



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

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

Bakalářská práce

Komfort rodičky v průběhu porodu

Vypracovala: Martina Hanzalová
Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice 2014

Abstrakt

Bakalářská práce pojednává o komfortu rodičky v průběhu porodu. Teoretická část je rozdělena do tří hlavních kapitol. První kapitola se zabývá zejména popsáním porodu a jeho klasifikací. Druhá kapitola pojednává o komplexnosti ošetrovatelské péče o rodičku v průběhu celého porodu a péči porodní asistentky v jednotlivých dobách porodních. Poslední kapitola popisuje veškeré aspekty ovlivňující průběh porodu.

Výzkumná část bakalářské práce je zaměřena na spokojenost rodiček s nabídnutým komfortem v průběhu jejich porodu.

Před vypracováním bakalářské práce byly stanoveny dva hlavní cíle. Prvním cílem bylo zjistit informovanost žen o farmakologických a nefarmakologických metodách zvládnutí bolesti v průběhu porodu. Druhým cílem bylo zjistit spokojenost žen s poskytnutým komfortem na porodním sále, s přístupem a jednáním zdravotnického personálu. Ke zjištění stanovených cílů byly zvoleny tři výzkumné otázky: Jaké možnosti farmakologických a nefarmakologických metod k tlumení bolesti v průběhu porodu ženy znají a využívají? Jaké relaxační pomůcky, sloužící k celkovému uvolnění, byly ženě nabídnuty v průběhu porodu? Jak byla žena v průběhu porodu spokojena s prostředím a přístupem zdravotnického personálu?

K vypracování výzkumné části byla zvolena metoda kvalitativního výzkumného šetření. Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor, jehož cílem bylo získat detailní a komplexní informace o studované problematice. Výzkumný soubor tvořilo deset žen po porodu z různých nemocnic v České republice. Šetření probíhalo v období únor až březen 2014. Podkladem k rozhovoru bylo sedm předem sestavených otázek. První otázka byla identifikační, týkající se věku respondentek, rodinného stavu, nejvyššího dosaženého vzdělání, zaměstnání před mateřskou dovolenou a paritou. Další otázky byly směřovány k zjištění nabídky farmakologických a nefarmakologických metod k tlumení bolesti v průběhu porodu, na přístup a jednání zdravotnického personálu, působení prostředí při porodu, z jakých zdrojů respondentky získávaly informace o porodu a jaké alternativní metody v průběhu porodu samy znají.

Rozhovor byl zcela dobrovolný, anonymní a v práci je zpracován pouze pod identifikačním číslem respondentky 1 až 10. Informovaný souhlas byl od respondentek získán pouze ústně. Všechny oslovené respondentky souhlasily s poskytnutím rozhovoru a byly srozuměny, že výsledky rozhovoru budou použity pouze pro účely bakalářské práce. Se souhlasem respondentek byly všechny rozhovory nahrávány na diktafon, poté byla provedena přímá transkripce a následně pro lepší přehlednost byly podtrženy hlavní myšlenky respondentek. Celý výzkum byl zpracován do dvou hlavních kategorií, které se dále dělí na jejich podkategorie.

Z výsledků provedeného výzkumného šetření vyplynulo, že většina respondentek zjišťovala informace o průběhu porodu na internetu, dalším přínosným zdrojem byla odborná literatura, předporodní kurzy apod. Jako nejvíce známa alternativní metoda u respondentek při tlumení bolesti se prokázala hydroanalgezie ve formě sprchy či koupele. Z farmakologických možností tlumení bolesti respondentky uvedly pouze epidurální analgezii.

Kategorie komfort popisuje celkový komfort nabídnutý rodičkám ze strany porodní asistentky v průběhu porodu. Většině respondentkám byla poskytnuta předporodní příprava s předem domluveným souhlasem a bylo jim umožněno pít na porodním sále. Většině dotázaných byly nabídnuty nefarmakologické metody k tlumení bolesti jako jsou úlevové polohy, gymnastický míč, masáže, hydroanalgezie apod. Žádné z oslovených rodiček nebyla nabídnuta epidurální analgezie, avšak u jedné respondentky se tišila bolest pomocí farmakoterapie. Práce se dále zabývá přítomností doprovázejících osob u porodu a působení prostředí porodního sálu na rodičky. Výzkum ukázal, že opět většina respondentek neměla s prostředím problém ani závažné výhrady.

Kategorie posuzující spokojenost žen s přístupem porodních asistentek a aktivitě k uspokojení potřeb a přání respondentky ukazuje, že vesměs všechny ženy vnímaly přístup porodních asistentek kladně. Porodní asistentky byly rodičkám nejenom psychickou oporou, ale staraly se i o jejich fyzické pohodlí a dostatečně je edukovaly o průběhu porodu. Pouze v jednom případě nebyla žena zcela spokojená a v jednom případě by respondentka ocenila větší informovanost ze strany porodních asistentek.

Negativní hodnocení respondentky ovlivňuje neprofesionální přístup porodních asistentek.

Výzkumná práce poukazuje na to, že ve zdravotnictví nejde pouze o rutinní práci, ale především o lidský přístup a komunikaci. Porodní asistentky by se za každé situace měly chovat empaticky, udržovat si své profesionální asertivní chování vůči rodičkám a zároveň se snažit jim co nejvíce pomoci ulevit od bolesti za pomoci dostupných metod v tak náročné životní situaci jakou porod zcela určitě je.

Klíčová slova:

Porod

Komfort

Bolest

Ošetrovatelská péče

Porodní asistentka

Rodička

Abstract

This thesis for a bachelor's degree is dealing with the comforts of expectant mother in the process of delivery. A theoretical part is divided into three main chapters. The first chapter covers the delivery description and its classification. The second chapter deals with an inclusive nursing care for a mother-to-be in the process of delivery and a midwife's care during every particular labour phase. The last chapter describes all aspects which affect the delivery process.

The exploratory part of this thesis is focused on the contentment of women in labour with the offer of comforts during their delivery.

I have set two aims. The first aim was focused on the women awareness of pharmacological and non-pharmacological techniques which cope with the pain in the process of delivery. The second aim was focused on the women contentment with comfort offer in the labour ward and the treatment of nursing staff. I have chosen three research questions:

Which possibilities of pharmacological and non-pharmacological techniques do the women know and use to ease the pain in the process of delivery? Which relaxation aids have been offered in the process of delivery? To what extent the woman has been satisfied with the ambience and the nursing staff treatment?

I chose the method of qualitative research. I carried on a survey to get the detailed and comprehensive information. The research included the group of ten women from different hospitals in the Czech Republic between February and March 2014. I prepared a list of seven questions related to their age, marital status, education, position before maternity leave and parity. Next questions were focused on the offer of pharmacological and non-pharmacological techniques which are used to ease the pain in the process of delivery, the treatment of nursing staff, the influence of ambience, where the respondents get the information about the labour and which alternative techniques they know.

The dialogue was voluntary and nameless. There were only ten identification numbers of the respondents. All the respondents gave their consent to the survey

verbally and were told that the results will be used only for the purpose of this thesis. Everything was recorded on a Dictaphone, then transcription was conducted and after that the main ideas were underlined for better clarity. The whole research was transferred to two main categories and its subcategories.

During investigations it emerged that most respondents found the information on the Internet, in professional literature, antenatal courses etc. Hydroanalgesia appeared to be the most known alternative to ease the pain in the form of shower or bath. As far as pharmacological possibility is concerned the respondents mentioned only epidural analgesia.

The comforts category describes general comforts which the midwife offers to the expectant mothers in the process of delivery. Antenatal preparation was given to most respondents with the previous consent and they were offered drinks in the labour ward. Most respondents were also offered non-pharmacological techniques to ease the pain such as relief positions, gymnastics ball, massage, hydroanalgesia etc. No respondent was offered epidural analgesia, however, one respondent was relieved with the help of pharmacotherapy. The thesis also deals with the people present in childbirth and the influence of ambience. It was shown that most respondents had no reservations.

The category which assesses the women contentment with the midwives attitude towards expectant mothers shows that most women were satisfied. The midwives were not only mental support but also they took care about their comfort and informed about the process of delivery. There was only one case when the woman was not satisfied and she would appreciate to get more information from the midwives. Unprofessional attitude of the midwives has an influence on the respondent assessment.

The research shows that public health needs not only routine work but mainly human attitude and communication. Midwives should behave sympathetically, be assertive towards the women in labour and relieve the pain with the help of all available techniques in such a demanding situation as delivery is.

Key words:

Childbirth

Comfort

Pain

Nursing care

Midwife

Expectant mother

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 6.5.2014

.....

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Děkuji PhDr. Drahomíře Filausové za vedení mé bakalářské práce, za značnou ochotu a vstřícnost při řešení nastalých problémů a za velice přínosné rady a za podnětné návrhy, které ji obohatily.

Mé velké díky patří také celé mé rodině, která mi byla velikou oporou.

Obsah

Úvod.....	12
1 Současný stav	13
1.1 Porod a jeho klasifikace	13
1.2 Porodní asistentka a její role v průběhu celého porodu	15
1.2.1 Role porodní asistentky při příjmu rodičky na porodní sál	15
1.2.2 Role porodní asistentky v I. době porodní.....	16
1.2.3 Role porodní asistentky v II. době porodní.....	18
1.2.4 Role porodní asistentky ve III. době porodní.....	20
1.2.5 Role porodní asistentky ve IV. době porodní.....	22
1.3 Komfort.....	23
1.4 Bolest	24
1.4.1 Farmakologické tlumení porodní bolesti.....	24
1.4.2 Nefarmakologické tlumení porodní bolesti	27
1.5 Vliv prostředí	32
1.6 Vliv působení zdravotnického personálu.....	32
1.7 Doprovázející osoba u porodu	33
2 Cíle práce a výzkumné otázky.....	35
2.1 Cíle práce	35
2.2 Výzkumné otázky	35
3 Metodika.....	36
3.1 Metodika výzkumné práce.....	36
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	37
4 Výsledky výzkumu	38
5 Diskuze	53
6 Závěr.....	62
7 Seznam informačních zdrojů:.....	64
8 Přílohy	68

Seznam použitých zkratk

DM - diabetes mellitus

EDA – epidurální anestezie

FF - fyziologické funkce

i.m. – intramuskulárně

i.v. – intravenózně

P – pulz

PA – porodní asistentka

TK - krevní tlak

TT - tělesná teplota

Úvod

Porodnictví je jedno z nejstarších a základních lékařských odvětví, které se celkově zabývá těhotenstvím, porodem a šestinedělím. Náplň tohoto oboru je optimistická, stojí na úplném počátku zrození nového života. Tento obor má však celou řadu úskalí a mnohdy musí řešit akutní stavy, které se řadí mezi nejrizikovější v celé medicíně. Snahou moderního porodnictví je však na základě odborného vzdělání a komplexní znalosti fyziologie a patologie těhotenství předcházet, rozpoznávat a adekvátně řešit závažné stavy ohrožující matku i plod (Čech a kol., 2006).

Profese porodních asistentek je stará jako lidstvo samo, porodní báby je možné vysledovat již v dávné historii lidstva. Ve starém Egyptě, později v Řecku, Římě, ale i u Aztéků, Inků a dalších starých civilizací. Na počátku porodní asistence pomoc rodiče v průběhu porodu poskytovala starší a zkušenější přítelkyně, či sousedka. Postupně se porodní asistence stala nutnou a uznávanou profesí. V dnešní době jsou na porodní asistentku kladeny velké nároky v její profesi. Porodní asistentka musí zvládat ošetrovatelskou péči v porodní asistenci, musí se orientovat v medicínských otázkách porodnictví a gynekologie. Důležitým úkolem porodní asistentky je zaměřit se na ženu jako na člověka, na její tělo, duši, emoce, aby jí poskytla potřebnou podporu, radu a péči (Vránová, 2007; Ratislavová, 2008).

Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila „Komfort rodičky v průběhu porodu.“ Toto téma jsem si zvolila nejen proto, že mě práce na porodním sále baví a naplňuje, ale i proto, že jsem díky absolvované tříměsíční zahraniční stáži měla možnost porovnat nejen prostředí, ale i přístup porodních asistentek a nabídnutý celkový komfort v průběhu porodu. Na porodním sále vnímám nejen individualitu rodičky, ale i porodních asistentek. Porodní asistentky se liší nejen v dynamičnosti, temperamentu, ale i v profesionalitě. Chtěla bych znát pocity a názory na toto téma z pohledu rodiček, jak ony vnímaly celkový průběh svého porodu a zda byly spokojeny s přístupem a komfortem, který jim byl v průběhu porodu nabídnut. Toto jsem si stanovila také jako hlavní cíl své bakalářské práce.

1 Současný stav

1.1 Porod a jeho klasifikace

Roztočil ve své knize definuje porod jako děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce (plod, placenta, pupečník, plodová voda, plodové obaly) z dutiny děložní porodními cestami za působení porodních sil z organismu matky (Roztočil, 2008). K 1.4.2012 nabyl účinnost nový zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Porodem se rozumí ukončení těhotenství narozením živého nebo mrtvého dítěte. Za narození živého dítěte se považuje úplné vypuzení nebo vynětí plodu z těla matčina, bez ohledu na délku trvání těhotenství, jestliže plod po narození projevuje alespoň jednu ze známek života, to je dech, srdeční činnost, pulzace pupečníku nebo nesporný pohyb kosterního svalstva, ať už pupečník byl či nebyl přerušen nebo placenta připojena (MZCR, 2012). „Mrtvě narozeným dítětem se rozumí plod narozený bez známek života, jehož hmotnost je 500 gramů a více, nelze-li porodní hmotnost určit, narozený po 22. týdnu těhotenství, a nelze-li délku těhotenství určit, nejméně 25 cm dlouhý, a to od temene hlavy k patě (MZCR, 2012).“

Podle ukončeného týdne těhotenství se porod klasifikuje na porod předčasný, včasný a opožděný. Předčasným porodem (partus praematurus) je porod do konce 37. týdne těhotenství, k tomuto porodu přiřazujeme další kritérium, a to porod nezralého plodu s hraniční hmotností do 2500g. Porod v termínu, nebo také včasný porod (partus maturus), označujeme od 38. - 42. týdne těhotenství. Ukončené těhotenství po 42. týdnu označujeme jako opožděný porod (partus serotinus) (Čech a kol., 2006).

Podle průběhu klasifikujeme porod na samovolný (spontánní), medikamentózní, indukovaný, operativní, fyziologický a patologický porod (Roztočil, 2008).

O samovolném, neboli spontánním porodu mluvíme tehdy, pokud nastoupil na základě přirozených pochodů organismu ženy a probíhal bez zásahu porodníka. Medikamentózní porod je ten, při kterém po spontánním nastoupení porodní činnosti jsou ženě aplikovány léčebné prostředky na zmírnění bolesti či koordinaci děložní činnosti. Indukovaným porodem rozumíme umělé vyvolání děložní činnosti za účelem

ukončení těhotenství vaginální cestou. Operativním porodem označujeme ukončení těhotenství nebo urychlení porodu plodu z důvodu ohrožení života či zdraví matky, plodu nebo obou vaginální cestou nebo abdominální operací. Fyziologickým porodem nazýváme ten, který probíhá působením přirozených porodních mechanismů bez zásahu porodníků. Při patologickém porodu dochází k rozvoji porodnické patologie, kterou je nutno rychle řešit. Někdy bývá velice obtížné určit přesnou hranici mezi fyziologickým a patologickým porodem (Roztočil, 2008).

Průběh porodu se rozděluje z časového hlediska a podle probíhajících procesů na čtyři doby porodní. První doba porodní neboli otevírací začíná spontánním odtokem plodové vody nebo nástupem pravidelných kontrakcí a končí úplným otevřením porodních cest. Velmi důležité je rozpoznání skutečných kontrakcí od tzv. poslíčků, neboli Braxton-Hicksových kontrakcí. Tyto kontrakce nejsou pravými kontrakcemi, ale pouze jen „cvičnými“. Účelem těchto kontrakcí je roztáhnout dolní část dělohy, což umožní hlavičce dítěte usídlit se v pánvi a změkčit a ztenčit děložní čípek. Tyto kontrakce však nemají vliv na dilataci děložního čípku. Druhá doba porodní neboli vypuzovací začíná úplným otevřením porodních cest a končí vypuzením plodu z dělohy. Třetí doba porodní, neboli „doba k lůžku“, je doba po porodu plodu až po porod placenty, pupečníku a plodových obalů. A poslední čtvrtá doba porodní nebo také doba poporodní je doba, ve které je žena nejvíce ohrožena časným poporodním krvácením. Jde zhruba o tříhodinový interval po porodu placenty, kdy žena leží na porodním sále a je kontrolována (Deansová, 2004; Roztočil 2008).

Délka trvání porodu nemůže být předem určena. Průběh a trvání porodu ovlivňuje mnoho faktorů. Průběh porodu ovlivňuje věk rodičky, parita, intervaly mezi porody, vztah mezi velikostí plodu a porodními cestami, gestační stáří plodu, stav výživy rodičky, únava, psychický stav rodičky a její připravenost na porod, uložení hlavičky plodu, poloha rodičky v průběhu porodu a také medikace. Obecně lze říci, že prvorodičky rodí 6-12 hodin, vícerodičky 3-9 hodin, ale průběh a trvání porodu je u každé rodičky individuální. Pokud trvá porod méně než 60 minut, mluvíme o překotném porodu neboli partus praecipitatus. Porod by však neměl překročit 12 hodin trvání (Roztočil, 2008).

1.2 Porodní asistentka a její role v průběhu celého porodu

„Porodní asistentka je osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky uznávaného v dané zemi, která úspěšně ukončila daný vzdělávací program pro porodní asistentky a získala tak požadovanou kvalifikaci a registraci pro výkon povolání porodní asistence (Vránová, 2007, s. 94).“

Porodní asistentka pracuje v partnerství se ženami a poskytuje jim potřebnou péči, podporu a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní. Porodní asistentka vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Péče porodní asistentky zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky či dítěte, zprostředkovává přístup k lékařské péči, nebo jiné vhodné pomoci a provádí nezbytná opatření při mimořádně naléhavých situacích (Vránová, 2007).

Náplní práce porodní asistentky v průběhu porodu je povzbuzovat rodičku a řešit problémy v uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb. Sleduje zdravotní stav matky, plodu a celého průběhu porodu, monitoruje děložní činnosti, ozvy plodu a provádí vaginální vyšetření, veškeré odchylky od fyziologické normy hlásí lékaři. Porodní asistentka respektuje porodní plán rodičky při fyziologickém průběhu porodu, doporučuje rodičce různé nefarmakologické metody na zmírnění a zvládnání porodní bolesti, podporuje rodičku při výběru alternativních metod, zabezpečuje psychickou oporu jak rodičce, tak doprovázející osobě. V kompetenci porodní asistentky je i ošetření jednoduchých poporodních poranění jako je například episiotomie, v případě komplikovaných poporodních poranění spolupracuje s lékařem. V případě potřeby provádí první ošetření novorozence, zabezpečuje včasné přiložení novorozence k prsu matky, vede dokumentaci (Eliášová, 2008; Roztočil, 2008).

1.2.1 Role porodní asistentky při příjmu rodičky na porodní sál

Porodní asistentka se při příjmu rodičky v první řadě představí, poté provede administrativní příjem, zaznamená identifikační údaje a údaje z těhotenské průkazky

do dokumentace a sepiše veškeré anamnézy. Zjistí intenzitu a frekvenci děložních kontrakcí, při podezření na spontánní odtok plodové vody provede Temešvaryho zkoušku. Zkontroluje údaje o vyšetření pánve, eventuálně pánev přeměří, zkontroluje moč identifikačním papírkem na bílkoviny, cukr, popř. na ketolátky, změří a zapíše fyziologické funkce, zjistí hmotnostní přírůstek během těhotenství, zajistí dokumentaci – podepsání veškerých informovaných souhlasů. Provede zevní vyšetření rodičky, zhodnotí celkový stav rodičky, natočí vstupní kardiokografii, minimálně dvacetiminutový záznam a přivolá lékaře. Lékař provede zevní a vaginální vyšetření, u kterého mu asistuje porodní asistentka a se stanovením vstupní diagnózy určí postup a přípravu rodičky k porodu.

Porodní asistentka po rozhodnutí lékaře provede celkovou přípravu rodičky na porod, která zahrnuje zkontrolování, popřípadě oholení zevního genitálu, provedení očistného klyzmatu a vyprázdnění rodičky, monitorování CTG a každé dvě hodiny vaginální vyšetření, v případě potřeby i v kratších intervalech. Velmi důležité je mít ke všem provedeným výkonům souhlas rodičky. Všechny vykonané výkony zaznamená do dokumentace a zabezpečí uložení oděvu, osobních věcí a cenností rodičky podle zvyklostí zdravotnického zařízení (Žáčková a kol., 2006; Čech a kol., 2006; Pařízek, 2008).

1.2.2 Role porodní asistentky v I. době porodní

První dobou porodní, neboli „otevírací dobou“ začíná porod. Začínají pravidelné děložní kontrakce, které mají vliv na rozevírání a zánik děložního čípku. Zánikem děložního čípku vzniká děložní branka, která se postupně rozvíjí, nejprve je prostupná jen pro prst, dále pro dva a poté se její průměr počítá na centimetry. První doba porodní končí tím, kdy porodnická branka již není hmatná, uvádí se, že „branka je zašlá“, v tu chvíli činí průměr branky zhruba 10 cm. První doba porodní u prvorodiček trvá průměrně 6-7 hodin a u vícero-diček 3-4 hodiny (Pařízek, 2008).

První doba porodní se dělí na tři fáze. Na fázi latentní, aktivní a tranzitorní. V latentní fázi se kontrakce stabilizují, zvyšuje se jejich intenzita, frekvence a trvání.

Počáteční kontrakce se objevují v intervalech 10-15 minut a trvají 15-20 sekund, na konci latentní fáze se objevují v intervalech 5-7 minut a trvají 30-40 sekund. Bolestivost kontrakcí se zvyšuje a projevuje v oblasti podbříšku, nebo v sakrální části zad. V této fázi nedochází k výrazným změnám na čípku, děložní hrdlo se zkracuje, až vzniká děložní branka o průměru 2-2,5 cm na konci latentní fáze. Délka této fáze závisí na paritě rodičky, na duševním a somatickém stavu a zevních vlivech, hlavně na medikaci (Roztočil a kol., 2008).

Fáze aktivní je období od konce fáze latentní, tedy když je branka otevřena na 2,5 cm do dilatace branky na 8 cm. Období je charakterizováno zrychlením kontrakcí, které jsou relativně krátké a vedou k rychlému rozvoji branky. Délka trvání druhé fáze je velice individuální (Roztočil a kol., 2008).

Ve třetí fázi neboli tranzitorní fázi, dochází ke zpomalení rozvoje porodního nálezu, a to od 8 cm až do úplného zániku branky. Frekvence kontrakcí stoupá, objevují se po 1-2 minutách o délce 50-60 sekund. V tomto období dochází k sestupu naléhající části plodu do nižších rovin pánve. Zánikem branky končí první doba porodní (Roztočil a kol., 2008).

Porodní asistentka informuje rodičku o průběhu I. doby porodní a poučuje ji o správné technice dýchání. Porodní asistentka zajišťuje monitorování stavu plodu a rodičky. Sleduje a hodnotí srdeční frekvenci plodu a posuzuje intenzitu, frekvenci a délku trvání děložních kontrakcí a mezikontrakčního období. Minimálně po 15 minutách kontroluje auskultací srdeční akci plodu a podle potřeby natáčí kardiokografický záznam. Porodní asistentka měří každé 2-3 hodiny rodičce krevní tlak, pulz a tělesná teplota se při afebrilním stavu měří po 6 hodinách, při subfebrilním stavu každou hodinu. Minimálně po 2-3 hodinách porodní asistentka vykonává zevní a vnitřní vyšetření a hodnotí postup porodu. Porodní asistentka plní veškeré lékařské ordinace a řádně vše zapisuje do dokumentace, vedené nejpozději od začátku aktivní fáze I. doby porodní (Eliášová, 2008; Záčková a kol., 2006; Čech a kol., 2006).

Porodní asistentka také monitoruje odtok plodové vody, při jehož spontánním odtoku na porodním sále porodní asistentka nebo lékař ihned vaginálně vyšetří rodičku, aby se vyloučil možný výhřez pupečníku. Porodní asistentka zapíše do porodopisu

kvalitu a množství plodové vody. Pokud plodová voda neodteče spontánně v I. době porodní, provádí se dirupce vaku blan. Důležité je správné načasování protrhnutí vaku blan, u prvorodiček se dirupce provádí při nálezu 5-6 cm a u vícerodiček cca 3-4 cm. Při časně dirupci se může porod prodloužit a plod je také déle vystaven infekčnímu prostředí. Před provedením dirupce vaku blan se musí odezinfikovat zevní genitál, poté porodní asistentka mezi zavedeným 2. a 3. prstem ruky vsune jeden hrot branže amerických kleští až k dolnímu pólu vaku blan, který za kontrakce protrhne. Poté pozvolna prsty roztahuje vak blan a volně nechává odtéct plodovou vodu. Při prudkém odtoku plodové vody hrozí výhřez pupečníku, což je závažná komplikace, která vyžaduje okamžité operační ukončení porodu (Čech a kol., 2006; Pařízek, 2008).

Porodní asistentka v průběhu první doby porodní soustřeďuje také pozornost na somatický a psychický stav klientky. Udržuje s klientkou verbální a neverbální komunikaci. Zabezpečuje rodičce komfort a využívá adekvátních relaxačních technik mezi kontrakcemi. Komunikuje s rodičkou, poučuje ji, povzbuzuje a usměrňuje ji i doprovázející osobu u porodu. Porodní asistentka dbá na hydrataci rodičky, zajišťuje ji dostatečný pitný režim, popřípadě dle ordinace lékaře podává infúzi i.v. Sleduje vyprazdňování močového měchýře a konečníku v průběhu porodu, plný močový měchýř tvoří mechanickou překážku v porodních cestách a může bránit postupu porodu. PA také monitoruje a tlumí porodní bolest pomocí farmakologických či nefarmakologických metod. Zabezpečuje rodičce vhodnou polohu, doporučuje ji alternativní metody k tlumení bolesti a relaxační techniky podle možností porodnice a dle samotného výběru rodičky. Pokud to dovoluje zdravotní stav rodičky i plodu, PA dbá na veškerá porodní přání rodičky (Slezáková a kol., 2011; Eliášová 2008).

1.2.3 Role porodní asistentky v II. době porodní

Druhá doba porodní neboli doba vypuzovací, začíná zánikem branky a končí porožením plodu. Průměrná délka trvání II. doby porodní je 15-20 minut, samozřejmě u každé rodičky je to velice individuální, jako i průběh celého porodu. Rodička pocítuje nucení na stolicí, nutkání na tlačení a tím zapojení břišního lisu z důvodu tlaku

sestupující hlavičky na nervové pleteně v oblasti pánevního dna. Rodičky s epidurální analgezií nemusí pociťovat nutkání tlačit tak silně. V této fázi je zcela dilatované hrdlo na 10 cm, kontrakce jsou stále silné, ale postupně mohou zeslabovat, objevují se každé 2-3 minuty a trvají 60-90 sekund. V indikovaných případech se provádí episiotomie neboli nástřih hráze. Episiotomie se provádí z důvodu chránění hráze matky před poraněním – rupturou a jednak k urychlení porodu a snížení tlaku na hlavičku, a tím zabránění vzniku hypoxie plodu. Existují tři druhy episiotomie, laterální, mediolaterální a mediální. (Roztočil, 2008; Leifer, 2004, Eliášová 2008).

Porodní asistentka má oprávnění na samostatné vedení porodu, které vyplývá z jejích kompetencí vést fyziologické porody, provést profylaktický nástřih hráze a ošetření porodního poranění rodičky (Beránková, Moravcová, 2007).

V České republice porodní asistentka podle svých kompetencí provede vaginální vyšetření, a pokud je děložní branka zašlá, hlavička sestoupí až na pánevní dno, šev šípový je hmatný v přímém průměru a malá fontanela je možná nahmatat jako vedoucí bod, připraví porodní asistentka rodičku na porod a začíná s rodičkou aktivně tlačit v poloze, kterou si sama rodička zvolila. Je provedena dezinfekce zevních rodidel pomocí dezinfekčního roztoku. Porodní asistentka provede sterilní rouškování. Po celou dobu monitoruje celkový stav rodičky, poslouchá ozvy plodu po každé kontrakci, sleduje délku a intenzitu kontrakcí. Porodní asistentka je v neustálém kontaktu s rodičkou, edukuje ji o správném dýchání, tlačení a používání břišního lisu. Při riziku ruptury hráze provede episiotomii při napětí hráze a při kontrakci. Hráz je chráněna sterilní rouškou. Po porodu hlavičky jsou aplikována uterotonika pro aktivní vedení třetí doby porodní. Po porodu dle potřeby provede porodní asistentka nebo dětská sestra odsátí sekretu z dýchacích cest. Porodní asistentka nechá dotepat pupečník a poté ho přerušit. Zhodnotí u novorozence Apgar skóre v 1. minutě. Porodní asistentka čeká na odloučení placenty. Dle zvyklostí pracoviště odebere z pupečníku krev a ošetří novorozence. Porodní asistentka také eviduje veškeré údaje o porodu a zaznamenává je do dokumentace (Záčeková a kol., 2006).

1.2.4 Role porodní asistentky ve III. době porodní

Třetí doba porodní, neboli také placentární doba, začíná porozením dítěte a končí odloučením a vypuzením placenty. Délka trvání odloučení placenty od porození dítěte by měla trvat kolem 10-20 minut, ale i 60 minut se ještě pokládá za normální, pokud žena nekrvácí (Leifer, 2004).

Třetí doba porodní se dělí na tři období. Na období odlučovací, vypuzovací a hemostatické.

V odlučovací fázi děloha po porodu retrahuje, má kulovitý tvar a fundus sahá zhruba k pupku. Poté se objevují opět děložní kontrakce, ale někdy jsou tak slabé, že je žena nemusí ani vnímat. Svalová vlákna myometria se zkracují, děložní stěna se stahuje a děložní plocha se zmenšuje. Při mechanismu odlučování placenty dochází k rupturám uteroplacentárních cév, tím vzniká krvácení mezi placentou a děložní stěnou. Tak vzniká retroplacentární hematom, který se zvětšuje, a tím odlučuje placentu od stěny děložní. Většinou k odloučení placenty stačí jen několik kontrakcí (Roztočil, 2008).

III. doba porodní je vedena podle kompetencí porodní asistentkou nebo porodníkem. Porodní asistentka při porodu placenty, stále udržuje slovní kontakt s rodičkou a o všem ji informuje. Pokud se rodička nenachází v gynekologické poloze, tak ji do ní porodní asistentka uvede a sleduje známky odloučení placenty. Rozlišují se čtyři znamení odloučení placenty, první je Schröderovo znamení, které zjistíme pohmatem, kdy po odloučení placenty oploštělý fundus stoupá nad pupek. Pokud při zatlačení prsty nad symfýzu se pupečník již nevtahuje do pochvy, poté mluvíme o Küstnerově znamení. U Ahlfeldova znamení po odloučení placenty se oddálí peán zaklesnutý v emitní misce co nejvíce od vulvy. Posledním znaméním je Strassmannovo, tj., když se poklep na fundus již nepřenáší na pupečník (Čech a kol., 2006; Záčková a kol., 2006).

Ve vypuzovací fázi po odloučení placenty stále probíhají kontrakce a žena pocítuje nutkání na tlačení. Žena je vyzvána k poslednímu zatlačení a porodí placentu i s blánami. K porození porodních blan používáme hmat podle Jacobse – porozenou

placentu uchopíme oběma rukama, otáčíme ji a mírně ji povytahujeme, tímto se blány svinují v provazec a jdou lépe vybavit (Roztočil, 2008; Čech a kol., 2006).

Při porodu si porodní asistentka všímá také mechanismu porodu placenty. Rozlišují se tři základní mechanismy odlučování placenty.

Při mechanismu Baudelocqueova-Schultzova se placenta odlučuje od centra k periférii. Při odlučování je minimální ztráta krve, retroplacentární hematoma zůstává uzavřen mezi placentou a děložní stěnou, žena nekrvácí. Placenta je kornoutovitě svinutá a plodové blány zadržují hematoma. Po celkovém odloučení odchází z rodidel nejdříve úpon pupečníku a za ním kornoutovitě svinutá placenta, která obsahuje ve svém středu retroplacentární hematoma. Napřed se rodí fetální, poté až mateřská strana placenty. (Roztočil, 2008, Eliašová, 2008).

U Duncanova mechanismu se placenta odlučuje od periferie přes centrum k opačné periférii, hematoma odtéká volně pochvou, napřed se rodí mateřská strana placenty, poté až fetální, rodička mírně krvácí.

U Gessnerova mechanismu je odlučování placenty podobné jako u Duncana, od periferie k protilehlé periférii. Ale tím, že placenta klesne do pochvy se kornoutovitě svine a vystupuje napřed svou fetální stranou poté až mateřskou. Retroplacentární hematoma byl již vyplaven, rodička opět mírně krvácí. Tento typ odlučování je nejčastější (Roztočil, 2008).

Porodní asistentka po porodu placenty, zkontroluje celistvost lůžka a plodových blan. Odebere placentu a zváží ji. Porodní asistentka podle svých kompetencí, nebo lékař provede vyšetření porodních cest. Zjistí rozsah porodních poranění a podle rozsahu, či při provedení epiziotomie zabezpečí potřebné chirurgické ošetření. Porodní asistentka poučí ženu, jak správně o suturu pečovat a edukuje ji o správných hygienických opatřeních. Všechny údaje týkající se III. doby porodní pečlivě zaznamená do dokumentace. (Záčeková kol., 2006; Roztočil, 2008).

Po vypuzení placenty nastává fáze hemostatická, kdy v místě inserce placenty ke stěně děložní ústí otevřené uteroplacentární cévy, které krvácí. Na zástavě krvácení se podílí hemokoagulační aktivita s následnou trombózou cév (Roztočil, 2008; Čech a kol., 2006).

Již od 60. let je u nás zavedeno aktivní vedení III. doby porodní, abychom zabránili krevním ztrátám. PA tedy po porození hlavičky aplikuje rodičce i.v. uterotonika nebo uterokinetika, což je buď 2-5j. Oxytocinu, nebo 0,3 mg Methylergometrinu(Leifer, 2004, Čech a kol., 2006).

Ve třetí době porodní je velice důležitá podpora bondingu. Bonding můžeme z angličtiny přeložit jako lepení nebo připoutání, sepjetí. Bonding je proces, při kterém se tvoří emocionální vztah mezi matkou a dítětem. Pokud to zdravotní stav novorozence dovoluje, tak přiloží porodní asistentka novorozence na hrud' matky. Kontakt skin to skin usnadňuje nejen emocionální, ale i fyziologickou adaptaci matky a dítěte (Mrowetz, 2011).

1.2.5 Role porodní asistentky ve IV. době porodní

Poporodní období neboli čtvrtá doba porodní, je doba dvou hodin po porodu. Rodička zůstává na porodním sále pod dohledem PA, která kontroluje zavínování dělohy, fyziologické funkce a možný vznik poporodního krvácení. Krevní ztráta by po fyziologickém porodu neměla přesáhnout 300 ml (Roztočil, 2008). Porodní asistentka provede po ošetření a zkontrolování poporodního poranění očistu rodičky, převlékne ji do čistého prádla, dá pod ní čisté vložky, uloží rodičku do vodorovné polohy a přikryje ji teplou přikrývkou. Změří FF- tělesnou teplotu, krevní tlak, pulz dle standardu zdravotnického zařízení. Leifer ve své knize uvádí měřit TT každou hodinu, TK, P v první hodině po 15 minutách ve druhé hodině po 30 minutách a poté se měří každou hodinu. V 15-30 minutách PA kontroluje výšku děložního fundu, zavínování dělohy, krvácení, poporodní ošetření, suturu po episiotomii. V případě otoku hráze na ni přiloží led. Sleduje naplnění močového měchýře. Při vzniku jakýchkoli komplikací ihned informuje lékaře. Porodní asistentka poučí ženu o důležitosti včasného přiložení novorozence k prsu pro stimulaci laktace, pro podporu involuce dělohy a v neposlední řadě pro vytvoření emoční vazby mezi matkou a dítětem. Pokud je poporodní adaptace novorozence fyziologická, zabezpečí jeho přiložení k prsu. Zajistí klidné a intimní prostředí a nechá matku, dítě a otce v klidu pohromadě. PA dbá na čistotu rodičky a dle

potřeby mění vložky, zajistí hydrataci rodičky většinou per os a vše pečlivě zaznamenává do dokumentace. Po uplynutí dvou hodin je žena převezena na oddělení šestinedělí, před odvozem porodní asistentka zajistí vyprázdnění močového měchýře, opláchne rodidla, vymění vložky, změří fyziologické funkce, zkontroluje výšku děložního fundu, zavinování dělohy a krvácení. A pokud jsou všechny parametry v normě, zajistí převoz rodičky na šestinedělí (Leifer, 2004; Záčková a kol., 2006; Peschout, 2007).

1.3 Komfort

Podle akademického slovníku cizích slov je komfort definován jako přepych a pohodlí (Academia, 2001). Komfort je stav psychické, fyzické a sociální pohody či klidu. Rozděluje se do tří tříd, a to na komfort tělesný, komfort prostředí a komfort sociální. Do tělesného komfortu se zahrnuje oblast klidu, pohodlí a nepřítomnost bolesti. Do třídy komfortu prostředí se zahrnuje subjektivní vnímání pohody a klidu v souvislosti s prostředím. Sociální komfort tvoří oblasti pohody a klidu člověka v sociálních okolnostech (Marečková, 2006).

Porod je pro ženu velice náročná životní situace, je to situace nová, složitá, neobvyklá i pro ženy, které již rodily. Budoucí matky prožívají strach a úzkost z porodu, bolesti a právě bolest nejvíce narušuje tělesný komfort ženy. Průběh porodu výrazně ovlivňuje také psychický stav ženy. Uvolněná a optimistická žena mnohem lépe snáší nepohodlí a náročnost fyziologických procesů porodu. Naopak nadměrná úzkost a strach ženy zvyšuje citlivost na bolest a zhoršuje její toleranci. Další faktor, který ovlivňuje postoj ženy k této situaci, je prostředí, ve kterém žena rodí. A nemalý vliv má přístup zdravotnického personálu, hlavně porodní asistentky, která ženu při porodu doprovází, nebo přístup jiné blízké osoby přítomné u porodu. Porodní asistentka by měla udržet intimní, klidnou a tichou atmosféru, poskytující pohodlí a bezpečí.

Cílem ošetrovatelské péče a porodní asistentky je, aby se rodička cítila co nejlépe a byly uspokojeny všechny její potřeby (Ratislavová, 2008; Leifer, 2004).

1.4 Bolest

Podle ISAP (International Association for the Study of Pain) oficiální definice bolesti zní: „Bolest je nepříjemným sensorickým a emocionálním zážitkem, který je spojen se skutečným či domnělým poškozením tkáně, případně který je popisován v termínech takového poškození (Křivohlavý, 2002, s. 83).“

Bolest je nepříjemný a stresující příznak, který je osobní a subjektivní, každá rodička bolest prožívá a cítí individuálně. Porodnická bolest se od ostatních liší tím, že je součástí porodního procesu, žena se na bolest po dobu několika měsíců může připravit a bolest sama po porodu odezní. Existuje mnoho faktorů, které bolest ovlivňují. Každá žena má nastaven různý práh bolesti a vnímá bolest rozdílným způsobem. Závisí také na připravenosti děložního hrdla, na velikosti a tvaru pánve, vyčerpanosti ženy, atd. A samozřejmě důležitou roli při zvládnání bolesti hraje i psychosociální stav ženy. Význam mají i kulturní vlivy, které ovlivňují názory ženy na těhotenství, porod i reakci na porodní bolest. Strach a obavy ženy, předchozí zkušenosti s porodem, psychoprofylaktická příprava a podpora blízké osoby má také velký vliv na zvládnání bolesti. Porodní bolest můžeme snižovat pomocí farmakologických a nefarmakologických metod.

Nejdůležitějším úkolem PA je ovlivnit co nejvíce aspektů tak, aby žena byla schopna porodní bolest tolerovat. Velmi důležitá je empatická ošetrovatelská péče, která pomáhá zmírnit bolest a překonat ji (Leifer, 2004; Chmel, 2004).

1.4.1 Farmakologické tlumení porodní bolesti

Farmakologická metoda je taková metoda, při které je ženě v průběhu porodu podán lék tlumící vnímání porodní bolesti.

Porodní analgezie musí být zvolena vždy individuálně, záleží na psychickém stavu rodičky a jejím přání, na stavu plodu, porodnické situaci, vybavení a možnostech porodního sálu a na zkušenostech porodníka a anesteziologa. Cílem podání porodní analgezie je zajištění porodnického komfortu pro matku, optimálních podmínek

pro plod a zajištění fyziologického průběhu porodu. Analgezie se rozděluje na celkovou a místní. Do celkové analgezie se zařazuje nitrožilní analgezie a inhalační přípravky k analgezii (Roztočil, 2008).

Nejčastější nitrožilní analgezie jsou systémově podávaná analgetika a spasmolytika. Analgetika je skupina léků, které porodní bolest ztlumí, ale úplně nevyřadí, pouze zvyšují práh bolesti u rodičky. Nevýhodou těchto léků je, že může dojít k útlumu dechu matky i plodu. Často se objevují nežádoucí účinky jako jsou zvracení, nauzea a hypotenze. Léky se aplikují většinou v menších dávkách intravenózně. Po podání analgetik musí porodní asistentka vždy dle ordinace lékaře sledovat a zaznamenávat vitální funkce matky (Roztočil, 2008).

Spasmolytika jsou léky potlačující spazmy hladkého svalstva. Většinou se podávají v kombinaci s analgetiky, jejich samotný terapeutický účinek je slabý. Aplikují se většinou intravenózně, nebo per rektum ve formě rektálních čípků. Spasmolytika se podávají pro změkčení a uvolnění porodních cest (Čech a kol., 2006).

V současné době se jako inhalační přípravky k analgezii užívá Entonox, je to směs oxidu dusného a kyslíku v poměru jedna ku jedné. Je to jednoduchá a bezpečná metoda, nástup i odeznění účinku je rychlé a je zde minimální ohrožení matky i plodu. Nevýhodou je kontaminace ovzduší na porodním sále (Roztočil, 2008).

Do místní analgezie spadají metody epidurální analgezie, subarachnoidální analgezie, paracervikální blok, pudendální blok a místní infiltrace perinea.

Epidurální analgezie (EDA) je neúčinnější a nejrozšířenější metoda v ovlivnění bolesti za porodu. Pomocí epidurálního katétru se rodičce aplikuje do epidurálního prostoru, který se nachází mezi dura mater a ligamentum flavum, lokální anestetikum samostatně, nebo v kombinaci s opiátem. V porodnictví se aplikuje nejčastěji do lumbální části páteře. Je vhodné ji podávat rodičkám s kardiovaskulárním, plicním, jaterním, očním a metabolickým onemocněním, rodičkám s epilepsií, preeklampsií, či při indukci porodu, při porodu koncem pánevním. A kdykoli hrozí rodičce fyzické či psychické vyčerpání. Ke kontraindikacím epidurální anestezie řadíme nesouhlas rodičky, alergie na místní anestetikum, poruchu srážlivosti krve, předčasné odlučování

placenty, krvácení, rychlý, překotný porod a akutní nedostatek kyslíku dítěte (Roztočil, 2008; Pařízek, 2008).

Pro podání epidurální analgezie je velmi důležité načasování. Nejvhodnější je podat epidurální analgezii, když je porodní branka u prvorodiček otevřena na 3-4 cm, u vícerodiček na 2-3 cm, musí být přítomna pravidelná děložní činnost a vedoucí bod plodu by měl být vystouplý malým oddílem v pánvi. Záleží také na protržení vaku blan, EDA by se měla podávat minimálně 30 minut před nebo po dirupci vaku blan (Čech, a kol., 2006)

Rodičce epidurální katétr zavádí zkušený anesteziolog za asistence PA. Anesteziolog edukuje ženu o EDA a způsobu podání a nechá rodičce prostor pro případné dotazy. PA dá rodičce podepsat informovaný souhlas a pečlivě ho uloží do dokumentace, uklidňuje rodičku, zajistí polohu. EDA se provádí buď vsedě, nebo v poloze vleže na levém boku. Po provedení PA kontroluje ozvy plodu, každých 15 minut měří a zapisuje FF, dohlíží, aby rodička po celou dobu epidurální analgezie neležela na zádech (Čech a kol., 2006).

Subarachnoidální analgezie je metoda velice obdobná epidurální analgezii, akorát u této metody se punkce provádí do subarachnoidálního prostoru. Zjištění správného prostoru je jasné, protože odtéká mozkomíšní mok. Punkce se provádí v oblasti L2-L3 nejtenčí spinální jehlou v poloze na levém boku, nebo vsedě s ohnutými zády dopředu do tvaru písmene C. Nástup účinku je téměř okamžitý, mezi hlavní nevýhody patří vznik hypotenze a postpunkční bolesti hlavy, kterým se snažíme předejít užitím co nejtenčí spinální jehly, aby únik mozkomíšního moku byl co nejmenší a zajištěním dostatečné hydratace. Výhodou této metody oproti epidurální analgezii vyžaduje menší dávku analgetik/anestetik a je menší riziko farmakologického ovlivnění plodu (Pařízek, 2002; Leifer, 2004).

Pudendální blok je způsob analgezie, která se užívá na konci II. doby porodní pro spontánní porod. Místní anestetikum se aplikuje injekcí k pudendálním nervům na obou stranách pánevního dna. Anestetikum působí v oblasti hráze a zevní třetiny pochvy. Tato analgezie se podává při spontánním, předčasném porodu a při porodu kleštěmi, analgezie pomáhá uvolnit pánevní dno, a tím chrání hlavičku dítěte.

Kontraindikací je hlavička v pánevní úžině nebo východu, kdy hrozí nebezpečí poranění plodu, rychlý porod a anatomické odchylky pánve. Mezi nevýhody řadíme možnou ztrátu nutkání na tlačení, vyvolání prodloužení II. doby porodní (Čech a kol., 2006; Pařízek, 2002; Roztočil, 2008).

Místní infiltrace perinea je znecitlivění užívající se k bezbolestnému ošetření hráze a pochvy. Je to nejčastěji užívaná metoda v porodnictví, pro místní znecitlivění se používá nejčastěji 10-20 ml 1% Mesocainu (Čech a kol., 2006; Roztočil, 2008).

Porodní asistentka při použití těchto farmakologických metod musí již při příjmu zjistit, zda má žena alergii na některé léky včetně anestetik, aby se vyloučila nevhodná opatření ke zmírnění porodní bolesti. Porodní asistentka pomáhá ženě zaujmout a udržet polohu k provedení epidurální či subarachnoideální blokády. PA upozorňuje lékaře na kontrakce, protože při kontrakcích lze těžce udržet nehybnou polohu. Měří v pravidelných intervalech, dle ordinace lékaře krevní tlak, popřípadě rodičku napojí na automatický monitor krevního tlaku, pomocí pulzního oxymetru monitoruje saturaci kyslíkem. A současně monitoruje srdeční frekvenci plodu (Leifer, 2004).

1.4.2 Nefarmakologické tlumení porodní bolesti

Nefarmakologické ovládání bolesti je tlumení bolesti pomocí alternativních metod bez využití léčiv a anestetik. Nefarmakologické tlumení bolesti pomáhá ženě vyrovnat se s porodními bolestmi. Výhodami použití nefarmakologických metod je, že neškodí matce ani plodu, rodička není ohrožena rizikem alergické reakce ani škodlivých účinků na některé léky. Úkolem porodní asistentky je pomáhat a ulevovat rodičce od porodních bolestí pomocí alternativních metod. Jde o relaxaci, akupunkturu, akupresuru, dýchání, změny poloh, atd (Leifer, 2004).

Na využití nefarmakologického tlumení bolesti jsou lépe připravené rodičky, které absolvovaly v průběhu těhotenství předporodní kurzy. Podstatou psychoprofylaktické přípravy je u žen vytvořit reflexy, vázané na porodní proces, které nevedou k bolestivým prožitkům, ale k aktivnímu soustředění na jiné podněty, jako je např. dýchání, svalová relaxace. Psychoprofylaktické přípravy neslibují bezbolestnost

při porodu, ale rodičky jsou poučeny, že farmakologická metoda bude využita tehdy, pokud bude nefarmakologický způsob analgezie nedostačující. Rodičky, které nejsou informované o průběhu porodu, mají strach z bolesti a vzniku komplikací. Úkolem předporodní přípravy je zbavit rodičku negativních emocí, protože zejména strach vyvolává zvýšené napětí svalstva měkkých porodních cest. Předporodní kurzy vedou většinou porodní asistentky. Předporodní kurzy informují ženy o anatomii, fyziologii těhotenství a porodu, ukazují nácvik dýchání, relaxaci během porodu i další nefarmakologické metody (Leifer, 2004; Zwinger, 2004).

Mezi nefarmakologické metody tlumení bolesti patří stimulace kůže, hypnóza, audioanalgezie, hydroanalgezie, elektroanalgezie, akupunktura a akupresura, aromaterapie, mentální stimulace, alternativní polohy a správné dýchání během porodu.

Při porodu se pro stimulaci kůže často používají masážní techniky, které se může naučit sama rodička, nebo její partner. Do jedné z nich zařazujeme *efleráž*. Žena za kontrakcí hladí břicho, nebo stehna krouživými pohyby. Žena může dokonce dělat celým tělem krouživé pohyby, či pohyby do tvaru osmičky. Tyto krouživé pohyby stimulují silná nervová vlákna, která inhibují stimuly procházející tenkými nervovými vlákny. Je doporučováno tuto masáž zkombinovat i s jinými, protože masáž prováděná stále stejnou technikou ztrácí účinnost. Další možnost masáže je *tlačení na sacrum*. Rodička partnera vede, kde a v jaké intenzitě jí je to příjemné a partner silným tlakem působí proti spodní části zad, tlak zmírňuje bolest. Další vhodnou metodou je *tepelná stimulace*. Teplo lze aplikovat zahřátým prostěradlem, nebo vyhřívací láhví naplněnou teplou vodou, či osprchováním. Některé rodičky dávají přednost studeným obkladům na obličej (Leifer, 2004).

Hypnóza je metoda založená na kombinaci sugesce a distrakce – odvrácení pozornosti od nepříjemného zážitku a koncentrace na lepší, příjemnější zážitek. Tato metoda je velice časově náročná a vyžaduje přítomnost velice zkušeného hypnotizéra. Hypnóza je účinná jen u 25 % žen z hlediska individuální sugestibility (Zwinger, 2004).

Audioanalgezie je potlačení, či zmírnění bolesti pomocí reorganizace aktivity mozkové kůry, podstatou je dráždění sluchového centra. Pomocí přístroje se během

kontrakce vytvoří šum, tzv. „bílý šum“, jde o směs všech slyšitelných frekvencí o stejné intenzitě, který žena poslouchá pomocí sluchátek v průběhu porodu. Další možností využití audioanalgezie – muzikoterapie je použití relaxační hudby, kterou si žena před porodem obstará sama podle vlastní volby (Čech a kol., 2006; Zwinger, 2004).

Hydroanalgezie je alternativní metoda tlumení bolesti pomocí účinku vody. Relaxační sprchy, koupele, teplé nebo studené obklady, termofory aplikovány na oblast beder se během posledních dvacet let ukázaly jako příjemný a neškodný postup při tlumení porodní bolesti. Relaxační koupele jsou v mnoha porodnicích využívány poměrně často. Žena si může sama regulovat teplotu vody, která by měla být kolem 38 °C. Koupel má blahodárny vliv na rodičku, dochází k přirozené rovnováze mezi bolestmi a relaxací. Jako nedostatky této metody se uvádí nízká analgetická efektivita, nebezpečí infekce a nedostatečná kontrola plodu (Zwinger, 2004; Eliášová, 2008).

Podstata elektroanalgezie, neboli transkutánní elektrické nervové stimulace (TENS), spočívá na objektivně prokazatelném poznatku, že taktilní vjemy vyvolávají útlum přenosu bolestivých impulzů. Generátor vhodných stejnoměrných pulzních proudů se vodivě aplikuje na elektrody, které se umísťují po obou stranách páteře v oblasti dolní hrudní a horní bederní páteře. Ačkoli účinnost není vysoká, snižuje spotřebu analgetik podaných celkově. Účinnost se odhaduje na 20 % (Čech a kol., 2006; Zwinger, 2004).

Akupunktura a akupresura se využívá v Číně a v jihovýchodní Asii více jak 5000 let. U obou metod dochází ke stimulaci určitých důležitých bodů, které mají vliv na energetické dráhy těla. Většina bodů se nachází pod kůží podél meridiánu probíhajících na povrchu těla. Účinek akupunktury bývá vysvětlován uvolňováním vlastních endorfinů a enkefalinů. Akupunktura se provádí jemnými jehlami z oceli, nebo z ušlechtilých kovů, zatímco v akupresuře se využívají manuální techniky jako je masáž nebo tlak prstů. Cílem těchto metod je vytvořit energetickou rovnováhu principů jin a jang v těle, duši i ducha těla. Někteří odborníci zdůrazňují neúčinnost akupunktury na ženy bílé rasy, její analgetická účinnost je kolem 5 % (Pařízek, 2008; Möhring, 2008).

Mezi další alternativní metody se řadí aromaterapie, která se využívá formou masáže, koupele či vdechováním bylinných extraktů. Použití správných éterických olejů v průběhu porodu je bezpečný a přirozený způsob, jak rodičce pomoci, aby se cítila sebejistě a klidně v průběhu porodu. Správně zvolené éterické oleje zmírňují bolest a nepohodlí rodičky, napomáhají správnému dýchání a navozují pocit uvolnění. Rodička lépe spolupracuje, cítí se jistější a více si důvěřuje (Lunny, 2005).

Principem metody mentální stimulace je odvádění pozornosti od bolesti, například sledováním objektů. Rodička se zaměří na určitý bod v místnosti, některé rodičky raději zavřou oči a soustředí se na vnitřní bod. Pomáhá i představivost, rodička si s pomocí PA vytváří uklidňující myšlenkové obrazy, prostředí. Například rodička zavře oči a představuje si, že je v teple na pláži, atd. Další mentální stimulací je použití hudby, oblíbená hudba, či relaxační melodie odvádějí pozornost od bolesti (Leifer, 2004).

Mezi nefarmakologické metody tlumení bolesti se řadí i změny polohy v průběhu porodu, změna polohy každých 30–60 minut uvolňuje svalové napětí a snižuje trvalý tlak na jednu část těla, také změna pozice prospívá k normálnímu porodnímu mechanismu. Mezi alternativní polohy při porodu řadíme polohu vestoje, v dřepu, na čtyřech, vkleče, vsedě. Poloha na zádech, zejména v I. době porodní je nefyziologická, dochází k útlaku dolní duté žíly a není zde využití zemské gravitace jako porodní síly. Rodička využívá vzpřímené polohy, může se volně pohybovat, využívá různé pomůcky jako je například gymnastický míč, žebřiny. Pohyb a pohupování právě na gymnastickém míči omezuje bolest. K udržení polohy rodičky napomáhá porodní asistentka, doprovázející osoba, nebo se žena drží za okolní předměty. První doba porodní může být právě urychlena a usnadněna ve vertikální poloze. Je také potvrzeno, že laterální poloha zlepšuje uteroplacentární průtok a poloha v podřepu usnadňuje II. dobu porodní (Čech a kol., 2006; Zwinger, 2004; Leifer, 2004).

Dechové techniky jsou nejúčinnější, pokud se nacvičí již před porodem. Je velice důležité začít správně dýchat, až když je to nezbytně důležité, v případě předčasného nasazení nebo nasazení pokročilejší techniky, než je nezbytné, se žena naopak ještě více unaví. Předporodní kurzy jsou základem pro naučení správné techniky dýchání. Pokud žena neabsolvovala předporodní kurzy, techniku správného dýchání jí ukáže

a zkontroluje porodní asistentka. Správná technika dýchání má obrovský vliv na uvolnění a uklidnění rodičky. Simkinová popisuje základní tři dechové vzory pro I. dobu porodní: pomalé dýchání, lehké (nebo zrychlované) a „funění“. Nejvhodnější je, když žena zahájí v první době porodní techniku pomalého dýchání, která je nejjednodušší a nejvíce uvolňující. S tímto typem dýchání si rodička vystačí do té doby, dokud jí přináší úlevu během stahů, poté pokračuje dýcháním s modifikovanou frekvencí, což znamená, že rodička při kontrakcích dýchá zrychleně a mělce. Frekvence dýchání by však neměla přesáhnout dvojnásobek normální dechové frekvence, aby nevznikla hyperventilace. Dechový vzor „funění“ je kombinace dlouhého dýchání a lehkého, krátkého dýchání. Většina žen dýchá nejprve pomalu, poté přejde k rychlému dýchání a na konci k „funění“, ale záleží na tom, co jaké ženě vyhovuje. Dýchání by mělo být uvolňující a mělo by rodičce pomoci odvést pozornost od bolesti. Svůj účel splní tehdy, je-li předem dobře nacvičeno (Simkinová, 2000).

Porodní asistentka již při příjmu zjistí, zda rodička se svým partnerem absolvovali předporodní kurzy, jestliže ano, pak dále využívá toho, co se žena a její partner naučili. Pokud žena neabsolvovala předporodní kurzy, PA ji naučí techniky správného dýchání. Jestliže žena není schopna vnímat verbální instrukce, je vhodné s ní navázat těsný kontakt očima a společně s ní dýchat při každé kontrakci, dokud žena nezíská jistotu. PA eliminuje veškeré rušivé elementy okolí, ztlumí světlo, dbá na hygienu ženy, udržuje ji v suchu, dbá na výměnu podložek, přizpůsobí teplotu prostředí dle přání ženy, vyvětrá, zajistí teplou přikrývku. Porodní asistentka zajistí přísun tekutin perorální cestou, pokud to dané pracoviště nedovoluje, zajistí alespoň zvlhčování rtů glycerinovým tamponem. Pokud není předepsaná kontraindikace sprchy, či koupele, nabídne porodní asistentka ženě tuto možnost. Porodní asistentka ženě doporučuje a názorně ukazuje vhodné polohy a pomáhá ženě zaujímat polohy, v nichž se cítí pohodlně. Porodní asistentka neustále edukuje ženu o správných technikách. PA povzbuzuje, chválí rodičku, když úspěšně používá techniky ke zvládnutí porodní bolesti. Povzbuzování pomáhá matce mobilizovat vnitřní sílu a dodává jí odvalu pokračovat. Důležité je samozřejmě povzbuzování i doprovázející osoby, neboť být průvodcem u porodu je také značně vysilující (Leifer, 2004).

1.5 Vliv prostředí

Prožitek z porodu je také silně ovlivněn prostředím, které by mělo mít intimní a klidnou atmosféru, mělo by být útulné, nevyvolávající zbytečný stres a úzkost. Žena by měla mít možnost volně se pohybovat po místnosti a neměla by mít pocit, že musí kontrolovat své chování před ostatními rodičkami. Porodní pokoj by měl být vybaven tak, aby se žena vyhnula pohledu na zdravotnickou techniku a porodnické nástroje. V místnosti by neměl být žádný hluk, pouze v případě přání rodičky puštěna uklidňující hudba a mělo by být tlumené osvětlení. Je vhodné si vybrat porodnici, která je k bydlišti nejbližší, znamená to včasný příjezd při nástupu kontrakcí, či odtoku plodové vody. Velice důležitý je výběr podle svého osobního dojmu. Osobní dojem se získá nejlépe pomocí „exkurzí“, navštívením porodnice ještě před porodem. Velkou roli ve výběru porodnice hraje laskavý personál, kvalita poskytované porodnické a pediatrické odborné péče, možnost přítomnosti partnera, či jiné osoby u porodu, vybavení porodních sálů a pokojů na šestinedělí. (Ratislavová, 2008; Mikulandová, 2004; Pařízek, 2008).

1.6 Vliv působení zdravotnického personálu

Zážitek bolesti je nesmírně složitým bio-psycho-sociálním jevem, aby byl porod dobře zvládnutý, je vztah mezi zdravotníkem (PA) a rodičkou velice důležitý. Vztah mezi PA a rodičkou ovlivňuje vnímání bolesti jak pozitivně, tak i negativně. Kladný vliv na tlumení bolesti záleží jak na přístupu PA, tak na přístupu rodičky. PA by měla být ochotná pomoci, porozumět a vyhovět veškerým přístupným požadavkům ženy a měla by své pochopení a soucítění vyjádřit jak verbální, tak neverbální komunikací. Měla by být empatická a slovně dát najevo, že ví, jak žena trpí a jak jí je a měla by vyjádřit pochopení pocitů rodičky, ale neměla by ji však litovat. Velice důležitá je i neverbální komunikace, do které se řadí oční kontakt, výraz v obličeji, postoj, ale i dotyk, dobrá míra dotekového kontaktu sděluje ženě, že jí je porodní asistentka nablízku, doprovází ji a dává jí podporu a jistotu. Každá žena má jiný práh bolesti a PA by měla akceptovat její bolestivé chování. Porodní asistentka by měla vytvářet příjemné

prostředí, ve kterém rodička může důvěřovat profesionálním dovednostem PA i celému zdravotnickému zařízení. PA zároveň musí věřit a důvěřovat pocitům rodičky a neměla by zlehčovat její bolest. Pocit bezpečí a jistoty je dán vzájemnou důvěrou mezi zdravotnickým personálem a rodičkou. Ideální je pokud žena již před porodem zná prostředí porodnice. Velice přínosné také je, když o rodičku pečují stejní zdravotníci od přijetí až do konce porodu (Ratislavová, 2008; Ptáček, 2011).

1.7 Doprovázející osoba u porodu

Žena může být během porodu doprovázená kromě porodní asistentky i svou blízkou osobou, která jí je oporou, důvěřuje jí, cítí se s ní dobře (partner, kamarádka, dula, kdokoli koho si žena u porodu přeje). Zdravotníci by měli její volbu respektovat, protože primární zdroj sociální opory může být pro ženu velice přínosný. Je prokázáno, že individuální podpora rodičky má kladný vliv na průběh i vnímání porodu. Byly provedeny průzkumy o vlivu účasti otce u porodu na vnímání bolesti a bylo prokázáno, že u těchto porodů byla výrazně snížena potřeba podání medikace (Ratislavová, 2008).

V prehistorických dobách ženě při porodu pomáhaly nejzkušenější ženy komunity, ze kterých v průběhu vývoje vznikají porodní báby. Postupně s přemísťováním porodů do porodnic se o ženy staraly porodní báby a otcové byli vytěšňováni z porodního děje. S rozvojem „humanizačních metod“ v porodnictví začíná být v 70. letech role otce jako podpora ženy u porodu přehodnocena a porodní sály jsou pro partnery opět zpřístupněny. V současné době přítomnost partnera při porodu přispívá k lepšímu přizpůsobení se ženy cizímu prostředí a lepšímu zvládnutí neobvyklé situace. Za ideální se považuje přítomnost otce u porodu, zúčastní-li se předporodních kurzů, které jsou součástí přípravy na porod. Jejich součástí je kromě informace, které se týkají samotného průběhu těhotenství a porodů také posilování motivace proti nedostatku odvahy a nácvik zvládnání nepřiměřených reakcí ženy. Samozřejmě i neúčast otce v předporodních kurzech, by neměla být důvodem zákazu jeho přítomnosti na porodním sále. O přítomnosti partnera u porodu by měli rozhodnout oba partneři společně. Důvody pro i proti přítomnosti partnera u porodu jsou v rovnováze. To, co jeden může

prožívat jako pozitivní zážitek, pro druhého může být traumatickým zážitkem. Partner by neměl být nikým přemlouván k zúčastnění se porodu, měl by to chtít sám, pokud ne, není jeho přítomnost smysluplná. Přítomnost otce u porodu vzbuzuje v ženě pocit bezpečí, jde o podporu především psychickou, kterou i přes vysokou odbornou kvalifikaci a asertivní chování nemůže zdravotnický personál nahradit. (Roztočil, 2008; Chmel, 2005; Ratislavová 2008).

Dula může být další osobou doprovázející ženu při porodu, je to speciálně vyškolená žena, která poskytuje psychickou, fyzickou, emoční, morální oporu. Rovněž poskytuje péči těhotné, rodiče a šestinedělce, má základní školení o vedení porodu a zná ošetrovatelské postupy. Dula neposkytuje zdravotnické služby ani nezasahuje do kompetencí zdravotnického personálu. Dula edukuje ženu o správné životosprávě v těhotenství, spolupracuje na přípravě porodního plánu, tvoří doprovod během porodu, provádí masáže, pomáhá při volbě polohy a nefarmakologických metod k tlumení bolesti v průběhu porodu. Hlavní úlohou duly u porodu je ženě vytvořit příjemnou a klidnou atmosféru, usnadnit jí a ulehčit prožívání porodu. Matky potřebují podporu i po porodu, když se s novopečeným otcem a svým novorozeným dítětem vrací z porodnice domů, otevírá se před nimi neznámá cesta plná úkolů, na kterou nejsou ještě připraveni a nemají s ní ještě zkušenost. Proto i zde je důležitá role duly, která může podporovat matky při zahájení kojení a předávat jí zkušenosti s péčí o dítě. Rodina si musí sama finančně hradit práci duly (Pařízek, 2006; Ratislavová, 2008; Klaus a kol., 2004).

Přítomnost rodinných příslušníku či přátel u porodu je méně běžná. Avšak přítomnost matky, sestry či kamarádky může být přínosná a prospěšná, pokud daná osoba již prožila porod bez komplikací, v opačném případě může tato osoba vnést do porodu úzkost a strach (Ratislavová, 2008).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

V rámci bakalářské práce na téma „Komfort rodičky v průběhu porodu“ byly stanoveny dva cíle.

- Cíl 1. Zjistit informovanost žen o farmakologických a nefarmakologických metodách zvládnání bolesti v průběhu porodu.
- Cíl 2. Zjistit spokojenost žen s poskytnutým komfortem na porodním sále, s přístupem a jednáním zdravotnického personálu.

2.2 Výzkumné otázky

Na základě postavených těchto dvou cílů vypsaly tři výzkumné otázky.

- Výzkumná otázka 1: Jaké možnosti farmakologických a nefarmakologických metod k tlumení bolesti v průběhu porodu ženy znají a využívají?
- Výzkumná otázka 2: Jaké relaxační pomůcky, sloužící k celkovému uvolnění, byly ženě nabídnuty v průběhu porodu?
- Výzkumná otázka 3: Jak byla žena v průběhu porodu spokojena s prostředím a s přístupem zdravotnického personálu?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumné práce

K vypracování výzkumné části bakalářské práce byla použita metoda kvalitativního výzkumného šetření. Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Cílem polostrukturovaného rozhovoru je získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu (Švaříček, Šedová a kol., 2007).

Rozhovor byl určený pro rodičky z vybraných nemocnic v České republice. Byl zcela dobrovolný, anonymní, v práci je zpracován pouze pod identifikačním číslem respondentky 1 až 10. Informovaný souhlas byl získán pouze ústně. Všechny oslovené respondentky souhlasily s poskytnutím rozhovoru a byly srozuměny s tím, že výsledky rozhovoru budou využity pouze pro účely bakalářské práce na téma „Komfort rodičky v průběhu porodu.“

Se souhlasem rodiček byly rozhovory zaznamenávány na diktafon. Audiozáznam byl posléze doslovně přepsán do písemné formy. Analýza získaných dat probíhala metodou kódování v ruce neboli metoda tužka a papír (Švaříček, Šedová a kol., 2007). Jednotlivé rozhovory byly doslovně přepsány, vytištěny a kódovány metodou tužka a papír. V každém rozhovoru pro lepší přehlednost byly barevně označeny hlavní myšlenky jednotlivých odpovědí a následně uspořádány do kategorií. Celkový výzkum byl rozdělen do dvou hlavních kategorií (tematických okruhů). Komfort a spokojenost, které se dále dělily na podkategorie (Znalost možností tlumení bolesti, předporodní příprava, tekutiny a výživa, předporodní kurz, porodní plán, tlumení bolesti, doprovázející osoba, bonding, zdroje informací o porodu, prostředí na porodním sále, přístup porodních asistentek k rodičkám a nabídky porodních asistentek k uspokojování potřeb).

V práci byly použity odpovědi respondentek získané z rozhovorů, které jsou označeny kurzívou. Pro lepší přehlednost byla k první otázce vytvořena kategorizační tabulka, ve které jsou shrnuty identifikační údaje dotazovaných žen. Ve schématu 1 a 2 je přehledně uveden seznam kategorií a podkategorií.

Podkladem k rozhovoru bylo předem sestaveno sedm otázek (příloha 1). První otázky se týkaly věku respondentky, rodinného stavu, nejvyššího dosaženého vzdělání, zaměstnání před mateřskou dovolenou a parity. Další otázky byly směřovány k zjištění nabídnutých farmakologických a nefarmakologických metod k tlumení bolesti v průběhu porodu, na přístup a jednání zdravotnického personálu, na působení prostředí při porodu, z jakých zdrojů respondentky získávaly informace o porodu a jaké metody k tlumení bolesti v průběhu porodu samy znaly.

Výzkumné šetření probíhalo v období od února do března 2014 s rodičkami z různých nemocnic v České republice.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily ženy po porodu z různých nemocnic v České republice. Kvalitativní výzkumné šetření bylo vedeno s deseti ženami po porodu. Devět žen rodilo poprvé a jedna potřetí. Rozhovory byly vedeny individuálně na předem domluveném místě a v určeném čase. Všech deset oslovených žen souhlasilo s poskytnutím rozhovoru.

4 Výsledky výzkumu

Tabulka 1 Identifikační údaje respondentek

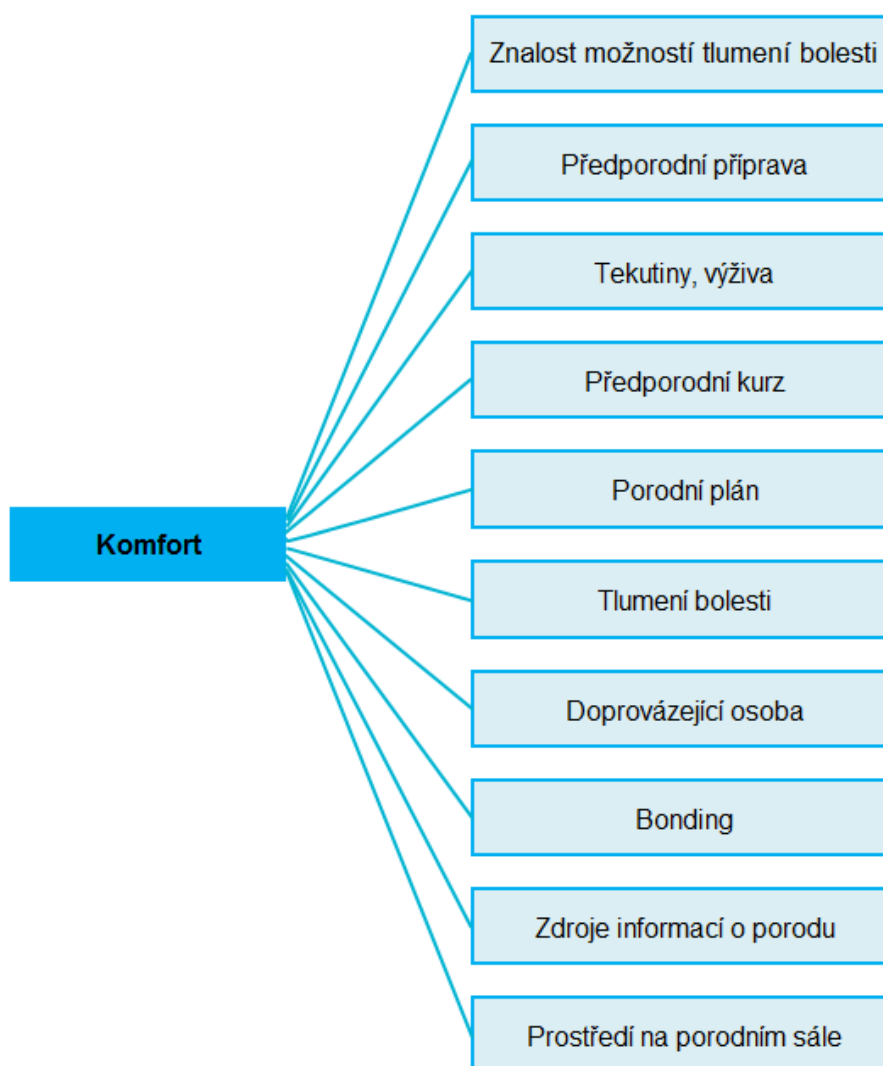
Respondentka	Věk	Rodinný stav	Nejvyšší dosažené vzdělání	Zaměstnání před mat. dovolenou	Parita
R1	26	vdaná	vyučena	dělnice	primipara
R2	25	svobodná	vysokoškolské bakalářské	studentka	primipara
R3	26	vdaná	vysokoškolské magisterské	učitelka 2. st. ZŠ	primipara
R4	34	svobodná	vysokoškolské magisterské	učitelka 2. st. ZŠ	primipara
R5	32	vdaná	vyšší odborné	úřednice	primipara
R6	27	vdaná	středoškolské	prodavačka	primipara
R7	26	svobodná	vysokoškolské bakalářské	úřednice	primipara
R8	27	vdaná	středoškolské	dispečerka	primipara
R9	28	vdaná	vysokoškolské bakalářské	učitelka MŠ	primipara
R10	24	svobodná	základní	dělnice	tercipara

Věková kategorie respondentek je v rozmezí od 24 let do 34 let. Šest respondentek (R1, R3, R5, R6, R8 a R9) jsou vdané a zbývající 4 svobodné (R2, R4, R7 a R10). Vysokoškolského vzdělání dosáhlo 5 respondentek (R2, R3, R4, R7 a R9), vyšší odborné vzdělání má jedna žena (R5), odborné vzdělání s maturitou vystudovaly dvě rodičky R6 a R8, vyučena bez maturity je R1. R10 dosáhla pouze základního vzdělání. Povolání respondentek jsou různorodá, tři z nich pracovaly před mateřskou dovolenou jako učitelky, R3 a R4 působily na druhém stupni ZŠ a R9 učila v mateřské školce. R5 a R7 pracovaly jako úřednice, R6 byla prodavačka v textilu, R8 byla zaměstnána jako dispečerka, R1 a R10 pracovaly jako dělnice a R2 byla před mateřskou dovolenou ještě

studentkou. Devět rodiček (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8 a R9) rodilo poprvé, pouze R10 rodila potřetí.

Na základě výsledku z rozhovoru s rodičkami byly stanoveny dvě hlavní kategorie KOMFORT a SPOKOJENOST a jejich významové podkategorie (viz schéma 1 a 2).

Schéma 1 Kategorie komfort a její podkategorie



Podkategorie

1 Znalost možností tlumení bolesti

Pod pojmem alternativní metody v průběhu porodu si všechny respondentky představily možnost tlumení bolesti pomocí teplé vody ve formě sprchy či koupele. Dále nejvíce zmiňovaný byl gymnastický míč, který uvedly (R1, R3, R4, R6, R9 a R10). O dalších možných pomůckách, jako jsou například žebřiny či stolička, se zmínily pouze tři z dotazovaných (R5, R6 a R7). Polohování do alternativních metod zahrnuly dvě respondentky (R2 a R6). Nejvíce alternativních metod uvedla R2, která kromě sprchy a polohování zmínila ještě masáže, dýchání, aromaterapii a muzikoterapii. Z farmakologických možností tlumení bolesti znaly rodičky pouze epidurální analgezií, jiná možnost farmakoterapie nebyla zmíněna.

2 Předporodní příprava

Předporodní přípravu, zahrnující očištění klyzma, oholení a osprchování absolvovalo devět respondentek (R1, R2, R3, R5, R6, R7, R8, R9, R10). Sedmi respondentkám (R1, R2, R3, R5, R6, R7 a R8) byl klystýr nejdříve doporučen od porodních asistentek a poté se souhlasem proveden. Dvěma rodičkám (R9 a R10) byl klystýr proveden bez jejich souhlasu. R4 si klystýr přála, měla ho i v žádostech svého porodního plánu, ale nebyl jí proveden. R4 uvedla: *„Porodní asistentky už od začátku nepočítaly, že se porod rozeběhne. Po příjezdu do porodnice jsme se s porodními asistentkami a paní doktorkou domluvily, že počkáme dvě hodiny, zda porod postoupí, a když ne, tak mě odvedou na normální pokoj. Takže mi klystýr při příjmu ani nenabízely. Po dvou hodinách jsem se otevřela na 7 centimetrů, a to už jsem o klystýr zažádala sama, ale bylo mi řečeno, že teď už je pozdě, že už by se nestihl a neměl by smysl.“*

Devět žen (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8 a R10) bylo dostatečně oholeno a na porod připraveno. R9 se porodní asistentky nejprve dovolily a po vysloveném

souhlasu ji oholily. Po provedeném klystýru byla dopřána devíti respondentkám (R1, R2, R3, R5, R6, R7, R8, R9 a R10) sprcha.

3 Tekutiny, výživa

Osm dotazovaných (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7 a R8) v průběhu porodu mohlo na porodním sále neomezeně pít čistou vodu či neslazený čaj. R9 a R10 si mohly pouze zvlhčovat rty, obě respondentky tuto skutečnost zhodnotily negativně. R9 uvedla: *„Velkým mínusem na porodním sále bylo, že jsem nemohla pít, dýchání bylo vyčerpávající a měla jsem velkou žízeň, ale napít jsem se nemohla, pouze jsem si vymačkávala vodu z tampónu do úst. Měla jsem vyvolávaný porod, tak už mi bylo nařizeno nepít a nejíst od 24:00 hodin předešlého dne, ke konci porodu už jsem se cítila opravdu dehydrovaná a těšila jsem se, až se budu moci pořádně napít.“* R10 uvedla: *„Na porodním sále jsem nemohla pít, což mě více vyčerpávalo. Mohla jsem si pouze zvlhčovat rty.“* Jídlo k dispozici neměla žádná respondentka, ale všechny uvedly, že na jídlo neměly ani pomyslení.

4 Předporodní kurz

Předporodní kurz absolvovaly tři ženy (R2, R5 a R9). Absolvování předporodních kurzů bylo pro rodičky velmi přínosné. Všechny tři respondentky je zhodnotily velice kladně jak z teoretického tak praktického hlediska. Předporodní kurzy v praktické části rodičky naučily různé úlevové polohy v průběhu porodu, posilování pánevního dna, uvolňování zad, relaxaci, dětské masáže a v neposlední řadě techniku správného dýchání v průběhu porodu. Sedm respondentek (R1, R3, R4, R6, R7, R8 a R10) předporodní kurzy neabsolvovaly a správnou techniku dýchání v průběhu porodu neovládaly. Čtyři rodičky (R1, R6, R7, R8) ze sedmi měly velice ochotné porodní asistentky, které se samy rodiček zeptaly, zda umí správně dýchat a následně jim to popsaly a názorně ukázaly, jak správnou techniku dýchání v průběhu porodu, tak i správné tlačení. Tři dotazované ženy (R3, R4 a R10) neuměly správně dýchat

z předporodních kurzů a ani je to porodní asistentky na sále nenaučily. R3 uvedla: *„Nechodila jsem na předporodní kurzy a dýchat jsem neuměla, ale ani na sále mě na to porodní asistentky neupozorňovaly, dýchala jsem si, jak jsem chtěla. Porodní asistentky mě vedly až při samotném tlačení.“* R4 uvedla: *„Na předporodní kurzy jsem nechodila, takže jsem dýchat moc neuměla, pouze jsem čerpala z toho, co jsem si o dýchání přečetla. Porodní asistentky mi k dýchání nic neřekly. Dýchala jsem si podle sebe takový spíš hlubší dýchání. Porodní asistentky mě korigovaly až při samotném porodu, tak 30 minut před porozením mi říkaly, jak správně dýchat.“* R10 uvedla: *„Rodila jsem již potřetí a ani při jednom těhotenství jsem předporodní kurzy neabsolvovala. Při tomto posledním porodu se mě porodní asistentky netázaly, zda umím dýchat. Ale myslím, že jsem si to pamatovala správně z předešlých porodů a myslím, že i tentokrát jsem to zvládla statečně a byla jsem v klidu i přes všechny bolesti.“*

5 Porodní plán

Porodní plán měla připravený pouze jedna (R4), ale žádné její požadavky nebyly na porodním sále splněny. Doslovně rodička uvedla: *„Měla jsem sestavený porodní plán, ale vlastně z něho nebylo nic splněno. Žádala jsem v něm, pokud by to bylo možné tak bez epidurální analgezie. Přála jsem si sprchu, vanu jsem nevyžadovala. Žádala jsem ulevování na gymnastickém míči. Chtěla jsem klystýr, a pokud by to bylo možné, tak bez nástřihu. Nástřih jsem nakonec měla, ale to mi nevadilo, sice jsem si ho v porodním plánu nepřála, ale jen pokud by to bez něho šlo, ne za každou cenu. Nakonec z porodního plánu nebylo splněno skoro nic. Ale už při příjmu si ho porodní asistentka pouze prohlédla a ani ho nerespektovala, nebo spíše nebrala v potaz.“*

6 Tlumení bolesti

Všem ženám byly nabídnuty různé nefarmakologické metody k tlumení bolesti, podle možností a ochoty zdravotnického personálu. Žádné z oslovených nebyla nabídnuta epidurální analgezie. Pouze u jedné respondentky (R8) se tišila bolest pomocí

farmakoterapie. R8 uvedla: „*Po několika hodinách kontrakcí a bolestí jsem dostala v infuzi něco proti bolesti, ale bylo mi po tom ještě hůře, bylo mi na zvracení, málem jsem po tom omdlela. Tak mi to zase odpojili a potom už jsem žádné léky proti bolesti nedostala.*“

Ostatní respondentky zvládaly bolest pomocí alternativních metod. Všem deseti ženám byla nabídnuta možnost tlumení bolesti pomocí teplé vody ve formě sprchy. Dvěma z nich (R1 a R3) byla nabídnuta i vana. R1 uvedla: „*Porodní asistentka mi napustila vanu, kterou jsem měla po celou dobu k dispozici. Vyzkoušela jsem ji na 30 minut, poté jsem šla vyzkoušet sprchu a ta mi byla příjemnější.*“ R3 uvedla: „*Od bolesti jsem si nejvíce ulevovala ve sprše, měla jsem možnost jít i do vany, měla jsem ji v pokoji napuštěnou, ale tu jsem nevyužila, protože jsem do vany nechodila ani v průběhu těhotenství.*“ Osm respondentek (R1, R2, R3, R6, R7, R8, R9 a R10) mělo k dispozici gymnastický míč. Pět žen (R1, R2, R6, R7 a R10) ho využilo a ve sprše, nebo v pokoji si na něm ulevovalo od bolesti. Dvěma rodičkám (R4, R5) nebyl gymnastický míč ani nabídnut. R4 uvedla: „*Při příjmu jsem se zeptala, zda bych mohla na gymnastický míč a porodní asistentka mi odpověděla, ať šetřím síly, že se ještě „nahopsám“ dost. A pak jsem se otevřela tak rychle, že už jsem ho ani nestihla.*“ R5 uvedla: „*Byla jsem v provizorní místnosti, kde nebyl skoro žádný prostor, byla tam pouze sprcha a před sprchou jsem se mohla procházet, jiné možnosti tam nebyly. Na gymnastický míč tam nebylo místo.*“ Dvěma respondentkám (R7 a R8) byly nabídnuty i jiné porodní pomůcky, a to žebřiny a porodní stolička. R7 využila žebřiny a chválila si je, uvedla: „*Porodní asistentky mi nabídly sprchu a řekly mi, jak si mohu ulevovat na míči, který jsem měla ve sprše. Dále mi nabídly, že můžu využít i porodní stoličku a žebřiny. Nejvíce času jsem trávila ve sprše, nebo jsem se opírala o žebřiny, to mi dělalo dobře.*“

Masáže a vonné oleje byly nabídnuty pouze dvěma (R2 a R9). R2 uvedla: „*Od bolesti mi ulevovala sprcha a gymnastický míč, tam jsem trávila většinu času. Také mi pomáhala masáž podbříšku a bederní části zad. Porodní asistentka se nabídla, že mě namasíruje a doporučila mi vonné oleje.*“ R9 uvedla: „*Měla jsem silné kontrakce, ale vůbec jsem necítila břicho, pouze záda. Porodní asistentky mě pobízely, ať si jdu do sprchy a nahřívám si je a pohupuju se na míči, to jsem vydržela jen chvíli. Tak mi*

porodní asistentky nabídly, ať mě manžel zkusí masírovat, a to jsem vůbec nesnesla. Nakonec jsem zjistila, že je mi lépe při chůzi, tak jsem většinu času chodila. “

Osm dotazovaných žen (R1, R2, R3, R6, R7, R8, R9 a R10) nepociťovalo žádné omezení pohybu v průběhu I. doby porodní, mohly se volně pohybovat po pokoji a dělat to, co jim bylo nejpříjemnější. R5 byla limitována prostorem a u R4 se nepředpokládalo, že by se porod rozeběhl, tak po dobu dvou hodin byla napojena na monitor a poté se porod rozeběhl tak rychle, že už nebyl čas na možné alternativy.

Jiné polohy než vleže a přetáčení se z boku na bok vyzkoušely čtyři respondentky (R2, R5, R6 a R9). R2 uvedla: *„Porodní asistentka mi nabízela různé úlevové polohy. Kontrakce jsem prodýchávala ve stoje, kdy jsem byla opřena o postel, v dřepu opřena o partnera a také na čtyřech na žíněnce.“* R5 uvedla: *„ Jak jsem říkala, bylo to tam hodně limitovaný prostorem, tak tam nebylo moc co nabídnout. Vleže mi bylo hodně špatně, tak jsem kontrakce prodýchávala ve stoje opřena o manžela, nebo postel.“* R6 uvedla: *„Nejvíce času jsem trávila ve sprše na míči a polehávala jsem. K závěru jsme ještě zkusili polohu, kdy manžel seděl na vaně, chytil mě za podpaží a já byla v dřepu a přitlačovala jsem. Po této poloze už to šlo rychle, zanedlouho jsem porodila.“* R9 uvedla: *„Kontrakce jsem prodýchávala ve stoje opřena o manžela, nebo postel a v jednu chvíli jsme zkusili i polohu na čtyřech na žíněnce. “*

7 Doprovázející osoba

Osm žen (R1, R2, R3, R5, R6, R7, R8 a R9) mělo u porodu svého partnera, manžela či kamarádka. Všech osm respondentek hodnotilo jejich přítomnost jako velice přínosnou a velikou psychickou oporu. R1 uvedla: *„U porodu jsem měla svého manžela. Nejvíce mi pomohl tím, že tam vůbec byl, že byl vedle mě a držel mě za ruku, radil mi, jak mám dýchat a tlačit. Nechtěla bych na to být sama.“* R2 uvedla: *„Po celou dobu porodu tam byl se mnou můj partner, byl sám překvapen a nadšený z toho, jak dobře to zvládl. Obecně nemá rád nemocnice, ale zde byl naopak hrozně rád, že se zúčastnil, chtěl stále pomáhat a díval se, jak se malá klube na svět. Mohl si i přestříhnout pupeční šňůru, tak na to byl obzvláště hrdý. Pro mě byl nejvíce*

psychickou oporou, ale i fyzickou, držel mě ve dřepu při kontrakcích, byl se mnou ve sprše, držel mě za ruku.“ R3 uvedla: „Po celou dobu tam byl se mnou manžel, byla jsem ráda, že tam byl a držel mě za ruku.“ R5 uvedla: „U porodu jsem měla svou kamarádku, která pracuje jako porodní asistentka, její přítomnost pro mě hodně znamenala, cítila jsem se v dobrých rukách. Měla jsem tam s sebou i svého manžela, který mi byl také velikou oporou, pomáhal mi zvládnout kontrakce, povzbuzoval mě.“ R6 uvedla: „Měla jsem u porodu manžela. V závěru jsem byla strašně ráda, že tam byl, i když jsem ho odháněla. Například když mě při kontrakci měl tendenci hladit po vlasech, tak to jsem nesnesla, rozčilovalo mě to. Byla jsem ráda, když jsem ho sama mohla stisknout za ruku mimo kontrakci.“ R7 uvedla: „U porodu jsem měla partnera. Nejvíce mi byl psychickou oporou. Už jen ten pocit, že na to nejsem sama, mě povzbuzoval.“ R8 uvedla: „Po celou dobu se mnou byl manžel. Byl skvělý, hodný, pořád mě obskakoval. Chodil se mnou do sprchy a vozil za mnou infuzi. Po většinu času jsem tam byla jenom já a on, porodní asistentky mě chodily akorát kontrolovat, kdyby tam nebyl, tak bych se tam sama asi zbláznila.“ A R9 uvedla: „Na začátku těhotenství jsem si myslela, že manžela u porodu mít nebudu. Ale čím víc se porod blížil, tím víc jsem měnila názor. A manžela jsem u porodu chtěla. I on to snášel a pomáhal mi statečně. Ve finále jsem byla vděčná, že jsem změnila názor.“

Zbylé dvě respondentky (R4, R10) to na porodním sále zvládly samy za pomoci porodních asistentek.

8 Bonding

U šesti respondentek (R2, R3, R4, R6, R8 a R10) byl podpořen bonding ze strany zdravotnického personálu. Pěti rodičkám (R2, R3, R6, R8 a R10) byl novorozenec přiložen ihned po porodu na nahé břicho a přiložen co nejdříve k prsu matky. R2 uvedla: „Malá mi byla hned po porodu ještě nahá přiložena k prsu.“ R3: uvedla „Malou mi hned po porodu přiložili k břichu, poté si ji vzali, očistili, ošetřili a zase mi ji přiložili.“ R6 uvedla: „Adélku mi porodní asistentky přiložily hned na břicho, než dotepal pupečník, poté mi ji přiložily nahou k prsu, nechytla se, tak si ji vzaly, ošetřily

a pak mi ji chtěly znovu přiložit, ale já jsem sama nechtěla, cítila jsem se hodně vyčerpaná a bála jsem se, abych ji neupustila. Tak si ji choval vedle mě manžel a já jsem si ji mohla z blízka prohlížet.“ R8 uvedla: *„Malého mi hned po porodu přiložili na břicho, poté ho ošetřili a přiložili k prsu. Porod byl doopravdy vyčerpávající a bolestivý, ale pohled na malého všechny špatné vzpomínky smazal.*“ R10 uvedla: *„Malého mi ještě nahého přiložily porodní asistentky k prsu hned po tom, co ho ošetřily. Čekaly jsme na placentu, která ze mě nechtěla vyjít. Nakonec přiložení k prsu nepomohlo a musela jsem být uspaná a vyčištěna.*“ U R4 bylo zajištěno přiložení dítěte ihned po porodu na břicho, ale přiložení k prsu bylo s prodlevou. R4 uvedla: *„Hned po porodu mi Terezku přiložili na břicho, ještě než dotepal pupečník, ale jelikož byl krátký, tak mi ji zase vzali, ošetřili a dali mi ji vedle k posteli. K přiložení k prsu jsem si musela sama říct a to už bylo na normálním pokoji tak tři hodiny po porodu.*“ U dvou respondentek (R1, R7) nebyl zajištěn bonding skin to skin. Oběma dvěma byly děti ukázány a přiloženy k prsu až po ošetření a oblečení. R1 uvedla: *„Malou mi přiložili k prsu až čistou a oblečenou.*“ R7 uvedla: *„Sofinku jsem dostala až očištěnou a zabalenou.*“ U zbylých dvou respondentek (R5 a R9) nebyl zajištěn bonding z důvodu špatné poporodní adaptace novorozence.

9 Zdroje informací o porodu

Internet má v dnešní době bezesporu své nezastupitelné místo a jako nejvíce přínosný zdroj poznatku o porodu si ho zvolilo pět z dotazovaných (R1, R4, R5, R7 a R9). Čtyři rodičky (R3, R4 R6 a R9) jako nejvíce využívaný zdroj uvedly odbornou literaturu. Tři respondentky (R2, R5 a R9) absolvovaly předporodní kurz a ten také označily jako přínosný zdroj informací. R4 a R8 zjišťovaly informace od svých kamarádek, R6 uvedla svou sestru, která již rodila. Pro R2, kromě předporodních kurzů, byl dalším zdrojem časopis a R7 jako jediná uvedla svého obvodního gynekologa. R10 rodila již potřetí, tak informace už odnikud nečerpala, ale při prvním těhotenství ji o porodu informovala její matka.

10 Prostředí na porodním sále

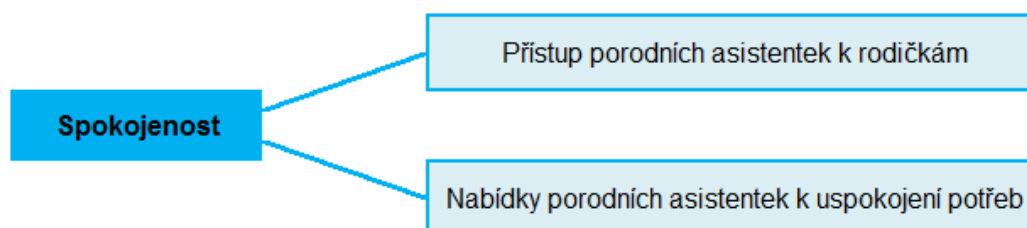
Pět respondentek (R1, R2, R4, R6 a R7) bylo s prostředím spokojeno. R1 uvedla: *„Porodní pokoj byl moc pěkný, teplý, byl broskvově vymalovaný. Byla jsem se tam před porodem podívat, tak jsem věděla, že jdu do příjemného prostředí. Ale abych pravdu řekla, při samotném porodu mi bylo úplně jedno, jaké je kolem mě prostředí, už jsem to chtěla mít hlavně za sebou.“* R2 uvedla: *„Prostředí tam bylo moc pěkné, ne moderní, ale vzbuzovalo to tam spíše domácí atmosféru, než nemocniční. Já jsem si tam přišla, jako bych byla doma v pokoji. Ta místnost byla příjemná, barevná, bylo tam klidno a ticho.“* R4 uvedla: *„Prostředí na mě působilo velice příjemně. Já jsem tam byla před rokem jako doprovod kamarádce, takže jsem měla představu, do čeho jdu. Vzbuzovalo to ve mně domácí atmosféru, nepřišlo mi to sterilní nemocniční. Ty pokoje jsou dnes přizpůsobeny běžnému pokoji, dá se říci. Byla tam dokonce i kuchyňská linka, sprcha, žebřiny, gymnastický míč, křeslo a lehátko, na kterém jsem rodila.“* R6 popsala prostředí na porodním sále asi nejvíce pozitivně, doslovně uvedla: *„Když mě poprvé přivedli na ten pokoj, tak jsem žasla. Byl to krásně vymalovaný pokojíček, bylo tam křeslo, kuchyňská linka, televize, vana, sprcha a to všechno bylo jenom pro mě. Když bych neměla bolesti, tak jsem si přišla, jako na dovolené.“* R7 uvedla: *„Prostředí bylo pěkný, příjemný. Vonělo to tam ještě po novotě, byl to takový domácí pokojíček.“*

Tři respondentky neměly závažné výhrady proti prostředí, ale ani je nenadchlo. Zhodnotily ho jako neutrální. R3 uvedla: *„Prostředí bylo spíš nemocniční, jako bylo to tam nové, čisté, ale byly tam všude kachličky, no nepřišla jsem si jako v pokoji, ale nijak zvlášť mi to nevadilo.“* R8 uvedla: *„Ale jo, prostředí bylo hezký. Bylo tam hrozně moc věcí inkubátor, vana, skříně, balon, křeslo pro partnera. Byl to docela velký pokoj. Nebylo to tam úplně nové, moderní, ale bylo to dostačující.“* R9 uvedla: *„Na porodním sále to bylo dobré. Sál byl neutrální, ani ne, že bych žasla, ale ani ne, že by to na mě působilo nějak špatně.“*

Respondetka č. 5 byla s prostředím doslova nespokojená. Uvedla: *„Byla jsem v provizorní místnosti, protože porodnice byla v přestavbě. Místnost byla pro 5 rodiček, byly jsme tam od sebe oddělené pouze plentami. V té místnosti měly stůl i porodní*

asistentky a hned vedle byl porodní sál, kde jsem poté rodila. Prostředí bylo neútné, studené. Všude byly bílé kachlíky a ty plenty. Na pohled to příjemné nebylo, že bych se cítila jako doma, to rozhodně ne. Ale předem jsem věděla, že jdu do provizoria, tak jsem to tak brala. I jsem se kvůli tomu rozhodovala, zda nejet do jiné nemocnice, ale bylo pro mne rozhodující, že tam se mnou bude moje kamarádka, která tam pracuje jako PA, takže mě bude moct odrodit.“ Rodička č. 10 zhodnotila prostředí na porodním sále velice stručně a jasně. Uvedla: „Atmosféra pro mě byla vždy na porodním sále nemocniční. Doma je doma a nic to nenahradí.“

Schéma 2 Kategorie spokojenost a její podkategorie



Podkategorie

1 Přístup porodních asistentek k rodičkám

Čtyři oslovené ženy (R1, R2, R9 a R10) neměly závažné výhrady proti jednání, celkovému přístupu a informovanosti od zdravotnického personálu. Porodní asistentky byly respondentkám nejen psychickou oporou, ale i se staraly o jejich fyzické pohodlí a dostatečně je edukovaly o průběhu porodu. Následující odpovědi rodiček o tom vypovídají. Jako doplňující otázka k této podkategorii byla zvolena znalost totožnosti zdravotnického personálu. S jistotou, že se jim zdravotnický personál představil, odpověděly pouze dvě respondetky (R2 a R7). Tři rodičky (R3, R8 a R9) si nebyly naprosto jisté. Pět dotázaných (R1, R4, R5, R8 a R10) neznalo totožnost zdravotnického personálu, který o ně pečoval.

R1 uvedla: „*Porodní asistentky byly velice ochotné, laskavé a nápomocné. Vždy mě informovaly, co se bude dít, jak to vypadá, a když mi nebylo něco jasné a zeptala jsem se, tak mi velice klidně vše vysvětlily. Nevzpomínám si, že by se mi někdo představil.*“

R2 uvedla: „*Starala se o mě jedna porodní asistentka a byla velice nápomocná. Vše mi vysvětlovala, radila mi, zajímala se, zda mám uspokojené své potřeby. Byla velice milá, optimistická a povzbuzující, což mi dodávalo sílu. Ano, hned při příjmu se mi představila porodní asistentka, a když pak přišla pani doktorka, tak ta se mi také představila.*“

R9 uvedla: „*Všichni se ke mně chovali mile. Po celou dobu tam se mnou byla studentka, ta byla moc milá a šikovná. Pomáhala mi, radila a říkala, jak mám dýchat. Informovanost byla dobrá. Přístup ke mně byl dobrý a vstřícný.*“

R10 uvedla: „*Personál byl moc hodný a ochotný, vždy mi vyhověli a informovali mě. Nemůžu si stěžovat, starali se o mě velice dobře, jak při porodu, tak po něm a při celém pobytu v porodnici. Nevzpomínám si, že by se mi představovali.*“

Dvě respondentky (R3 a R7) hodnotily přístup porodních asistentek kladně, ale měly určité výhrady. R3 uvedla: „*Byla jsem s přístupem porodní asistentky, která se o mě starala v průběhu porodu, spokojena. O všem mě informovala a radila mi. Akorát jednu výtku bych měla na jednu porodní asistentku při příjmu, ta byla docela nepříjemná a odměřená, připadala jsem si jako bych ji obtěžovala. Ale jinak tam byli všichni příjemní a ochotní. Porodní asistentka při příjmu se mi určitě nepředstavila, jinak si myslím, že všichni.*“

R7 uvedla: „*Porodní asistentky byly hodné a nápomocné ve všem. Chválily mě a povzbuzovaly. Byla jsem spokojená, jak s doktorkou, tak s porodními asistentkami. Akorát jsem tam narazila na jednu porodní asistentku, od které se mi její jednání nelíbilo, ale to už bylo na šestinedělí. S porodními asistentkami na porodním sále jsem byla spokojená. Myslím si, že se mi nepředstavili, ale nevím.*“

Dvě respondentky zhodnotily přístup velmi kladně. Ale obě si myslí, že byl přístup ovlivněn známostí kolegyně porodních asistentek. R5 uvedla: „*Já jsem měla takovou soukromou péči, protože se o mě starala kamarádka, která v porodnici i pracuje, tak všechny znala a ona se věnovala pouze jenom mně. Myslím, že to bylo určitě jiný, než když tam přijde někdo cizí. Na mě i ty ostatní sestry byly příjemné. Informovanost*

od porodních asistentek bych zhodnotila na výbornou, ale zase díky své kamarádce. Říkala mi, co jdou dělat, proč, jak to vypadá. Poučovala mě, že ještě nemůžu tlačit a proč ne. I při porodu mě dobře vedla. Zнала jsem pouze tu svou kamarádku, nikdo jiný se mi nepředstavil.“ R6 uvedla: „Myslím si, že možná přístup porodních asistentek byl ovlivněn tím, že jsem známá jejich kolegyně a ony to věděly. Ale já jsem byla spokojená, byla tam u mě po většinu času jedna porodní asistentka, která se o mě starala. Byla moc milá, na tu nemůžu říct půl křivého slova. O všem mě informovala. Myslím si, že se mi nepředstavili, ale nevím to jistě.“

R8 neměla žádné výtky k přístupu zdravotnického personálu, ale ocenila by větší informovanost. Doslovně uvedla: *„Porodní asistentky byly příjemné a snažily se mi pomoci. Akorát bych ocenila, když by mě v průběhu více informovaly. Když jsem se sama nezeptala na danou věc, tak jsem ji nevěděla, například při vyšetřování. To bych ocenila aktivnější přístup, ale jinak si nestěžuji. Myslím si, že se mi všichni představili.*

R4 necítila psychickou oporu ani fyzické uspokojení potřeb od porodních asistentek v I. době porodní. Uvedla: *„Už při příjmu na mě porodní asistentka neudělala dobrý první dojem. Chovala se ke mně dost odměřeně a byla nepříjemná. Napojila mě na monitor a říkala: „No teprve dvě hodiny po 5 minutách kontrakce, no to ještě poznáte, co to jsou pořádné kontrakce, tohle je ještě nic.“ Byla sice nepříjemná, ale nijak jsem si to nepřipouštěla a byla jsem v klidu. Porodní asistentky moc nepočítaly, že se porod rozeběhne, tak možná právě proto takový přístup. Ale nestěžovala jsem si. V průběhu mě porodní asistentka neinformovala, až při samotném závěru mě vedla. Ale když bych to měla zhodnotit, tak až na ten začátek byli všichni v pohodě, doktor i ta druhá porodní asistentka. Totožnost zdravotnického personálu jsem neznala, pouze co jsem si přečetla ze jmenovek.“*

2 Nabídky porodních asistentek k uspokojení potřeb

Devíti osloveným ženám (R1, R2, R3, R5, R6, R7, R8, R9 a R10) byl nabídnut určitý komfort k uspokojení jejich potřeb a přání v průběhu porodu. Některé měly při porodu více aktivní a ochotné porodní asistentky a některé méně. Ale ani jedna

respondentka nehodnotila aktivní přístup a uspokojení psychického a fyzického pohodlí v průběhu porodu negativně.

R1 uvedla: „*Porodní asistentky se o moje potřeby zajímaly, pořád se mě tázaly, zda mi daná poloha vyhovuje, zda se mi nedělá špatně, není mi zima. Často mě pobízely, ať se zajdu vyprázdnit, staraly se o moje pohodlí, vyměňovaly mi vložky, udržovaly mě v čistotě. Nabízely mi stále vanu, kterou mi i napustily a sprchu s míčem.*“ R2 uvedla: „*Porodní asistentka se mi dostatečně věnovala, odkazovala mě hodně na WC, sprchu, vysvětlila mi, proč je vhodná teplá sprcha a vyprázdněný močový měchýř, radila mi, jakou mám zvolit úlevovou polohu, tázala se, zda mi daná poloha vyhovuje, když ne, tak se hned snažila vymyslet jinou vhodnou polohu. Nabídla se, že mě namasíruje a doporučila mi vonné oleje.*“ R3 uvedla: „*Porodní asistentky byly aktivní, donesly mi časopis, pustily rádio, odkazovaly mě hodně na sprchu, napustily mi vanu a do pokoje mi donesly gymnastický míč, který jsem ani nevyužila. Neustále se tázaly, zda mi není zima nebo naopak teplo.*“ R5 uvedla: „*Byla jsem v provizorní místnosti, tak tam nebylo ani co moc nabídnout nebyl tam prostor. Kromě sprchy a chůze, tam nebylo možné nic vyzkoušet. Ale já jsem upřednostňovala spíše psychickou oporu ze strany porodních asistentek, své kamarádky a mého manžela.*“ R6 uvedla: „*Porodní asistentky mi nabídly gymnastický míč. Hodně mě odkazovaly na sprchu, ať jsem tam co nejdéle. Jinak mě nechaly, ať dělám to, co mi je příjemné.*“ R7 uvedla: „*Porodní asistentky mi nabídly sprchu a řekly mi, jak si mohu ulevovat na míči, který jsem měla ve sprše. Nabídlly mi, že můžu využít i žebřiny.*“ R8 uvedla: „*Porodní asistentka mi nabídla akorát sprchu, že nemusím pořád ležet. Že můžu vyzkoušet i míč a ukázala mi jak na něho. Po většinu času jsem polehávala a porodní asistentka dbala na mou čistotu, neustále mi měnila podložku, na které jsem ležela. V jednu chvíli jsem se třásla tak mi ihned přinesla deku na přikrytí.*“ R9 uvedla: „*Já jsem si o porodu moc nezjišťovala a nevěděla jsem, co vše je možné k nabídnutí, tak mi to, co mi nabídly, stačilo. Což byla sprcha, míč, masáž, chůze. Moje hlavní přání bylo rychle a bezbolestně porodit, což se až tak nevyplnilo, ale všechny porodní asistentky se mi snažily pomoci, byly ochotné a milé.*“ R10 uvedla: „*Aktivně mi porodní asistentky nabídly asi jen tu sprchu, měnily pode mnou podložky a dbaly na mou intimitu, jinak si nevzpomínám.*“

R4 se neseetkala s aktivními a vstřícnými porodními asistentkami. Porodní asistentky nedbaly na její fyzické ani psychické pohodlí, ale rodička byla tolerantní a v závěru přístup porodních asistentek nehodnotila negativně. Doslovně R4 uvedla: *„No, oni mi toho porodní asistentky moc nenabízely, ze začátku s tím nepočítaly, že by se porod rozeběhl, během dvou hodin přišly pouze jednou, mlčky zkontrolovaly monitor a zase odešly. Když mě po dvou hodinách porodní asistentka vyšetřila a já byla otevřena na 7 cm, tak jsem si zažádala, že bych si potřebovala odskočit, ale porodní asistentka mi odpověděla, že teď už ne, tak jsem to brala tak, že třeba už nemohu vstávat. Bylo to hlavně pro mě, pro moji psychiku nechtěla jsem se jim tam pomočit, ale uposlechla jsem rady porodní asistentky. A potom už se věnovaly samotnému porodu a ne, že by mi to nějak zpříjemňovaly. Ale nemůžu říct, že bych z toho měla nějak zvlášť špatný pocit, nestěžuji si.“*

5 Diskuze

Téma této bakalářské práce je „Komfort rodičky v průběhu porodu.“ Komfort je podle akademického slovníku definován jako přepych a pohodlí. Marečková v NANDA doménách popisuje komfort jako stav psychické, fyzické a sociální pohody či klidu (Marečková, 2006). Tato bakalářská práce pojednává o spokojenosti rodiček s celkově nabídnutým a poskytnutým komfortem v průběhu jejich porodu.

Pro výzkumnou část bakalářské práce bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření vedené formou polostrukturovaného rozhovoru s deseti rodičkami z různých nemocnic v České republice.

V úvodu rozhovoru jsme se zaměřili na identifikační údaje respondentek, další otázky se zabývaly informovaností žen o farmakologických a nefarmakologických metodách zvládnání bolesti v průběhu porodu. Existuje mnoho možností, jak zmírnit bolest v průběhu porodu. Bolest zcela nevymizí, ale pokud zkombinujeme různé způsoby tlumení bolesti s láskyplnou a zasvěcenou péčí, dokáže většina rodiček s bolestí úspěšně spolupracovat a zvládnout ji. Některé rodičky zvládají bolest pomocí farmakologických prostředků, jiné se spoléhají spíše na alternativní – přirozené metody, do kterých se zařazuje například změna polohy, akupunktura, akupresura, tlaková masáž, hydroanalgezie, elektostimulace, hypnóza, dýchání atd. (Simkinová, 2000). Ve výzkumné části práce byla zjišťována znalost nefarmakologických a farmakologických metod v průběhu porodu. Pod pojmem alternativní metody v průběhu porodu si všechny respondentky představily možnost tlumení bolesti pomocí hydroanalgezie, dále byl nejvíce zmiňován gymnastický míč. Některé rodičky znaly možnost tlumení bolesti s využitím polohování na porodnické stoličce či za pomoci žebřin. Respondentka 2 zmínila navíc masáže, dýchání, aromaterapii a muzikoterapii. Z farmakologických možností tlumení bolesti respondentky uvedly pouze epidurální analgezií, žádné jiné metody neuváděly.

Dále nás zajímalo, zda rodičky absolvovaly předporodní přípravu, tj. klyzma, oholení hráze a celkové omytí rodičky ve sprše. Toto téma je velice rozporuplné, má své kladné i záporné stránky. Podaný klystýr v I. době porodní může zabránit

vyprázdnění stolice ve II. době porodní, což by mohlo být většinou žen velice nepříjemné. Tento stud bývá často důvodem nespolupráce při tlačení. Na druhou stranu může být ženě velice fyzicky i psychicky nepříjemné podání klystýru. Od oholení se v dnešní době již ustupuje, většina žen se dnes věnuje péči o oholení zevních rodidel. Pokud se oholení provádí, omezuje se na malou část hráze, zásadně se dnes neholí pubické ochlupení. Nadměrné ochlupení hráze by mohlo ženě činit problémy v šestinedělí. Očistné klyzma a oholení ochlupení se dnes nepovažuje za rutinní postup na porodním sále a tyto postupy by neměly být prováděny bez souhlasu rodičky (Pařízek, 2008). Ukázalo se, že předporodní přípravu absolvovalo 9 dotazovaných rodiček. Sedmi ženám (R1, R2, R3, R5, R6, R7 a R8) byla předporodní příprava nejdříve doporučena a poté se souhlasem provedena. Dvěma respondentkám (R9 a R10) byl klystýr proveden bez jejich souhlasu. Respondentka 4 si klystýr přála a měla ho uvedený i v žádostech porodního plánu, přesto jí nebyl proveden. Doslovně uvedla: „*Porodní asistentky už od začátku nepočítaly, že se porod rozeběhne. Po příjezdu do porodnice jsme se s porodními asistentkami a paní doktorkou domluvily, že počkáme dvě hodiny, zda porod postoupí, a když ne, tak mě odvedou na normální pokoj. Takže mi klystýr při příjmu ani nenabízely. Po dvou hodinách jsem se otevřela na 7 centimetrů a to už jsem o klystýr zažádala sama, ale bylo mi řečeno, že teď už je pozdě, že už by se nestihl a neměl by smysl.*“ Oholení bylo provedeno pouze jedné respondentce, ostatní byly již na porod připravené a oholené z domova. Sprcha byla dopřána devíti rodičkám.

Zajímalo nás, zda ženy mohly na porodním sále pít a jíst. Všechny osm dotazovaných mohlo na porodním sále neomezeně pít čistou vodu či neslazený čaj. Pouze dvě z nich (R9 a R10) nemohly na porodním sále pít, obě tuto skutečnost zhodnotily negativně. R9 uvedla: „*Velkým mínusem na porodním sále bylo, že jsem nemohla pít, dýchání bylo vyčerpávající a měla jsem velkou žízeň, ale napít jsem se nemohla, pouze jsem si vymáčkávala vodu z tampónu do úst. Měla jsem vyvolávaný porod, tak už mi bylo nařizeno nepít a nejíst od 24:00 předešlého dne, ke konci porodu už jsem se cítila opravdu dehydrovaná a těšila jsem se, až se budu moci pořádně napít.*“ R10 uvedla: „*Na porodním sále jsem nemohla pít, což mě více vyčerpávalo. Mohla jsem si pouze zvlhčovat rty.*“ Jídlo k dispozici neměla žádná respondentka, ale všechny uvedly, že

na jídlo neměly ani pomyslení. Z výzkumu vyplývá, že většina nemocnic se řídí podle doporučení WHO, ve kterém se uvádí, že by měly být rodičkám v průběhu porodu podávány tekutiny (Urbanová a kol., 2010). Dle mého názoru není žádný problém pro většinu žen na porodním sále nejíst. Obavy z rizika aspirace žaludečního obsahu v anestézii při možném císařském řezu jsou oprávněné. Avšak si myslím, že neumožnění přísunu tekutin v průběhu porodu je pro rodičky značně vysilující a měl by být povolen alespoň v malých dávkách.

Dále jsme zjišťovali, kolik rodiček se zúčastnilo předporodních kurzů během těhotenství. Ve třech případech respondentky (R2, R5 a R9) uvedly, že absolvovaly předporodní kurz, všechny tři ho zhodnotily velice kladně, jak z teoretického tak praktického hlediska. Rodičky se naučily různé úlevové polohy v průběhu porodu, posilování pánevního dna, uvolňování zad, relaxaci, dětské masáže a v neposlední řadě techniku správného dýchání v průběhu porodu. Chmel (2004) ve své knize uvádí, že je vhodné zúčastnit se předporodních kurzů nejlépe s partnerem, zvláště pokud chce být partner se ženou u porodu. Jednotlivé kurzy se mohou svou náplní mírně lišit, ale každá žena by se v něm měla dozvědět, co ji při porodu čeká, jaká vyšetření jí budou provedena, jaké jsou možné komplikace a způsob jejich řešení. Dále by se měla dozvědět o možnostech tišení bolesti, o průběhu jednotlivých dob porodních. Důležitou součástí předporodních kurzů je nácvik správného dýchání v průběhu porodu. Rodička by měla získat informace o pobytu na oddělení šestinedělí, péči o novorozence a kojení. Ve výzkumné části sedm respondentek (R1, R3, R4, R6, R7, R8 a R10) uvedlo, že předporodní kurzy neabsolvovaly. Techniku správného dýchání proto ani jedna z nich neovládala. Čtyřem rodičkám (R1, R6, R7, R8) ze sedmi porodní asistentky ukázaly správnou techniku dýchání. Překvapilo mě, že třem respondentkám (R3, R4 a R10) nebyla porodními asistentkami ukázána správná technika dýchání na porodním sále. R3 uvedla: *„Nechodila jsem na předporodní kurzy a dýchat jsem neuměla, ale ani na sále mě na to porodní asistentky neupozorňovaly, dýchala jsem si, jak jsem chtěla. Porodní asistentky mě vedly až při samotném porodu.“* R4 doslovně uvedla: *„Na předporodní kurzy jsem nechodila, takže jsem dýchat moc neuměla, pouze jsem čerpala z toho, co jsem si o dýchání přečetla. Porodní asistentky mi k dýchání nic neřekly. Dýchala jsem si*

podle sebe takový spíš hlubší dýchání. Porodní asistentky mě korigovaly až při samotném porodu, tak 30 minut před porozením mi říkaly, jak správně dýchat.“ R10 uvedla: „Rodila jsem již potřetí a ani při jednom těhotenství jsem předporodní kurzy neabsolvovala. Při tomto posledním porodu se mě porodní asistentky netázaly, zda umím dýchat. Ale myslím, že jsem si to pamatovala správně z předešlých porodů a myslím, že i tentokrát jsem to zvládla statečně a byla jsem v klidu i přes všechny bolesti.“ Způsob správného dýchání má obrovský význam v průběhu porodu. Přináší úlevu od bolesti a pomáhá matce uvolnit se. Správný způsob dýchání přináší matce pocit uspokojení z toho, že své chování dokáže ovládat a to především v době, kdy jde jedna kontrakce za druhou (Simkinová, 2000).

Ve výzkumné části nás také zajímalo, kolik respondentek mělo připravený porodní plán a jaké byly jejich požadavky. Porodní plán je písemný seznam požadavků rodičky, které by chtěla dodržet v průběhu jejího porodu. Měl by být vypracován tak, aby v případě nepravidelností, které leckdy na sobě rodička nemusí ani pociťovat, nebyl dogmatem, jehož úzkostlivé dodržování by mohlo ohrozit zdraví matky či dítěte (Pařízek, 2008). Pokud žena přijde na porodní sál se sestaveným porodním plánem, měla by mít porodní asistentka povinnost si jej přečíst a získat tím představu rodičky o porodu. Pokud to průběh porodu dovoluje, měla by porodní asistentka ženě vyjít vstříc a porodní plán respektovat (Behinová, 2012). Bohužel realita na porodním sále je poněkud odlišná od teorie. Ukázalo se, že z celkových deseti žen měla připravený porodní plán pouze jedna rodička (R4), které již nebyl splněn požadavek aplikace klystýru, jež měla právě uveden v porodním plánu. Bohužel ani ostatních přání této respondentky se porodní asistentky nedržely a žádné požadavky z porodního plánu ženě nebyly splněny. Respondentka 4 uvedla: *„Měla jsem sestavený porodní plán, ale vlastně z něho nebylo nic splněno. Žádala jsem v něm, pokud by to bylo možné, bez epidurální analgezie. Přála jsem si sprchu, vanu jsem nevyžadovala. Žádala jsem ulevování na gymnastickém míči. Chtěla jsem klystýr, a pokud by to bylo možné, tak bez nástřihu. Nástřih jsem nakonec měla, ale to mi nevadilo, sice jsem si ho v porodním plánu nepřála, ale jen pokud by to bez něho šlo, ne za každou cenu. Nakonec*

z porodního plánu nebylo splněno skoro nic. Ale už při příjmu si ho porodní asistentka pouze prohlédla a ani ho nerespektovala, nebo spíše nebrala v potaz.“

Další otázka v rozhovoru se týkala nabídky farmakologických a nefarmakologických možností tlumení bolesti v průběhu porodu. Procházková (2006) uvádí, že lepší postup porodu a snížení spotřeby uterotonik ovlivňuje vertikální poloha, volný pohyb na porodním sále a různé relaxační pomůcky jako jsou například gymnastický míč, který napomáhá k uvolnění pánevního dna, porodní stoličky, hydroanalgezie apod. Tato teorie se potvrdila i v praxi. Dotazovaným respondentkám byly nabídnuty různé nefarmakologické metody k tlumení bolesti podle možností a ochoty zdravotnického personálu. Všem rodičkám byla nabídnuta možnost tlumení bolesti pomocí teplé vody ve formě sprchy nebo koupele. Ve většině případů měly respondenty k dispozici gymnastický míč. Pouze žena č. 4 uvedla, že při žádosti o možnost využití gymnastického míče ji porodní asistentka dopověděla: „*Při příjmu jsem se zeptala, zda bych mohla na gymnastický míč a porodní asistentka mi odpověděla, ať šetřím síly, že se ještě „nahopsám“ dost.“* Dále byly osmi dotazovaným (R1, R2, R3, R6, R7, R8, R9 a R10) nabídnuty i jiné relaxační pomůcky k tlumení bolesti např. žebřiny, masáže, vonné oleje a porodní stolička. Žádné z oslovených nebyla nabídnuta epidurální analgezie, avšak u jedné respondenty se tišila bolest pomocí farmakoterapie. Tento přístup nepotvrzuje tvrzení Procházkové, která uvádí: Sdělení možnosti analgezie by měla být neoddelitelnou součástí porodního servisu. Rodička by se měla o této možnosti včas dozvědět, aby tuto nabídku mohla zvážit a své přání včas sdělit (Procházková, 2006).

Dále jsme zjišťovali, kdo dotazované respondenty doprovázel během porodu. Přítomnost blízké osoby ať už partnera, manžela, kamarádky, matky či dudy, podporuje pocit bezpečí a snižuje pocit strachu z neznáma i vnímání bolesti. Umožňuje lépe překonat stres, který porod přináší (Procházková, 2006). Osm respondentek (R1, R2, R3, R5, R6, R7, R8 a R9) mělo u porodu svého partnera, manžela či kamarádku. Zbylé dvě (R4, R10) rodily bez doprovodu blízké osoby.

K celkovému komfortu na porodním sále patří i zajištění včasného bondingu. Zajímalo nás, kolik porodních asistentek bonding zařazuje do standardního postupu své

práce. Bonding můžeme z angličtiny přeložit jako lepení nebo připoutání, sepjetí. Bonding je proces, při kterém se tvoří emocionální vztah mezi matkou a dítětem. Kontakt skin to skin usnadňuje nejen emocionální, ale i fyziologickou adaptaci matky a dítěte (Mrowetz, 2011). Z výzkumu vyplynulo, že u šesti respondentek (R2, R3, R4, R6, R8 a R10) byl podpořen bonding ze strany zdravotnického personálu. Pět rodiček (R2, R3, R6, R8 a R10) uvedlo, že jim byl novorozenec přiložen ihned po porodu na nahé břicho a poté co nejdříve k prsu. Jedné respondentce (R4) bylo zajištěno přiložení dítěte ihned po porodu na břicho, ale přiložení k prsu bylo s prodlevou. Rodičkám (R1 a R7) nebyl poskytnut bonding skin to skin. R5 a R9 nebyl zajištěn bonding z důvodu špatné adaptace novorozence. Myslím si, že je škoda, že zdravotnický personál nebere bonding jako běžnou péči o rodičku a novorozence a není standardním postupem v péči o ně. Díky absolvované tříměsíční stáži v Rakousku mohu říci, že tam byl bonding brán jako standardní postup. Pokud to dovoľoval zdravotní stav novorozence a matky, hned po porodu byl novorozenec přiložen matce na břicho a přikryt teplým ručníkem, matka si ho na sobě mohla nechat libovolnou dobu a po jejím požádání byl novorozenec vykoupán a poté byl přiložen k prsu. Podpora bondingu byla i po císařském řezu. Císařský řez se prováděl v epidurální anestezii a k ranému kontaktu mezi matkou a dítětem došlo již na operačním sále, přiložením novorozence k tváři matky. Poté byl zajištěn kontakt kůže na kůži s otcem. Tento způsob bondingu také uvádí ve své literatuře Mrowetz (2011). Pokud není možné přiložení dítěte k matce hned po porodu, je vhodné položit nahého novorozence na nahou hrud' otce (Mrowetz, 2011).

Z jakých zdrojů matky získávají informace o porodu, bylo další oblastí, na kterou jsme se respondentek ptali. Největším přínosným zdrojem poznatků o porodu byl pro rodičky internet. Po internetu byla nejčastěji zmiňována odborná literatura. Dalšími využívanými zdroji byl předporodní kurz, kamarádky, matky, časopisy a pouze v jednom případě byl uveden obvodní gynekolog. Je velice smutné, že ani v jednom případě nebyla zmiňována jako přínosný zdroj informací porodní asistentka.

Z hlediska hodnocení spokojenosti s prostředím na porodním sále se ukázalo, že respondenty neměly ve většině případů žádné výhrady a byly s prostředím spokojeny.

Některé zhodnotily prostředí neutrálně, neměly proti němu závažné výhrady, ale ani je nenadchlo. V odpovědích se vyskytují i negativní hodnocení na prostředí porodního boxu. Prožitek porodu je silně ovlivněn prostředím. Prostředí by mělo mít intimní a klidnou atmosféru, mělo by být útulné, nevyvolávající zbytečný stres a úzkost. Žena by měla mít možnost se volně pohybovat po místnosti a neměla by mít potřebu kontrolovat své chování před ostatními rodičkami. Takto vliv prostředí na rodičku v průběhu porodu popisuje ve své literatuře Ratislavová (2008). Jedna respondentka (R5) dala přednost kvalitě ošetrovatelské péče před příjemným prostředím. A právě o tom, jak rodičky vnímaly kvalitu ošetrovatelské péče, pojednává další část diskuze.

Otázka z rozhovoru posuzující přístup porodních asistentek podává obraz o tom, že většina respondentek neměla žádné výhrady proti jednání, celkovému přístupu a informovanosti od zdravotnického personálu. Porodní asistentky byly respondentkám nejen psychickou oporou, ale staraly se i o jejich fyzické pohodlí a dostatečně je edukovaly o průběhu porodu. Jedna žena (R8) byla spokojená s přístupem zdravotnického personálu, ale ocenila by větší informovanost od porodních asistentek. Pouze v jednom případě jsme se setkali s negativním ohodnocením. Respondentka (R4) necítila psychickou oporu ani fyzické uspokojení potřeb od porodních asistentek. Na negativní ohodnocení má vliv neprofesionální chování porodní asistentky. Porodní asistence je nelehké povolání a mnohdy je těžké ve všem rodičkám vyhovět. I přesto by si porodní asistentka měla za každé situace udržet profesionální, lidské a produktivní chování, které popisuje Ratislavová. Produktivním chováním vyznačuje vysokou míru empatie, respektu a tolerance k přáním a projevům rodičky (Ratislavová, 2008).

Doplňující otázka byla zaměřena na znalost totožnosti zdravotnického personálu. Výzkumné šetření ukázalo, že s jistotou, že se jim zdravotnický personál představil, odpověděly pouze dvě respondentky (R2 a R7). Tři (R3, R8 a R9) si nebyly naprosto jisté, zda se jim porodní asistentky představily. A zbývajících pět (R1, R4, R5, R8 a R10) neznalo totožnost zdravotnického personálu, který o ně pečoval. Důležitost představení mezi rodičkou a zdravotnickým personálem i ve své knize uvádí Roztočil: „Příjem rodičky spočívá v navázání společného kontaktu, porodní asistentka a lékař se rodiče a jejímu doprovodu představí, první kontakt mezi klientkou a personálem

porodního sálu je velmi důležitý pro další rozvoj komunikace a průběh porodu (Roztočil a kol., 2008, s. 120).“ Nejenom, že představení patří k základním společenským pravidlům, ale jde především o lidské a slušné chování a navázání důvěrného vztahu mezi rodičkou a zdravotnickým personálem. Na absolvované tříměsíční stáži v zahraničí se mi nestalo, že by někdo vešel na porodní sál nebo na pokoj šestinedělí a nepředstavil se. Při každém předání hlášení se všechny sestřičky šly předtím, než začaly pracovat představit na pokoje žen, podaly jim ruku, řekly své jméno a laskavě jim sdělily, pokud budou něco potřebovat, ať se na ně obrátí, že jim rády pomohou.

Z odpovědí z rozhovorů na otázku zabývající se nabídkami porodních asistentek k uspokojení potřeb rodičkám lze vysledovat, že devíti osloveným byl nabídnut určitý komfort k uspokojení jejich potřeb a přání v průběhu porodu. Některé měly při porodu více aktivní a ochotné porodní asistentky a některé méně. Ale ani jedna respondentka aktivní přístup k uspokojení psychického a fyzického pohodlí v průběhu porodu nehodnotila negativně. Pouze jedna respondentka (R4) se nesetkala se vstřícnými porodními asistentkami. Porodní asistentky nedbaly na její fyzické ani psychické pohodlí. Rodička byla tolerantní a v závěru je negativně nehodnotila.

V rámci této bakalářské práce byly stanoveny dva hlavní cíle. Prvním cílem bylo zjistit informovanost žen o farmakologických a nefarmakologických metodách zvládnání bolesti v průběhu porodu. Druhým cílem bylo zjistit spokojenost žen s poskytnutým komfortem na porodním sále, s přístupem a jednáním zdravotnického personálu. Ke zjištění stanovených cílů byly zvoleny tři výzkumné otázky: Jaké možnosti farmakologických a nefarmakologických metod k tlumení bolesti v průběhu porodu ženy znají a využívají? Jaké relaxační pomůcky, sloužící k celkovému uvolnění, byly ženě nabídnuty v průběhu porodu? Jak byla žena v průběhu porodu spokojena s prostředím a s přístupem zdravotnického personálu? Na základě provedených rozhovorů jsme získali odpovědi na všechny tři výzkumné otázky. Z farmakologických možností tlumení bolesti respondentky uvedly pouze epidurální analgezií, jiné metody neznaly. Z nefarmakologických metod většina žen uvedla hydroanalgezií, gymnastický míč a některé respondentky ještě uvedly porodní stoličku, žebřiny, masáže, dýchání, aromaterapii a muzikoterapii. Rodičkám v průběhu porodu byly nabídnuty různé

relaxační pomůcky k tlumení bolesti. Ve výzkumu byla rodičkami uvedena hydroanalgezie, gymnastický míč, žebřiny, porodní stolička, masáže, vonné oleje, polohování a většina žen měla možnost volného pohyby na porodním boxu. Z hlediska hodnocení spokojenosti s prostředím na porodním sále se ukázalo, že rodičky neměly ve většině případů žádné výhrady a byly s prostředím spokojeny. S přístupem zdravotnického personálu byla většina spokojena a aktivní přístup k uspokojení psychického a fyzického pohodlí v průběhu porodu hodnotila pozitivně.

6 Závěr

Porod je pro ženu velice náročná životní situace, která je složitá a neobvyklá i pro ženy, které již rodily. Budoucí matky prožívají strach a úzkost z porodu. Snahou porodníků a porodních asistentek je vynaložit co nejvyšší míru empatie, respektu, tolerance k přáním a projevům rodičky a vytvořit v průběhu porodu takové podmínky, aby ženy porod co nejlépe zvládly (Ratislavová, 2008).

Cílem výzkumné části této bakalářské práce bylo zjistit poskytovaný celkový komfort rodičkám v průběhu porodu. Pro zpracování této práce bylo využito kvalitativní výzkumné šetření. Na počátku výzkumné části byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit informovanost žen o farmakologických a nefarmakologických metodách zvládnutí bolesti v průběhu porodu. Druhým cílem bylo zjistit spokojenost žen s poskytnutým komfortem na porodním sále, s přístupem a jednáním zdravotnického personálu. Na základě těchto dvou cílů byly stanoveny tři výzkumné otázky. V první výzkumné otázce bylo zjišťováno, jaké možnosti farmakologických a nefarmakologických metod k tlumení bolesti v průběhu porodu ženy znají a využívají. Druhá výzkumná otázka prošetřovala, jaké pomůcky, sloužící k celkovému uvolnění, byly ženě nabídnuty v průběhu porodu. A poslední třetí výzkumná otázka zjišťovala, jak byly ženy spokojeny s prostředím na porodním sále a s přístupem zdravotnického personálu. Všechny tři výzkumné otázky byly respondentkami ve vedeném polostrukturovaném rozhovoru zodpovězeny. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že většina respondentek zjišťovala informace o průběhu porodu na internetu, dalším přínosným zdrojem jim byla odborná literatura, předporodní kurz apod. Jako nejvíce známá alternativní metoda při tlumení bolesti se ukázala hydroanalgezie ve formě sprchy či koupele. Z farmakologických možností tlumení bolesti rodičky uvedly pouze epidurální analgezi. Většina respondentek využívala při porodu nefarmakologické prostředky k tlumení bolesti, jako jsou úlevové polohy, gymnastický míč, masáže, sprcha a koupele. Žádná respondentka nežádala o farmakologické tlumení bolesti. Výzkumná část práce se dále zabývá působením prostředí porodního sálu na respondentky a spokojeností s přístupem zdravotnického personálu. Výzkum ukázal, že

většina dotazovaných neměla s prostředím problém a neměla k němu závažné výhrady. Přístup zdravotnického personálu vnímaly a hodnotily vesměs kladně. Některé měly u porodu více aktivní a ochotné porodní asistentky a některé méně. Ale ani jedna respondentka si na aktivní přístup nestěžovala. Porodní asistentky byly respondentkám nejenom psychickou oporou, ale staraly se i o jejich fyzické pohodlí a dostatečně je edukovaly o průběhu porodu.

Dle mého názoru ve zdravotnictví nejde pouze o rutinní práci, ale především o lidský přístup. Na celkový prožitek z průběhu porodu má velký vliv jak přístup porodní asistentky, tak rodičky. Porodní asistentky by měly být ochotné co nejvíce ženě pomoci ulevit od bolesti, porozumět a vyhovět veškerým přístupným požadavkům ženy a své pochopení a soucítění by měly vyjádřit jak verbální tak neverbální komunikací. Myslím si, že za každé situace by se porodní asistentka měla chovat empaticky a udržovat si své profesionální a asertivní chování vůči rodičkám.

7 Seznam informačních zdrojů:

1. *Akademický slovník cizích slov: (A-Ž)*. 1. vyd. Praha: Academia, 2001. ISBN 80-200-0982-5.
2. BEHINOVÁ, M., a kol. *Nová velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let*. 3. vyd. Praha: Mladá fronta, 2012. ISBN: 978-80-204-2816-5.
3. BERÁNKOVÁ, S., M. MORAVCOVÁ, *Základy ošetrovatelské péče o rodičku v průběhu fyziologického porodu*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2007. ISBN: 978-80-7395-011-8.
4. ČECH, E., a kol. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1313-9.
5. DEANSOVÁ, A., *Knihy knih o mateřství*. 1. vyd. Fortuna Print, 2004, ISBN 80-321-117-3.
6. ELIAŠOVÁ, A., *Pôrodná asistencja I. fyziológia*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2008. Učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva. ISBN 978-80-8063-261-8.
7. CHMEL, R., *Otázky a odpovědi o porodu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1124-9.
8. KLAUS, Marshall H, Phyllis H KLAUS a John H KENNEL. *Porod s doulou: rádce pro rodiče a doprovázející osoby při porodu*. 1. vyd. Překlad Vlasta Jirásková. Praha: One Woman Press, 2004. ISBN 80-863-5634-5.
9. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-47-0179-0.

10. LEIFER, G., *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
11. LUNNY, V., *Vůně života*. 1. vyd. Praha: One Women Press, 2005. Aromaterapie pro těhotenství a zdravý životní styl. ISBN 80-86356-40-X.
12. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-3.
13. MIKULANDOVÁ, M., *Těhotenství a porod; průvodce české ženy od početí do šestinedělí*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2004. ISBN 80-251-0205-X.
14. MÖHRING, W., *Akupresura: jednoduše proti bolestem*. 1. vyd. Překlad Jana Bílková. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4723-358.
15. MROWETZ, M., G. CHRASTILOVÁ a I. ANTALOVÁ, *Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. 1. vyd. Praha: DharmaGaia, 2011. ISBN: 978-80-74360-014-5.
16. MZCR. *Definice porod- potrat dle MZCR* [online]. 2012 [cit. 2014-04-20]. Dostupné z <http://www.gynstart.cz/messages.php?sid=625>
17. PAŘÍZEK, A., a kol. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN: 80-7169-969-1
18. PAŘÍZEK, A., *Kniha o těhotenství a porodu: český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím až do dvou let dítěte*. 3.vyd. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-594-9.

19. PESCHOUT, R., 2007. Čtvrtá doba porodní. *Moderní babičtví*. 14. Dostupné také z <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-14/>.
20. PROCHÁZKOVÁ, M., H. MYŠAKOVÁ, 2006. Předporodní příprava – předpoklad dobré spolupráce s rodičkou. *Moderní porodnictví*. 9. Dostupné také z <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-9/>.
21. PTÁČEK, R., P. BARTŮNĚK, a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 2.vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.
22. RATISLAVOVÁ, K., *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
23. ROZTOČIL, A., *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4719-412.
24. SIMKINOVÁ, P., *Partner u porodu*. 1.vyd. Praha: Argo, 2000. ISBN 80-7203-308-5.
25. SLEZÁKOVÁ, L., a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.
26. ŠVAŘÍČEK, R., K. ŠEDOVÁ a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN: 978-80-7367-313-0.
27. URBANOVÁ, E., a kol. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy v dimenziách ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2010. ISBN: 978-80-8063-343-1.

28. VRÁNOVÁ, V., *Historie babictví a současnost porodní asistence*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. ISBN: 978-80-244-1764-6.
29. ZÁČEKOVÁ, M., V. SIMOČKOVÁ a E. KONTROVÁ. *Štandardy v pôrodnej asistencii*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-806-3221-9.
30. ZWINGER, Antonín. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-726-2257-9.

8 Přílohy

Příloha č. 1: Otázky rozhovoru s rodičkami.

Příloha č. 1: Otázky rozhovoru s rodičkami

1. Identifikační otázky: Kolik je Vám let? Jaký je váš rodinný stav? Jaké je vaše dosažené nejvyšší vzdělání? Jaké bylo vaše zaměstnání před mateřskou dovolenou? Po kolikáté jste rodila?
2. Jaké znáte farmakologické a nefarmakologické metody k tlumení bolesti v průběhu porodu?
3. Můžete mi popsat, jakým způsobem probíhal váš porod? (pití, jídlo, bolest, poloha, dýchání, doprovod – Proč jste si právě tuto osobu vybrala a čím vám byla tato osoba největší oporou? Pokud jste nikoho neměla, proč jste nechtěla nikoho u porodu?)
4. Z jakých zdrojů jste zjišťovala informace o porodu?
5. Jak na vás působilo prostředí na porodním sále? (Vzbuzovalo ve vás místnost domácí atmosféru, nebo spíše nemocniční?)
6. Jak byste zhodnotila celkový přístup, jednání, informovanost a aktivní pomoc ze strany zdravotnického personálu?
7. Co vám porodní asistentky aktivně nabídly k uspokojení vašich potřeb a přání? (Znala jste totožnost zdravotnického personálu, který o vás pečoval?)