla: „*Vzhledem k délce mé praxe na porodním sále jsem nezažila zase tak moc nestandardních partnerů u porodu jako holky, co tu pracují déle, takže nemám důvod partnery žen hodnotit nějak záporně. Většinou jsou pro tu maminku opravdovou oporou.*“

PA2 na otázku, jak vnímá partnera u porodu, uvedla: „Podle mě je to super, že tu ta žena není sama. Pokud se tak domluví a shodnou na tom, že chtějí porod prožít společně, je to jenom dobře. Myslím, že rodičky tu bolest i lépe snáší, když u sebe mají někoho, kdo je podrží za ruku.“ I když byl mezi délkou praxe a zkušenostmi u PA1 a PA2 rozdíl, obě dvě se shodly na názoru, že je partner u porodu spíše pomocí než přítěží. PA3 měla podobný názor jako PA2: „Je to o domluvě partnerů. Pokud tu bude muž z donucení, bude akorát přítěží, pokud tu bude z vlastní vůle, bude oporou a žena tak bude celý porod snášet lépe.“ Nepatrně negativnější názor měla PA4, jež uvedla: „Když je ten muž v pohodě a řídí se tím, co mu řekneme, proč by tu nemohl být. Ve vysokém procentu případů sem ale jezdí muži, kteří si přečetli několik článků na internetu a mají pocit, že porodu a věcem okolo rozumí líp než my. Nejlepší je, když otec dorazí až na závěr, kdy se jde rodit, to už většinou ani nestihne nic namítnout.“ PA5 a PA6 jsou služebně nejstarší a na přítomnost partnera u porodu měly stejný názor. PA6, uvedla: „Vždycky si myslím, že jsem viděla úplně všechno a že už mě nic nepřekvapí, ale vždycky dojde někdo, kdo mi vezme vítr z plachet. Co tím chci říct. Spousta tatínků, kteří dorazí s rodičkou k nám na sál, jsou super. Pomáhají ženám do sprchy, jsou s nimi po celou dobu, drží je za ruce, uklidňují je, pomáhají při úlevových polohách a tak dále a tak dále. Z toho sem dorazí chlap, co se tváří, jako by ho ženská svým hekáním otravovala a kouká na hodinky, jak dlouho to bude ještě trvat. Tohle všechno je o lidech, ale ve většině případů je musíme hodnotit kladně, kdy jsou opravdovou oporou.“

Až na PA4 převládal u všech porodních asistentek (PA1, PA2, PA3, PA5 a PA6) kladný názor. Všechny se shodly na tom, že je to velmi individuální a záleží na partnerech, jak se dané role zhostí, ale v drtivě většině případů je vnímají jako užitečnou pomoc rodičkám při porodu.

### ***Podkategorie 2 Spolupráce s partnerem u porodu***

Tato podkategorie pojednává o tom, jak je možná vzájemná spolupráce porodních asistentek s partnerem u porodu a jakým způsobem probíhá.

PA1 uvedla: „Podle mě je spolupráce s partnerem u porodu velmi důležitá. Rodička má bolesti a mnohdy ani nevnímá, co jí vlastně říkáme. Proto je moc fajn, když nás za ni vnímá její partner, který naše informace pobere a potom se jimi řídí. Když mu řeknu, jak by měla jeho žena dýchat, co by měla dělat a co by naopak dělat

*neměla, je tam od toho, aby ji korigoval a kontroloval, jestli to rodička dělá správně. Mnohdy se totiž stane, že mám noční, kterou sloužím sama a mám na sále víc než jednu paní, to se mi potom pomoc od tatínků velmi hodí.“ Podobně situace hodnotily i PA2, PA3, PA4, PA5 a PA6. PA3 uvedla: „Spolupráce s tatínky většinou probíhá bez komplikací. Je moc fajn, když nám tatínek řekne, jak to měli s manželkou nebo partnerkou namyšlené, jak by si to všechno vlastně představovali, a my se jim potom můžeme snažit vyhovět. Myslím tím například nechat otce dítěte přestříhnout pupeční šňůru, bonding a další věci, které jsme schopni na přání rodičů poskytnout“. PA6 ještě doplnila: „Je pravda, že pokud tu máme chlapa, který je schopný a poslouchá naše připomínky, je to super a musím říct, že to jsou ty častější případy. Pak se ale stane, že narazíte na partnera, který se vyloženě nudí, je protivnej a místo toho, aby s námi spolupracoval, je ještě sprostěj, protože to prý moc dlouho trvá a on nemá zase tolik času. Naštěstí to nejsou tak časté případy. Je fakt, že s tatínky se nám tu domlouvá dobře, je to asi i díky tomu, že spolu komunikujeme na stejné úrovni a nikdo se nad nikoho nepovyšuje, alespoň z naší strany se o to snažíme vždy a myslím, že i ze strany těch otců to tak ve valné většině funguje.“*

Z rozhovorů s porodními asistentkami vyplynulo, že všechny zastávají stejný názor, který ukazuje na to, že je pro dobrý a klidný průběh porodu spolupráce porodních asistentek s doprovodnými osobami klíčová.

### ***Podkategorie 3 Vnímání přítomnosti duly u porodu***

Tato podkategorie popisuje, jaký mají porodní asistentky názor na přítomnost duly u porodu, jejich spolupráci s porodními asistentkami a také na jejich vzájemnou komunikaci.

PA1 se k této problematice nemohla vyjádřit, neboť dulu u porodu ještě nezažila, ale podle jejích slov jí to ani nevádí. PA2 měla možnost, zažít dulu při porodu, jakožto doprovodnou osobu, jenom párkrát, ale i díky těmto zkušenostem o přítomnosti duly u porodu, řekla: „Zdá se mi, že je to v poslední době čím dál oblíbenější trend, kdy si ženy místo partnera berou k porodu dulu anebo oba dva. V některých nemocnicích jsou duly zakázané a já to začínám čím dál víc chápat. Tyto ženy mají pocit, že jsou na stejné úrovni jako my, porodní asistentky, a to není dobře, protože neberou v potaz naše připomínky a naše postupy, a to je špatně. Tyto dámy s námi absolutně nekomunikují, protože mají pocit, že všechno zvládnou samy a my tam jsme pouze do počtu.“

*Pokud s námi komunikují, je to hlavně ve chvíli, kdy já mám dotaz na rodičku a ona odpoví za ni. Za mě jsem ještě neměla štěstí na dulu, se kterou by se mi spolupracovalo dobře.“* PA3 měla jako jedna z mála štěstí na dulu, která chápala své postavení a své kompetence. PA3 uvedla: *„V drtivě většině případů jsem zažila duly, které absolutně nechápaly, že ony nejsou ty zdravotnice, které mají právo rozhodovat, ale že jsou tam jen od toho, aby ženě poskytly podporu a nabídly pomocnou ruku. Minulý měsíc jsem měla štěstí na jednu dulu, se kterou byla radost spolupracovat. Ženu podporovala, navrhovala jí, jak může zmírnit bolest a tak dále. Nikdy ale nepřesáhla tu hranici, která dělí její a naši pracovní náplň. Bohužel to byla jen světlá výjimka. Celkově je pro mne spolupráce s dulami velmi náročná. Opravdu se nestává příliš často, že by s vámi dula komunikovala na nějaké slušné a normální úrovni.“* U PA3 převládal, jako u jedné z mála, kladný názor, který byl zapříčiněný poslední spoluprací s dulou, jež si byla plně vědoma svých kompetencí, které neměla potřebu přesahovat. Naproti tomu PA4 měla jasný názor, ve kterém vyjádřila naprosto jasný postoj ke spolupráci s dulami: *„Jakmile vidím dulu ve dveřích, už vím, že to bude těžká služba. Spolupráce s nimi mi nikdy nešla a obávám se, že už se ji ani nenaučím.“* PA5 na spolupráci s dulou uvedla: *„Je pravda, že jsem za celou svou dlouhou kariéru zažila velké množství dul, bohužel se mi dobře spolupracovalo jen s malým množstvím z nich. Určitě bych je spočítala na prstech jedné ruky. Na něčem se s nimi domluvit mi dává opravdu zabrat, protože ony mají svoji pravdu, své metody a naše pokyny se snaží sabotovat. Komunikace s nimi je za trest. Z vlastní zkušenosti můžu říct, že spolupráce s nimi je opravdu neskutečně náročná a hodnotím je velmi negativně.“* Poslední názor patřil PA6, jež uvedla: *„Teď se vracím z předporodního kurzu, na kterém byla jedna maminka s dulou. Jsem tak vytočená, že radši nebudu mluvit. Souhlasím s holkama. Spolupráce s nimi se snad ani nedá nazývat spoluprací.“* Kromě spolupráce s dulou na porodním sále se některé porodní asistentky (PA3, PA4 A PA6) pozastavily také nad vzhledem těchto doprovodných osob. PA4 o vzhledu dul řekla: *„Dula už na první pohled vypadá jako taková ta přírodní bio žena. Mnohdy nemá ani boty, takže ji do pantoflí musím nutit, a celkově vypadají tak nějak neupraveně, ověšené různými prsteny a talismany.“* Podle PA6 nejsou duly vyloženě nečistotné nebo zanedbané, ale spíš mají svůj vlastní styl oblékání, obohacený o různé doplňky, které mají nejspíš vyjadřovat jejich povahu. Jak sama uvedla: *„Nic proti tomu nemám, ať si chodí, v čem chtějí. Ale dula se pozná na první pohled už jen díky tomu, jak vypadá. Ty talismany a batikované oblečení je takové jejich poznávací znamení. „*

Celkové hodnocení spolupráce porodních asistentek s dulami bylo velmi záporné. Žádná z porodních asistentek (PA1, PA2, PA3, PA4, PA5, PA6) neřekla, že by byla spolupráce s takovou doprovodnou osobou bezproblémová, jak tomu bylo u spolupráce s partnery u porodu.

#### ***Podkategorie 4 Ovlivňování rodiček doprovodem***

V této podkategorii se zaměřujeme na to, jaký má dopad přítomnost doprovodu na rodičku, ať už se jedná o partnera či dula. Dopadem je myšleno, jestli je rodička ovlivňována ve svém názoru a rozhodování, nebo jestli si do svých rozhodnutí nenechá od doprovodu zasahovat.

Porodní asistentky se shodly na tom, že je to velmi individuální. PA3, PA4, PA5 a PA6 se společně shodly v tom, že v případě, když si žena vezme na sál dula, tak se ve většině případů nerozhoduje podle sebe, ale ve všem ponechá volnou ruku právě dule, která rozhoduje za ni. PA3 uvedla: „*Co jsem zatím měla možnost vidět, drtivá většina žen, které si vezmou dula na sál, nerozhoduje sama za sebe. Ta dula se jich ve finále ani na nic nezeptá, ale rozhodnutí jim podá jako hotovou věc a ta žena s tím bez mrknutí oka souhlasí. Někdy mám pocit, že jsou ty ženy vyloženě zmanipulované a ani o tom neví.*“ PA4 uvedla: „*Ve chvíli, kdy si na sál vezme rodička dula, je jasné, že vlastně nebudete pořádně komunikovat s tou ženou, jako spíš s dulo, která za ní vše rozhodne, protože ona přeci nejlíp ví, co je pro tu rodičku dobré a co si ta rodička přeje, takže proč nechat mluvit a rozhodovat ženu, od toho tam je dula. Ta, podle mě, ženu natolik „oblbně“, že ta potom nemá ani potřebu za sebe něco rozhodovat, když to za ni udělá dula.*“ PA5 na toto téma uvedla: „*Dula podle mého názoru ovlivní ženu natolik, že ta potom nemá žádný vlastní názor. Společně prožitému porodu ženy s dulo předcházejí asi tři nebo čtyři setkání, kdy si rodička s dulo vypěstuje tak pevné pouto, že ta žena dule stoprocentně věří, takže se jí potom nechá vést, což dodnes nedokážu pochopit.*“ Poslední se k této problematice vyjádřila PA6, ta uvedla: „*Žena se nechá dulo vyloženě „zblbnout“, všechno jí odsouhlasí, i když ani pořádně neví, na co vlastně kývla. Dula rodičky ovlivňuje velmi silně.*“ Porodní asistentky PA1 a PA2 se k této problematice nevyjádřily kvůli nedostatku zkušeností. Co se ale týkalo ovlivňování rodiček ze strany otců u porodu, k tomu už se vyjádřily všechny porodní asistentky. PA1, PA2 a PA3 měly stejný názor, ve kterém uvedly, že partneři u porodu jsou většinou ti, kteří nechávají rozhodnutí na rodičce, a ve všem, k čemu se rozhodne, ji



podpoří, aby jí porod co nejvíce ulehčili. PA2 na tuto problematiku uvedla: „*Ti tatínci jsou z toho všeho tak vylekaní. Vidí, jak jejich partnerka trpí bolestí, jak je vyčerpaná a už to chce mít za sebou. Proto jim dělají, co jim na očích vidí. Hladí je, uklidňují je, snaží se jim být nápomocní. Myslím, že jsou jen výjimečné případy, kdy ten tatínek říká rodičce, co a jak si představuje a co si naopak nepřeje. To jsem snad ještě nezažila nebo jsem si to nějak nepřipouštěla.*“ Naproti tomu PA4 říká: „*Zažila jsem mnoho otců u porodu, kteří mluvili za rodičku. Velmi často to bylo v případě, že si nepřejí, aby jejich žena dostala nějaké tišící léky na bolest, že si před porodem jasně řekli, že to zvládnou bez nich a že to tak prostě bude. Pokud ten muž chce, dokáže ženu přesvědčit, že žádné léky na bolest nebude požadovat.*“ PA5 a PA6 měly vesměs stejný názor jako PA1, PA2 a PA3 s tím rozdílem, že měly možnost za svou dlouholetou kariéru na porodním sále vidět více partnerů, kteří rodičkám diktovali, jak si představují průběh porodu a jak by měly rodičky první dobu porodní prožívat. PA5 uvedla: „*Je to chlap od chlapa. Někdy narazíte na někoho, kdo má pocit, že jako hlava rodiny musí řídit i porod, to se prostě někdy stane. Naštěstí je to jen minimum mužů. Většina partnerů si uvědomuje, že tento okamžik by měla mít v režii žena.*“

## 5 Diskuse

Bakalářská práce popisuje komunikaci mezi porodními asistentkami s doprovodnými osobami při porodu a její vliv na průběh porodu. Komunikace je velmi důležitým procesem, který tvoří stavební kámen lidské společnosti. Díky ní dochází k předávání a přijímání zásadních informací (Zacharová, 2016). Při použití nevhodně zvolené komunikace může dojít k nedorozumění, což ve zdravotnictví způsobuje nemalé komplikace. Tato bakalářská práce s názvem „Komunikace porodní asistentky s doprovodem při porodu“ se zaměřuje na vliv a vnímání doprovodné osoby při porodu a na komunikaci doprovodné osoby s porodními asistentkami.

Výzkumné šetření probíhalo pomocí kvalitativního výzkumu, kdy byly uskutečněny polostrukturované rozhovory se dvěma výzkumnými soubory. Prvním z nich bylo šest porodních asistentek, které za sebou mají minimálně jeden rok praxe na porodním sále, kde odvedly již několik porodů. Druhým výzkumným souborem bylo šest doprovodných osob, jež se účastnily alespoň jednoho porodu. V tomto případě se jednalo pouze o partnery či manžely. Vzhledem k otevřenosti a vstřícnému jednání nebyl problém získat od porodních asistentek rozhovory, potřebné pro toto výzkumné šetření. Stejně to bylo i s doprovodnými osobami při porodu. Manželé a partneři rodiček byli ochotní spolupracovat a poskytnout rozhovory pro výzkumné účely.

Jedním z předem určených cílů bylo zjistit, jakým způsobem a v jaké míře komunikuje porodní asistentka s doprovodem při porodu. Co se týče způsobu komunikace porodních asistentek s doprovodnými osobami při porodu, byla většina doprovodných osob, v tomto případě manželé a partneři, spokojena. Mezi doprovody, které hodnotily způsob komunikace pozitivně, patří D1, D2, D3, D4 a D6. Mezi pozitivní aspekty komunikace řadili zejména empatický přístup, se kterým porodní asistentky sdělovaly informace. Právě díky takovému empatickému postoji dojde ke společnému překonání dané a mnohdy i náročné situace, kterou porod představuje (Dušová, 2019). D1 uvedl: „*Porodní asistentka, kterou jsme s partnerkou měli u porodu, byla velmi empatická a působila klidným dojmem.*“ Empatický přístup by měla zastávat každá porodní asistentka, aby se tak mohla vcítit do pozice rodičky, díky čemuž dojde k jejímu pochopení, případně jejího doprovodu (Zacharová, Šimáčková – Čížková, 2011).

Empatický přístup scházel doprovodu D5, ten uvedl: „*Empatie žádná a o výrazu obličeje, který porodní asistentka předváděla, když se mnou mluvila, se radši ani nezmiňuji.*“ Dalším pozitivně hodnoceným bodem ze strany doprovodů (D1, D2, D3, D4, D6) bylo dostatečné množství podaných informací. Díky tomu hodnotily doprovodné osoby komunikaci mezi nimi a porodními asistentkami jako efektivní. Jak udává Plevová (2011), efektivní komunikační dovednosti jsou nedílnou součástí práce zdravotnických pracovníků a jsou nezbytné k podávání a získávání informací, edukaci a vyhodnocování potřeb rodiček. Z výzkumného šetření také vyšlo, že doprovodné osoby (D1, D2, D3, D4 a D6) nebyly, díky informacím, které jim porodní asistentky podaly, tolik nervózní, protože věděly, co je v následujících chvílích čeká. Tento výsledek se shoduje s výrokem Ptáčka et al. (2011), který uvádí, že použití efektivní komunikace může vést ke snížení úzkosti. Nedostatečnou míru komunikace s porodními asistentkami hodnotil doprovod D5. Ten nebyl spokojen s množstvím a způsobem podaných informací. Díky tomu, jakým způsobem s ním a jeho manželkou porodní asistentka mluvila, byl velmi zklamaný. Zacharová et al. (2016) uvádí, že v případě sdělení informací nevhodným způsobem, bez známek empatie, se komunikace stává neefektivní a tím pádem nedochází ke spolupráci mezi zúčastněnými osobami. Přesně takto vnímal celý porod i doprovod D5. Kromě zhodnocení úrovně komunikace mezi porodními asistentkami a doprovodem při porodu bylo zjišťováno, kolika porodů se partneři již účastnili, jak se na svou roli u porodu připravovali a jestli byla jejich účast u porodu dobrovolná. Z výzkumného šetření vyplynulo, že tři z šesti partnerů (D1, D3 a D5) byli přítomni u porodu vůbec poprvé. Doprovody D2 a D4 absolvovaly celkem dva porody a nejvyšší počet porodů, co by doprovodná osoba, absolvoval D6. V souvislosti s tím pak byla položena otázka, jestli se partneři na svou roli u porodu nějakým způsobem připravovali. Hanáková et al. (2017) říká, že předporodní přípravu lze rozdělit na dvě části a to teoretickou a praktickou. Do praktické patří, kromě nácvičku úlevových poloh a dýchání, také prohlídka porodního sálu, které by se měli, podle Dušové et al. (2019), účastnit partneři, kteří budou chtít být přítomni u porodu, aby tak došlo ke zmírnění stresu při samotném porodu. Partneři D3 a D6 uvedli, že se na svou roli doprovodné osoby žádným způsobem nepřipravovali, protože to oběma připadalo zbytečné. D3 na tuto otázku uvedl: „*Zdálo se mi zbytečné chodit na předporodní kurzy nebo si kvůli tomu kupovat nějaké knížky.*“ Doprovodné osoby (D1, D2, D4, D5) uvedly, že chtěly být pro své manželky a partnerky oporou, takže absolvovaly předporodní kurzy nebo se vzdělávaly pomocí odborné literatury. Jeden z partnerů (D1)

dokonce absolvoval se svou partnerkou sezení s doulou, které mu, dle jeho slov, velice pomohlo. Dula je podle Roztočila et al. (2017) profesionálním doprovodem ženy nejen u porodu, ale také v období šestinedělí. Vzhledem k tomu, že se jednalo o ženu, která se jeden rok věnovala studijnímu programu Porodní asistence, ale v tuto chvíli se porodu účastnila jako dula, popsala partnerům celý průběh od přijetí na porodní sál až do porodu. Podle mého názoru je předporodní příprava důležitá jak pro rodičku, tak pro jejího partnera. Přece jen se jedná o situaci, kterou člověk, který se nepohybuje v porodnictví, nezažívá každý den, a tudíž není od věci se na takovou situaci a roli připravit. Mám pocit, že se v dnešní době klade na předporodní přípravu větší důraz jak ze strany rodiček, tak mužů. Je dobré vědět, co je na porodním sále čeká a jak by se měli v určitých situacích chovat. Z výzkumu dále vyplynulo, že se všechny doprovody (D1, D2, D3, D4, D5, D6) účastnily porodu dobrovolně a svou účast hodnotili velmi pozitivně. D3 uvedl: „*Těšil jsem se, že s manželkou prožijeme porod společně. Chtěl jsem jí být neustále nablízku a dát jí tolik podpory, kolik si bude přát.*“ D6 na toto téma uvedl: „*Kdybych u porodu nechtěl být a manželka mě k tomu nutila, věřím tomu, že bych tam byl úplně zbytečný a nedal bych jí takovou podporu a motivaci, jakou by si v takové chvíli zasloužila.*“ Doprovod D6 uvedl, že kdyby nebyla jeho přítomnost u porodu dobrovolná, nebyl by pro svou manželku takovou oporou, kterou by si, podle jeho slov, zasloužila, a dodal, že by to mohlo mít negativní dopad. Toto tvrzení se shoduje s výrokem Chmely (2008), který říká, že pokud je přítomnost partnera u porodu vynucená, stává se kontraproduktivní a po porodu má mnohdy negativní odezvu.

Z výzkumného šetření tedy vyplynulo, že porodní asistentky mají komunikační dovednosti na vysoké úrovni, což přispívá ke spokojenosti, porozumění a hlavně spolupráci doprovodných osob právě s porodními asistentkami. Tato spolupráce je při porodu velmi důležitá a žádaná. Vhodná komunikace vede podle Takács et al. (2015) k navození důvěry a tím pádem k potřebné spolupráci mezi zdravotníky a rodičkami či jejich doprovodem (Vévoda et al. 2013). V drtivé většině případů umí porodní asistentky vyhodnotit situaci a použít vhodnou formu komunikace tak, aby jim doprovodné osoby porozuměly a mohly se jejich radami řídit.

Druhým výzkumným cílem bylo zjistit, v jaké míře jsou porodní asistentky spokojeny s komunikací s doprovodnou osobou při porodu. Až na jednu porodní asistentku (PA4), převládá u zbytku porodních asistentek (PA1, PA2, PA3, PA5, PA6) pozitivní názor.

Čeho si porodní asistentky na doprovodech cení j, že jsou doprovodné osoby ochotny naslouchat a díky tomu se tak řídit podle rad, které porodní asistentky dávají. Naslouchání je podle Zacharové (2017) jednou z důležitých komunikačních složek, díky které se ve zdravotnictví lze vyhnout nežádoucím situacím. Díky tomu, že jsou doprovodné osoby ochotné naslouchat, co jim porodní asistentky říkají, probíhá první doba porodní a samotný porod snáz, bez větších problémů a nedorozumění. V případě, že jsou doprovodné osoby nekomunikativní, hodnotí všechny porodní asistentky (PA1, PA2, PA3, PA4, PA5, PA6) spolupráci s těmito osobami negativně. PA1 uvedla: „*Když nám na sál přijde rodička, která si s sebou přivedla partnera, který nereaguje na mé dotazy a není schopen ani odpovědět, velmi špatně se mi s ním spolupracuje.*“ Tento názor zastává i Vévoda et al. (2013), který uvádí, že komunikace je neodmyslitelnou součástí spolupráce mezi zdravotní sestrou a pacientem, v tomto případě porodní asistentkou a rodičkou či jejím doprovodem. Co se týče negativního hodnocení komunikace s doprovodnými osobami, zastává PA4 názor, že je komunikace mezi doprovodnými osobami a porodními asistentkami neefektivní, což podle ní zapříčiňuje právě doprovody, jelikož neodpovídají na položené otázky. Tento cíl se úzce pojí s tím, jak porodní asistentky vnímají celkově doprovodnou osobu při porodu, na což byl výzkum také zaměřen. Ve výzkumném šetření jsme se zaměřili na to, jak porodní asistentky vnímají partnera či manžela, jako doprovodnou osobu a v druhé řadě, jak vnímají, jakožto doprovod při porodu dlu. Z výzkumného šetření vyšlo, že jsou porodní asistentky (PA1, PA2, PA3, PA5 a PA6) velmi spokojené, co se týče přítomnosti partnera u porodu. Je to z toho důvodu, že muži velmi často pomáhají svým ženám v první době porodní. Lze je využít jako psychickou a fyzickou podporu. Gregora, Velemínský ml. (2013) ve své knize uvádějí, že pod fyzickou podporu může spadat například masáž křížové oblasti, díky které dochází ke zmírnění bolesti. Bezpochyby lze mezi fyzickou podporu zařadit i pomoc při zaujímání úlevových poloh, které rodičky v první době porodní hojně využívají. PA6 na otázku ohledně vnímání partnerů při porodu uvedla: *Ve vysokém procentu případů jsou ti tatínkové opravdu k užítku. Já se jako porodní asistentka můžu snažit sebevíc, ale podporu, které se rodičkám dostane od svých milujících partnerů a manželů, nemůžu nikdy nahradit.* „ Tento názor se shoduje s tím, co ve své knize píše Slezáková et al. (2017), která uvádí, že zdravotnický personál nemůže nahradit podporu, kterou rodiče dává otec dítěte. Porodní asistentky (PA1, PA2, PA3, PA5, PA6) uvedly, že se najdou i výjimky, kdy jsou muži nepříjemní a jejich komunikace je omezená na nejnужnější minimum, ale i

přesto hodnotí spolupráci s nimi velmi kladně. Naopak podle PA4 jsou výjimkou muži, se kterými se dá na porodním sále vycházet a kteří rodičku podporují. PA4 uvedla: *„Velmi často se mi stane, že partnerovi rodičky řeknu, jak jí má pomoci, aby došlo ke zmírnění bolesti, ale on to stejně udělá špatně, i když tvrdí, že absolvoval předporodní kurz.“* Pokud by však mělo dojít ke spolupráci mezi porodními asistentkami a dulaми, s tím už asistentky tak spokojené nejsou. Všechny porodní asistentky s výjimkou jedné (PA2, PA3, PA4, PA5, PA6), která ještě zkušenosti s duloу nemá (PA1), se shodují na tom, že komunikovat s duloу tak, aby došlo k možnosti spolupracovat, je velmi obtížné a mnohdy i nepříjemné. Podle Hanákové et al. (2017) má dula poskytnout především psychickou a občas i fyzickou podporu, kterou je například masáž bolestivých zad, nebo podpora při úlevových polohách na míči. Z výsledků výzkumného šetření ale vyplynulo, že porodní asistentky vnímají duly jako osoby, které si velmi často nejsou vědomy toho, kam až sahají jejich kompetence a chtějí tuto hranici neustále posouvat. Podle PA2 se duly staví na pozici porodních asistentek. PA konkrétně uvedla: *„Tyto ženy mají pocit, že jsou na stejné úrovni jako my, porodní asistentky a to není dobře, protože neberou v potaz naše připomínky a naše postupy a to je špatně.“* Čermáková (2017) uvádí, že dula není osoba, která má poskytovat zdravotní péči, tudíž nenahrazuje roli porodní asistentky. Většina dul se tímto pravidlem neřídí a na porodní sál vstupují s tím, že ony jsou ty, které povedou celý porod a přesně ví, co je pro rodičku nejlepší a jak by měly porodní doby probíhat. S tím také souvisí výzkumné šetření, které se zabývalo tím, jak jsou rodičky ovlivňovány doprovodnými osobami, konkrétně duloу, při porodu. PA1 a PA2 se nemohly k položené otázce vyjádřit, vzhledem k malým zkušenostem, co se týče spolupráce s duloу. Naproti tomu se zbytek porodních asistentek (PA2, PA3, PA4, PA5, PA6) shodl na tom, že jakmile si s sebou rodička přivede dulu na porodní sál, přestává komunikovat a rozhodnutí za ní převezme právě dula. Podle porodní asistentky (PA5) výběru duly předchází určitý počet sezení, které dula s rodičkou, případně jejím partnerem, absolvuje. Roztočil et al. (2017) uvádí, že se na takovém předporodním setkání, jejichž počet závisí na potřebách rodičky, probírají témata ohledně předporodní přípravy, co si sbalit do porodnice, jak probíhá porod, co nastane po porodu a mnohá další. Služby duly se pohybují v řádu tisíců korun. Porodní asistentky přítomnost partnerů na porodním sále vítají, pokud je s nimi dobrá spolupráce. Vnímají je velmi pozitivně jakožto psychickou i fyzickou podporu rodiček. Duly na porodním sále však hodnotí negativně v důsledku složité spolupráce s celým zdravotnickým personálem.

## 6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala komunikací porodních asistentek s doprovodem při porodu. Teoretická část práce se zaměřuje na komunikaci, která je popsána v první kapitole a dále se dělí do dalších podkapitol, které popisují komunikaci verbální a neverbální, efektivní a neefektivní. Další podkapitola se věnuje empatii, jež je s komunikací úzce propojená. Dalším bodem, kterým se teoretická část zabývá, je porod, jenž je popsán obecně, a poté jsou rozepsány i jeho jednotlivé porodní doby (první, druhá, třetí a čtvrtá doba porodní). V této kapitole je nastíněna také edukace rodiček či doprovodných osob porodní asistentkou, jež se váže k první době porodní a vlastně i celému porodu. Poslední kapitola teoretické části řeší doprovod při porodu, pod který spadají dvě podkapitoly, kterými jsou otec a dula při porodu.

Praktická část bakalářské práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumu, a to s porodními asistentkami a doprovodnými osobami při porodu, kterými byli v tomto případě pouze muži (partneři nebo manželé). Byly stanoveny celkem dva cíle. Prvním z cílů bylo zjistit, jakým způsobem a v jaké míře komunikuje porodní asistentka s doprovodem při porodu. Druhým cílem bylo zjistit, jak vnímají porodní asistentky komunikaci s doprovodem při porodu. Na základě těchto dvou stanovených cílů byly vytvořeny dvě výzkumné otázky. První se zabývala tím, jaké jsou názory doprovázející osoby při porodu na komunikaci s porodní asistentkou. Díky výzkumnému šetření bylo zjištěno, že pouze jeden z šesti dotazovaných doprovodů nebyl s komunikačními schopnostmi porodní asistentky spokojen. Důvodem bylo nedostatečné množství podaných informací, použití neefektivní komunikace a také velmi nízká úroveň empatického přístupu ze strany porodní asistentky. Zbytek doprovodných osob u porodu bylo spokojeno s množstvím podaných informací a formou jejich podání. Doprovodné osoby v tomto případě hodnotily také empatický přístup porodních asistentek a nonverbální komunikaci, konkrétně vřelý úsměv na rtech porodních asistentek, což k vykonávání takového povolání bezpochyby patří.

Druhá výzkumná otázka měla za cíl zjistit, jak vnímají porodní asistentky komunikaci s doprovodem při porodu. Z výzkumného šetření vyplynulo, že jsou porodní asistentky s komunikací mezi nimi a doprovodnými osobami, konkrétně partnery nebo manželky rodiček, kteří se účastní porodu, ve většině případů spokojeni, protože dokáží poslouchat jejich rady a připomínky a dále se podle nich řídit, nebo je reprodukovat

rodičce, což je na porodním sále žádoucí. Pokud je doprovodnou osobou dula, s těmi porodní asistentky vycházejí podstatně hůř. Je to z toho důvodu, že duly nejsou spolupráci s porodními asistentkami nakloněné a po většinu času na porodním sále nekomunikují. V případě, že začnou komunikovat, hovoří za rodičku a reprodukuje tak porodním asistentkám její potřeby. Podle porodních asistentek, které se účastnily výzkumného šetření, je stěžejním problémem to, že většina dul nezná své kompetence a snaží se zaujímat stejné postavení, jako porodní asistentky.

Díky výsledkům výzkumného šetření je možné konstatovat, že komunikace mezi porodními asistentkami a doprovodnými osobami při porodu je na velmi dobré úrovni. Záleží na tom, kdo se porodu účastní. Jinak porodní asistentky hodnotí komunikaci s otcem u porodu a jinak s doulou, protože s každým z nich se vyžaduje jiná forma komunikace a je s nimi jiný způsob spolupráce.

Bakalářská práce by mohla sloužit jako návod pro vhodně zvolenou komunikaci na porodním sále, a to jak pro porodní asistentky, tak pro doprovodné osoby při porodu.



## 7 Seznam použité literatury

- 1) AYERS, S., DE VISSER., R., 2015. *Psychologie v medicíně*. Přeložil Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada Publishing, s. 568. ISBN 978-80-247-5230-3.
- 2) BAŠTECKÁ, B., 2013. *Psychosociální krizová spolupráce*. Praha: Grada. Psyché (Grada). s. 317. ISBN 978-80-247-4195-6.
- 3) BEHINOVÁ, M., 2012. *Nová velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let*. 3. vyd. Praha: Mladá fronta, s. 115- ISBN 978-80-204-2816-5.
- 4) BERAN, J., 2010. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada, Psyché (Grada). s. 140. ISBN 978-80-247-1125-6.
- 5) BINDER, T. et al., 2011 *Porodnictví*. Praha: Karolinum. s. 298. ISBN 978-80-246-1907-1.
- 6) BORG, J., 2012 *Řeč těla: jak poznat, co kdo doopravdy říká*. Praha: Grada, s. 240. ISBN 978-80-247-4474-2.
- 7) ČERMÁKOVÁ, B., 2017 *K porodu bez obav*. Brno: Cpress, s. 144. ISBN 978-80-265-0579-2.
- 8) DUŠKOVÁ, B. et al., 2019. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, s. 144. ISBN 978-80-271-0836-7.
- 9) EDER, Ch. et al., 2019. *Midwives' perception of patient safety culture - A qualitative study*. [databáze]. Churchill Livingstone [cit. 2019-04]. s.33-41. ISSN: 02666138
- 10) GEBRINÉ, K. ÉLES et al., 2019. *Impact of sense of coherence and work values perception on stress and self-reported health of midwives*. [databáze]. Churchill Livingstone [cit. 2019-06]. s. 9-15. ISSN: 02666138.
- 11) GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2013. *Čekáme dítětko*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. s. 384. ISBN 978-80-247-3781-2.
- 12) HÁJEK et al., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
- 13) HANÁKOVÁ, T. et al., 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. aktualizované vydání. Brno: CPress s. 256. ISBN 978-80-264-0755-3.
- 14) HUDÁKOVÁ, Z., KOPÁČIKOVÁ, M., 2017. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. Praha: Grada Publishin. s. 136. ISBN 978-80-271-0274-7.
- 15) JANOUŠEK, J., 2015. *Psychologické základy verbální komunikace: projevy psychických funkcí ve verbální komunikaci, významová dynamika a struktura*

- komunikačního aktu, komunikace písemná, ženská, mužská, virtuální, vnitřní kooperace a vnitřní řeč ve verbální komunikaci.* Praha: Grada. Psyché (Grada). s. 384. ISBN 978-80-247-4295-3.
- 16) JIŘINCOVÁ, B., 2010. *Efektivní komunikace pro manažery.* Praha: Grada. s. 138. ISBN 978-80-247-1708-1.
  - 17) JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi.* Praha: Grada. Sestra (Grada), s. 74. ISBN 978-80-247-2171-2.
  - 18) KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty - 4. ročník. 2.,* přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada) s. 148. ISBN 978-80-247-5203-7.
  - 19) KLÍMA, J., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory.* Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). s. 328. ISBN 978-80-247-5014-9.
  - 20) KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi.* Praha: Grada. Sestra (Grada). s. 160. ISBN 978-80-247-4413-1.
  - 21) MGAWAREDE. F. SMITH H. et al., 2019. *“There is no time for knowing each other”*: *Quality of care during childbirth in a low resource setting.* [databáze]. Churchill Livingstone. [cit. 2012]. s. 33-40. ISSN: 02666138
  - 22) NYKL, L., 2012. *Carl Ransom Rogers a jeho teorie: přístup zaměřený na člověka.* Praha: Grada, Psyché (Grada) s. 162. ISBN 978-80-247-4055-3.
  - 23) PENKA, M. et al., 2014. *Krvácení.* Praha: Grada. s. 336. ISBN 978-80-247-0689-4.
  - 24) PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství II.* Praha: Grada. Sestra (Grada) s. 224. ISBN 978-80-247-3558-0.
  - 25) PROCHÁZKA, R., 2014. *Teorie a praxe poradenské psychologie.* Praha: Grada. Psyché (Grada). s. 256. ISBN 978-80-247-4451-3.
  - 26) PROCHÁZKOVÁ M., MYŠÁKOVÁ H., 2006. *Předporodní příprava – předpoklad dobré spolupráce s rodičkou. Moderní babičtví. č. 9,* s. 31-39. ISSN: 1214-5572.
  - 27) PTÁČEK, R, et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně.* Praha: Grada. 71 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. s. 528. ISBN 978-80-247-3976-2.
  - 28) ROZTOČIL, A., et al., 2017. *Moderní porodnictví. 2.,* přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. s. 656. ISBN 978-80-247-5753-7.
  - 29) SLEZÁKOVÁ, L., 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty.* Praha: Grada, s. 188. ISBN 978-80-247-1775-3.

- 30) ŠIFFELOVÁ, D., 2010. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti*. Praha: Grada. Psyché (Grada). s. 192. ISBN 978-80-247-2938-1.
- 31) ŠMOLKA, P., 2011. *Jak přežít mateřskou*. Praha: Grada, Psychologie pro každého. s. 112. ISBN 978-80-247-3083-7.
- 32) ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. s. 135. ISBN 978-80-7262-599-4.
- 33) ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). s. 144. ISBN 978-80-247-5710-0.
- 34) ŠVARŤÍČEK, R. et al., 2014., *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 377 s., ISBN 978-80-262-0644-6.
- 35) TAKÁCS, L. et al., 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. s. 208. ISBN 978-80-247-5127-6.
- 36) THIES-LAGERGREN, L., JOHANSSON. M., 2019. *Intrapartum midwifery care impact Swedish couple's birth experiences — A cross-sectional study*. [databáze]. Elsevier B.V. [cit. 2019-06]. s. 213-220. ISSN: 18715192
- 37) TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada) s. 136. ISBN 978-80-271-0064-4.
- 38) TRČA, S., 2009. *Budeme mít děťátko*. 9., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. s 263, ISBN 978-80-247-2581-9.
- 39) TUSCHY B., et al., 2012. *Expectations of pregnant women on an ideal maternity hospital*. [databáze]. Frauenklinik, Universitätsmedizin Mannheim. [cit. 2012]. s.246-252. ISSN: 09482393
- 40) VÉVODA, J. et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. Sestra (Grada). s. 130. ISBN 978-80-247-4732-3.
- 41) VYMĚTAL, J., 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada. Manažer. s. 328. ISBN 978-80-247-2614-4.
- 42) VYSKOTOVÁ, J., MACHÁČKOVÁ, K., 2013. *Jemná motorika: vývoj, motorická kontrola, hodnocení a testování*. Praha: Grada. s. 176. ISBN 978-80-247-4698-2.
- 43) ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

- 44) ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. s. 264. ISBN 978-80-271-0155-9.
- 45) ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. Sestra (Grada) s. 278. ISBN 978-80-247-4062-1.