



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Porodní asistentka a její zkušenost s těhotenstvím a
porodem**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PORODNÍ ASISTENCE**

Autor: Natálie Jarešová

Vedoucí práce: Mgr. Romana Belešová

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Porodní asistentka a její zkušenost s těhotenstvím a porodem jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 11.8.2021

.....

Natálie Jarešová

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala paní Mgr. Romaně Belešové za odborné vedení a rady během realizace této bakalářské práce. Děkuji za čas, který mi při psaní práce věnovala a byla ochotna na ni se mnou spolupracovat. Dále bych chtěla poděkovat všem informantkám, které byly otevřené rozhovorům potřebným pro zpracování výzkumné části bakalářské práce. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině a partnerovi za pevné nervy, trpělivost a podporu během studia.

Porodní asistentka a její zkušenost s těhotenstvím a porodem

Abstrakt

Bakalářská práce nesoucí název Porodní asistentka a její zkušenost s těhotenstvím a porodem je zaměřena na osobní zkušenosti a prožitky porodní asistentky s těhotenstvím a porodem. V teoretické části bakalářské práce je definována profese porodní asistentky, její kompetence a úloha v prenatální poradně i během samotného porodu. Následně je v teoretické části obsažena charakteristika těhotenství a fyzické i psychické změny, které s těhotenstvím úzce souvisejí. V neposlední řadě je v teoretické části popsán porod a všechny doby porodní.

Pro bakalářskou práci byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda profese porodní asistentky ovlivnila prožívání vlastního těhotenství a porodu a druhým cílem bylo zjistit, zda vlastní zkušenost s prožíváním těhotenství a porodu ovlivnila porodní asistentku v přístupu k těhotným ženám a k ženám po porodu. Na podkladě stanovených cílů byly utvořeny i výzkumné otázky. První výzkumná otázka byla zaměřena na to, jakým způsobem ovlivnila profese porodní asistentky prožívání jejího těhotenství a porodu. Druhá otázka zjišťovala, jak ovlivnilo porodní asistentku její těhotenství a porod v přístupu při poskytování péče ženám v rámci kompetencí.

K získání výsledků kvalitativního výzkumného šetření byly utvořeny dva výzkumné soubory. První výzkumný soubor tvořily porodní asistentky, které vykonávaly profesi porodní asistentky v primární péči a alespoň jedenkrát byly těhotné a rodily. Pro druhý výzkumný soubor, který tvořily porodní asistentky, bylo stanovené kritérium výkonu profese porodní asistentky na porodním sále a také alespoň jedno prožité těhotenství a porod. Samotné šetření probíhalo formou individuálních polostrukturovaných rozhovorů, které probíhaly při osobním setkání v období březen až květen 2021. Před zahájením všechny informantky uvedly souhlas s provedením rozhovorů, s jejich nahráváním na mobilní telefon, a i s jejich následným zpracováním. Nejprve byly rozhovory přepsány a pomocí barvení textu získaná data. Data byla následně analyzována a na základě výsledků byly utvořeny hlavní kategorie a podkategorie. Po vyhodnocení dat s porodními asistentkami pracujícími v primární péči byly stanoveny 3 hlavní kategorie (Vnímání vlastního těhotenství, Prenatální poradna, Návrat do zaměstnání) a 6 podkategorií (Vlastní prožívání těhotenství, Vliv vlastního těhotenství

na výkon profese PA, Předporodní příprava, Průběh péče v prenatální poradně, Přístup zdravotnického personálu, Změny v péči o těhotné ženy). Po vyhodnocení dat s porodními asistentkami, které pracovaly na porodním sále, byly stanoveny 3 hlavní kategorie (Vnímání vlastního porodu, Poskytování zdravotní péče, Návrat do zaměstnání) a 5 podkategorií (Průběh vlastního porodu, Prožívání vlastního porodu, Místo porodu, Přístup zdravotnického personálu, Změny v péči o rodící ženy).

První výzkumná otázka byla věnována tomu, jakým způsobem ovlivnila profese porodní asistentky při jejich těhotenství a porodu. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že porodní asistentky při vlastním těhotenství a porodu jejich profese ovlivnila hlavně ve vnímání péče o ně samotné v prenatální poradně i na porodním sále a ve vnímání přístupu a chování zdravotnického personálu k nim samotným.

Druhá výzkumná otázka se zabývala vlivem těhotenství a porodu v přístupu k těhotným a rodícím ženám po návratu do zaměstnání v rámci jejich kompetencí. Bylo zjištěno, že po návratu do zaměstnání byly porodní asistentky ovlivněny svým těhotenstvím a vnímaly tak určité změny v přístupu k těhotným ženám. I prožitek z porodu porodních asistentek měl vliv na výkon jejich profese po návratu do zaměstnání.

Klíčová slova

porod; porodní asistentka; přístup; těhotenství; vliv; žena

A midwife's personal experience with pregnancy and labor

Abstract

A midwife's personal experience with pregnancy and labor Bachelor theses is focused on personal experience with pregnancy and labor of midwife. Defined in the theoretical part of the Bachelor theses is the profession of a midwife, her competencies and role in prenatal counselling and during labor. Subsequently, the theoretical part contains the characteristics of pregnancy and physical and mental changes that are closely related to pregnancy. Last but not least, the theoretical section describes childbirth and all periods of childbirth.

For Bachelor theses there were two goals, the first goal was to identify if professions of midwife affect their own pregnancy and labor experience. The second goal was to identify if their own pregnancy and labor experience affects a midwife's approach to pregnant women and women after childbirth. Based on set goals, the research questions were created. The first research question focused on how the midwife's profession affected the experience of her own pregnancy and labor. The second question examined how the midwife's own pregnancy and labor affect her approach to providing care to a woman within her competencies.

To obtain the results of a qualitative research survey, two research sets were created. The first research group consisted of midwives who practiced the profession of a midwife in primary care and had been pregnant and gave birth at least once. For the second research group, which consisted of midwives, the criterion of performing the profession of midwife in the delivery room was determined, as well as at least one experienced pregnancy and childbirth. The survey itself took the form of individual semi-structured interviews, which took place during a personal meeting in the period from March to May 2021. Before the start, all informants gave their approval to the interviews and their recording to the mobile phone and also their data processing. The obtained data was analyzed and the main categories and subcategories were created based on the results. After evaluating the data with midwives working in primary care, 3 main categories were set (Perception of own pregnancy, Prenatal counseling, Return to work) and 6 subcategories (Own experience with pregnancy, Influence of own pregnancy on the profession of midwife, Prenatal preparation, Course of care in prenatal

counseling, Access of medical staff, Changes in the care of pregnant women). After evaluating the data with the midwives who worked in the delivery room, 3 main categories were set (Perception of own childbirth, Provision of health care, Return to work) and 5 subcategories (Course of own childbirth, Experience of own childbirth, Place of childbirth, Access of medical staff, Changes in the care of women in labor).

The first research question was devoted to how the profession of midwife influenced their pregnancy and labor. The research found that midwives during own pregnancy were influenced by their profession mainly in the perception of care for themselves in the prenatal counseling and in the perception of the approach of medical staff for themselves.

The second research question dealt with the influence of their own pregnancy and labor on the approach to pregnant women and childbirth after returning to work within their competencies. It was found that after returning to work, midwives were affected by their pregnancy and thus perceived certain changes in the approach to pregnant women. The experience of giving birth also had an effect on the performance of their profession after returning to work.

Key words

approach; influence; childbirth; midwife; pregnancy; woman

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav.....	11
1.1 Porodní asistentka.....	11
1.2 Charakteristika těhotenství	12
1.2.1 Fyzické změny týkající se těhotenství.....	16
1.2.2 Psychické změny týkající se těhotenství	17
1.2.3 Úloha porodní asistentky v prenatální poradně.....	19
1.3 Charakteristika porodu.....	21
1.3.1 Doby porodní	25
1.3.2 Úloha porodní asistentky při porodu.....	27
2 Cíle práce a výzkumné otázky	31
2.1 Cíle práce	31
2.2 Výzkumné otázky	31
2.3 Operacionalizace pojmů	31
3 Metodika	33
3.1 Metodika a technika výzkumu.....	33
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	34
4 Výsledky výzkumu	35
4.1 Identifikační údaje porodních asistentek pracujících v primární péči	35
4.2 Kategorizace dat porodních asistentek pracujících v primární péči	36
4.3 Identifikační údaje porodních asistentek pracujících na porodním sále	42
4.4 Kategorizace dat porodních asistentek pracujících na porodním sále	43
5 Diskuze	49
6 Závěr	55
7 Seznam literatury	56
8 Seznam příloh	61

9	Seznam zkratek	62
---	----------------------	----

Úvod

Téma bakalářské práce jsem si zvolila, jelikož mě samotnou jako budoucí porodní asistentku zajímalo, jak porodní asistentky prožívají své vlastní těhotenství a porod a zda je tato událost ovlivnila ve výkonu jejich profese. Porodní asistentka je žena jako každá jiná a vlastní těhotenství a porod se jí nevyhýbá. Je otázkou, zda samotné těhotenství a porod bude v důsledku jejich znalostí prožívat s větším klidem, nebo naopak bude porodní asistentka pociťovat obavy a strach v případě jakýchkoliv odchylek od fyziologického průběhu těhotenství a porodu.

Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník, který poskytuje péči ženám a podporuje je během těhotenství a porodu. Pečuje o těhotné ženy v prenatální poradně, dále je kompetentní k samostatnému vedení fyziologického porodu, šije porodní poranění a v neposlední řadě poskytuje péči novorozencům. Těhotenství je přirozenou součástí života žen. Nese s sebou fyziologické i psychické změny, které každá žena vnímá s ohledem na vlastní osobnost jinak. I samotný porod je pro každou ženu velmi zásadní událostí jejího života a je pro ně vyvrcholením dlouhých devíti měsíců těhotenství.

Při psaní bakalářské práce jsem se zaměřila hlavně na subjektivní pocity porodních asistentek z jejich vlastního těhotenství a porodu. Zajímalo mne názor na průběh péče v těhotenství i při porodu, jak porodních asistentek pracujících v primární péči, tak na porodním sále. Dále pro mě byly podstatné informace o změnách v přístupu k ženám po jejich návratu do zaměstnání. Výsledky z bakalářské práce mohou být předány porodním asistentkám na odborných seminářích.

1 Současný stav

1.1 Porodní asistentka

O práci porodní asistentky se vedlo v minulosti spousta mýtů, které lze rozporovat. Porodní asistentka není pouze pomocnou silou, která je lékaři k ruce během porodu (Štromerová, 2010). I ve světě dochází k častému nepochopení kompetencí porodní asistentky a žena se raději svěřuje do rukou lékařů (Edwards et al., 2014). Tato profese je samostatná a nezávislá, jak z historického, tak ze současného mezinárodního pohledu (Štromerová, 2010). Mezinárodní definice definuje porodní asistentku následovně: „*Porodní asistentka je osoba, která úspěšně ukončila vzdělávací program, uznávaný v dané zemi, vycházející z dokumentů „Nezbytné dovednosti (kompetence) pro základní praxi porodní asistentky“ a z rámce „Globálních požadavků na vzdělávání porodních asistentek“; která dosáhla nezbytné kvalifikace, aby byla registrovaná a/nebo, aby mohla získat povolení k výkonu povolání porodní asistentky a používat označení porodní asistentka; a která vykazuje potřebné znalosti a dovednosti pro praktický výkon povolání porodní asistentky* (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014). Dále je tou, která u porodu ženě vše ukáže, vysvětlí, nasměruje ji, podpoří, uklidní a v neposlední řadě ošetří (Samková, 2020).

V zákonném ustanovení Vyhlášky č. 55/2011 Sb. je uvedena definice porodní asistentky následovně: „*Porodní asistentka vykonává činnost podle § 3 odst. 1 a dále poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotné ženě, rodící ženě a ženě do šestého týdne po porodu prostřednictvím ošetrovatelského procesu* (Vyhláška č. 55/2011 Sb., s. 6). Holistické potřeby ženy, které vyžaduje během těhotenství, porodu a šestinedělí, a dále i potřeby novorozence, je porodní asistentka schopna rozpoznat a aplikovat na základě odborné způsobilosti dané praxí, dovednostmi a vědomostmi (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2018). Potřeby jsou uspokojovány za dodržování základních lidských práv a zákonů, požadavků a kodexů chování pro porodní asistentky (Essential Competencies, 2019).

Výčet činností, které může porodní asistentka vykonávat, nalezneme ve Vyhlášce č. 55/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Porodní asistentka poučuje ženu o správné životosprávě během těhotenství a kojení, seznamuje ji s problematikou porodu a informuje o možnostech antikoncepce. Její kompetence zasahují tedy i do oblastí

edukace. Během porodu sleduje stav plodu v děloze a zaměřuje se na příznaky patologických stavů, které by mohly nastat jak u matky, plodu nebo později novorozence. Dalším bodem, který zmiňuje Vyhláška č. 55/2011 Sb., je náplň její práce, která spočívá v péči o ženu ve všech dobách porodních, a to i vedení fyziologického porodu. Při porodu může provádět epiziotomii a její následnou suturu. V akutních případech může vést i porod, při kterém se plod nachází v poloze koncem pánevním. Dále může pečovat o ženu, které byl diagnostikován odumřelý plod v pozdější fázi těhotenství a zaměřuje se na vyhodnocování rizik, která mohou v této situaci nastat. Je kompetentní k péči o fyziologického novorozence, případně k zahájení resuscitace. Po porodu pečuje o ženu v šestinedělí. Pokud je potřeba, je lékaři k ruce během patologických porodů, při instrumentaci u porodu vedeného císařským řezem a při gynekologických vyšetřeních. Může navštěvovat rodiny těhotných žen i žen po porodu a napomáhá jim s jejich zdravotním stavem (Vyhláška č. 55/2011 Sb.).

1.2 Charakteristika těhotenství

Biologická podstata ženy spočívá ve smyslu naplnění životní etapy, kterou nazýváme těhotenstvím. Počátkem této etapy je početí, za což lze považovat splynutí ženské a mužské pohlavní buňky. Tento proces je chápán jako počátek nového života (Gregora a Velemínský, 2017). Těhotenství (gravidita) se dělí na několik časových období, a to oplození, implantaci, nidaci a následný vývoj plodového vejce. Na konci těhotenství se z plodu stává novorozenec, a to konkrétně přechodem z matčina těla ven během porodu (Slezáková et al., 2017). Dle Hudákové a Kopáčikové (2017) se těhotenství dělí na období embryogeneze a fetální období. Je počítáno od prvního dne poslední menstruace a trvá přibližně 280 dnů (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Mimo to se dá spočítat i předpokládaný datum porodu jednoduchým vzorcem, kdy se od přesného data prvního dne poslední menstruace odečtou tři měsíce a přičte sedm dní (Bejdáková, 2006).

Když žena otěhotní, projevuje se u ní řada příznaků, které s těhotenstvím souvisí. Žena se více zaměřuje sama na sebe, pozoruje první změny na svém těle, které by naznačovaly, že se doopravdy jedná o „jiný stav“ (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Z hlediska pravděpodobnosti se dají rozdělit na nejisté známky těhotenství, pravděpodobné známky těhotenství a jisté známky těhotenství. S těmito příznaky by ženu měla seznámit porodní asistentka, aby žena nebyla změnami na svém těle

zaskočena (Roztočil, 2017). Nejisté známky těhotenství se mohou projevit i u žen netěhotných, a proto se na ně nelze stoprocentně spoléhat (Gregora a Velemínský, 2017). Patří mezi ně vynechání menstruace, změny na prsech, zejména se jedná větší citlivost a velikost. Mohou se objevit i změny barvy kůže v oblasti bradavek a obličeje (Roztočil, 2017). U ženy se může projevit zvýšená únava, pocit na omdlení a náhlé výkyvy nálad (Gregora a Velemínský, 2017). Dále může být těhotenství doprovázeno pocitem na zvracení nebo samotným zvracením (Roztočil, 2017). Pravděpodobné známky těhotenství lze dle Roztočila (2017) považovat za objektivní, ale nelze podle nich stanovit graviditu. Řadí se mezi ně zvětšení břicha, které souvisí s postupným zvětšováním dělohy (Roztočil, 2017). Může docházet i k zbarvení zevních pohlavních orgánů, poševní sliznice a hrdla děložního. Dále ze zvětšených ňader může začít vytékat mlezivo (Gregora a Velemínský, 2017). Dle jistých známek těhotenství lze pevně stanovit, že je žena těhotná. Pro jistý průkaz těhotenství se stanovuje hladina tzv. těhotenského hormonu beta hCG. Výše hodnoty tohoto hormonu, která naznačuje těhotenství, je patrná po devátém dni od početí. Tento hormon lze stanovit vyšetřením moči i krve. Dalším a nejpřesnějším potvrzením gravidity je vyšetření pomocí ultrazvukové vaginální sondy přibližně od pátého týdne těhotenství (Gregora a Velemínský, 2017).

Na začátku těhotenství se v děloze ženy začíná utvářet plodové vejce, které tvoří plodové obaly, placenta, pupečník, plodová voda a plod samotný, jejichž vývoj probíhá současně (Slezáková et al., 2017). Plodové obaly tvoří tři vrstvy skládající se z decidui neboli těhotensky změněné děložní sliznice, chorionu, který je tvořen vazivovou blánou a z amnionu, jenž utváří vnitřní obal, překrývá část placenty, která je uložena směrem dovnitř a ze které vychází pupečník (Roztočil, 2017). Placenta tvoří samostatný dočasný orgán, který slouží k výživě plodu, k jeho zásobování kyslíkem a k vylučování odpadních látek metabolismu (Slezáková et al., 2017). Utváří spojení mezi ženou a plodem. Skládá se ze dvou částí. Mateřská část placenty je tvořena kotyledony, které jsou spojeny s vnitřní děložní stěnou. Fetální část placenty je přivrácena směrem k plodu, pokryta amnionem, který přechází v pupečník. Ten je spojnicí mezi placentou a plodem (Roztočil, 2017). Uvnitř pupečníku probíhají dvě tepny vedoucí odkysličenou krev směrem od plodu a jedna žíla zásobující plod okysličenou krví. Plodová voda je čirá tekutina, která v průběhu těhotenství chrání plod před vnějšími vlivy (Slezáková et al., 2017).

Poté, co je ženě potvrzeno těhotenství, tak lze jeho průběh rozdělit do tří fází, prvního, druhého a třetího trimestru (Gregora a Velemínský, 2017). Je potřeba, aby porodní asistentka ženu seznámila s průběhem těhotenství a edukovala ji o jednotlivých trimestrech. První trimestr je obdobím od početí až po ukončený 13. týden (Gregora a Velemínský, 2017). Slezáková et al. (2017) z hlediska vývoje toto období rozdělují do tří fází, a to na blastogenezi, embryogenezi a fetogenezi. Blastogeneze je počítána od oplodnění vajíčka do tří týdnů po oplození (Slezáková et al., 2017). Oplozené vajíčko již několik hodin po oplození začíná rýhovat, při čemž se začínají množit jeho buňky. Toto období je považováno za nejmasivnější vývoj plodu. Zakládají se všechny orgánové soustavy (Gregora a Velemínský, 2017). Při embryogenezi, která je datována od 22. dne od oplodnění vajíčka, dochází k vývoji orgánových soustav, a proto se toto období také jinak nazývá organogeneze (Slezáková et al., 2017). V období nazývaném fetogeneze se z embrya stává plod (fetus). Jako fetogeneze je pojmenováno vývojové období plodu počítané od devátého týdne těhotenství, kdy dochází k zásadnímu růstu plodu a k dalšímu rozvoji orgánových soustav, hlavně jejich funkčních vlastností (Gregora a Velemínský, 2017). Vývoj je plynulý a postupně se prolíná z jedné fáze do druhé. (Slezáková et al., 2017). Na konci tohoto trimestru je již plod podobný člověku, jsou utvořeny základy mozku a srdce, postupně se vyvíjejí oči, víčka, ušní boltce, nos, ústa a rozlišují se zevní pohlavní orgány. Jsou zjevné všechny končetiny, tělo i hlava. Druhý trimestr se datuje od ukončeného 13. po 26. týden těhotenství (Gregora a Velemínský, 2017). Plod v tomto období intenzivně roste a na povrchu těla se objevuje ochlupení nazývané lanugo, převážně na jeho hlavě. Začíná růst řas, obočí a vlasů. Mimo lanugo je celé tělo kryto mázkem, který je produkován mazovými žlázami (Slezáková et al., 2017). Plod se začíná v tomto období pohybovat, ale žena je schopna cítit pohyby až přibližně od 20. týdne jako žena, která nerodila, jako vícerodička o dva týdny dříve (Gregora a Velemínský, 2017). Druhý trimestr je obdobím, kdy plod začíná vnímat hlas matky, dokáže ho poslouchat a reagovat na něj pohybem končetin (Fritz, c2014). Třetí trimestr je počítán od 27. týdne těhotenství a je ukončen porodem (Gregora a Velemínský, 2017). Slezáková et al. (2017) charakterizují toto období tím, že je plod schopen přežít mimo tělo matky. Hraniční týden je stanoven na 24., ale plíce jsou ještě nedostatečně vyvinuté. Vývoj mozku a nervového systému se zintenzivní. Fetální ochlupení začíná ztrácet na intenzitě. Pokud se jedná o plod mužského pohlaví, varlata v tomto období sestupují do šourku (Slezáková et al., 2017). Plod dokáže identifikovat projevy světla a tmy, reaguje na zvuk zvenčí a dokáže slyšet

i hudbu. Přibližně v 36. týdnu se plod nachází v poloze, která bude pravděpodobně i polohou při porodu (Gregora a Velemínský, 2017).

Při první návštěvě u lékaře je žena edukována o tom, jak bude probíhat péče v prenatalní poradně během jednotlivých trimestrů. V období prvního trimestru by se žena měla dostavit za svým gynekologem, kde proběhne potvrzení těhotenství, bude s ní sepsána veškerá anamnéza, aby se předešlo možným rizikům a vystavena těhotenská průkazka, do které jí bude porodní asistentka zapisovat záznamy ze všech prováděných vyšetření (Gregora a Velemínský, 2017). K potvrzení těhotenství se využívá ultrazvukové vyšetření, které je důležité i pro určení stáří plodu. Ke konci prvního trimestru jsou ženě provedeny první odběry krve na vyšetření krevní skupiny, Rh faktoru, krevního obrazu, přítomnosti nepravidelných protilátek, glykémie, syfilisu, HIV a žloutenky typu B (Gregora a Velemínský, 2017). Dle Skutilové (2016) je důležitým vyšetřením v prvním trimestru tzv. kombinovaný screening, při kterém se určuje riziko výskytu vrozených vývojových vad. Provádí se v závislosti na věku a biochemickém vyšetření krve ženy. Pomocí ultrazvuku se hodnotí u plodu šíjové projasnění, přítomnost nosní kůstky a trikuspidální regurgitace neboli návrat krve přes srdeční chlopeň (Skutilová, 2016). Na základě výše uvedených informací bude těhotná žena zařazena do jedné ze tří stupňů rizikových skupin. Jak uvádí Skutilová (2016), těhotné s malým rizikem tvoří ženy, které nemají anamnézu zatíženou rizikovými faktory a jejich vyšetření nevykazují odchylku od fyziologických výsledků vyšetření. Druhý stupeň tvoří těhotné ženy se středním rizikem. Tyto ženy mají sice výsledky vyšetření v pořádku, ale jejich anamnéza sčítá rizikové aspekty. Proto je u nich vhodné některá vyšetření opakovat dle aktuálního zdravotního stavu. Posledním stupněm těhotných žen s vysokým rizikem jsou ženy, jejichž anamnéza nepoukazuje na rizikové faktory, ale výsledky jejich testů prokazují přítomnost patologických jevů. Jejich návštěvnost v poradně je zcela individuální (Skutilová, 2016).

Během druhého trimestru žena podstoupí druhé ultrazvukové vyšetření, při kterém lze zachytit vrozené vývojové vady. Slouží k zhodnocení vitality plodu, změření jeho velikosti, zhodnocení struktury a stavby orgánů, lokalizaci placenty a množství plodové vody (Ezrová et al., 2019). Skutilová (2016) uvádí, že se v minulosti prováděl biochemický screening na vrozené vývojové vady i ve druhém trimestru, od kterého se však v současné době upouští z důvodu vysokého počtu falešně pozitivních výsledků. Pokud jsou ale odběry v prvním kombinovaném screeningu pozitivní, odběr se zopakuje

(Skutilová, 2016). Na přelomu druhého a třetího trimestru se provádí glukózový toleranční test. Důvodem testování je zjištění případného gestačního diabetu u těhotné ženy (Gregora a Velemínský, 2017). Porodní asistentka ženě vystaví žádanku na toto vyšetření a edukuje ji, jak test bude probíhat. Test spočívá v odběru glykémie nalačno, poté následuje vypití 75 gramů glukózy, která je rozpuštěná ve 300 ml tekutiny (Hájek et al., 2014). Po podání tekutiny se odběr krve zopakuje po šedesáti a sto dvaceti minutách. Při vyšetření žena tráví čas na pracovišti, kde se test provádí, dodržuje klidový režim a nepřijímá žádné jiné nápoje nebo potraviny. Podle hodnot stanovených z jednotlivých odběrů je stanovena případná přítomnost gestačního diabetu a zahájena příslušná léčba (Binder, 2020).

Ve třetím trimestru je nutné u žen, které mají Rh negativní faktor, provést aloimunizaci. Porodní asistentka seznámí ženu s důvodem tohoto opatření, které je prováděno v souvislosti s inkompatibilitou mezi jejím Rh faktorem a Rh faktorem plodu. Informuje ji o riziku tvorby protilátek, které by mohly zapříčinit rozpad červených krvinek plodu (Roztočil, 2017). Dále porodní asistentka provede kontrolní odběr krve na krevní obraz, kde se zjišťují hodnoty hlavně červených krvinek, bílých krvinek a krevních destiček (Gregora a Velemínský, 2017). Mezi 30. až 32. týdnem těhotenství se také provádí ultrazvukové vyšetření, které slouží k zhodnocení vitality plodu, jeho morfologie, změření jeho velikosti pomocí biometrie, lokalizaci placenty a přítomnosti dostatečného množství plodové vody (Ezrová et al., 2019). Přibližně od 35. týdne těhotenství je ženě proveden vaginorektální stěr na přítomnost streptokoka skupiny B. Porodní asistentka při zjištění positivity streptokoka B seznámí ženu s nutností podat jí během porodu preventivní antibiotika, aby nedošlo k rozvoji infekce novorozence po porodu (Gregora a Velemínský, 2017). Žena ke konci třetího trimestru může být předána od svého gynekologa do péče porodnice, ve které se později chystá родit. Od 40. týdne je prováděno vyšetření ozev plodu pomocí kardiokografu, který snímá vitalitu plodu, jeho srdeční činnost, pohyby a případnou děložní činnost. Toto vyšetření spočívá v natáčení záznamu po dobu minimálně dvaceti minut (Ezrová et al., 2019).

1.2.1 Fyzické změny týkající se těhotenství

Těhotenství jako takové je pro organismus ženy velkou zátěží díky rychle se vyvíjejícímu plodu. Hormonální podněty zajišťují, aby se tělo ženy se zátěží snažilo vypořádat (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Porodní asistentka by měla ženu

informovat o tom, že většina fyzických změn, které se v těhotenství projevují, je reverzibilních a nemusí se tedy obávat toho, že by u ní po porodu či v šestinedělí nadále přetrvávaly (Bašková, 2015). Jednou ze zásadních změn v organismu ženy je zadržování vody a s tím spojený rychlý nárůst hmotnosti (Skutilová, 2016). Markantní přibývání na váze ovlivňuje chůzi, rovnováhu i postoj těhotné ženy (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Dle Roztočila (2017) je se zvětšujícím se těhotenským břichem kladen větší důraz na zádové svaly v oblasti bederní páteře. Proto ženy často pociťují bolesti zad během těhotenství (Roztočil, 2017). Porodní asistentka může ženě v těhotenství doporučit cviky na uvolnění právě zatěžovaných zádových svalů. Tyto poznatky jí může porodní asistentka předat na kurzech předporodní přípravy zaměřených na cvičení v těhotenství (Bašková, 2015). Dále může porodní asistentka ženě nabídnout spolupráci s fyzioterapeutem, který by jí mohl být nápomocný s udržením kondice (Samková, 2020). Dostatečný pohyb by měl být součástí adaptace ženy na fyzické změny (Gregora a Velemínský, 2017). Pokud chce žena vykonávat během těhotenství nějaký sport, tak jí porodní asistentka může doporučit těhotenskou jógu a plavání, které pro svoje uvolňující a relaxační účinky na svalstvo mají pozitivní vliv na tělo těhotné ženy (Samková, 2020). U těhotných žen se mohou objevovat i dýchací potíže, které souvisejí se zvýšenou polohou bránice. Tyto potíže můžou vystupňovat až v mírnou formu dušnosti (Hudáková a Kopáčiková, 2017). I při těchto potížích může porodní asistentka ženě nabídnout již zmiňovanou jógu a plavání, kde je práce s dechem nedílnou součástí (Samková, 2020). Dle Pinito a Kramer (2015) je těhotenství spojeno také se změnami v oběhovém systému ženy. Zvyšuje se objem cirkulující krve, aby docházelo k dostatečnému zásobování plodu živinami a kyslíkem (Pinito a Kramer, 2015). Žena může v této souvislosti pociťovat i zrychlení srdeční činnosti (Skutilová, 2016). Tyto změny však mohou u těhotné ženy způsobovat zvýšenou ospalost a nevolnost (Pinito a Kramer, 2015). Porodní asistentka ženě může doporučit více odpočívat a snížit energetický výdej ihned jak pocítí únavu (Gregora a Velemínský, 2017).

1.2.2 Psychické změny týkající se těhotenství

Málokterá žena prožívá své těhotenství bezstarostně. Změny v tomto období nenastávají pouze v organismu, ale velkou zátěž zaznamenává i psychika ženy (Tošner, 2014). Je nutné podotknout, že psychické vypětí v těhotenství se považuje za jeho běžnou součást, avšak nelze opomenout i situace, kdy dojde k rozvoji úzkostné poruchy

(Skutilová, 2016). O to více u skupiny žen, které již před otěhotněním měly diagnostikované psychiatrické onemocnění (Binder, 2020). Ke změnám psychiky dochází na základě fyzických, sociálních a finančních aspektů. Role matky představuje novou životní etapu, což se pro mnoho z nich jeví jako nelehký úkol odrážející se v jejich mysli (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Nejvíce psychicky náročným obdobím bývá počátek těhotenství, kdy se žena s novou situací musí sžít a mnohdy překonat počáteční nevolnost, která ovlivňuje její náladu (Gregora a Velemínský, 2017). První radostné chvíle ze zjištění těhotenství jsou záhy vystřídány obavou z potratu, či jestli plod bude zdravý, obzvláště pak u žen, které si již ztrátou plodu prošly (Tošner, 2014). Dle Tošnera (2014) náročné období nenastává pouze pro ženu, ale i pro jejího partnera, potažmo celou rodinu. Menší pozornost, odmítání pohlavního styku a snížení komunikace jsou příčinou, že žena má obavy ze ztráty partnera (Tošner, 2014). Dá-li se však o nějakém období v těhotenství říci, že je nejhezčím, pak je to právě období druhého trimestru (Gregora a Velemínský, 2017). Počáteční potíže a nevolnosti ustoupily, žena se cítí velmi dobře a obavy z porodu se zatím nedostavují. Při zaznamenání prvních pohybů plodu žena pocítí větší zodpovědnost vůči sobě i plodu a tím se snaží o dobrou životosprávu (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Se třetím trimestrem se u ženy začínají dostavovat obavy z blížícího se porodu. Na jedné straně je žena netrpělivá, chtěla by se se svým novorozencem již setkat, na druhé straně je zde obava z bolesti, komplikací či z neznáma při samotném porodu (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Střídání nervozity a vzrušení není ničím neobvyklým (Gregora a Velemínský, 2017). Dle Toohill et al. (2017) je celosvětově zjištěno, že až 14 % žen trpí strachem z porodu. Jejich strach je umocněn tím, že se obávají velkého množství porodnických intervencí, které by mohly mít za následek poškození jejich novorozence nebo jich samotných (Toohill et al., 2017).

Ke zmírnění nepříjemných psychických prožitků v těhotenství může přispět porodní asistentka psychofyzickou přípravou v předporodních kurzech, které by měly být součástí kvalitní prenatální péče (Bašková, 2015). Dle Samkové (2020) tyto kurzy mohou probíhat skupinově ve více lidech či individuálně jen v páru podle nabídky organizací, které se této problematice věnují (Samková, 2020). Předporodní příprava může nastávajícím rodičům usnadnit pochopení procesu porodu a rizik s ním spojených, seznámit s možnostmi úlevy od bolesti, ale i s úskalím rodičovské role. Je zde prostor pro plánování prvních okamžiků s jejich novorozencem a vše s péčí o něj spojenou

(Barimani et al., 2018). Dle Roztočila (2017) kurzy většinou obsahují dvě části, a to teoretickou a praktickou, přičemž během teoretické části jsou žena a její partner porodní asistentkou seznámeni se vším důležitým, co se těhotenství, porodu a poporodního období týká, na rozdíl od části praktické, kde se žena učí dovednostem, které později během porodu povedou ke zmírnění nepříjemného prožitku. Mezi tyto dovednosti patří nácvik úlevových poloh a správná technika dýchání při porodu (Roztočil, 2017). Mimo tyto dovednosti lze ženu s jejím partnerem naučit i správné manipulaci s novorozenejším dítětem (Pařízek, c2009). Snahou porodní asistentky je zajistit příjemnou atmosféru těchto kurzů, vytvořit si se ženou důvěru a zprostředkovat setkání s dalšími těhotnými, což může přinést mnohé dobré jak pro ženu, tak pro partnera (Samková, 2020). Součástí kurzů může být i prohlídka porodního sálu, kde se žena chystá родit. I toto může výrazně zmírnit strach z porodu (Roztočil, 2017).

1.2.3 Úloha porodní asistentky v prenatální poradně

Porodní asistentka poskytuje péči ženám během těhotenství v prenatální poradně. Dle Hanákové et al. (2015) se péče o těhotné ženy v prenatálních poradnách rozděluje do tří stupňů dle závažnosti průběhu těhotenství. Tyto tři stupně se skládají z poraden se základní péčí o fyziologicky těhotné ženy, poraden s intermediární péčí pro těhotenství riziková a v neposlední řadě z poraden, které jsou součástí perinatologických center. Tímto se Česká republika řadí mezi země s vysokou úrovní propracovanosti systému péče o těhotné ženy (Hanáková et al., 2015).

V ideálním případě se žena do prenatální poradny dostaví nejdéle do 12. týdne potvrzeného těhotenství, kdy jí porodní asistentka vystaví těhotenskou průkazku, která je důležitým dokladem, do kterého se zapisují veškeré informace ze všech provedených vyšetření a žena by ji měla nosit stále u sebe (Čermáková, 2017). Pokud těhotenství probíhá bez komplikací, je obvyklé, že žena dochází do poradny jedenkrát za měsíc, až do 36. týdne těhotenství. Poté se počet návštěv zvýší na jedenkrát za týden až do předem stanoveného termínu porodu, dále dle situace, nejméně však dvakrát týdně (Čepický a Černá, 2011).

Během první návštěvy porodní asistentka se ženou sepíše nezbytnou anamnézu, a to osobní i rodinnou. Ta je vodítkem k odhalení rizik, která by během těhotenství mohla nastat (Roztočil, 2017). Dále porodní asistentka stanoví stáří gravidity a vypočte termín porodu pomocí gravidometru, který je následně porovnán s termínem

vypočteným lékařem pomocí ultrazvukového vyšetření (Hanáková et al., 2015). Žena je seznámena s průběhem péče v prenatalní poradně a jsou jí zodpovězeny případné dotazy (Čermáková, 2017).

Každá další návštěva ženy v těhotenské poradně obnáší pravidelná vyšetření. Tato vyšetření provádí porodní asistentka při každé prohlídce v prenatalní poradně. Roztočil (2017) mezi pravidelná vyšetření uvádí vyšetření moči na přítomnost bílkoviny, vyšetření krevního tlaku pomocí tonometru, hmotnosti ženy, poslech ozev plodu pomocí stetoskopu a zjištění přítomnosti případných otoků nebo jiných komplikací, které žena pociťuje. Mimo tato pravidelná vyšetření se provádějí i tzv. nepravidelná vyšetření, která závisejí na týdnu těhotenství a jsou uvedena v doporučených postupech (Roztočil, 2017). Mezi nepravidelná vyšetření patří laboratorní vyšetření krve, ultrazvukové vyšetření, které se provádí do 14. týdne těhotenství, mezi 20. – 22. a také mezi 30. – 32. týdnem těhotenství (Zásady dispenzární péče v těhotenství, 2019). Porodní asistentka může lékaři při těchto ultrazvukových vyšetřeních asistovat (Čermáková, 2017). Mezi další nepravidelná vyšetření patří již zmiňovaný orální glukózový toleranční test mezi 24. – 28. týdnem těhotenství, prevence Rh aloimunizace u Rh negativních žen, laboratorní vyšetření krve mezi 28. – 34. týdnem těhotenství, od 35. týdne těhotenství vaginorektální stěr na přítomnost streptokoka skupiny B a kardiokografická monitorace ozev plodu nejpozději od 40. týdne těhotenství (Zásady dispenzární péče v těhotenství, 2019). Je vhodné, aby porodní asistentka ženu včas a dostatečně seznámila s jednotlivými vyšetřeními a dala ženě dostatek prostoru pro dotazy (Čermáková, 2017). Při každé návštěvě v prenatalní poradně neopomene porodní asistentka ženu seznámit s postupy a vyšetřeními, které budou následovat při další návštěvě a stanoví ženě termín následující kontroly, který poznamená do těhotenské průkazky (Čermáková, 2017). Porodní asistentka nesmí zapomínat ani na správnou životosprávu ženy, o které ji dostatečně edukuje. V těhotenství je vhodné se zaměřit na zdravou stravu, která je bohatá na vitamíny, minerály a vlákninu (Gregora a Velemínský, 2017). Dále ženu porodní asistentka edukuje o dostatečném příjmu tekutin, a to minimálně dva litry za den (Roztočil, 2017). Pokud by žena projevila zájem, může jí porodní asistentka pomoci i s přípravou porodního plánu (UNIPA, 2017). Dle Samkové (2020) porodní plán tvoří seznam přání matky, případně i otce dítěte, která by chtěli v průběhu porodu splnit. Netvoří však právní dokument, který by se zavazoval k zajištění všech přání a potřeb.

Slouží spíše jako vodítko pro zdravotníky, aby pochopili, jaké jsou priority ženy (Samková, 2020).

1.3 Charakteristika porodu

Porod lze vnímat jako zásadní a nezapomenutelný životní okamžik pro ženu i její rodinu. Zkušenosti žen s porodem mají krátkodobý i dlouhodobý dopad na jejich zdraví i na zdraví jejich narozených dětí (Healy et al., 2020). Porod je sled událostí, kterými je ukončeno těhotenství ženy a začíná vlastní existence novorozence (Bašková, 2015). Dle WHO je porod definován jako děj, při kterém je plod vypuzován z dělohy matky o hmotnosti 500 gramů a více, bez ohledu na to, zda se narodí živý nebo mrtvý. Dále je porodem označována i situace, kdy plod nespĺňuje hmotností kritérium, ale jeví známky života po dobu alespoň 24 hodin (Binder et al., 2015). Dle Hudákové a Kopáčikové (2017) je porodem označována i situace kdy se narodí plod, který váží více jak 1000 gramů, ale nemusí vykazovat žádné známky života (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Dle Hájka et al. (2014) se za známky života, bez ohledu na to, zda byl pupečník přerušen, považují srdeční akce, pulzace pupečníku nebo nesporný pohyb kosterního svalstva. Když plod nejeví alespoň jednu z výše uvedených známek života a jeho hmotnost je více než 500 gramů nebo je narozen po ukončeném 22. týdnu těhotenství, označujeme toto ukončení těhotenství jako porod mrtvorozeného plodu (Hájek et al., 2014).

Pro ženu je důležitá informace, kdy může očekávat předpokládaný termín porodu. Porodem v termínu je označován porod od začátku 38. týdne těhotenství do ukončeného 41. týdne (tzn. 41 + 6). Do ukončeného 37. týdne těhotenství se jedná o porod předčasný. Dalším kritériem pro určení předčasného porodu, a tak i předčasně narozeného novorozence, je váha pod 2500 gramů. Toto kritérium je přiřazeno z důvodu možného posunu prvního dne poslední menstruace a tím způsobený nepřesný výpočet týdnu těhotenství. Jako opožděný porod označujeme těhotenství ukončené po 42. týdnu těhotenství (Hájek et al., 2014).

Porodní asistentka ženu seznámí s tím, že je před samotným porodem důležité zjistit uložení plodu v děloze. Dle Slezákové et al. (2017) se u plodu určuje hned několik kritérií, a to poloha, postavení, držení a naléhání. Poloha (situs) je určována podélnou osou plodu a jejím vztahem k podélné ose dělohy. Mezi fyziologické polohy patří v nejčastějším případě poloha podélná hlavičkou a v některých případech i poloha

podélná koncem pánevním (Slezáková et al., 2017). Polohu plodu můžeme nejnázne určit pomocí zevního vyšetření (Doležal, 2017). Dalším důležitým kritériem je postavení (position) plodu, které se určuje dle toho, ke které děložní stěně je uložen plod jeho hřbetem. Je obecně známo, že postavení levé přední se označuje jako I. obyčejné, levé zadní I. méně obyčejné, pravé zadní jako II. obyčejné a pravé přední jako II. méně obyčejné. To je dáno tím, že tělo dělohy se nejčastěji ohýbá doprava a nachází se v tzv. dextroverzi (Doležal, 2017). Jako držení (habitus) plodu rozumíme vztah jednotlivých částí plodu k sobě samému (Doležal, 2017). Obvykle bývají všechny klouby ve flexi, bradu má plod přitisknutou ke svému hrudníku, záda má vyhrbená a obloukovitě prohnutá, kolena ohnutá a přitažená k břichu a ruce zkřížené na prsou (Slezáková et al., 2017). Posledním kritériem, které hodnotíme z hlediska uložení plodu, je jeho naléhání (presentatio). To je vztah naléhající části plodu, nejčastěji hlavičky, k pánevnímu vchodu. Při fyziologickém porodu hlavička naléhá indiferentně, kdy je hlavička v lehké flexi a velká i malá fontanela se nacházejí ve stejné výšce. Pokud naléhá hlavička centricky, znamená to, že naléhá souměrně na střed pánevního vchodu. Pojem synkliticky značí, že se šev šípový nachází stejně daleko od symfýzy i promontoria. Tato naléhání jsou typická pro fyziologický porod (Slezáková et al., 2017).

Když už se porod blíží, porodní asistentka ženu seznámí s tím, že pro začátek porodu jsou charakteristické stahy dělohy, tzv. kontrakce, které nabývají na síle a čas mezi nimi se postupně zkracuje. Tento proces může být doprovázen bolestí v křížové oblasti zad, třísel a stehen. Vede ke zkracování děložního hrdla a otevírání děložní branky (Gregora a Velemínský, 2013). Binder et al. (2015) uvádějí jako vyvolávající faktory vyšší hladinu progesteronu a estrogeneru, které vedou ke zvýšení aktivity děložní svaloviny, tzv. myometria. Dále zmiňují jako vyvolávající faktor působení oxytocinu, který má vliv na délku a intenzitu děložních kontrakcí. V neposlední řadě zmiňuje rozpětí břišní stěny a tlak plodu, které mají také vliv na vnitřní branku (Binder et al., 2015). Dalším signálem začátku porodu je odtok plodové vody. Nastane v případě, že se vak blan, který obklopuje plodovou vodu, plodové lůžko a plod, natrhne vlivem silného tlaku plodové vody. Žena je porodní asistentkou informována o tom, že odtok může být pouze nepatrný a je podnětem odjezdu do porodnice (Trča, 2009). Za přirozený lze označit porod, jehož spouštěčem jsou porodní mechanismy a je veden bez zásahu zdravotnických pracovníků (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Hájek et al. (2014) dělí

faktory ovlivňující porod na mechanické, endokrinní a neurogenní (Hájek et al., 2014). Dle Doležala (2017) se rozdělují tři prvky mechanismu porodu, a to na porodní cesty, porodní síly a na porodní objekt (Doležal, 2017). Plod během porodu prochází děložními cestami, které se dělí na tvrdé porodní cesty a měkké porodní cesty. Tvrdé porodní cesty tvoří kostěná pánev, u které se v porodnictví určují pánevní roviny vchodu, šíře, úžiny a východu (Slezáková et al., 2017). Tvrdé porodní cesty jsou ohraničeny zezadu kostí křížovou a kostrčí, zepředu kostí stydkou a ze stran kostí kyčelní a sedací (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Dle Bindera et al. (2015) jsou pánevní rozměry stálé a během porodu se mění minimálně. Pouze v oblasti skloubení kostí křížové a kostrční je kostrč pohyblivá ve směru zpředu dozadu (Binder et al., 2015). V oblasti pánevního východu a na stěnách malé pánve jsou uloženy příčně pruhované svaly, které společně utváří měkké porodní cesty (Hájek et al., 2014). Zahrnují dolní děložní segment, hrdlo děložní, pochvu, zevní rodidla a pánevní dno (Slezáková et al., 2017). Dle Hudákové a Kopáčikové (2017) se během druhé poloviny těhotenství a při porodu utváří výše uváděný dolní děložní segment, který není na netěhotné děloze znatelný. Je ohraničen spodní částí děložního těla čípku a vnitřní děložní brankou. V průběhu těhotenství se pochva ve svém středu rozšiřuje a během porodu je schopna se protáhnout až o polovinu své původní délky (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Měkké porodní cesty jsou velmi pružné a umožňují tak snadný průchod plodu (Binder et al., 2015). Aby plod mohl projít porodními cestami, je zapotřebí využití porodních sil. Tato energie má za cíl otevření a vtlačení plodu do porodních cest. Jako porodní síly jsou označovány stahy děložní svaloviny a tlak břišního lisu (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Slezáková et al. (2017) mezi porodní síly uvádějí i působení zemské gravitace (Slezáková et al., 2017).

Během porodu je plod vystaven obrovské fyzické zátěži, která ho však za fyziologické situace nijak neohrožuje (Čepický et al., 2018). Děložní stahy neboli děložní kontrakce mají za cíl dilatovat porodní cesty tlakem, který je vyvíjen na plod. Dalším cílem je vypuzení plodu z matčina těla (Slezáková et al. 2017). Tyto mimovolné děložní stahy jsou vnímány ženou nepříjemně, a proto jsou často označovány za porodní bolesti (Hudáková a Kopáčiková, 2017). U děložních stahů se určuje jejich frekvence, která se měří od začátku jednoho stahu do začátku stahu druhého, dále pak její délka, intenzita a pravidelnost (Slezáková et al., 2017). Intenzita děložní kontrakce lze sledovat pomocí intrauterinních sond nebo pomocí tokografické sondy, která je součástí

kardiotokografu (Binder et al. 2015). Další síla, která vede k vypuzení plodu z těla matky, je síla břišního lisu. Ten je tvořen příčně pruhovaným svalstvem břišní stěny a bránice. Břišní lis je uveden do činnosti ženou ve druhé době porodní, tedy při samotném vypuzování plodu. Na jeho funkci má vliv stav svalů břišní stěny, jejich dostatečný vývoj, případný rozestup, a mimo to i únava rodičky (Slezáková a Kopáčiková, 2017). Pro aktivaci břišního lisu je důležitý hluboký nádech před vrcholem děložní kontrakce, jeho následné zadržetí a opakované tlačení po celou dobu trvání jedné děložní kontrakce. Návlek tlačení za pomoci porodní asistentky výrazně napomáhá zkrácení druhé doby porodní (Binder et al. 2015). Dle Bindera (2015) je pro přirozený porod typický i jeho mechanismus. Jako porodní mechanismus lze označit způsob, jakým jednotlivé části plodu procházejí skrze porodní kanál a jejich přizpůsobování se tvaru porodních cest (Binder et al., 2015). Roztočil (2020) jako nejčastější polohu plodu při porodu uvádí polohu podélnou záhlavím, kdy jako první do porodních cest vstupuje právě hlava. Hlava plodu je oproti jiným částem nepoddajná a pevná, a proto je předurčena svým tvarem a velikostí pro průchod porodními cestami (Roztočil, 2020). Dle Bindera (2015) za fyziologické situace probíhá porod hlavičky v následujících krocích. Nejprve dojde k iniciální flexi, kdy plod přitiskne svou hlavu bradou co nejvíce k hrudníku a vedoucím bodem se stává oblast okolo malé fontanely. Dále dle Bindera (2015) dochází k progresi porodním kanálem, kdy hlavička vstupuje do pánevního vchodu švem šípovým v jeho šikmém nebo příčném průměru. Takto prostupuje přes pánevní šíři do roviny pánevní úžiny. V tomto místě dochází k tzv. vnitřní rotaci a vedoucí bod se stáčí pod symfýzu a šev šípový se dostává do přímého průměru. Vlivem porodních sil se v této poloze hlavička dostává až k rovině pánevního východu. Při deflexi se plod hlavičkou opře v oblasti týlní kosti o okraj stydké kosti a okolo ní dochází k jejímu napřimění. Přes hráz pomalu prostupuje obličejová část plodu, nejprve jeho čelo a jako poslední prochází brada (Binder et al., 2015). Po porodu hlavy dochází k její zevní rotaci, při čemž nastává vnitřní rotace ramen dle postavení plodu. Hlavička se tedy stočí zpět do šikmého průměru, kterým prostupovala uvnitř porodního kanálu (Roztočil, 2020). Dochází k porodu ramének, kdy se nejprve rodí přední raménko, které se stáčí pod sponou až po úpon deltového svalu, a poté se rodí raménko zadní. Pro porod trupu a pánve není zásadní porodní mechanismus, nejčastěji se však rodí v přímém nebo šikmém průměru (Binder et al., 2015).

Porodní asistentka může ženu seznámit i s možnostmi vedení porodu. Dle Hudákové a Kopáčikové (2017) je přirozený porod veden bez zásahů lékaře a začíná samovolně na základě přirozených porodních mechanismů. Porod medikamentózní lze též označit jako porod spontánní, ale s užitím léčebných prostředků pro řízené vedení děložní činnosti, pro úlevu od bolesti, anebo pro aktivní vedení III. doby porodní. Při porodu indukovaném jsou využívány uterokinetika k umělému vyvolání děložní činnosti. Mezi farmaka s uterokinetickým účinkem řadíme oxytocin a prostaglandin (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Pro indukovaný porod musí být splněna kritéria, a to zralost hrdla děložního a volný průchod porodním kanálem, aby nebyl kontraindikován porod vaginální cestou (Hourová a Galambošová, 2015). Hudáková a Kopáčiková (2017) dále zmiňují porod operativní, který se využívá v případě ohrožení matky nebo plodu. Pokud nastanou komplikace, je možné porod ukončit operativně vaginální a abdominální cestou. Takács et al. (2015) uvádějí, že k operativnímu porodu vaginální cestou lze využít kleště a vakuumextraktor. Tyto pomůcky se využívají k extrakčním operacím během porodu. Pokud je potřeba, porodní asistentka může provést epiziotomii neboli nástřih hráze, která se také řadí mezi operační výkon během II. doby porodní. Císařský řez se považuje za operativní porod abdominální cestou (Takács et al., 2015).

1.3.1 Doby porodní

Porod se dá z hlediska fází, ve kterých se nachází, dělit na tzv. doby porodní. Hájek et al. (2014) hovoří o třech fázích porodu, avšak Slezáková et al. (2017) uvádějí i čtvrtou dobu porodní.

První doba porodní se také jinak nazývá dobou otevírací. Od této doby lze porod považovat za zahájený (Pařízek, c2009). Prvotními znaky jsou pravidelné kontrakce, které zapříčiní změny na děložním hrdle, a vyvrcholí tím, že je děložní branka plně rozevřená (Slezáková et al., 2017). Takács et al. (2015) první dobu porodní dělí také na fázi latentní a aktivní. Latentní fáze je charakteristická slabými, často nepravidelnými kontrakcemi, které nemají silný otevírací efekt. Ve fázi aktivní se děložní kontrakce naopak zintenzivní, zpravidelní a dochází k rychlému vývoji nálezu (Takács et al., 2015). První doba porodní je považována za nejdelší část porodu (Slezáková et al. 2017). U vícerodičky je tato doba o něco kratší, než když první dobu porodní prožívá prvoroďčka (Takács et al. 2015). U vícerodiček probíhá zkracování a otevírání hrdla naráz, zatímco u prvoroďček se hrdlo musí nejprve zkrátit a až poté

otevírat (Hájek et al. 2014). Pokud otevírací doba trvá více než dvanáct hodin, lze ji považovat za protrhovanou (Takács et al, 2015). Během první doby porodní dochází také k odtoku plodové vody, ať už samovolně nebo pomocí dirupce vaku blan. Nedoporučuje se zachovávat vak blan až do okamžiku, kdy je děložní branka téměř otevřena, neboť hrozí, že se při vyklenutí vaku před poševní vchod předčasně odloučí placenta (Pařízek, c2009).

Druhá doba porodní se dá také nazvat dobou vypuzovací. Její začátek je počítán od zániku děložní branky až po úplné porození plodu (Slezáková et al., 2017). Při druhé době porodní dochází k progresi hlavičky skrze porodní cesty (Takács et al., 2015). Pokud chceme progresi hlavičky usnadnit, je vhodné ženu uložit do polohy na bok, na kterém se nachází vedoucí bod hlavičky (Roztočil, 2017). Žena zapojuje břišní lis a zaznamenává nutkání k tlačení. Děložní kontrakce se objevují již po pár minutách a jsou velmi intenzivní. Plod prostupuje směrem od dolního děložního segmentu až k poševnímu vchodu, za pomoci porodního mechanismu (Slezáková et al., 2017). Při tlaku na perineum se dostavuje silná a ostrá bolest (Takács et al., 2015). Délka druhé doby porodní by neměla přesahovat více jak jednu hodinu (Roztočil, 2017).

Dle Slezákové et al. (2017) porodem plodu začíná třetí doba porodní, která je ukončena porodem lůžka. Lze ji rozdělit do tří fází, a to odlučovací, vypuzovací a hemostatické. Při odlučovací fázi nastává retrakce dělohy a následnými slabými kontrakcemi dochází k uvolnění placenty od děložní stěny (Slezáková et al., 2017). Pro kontrolu odloučení lze využít hmat, při kterém se zatlačí rukou nad sponu stydkou a zjistí se, zda se pupečník vtahuje či ne. V takovém případě placenta ještě není odloučena (Roztočil, 2017).

Dle Slezákové et al. (2017) je vypuzovací fáze charakteristická pro vytváření pocitu, že žena musí dále zatlačit. Tím je placenta vypuzena z těla rodičky. Zástava krvácení probíhá ve fázi hemostatické, kdy jsou aktivovány hemokoagulační faktory (Slezáková et al., 2017). Třetí dobu porodní je možné vést tzv. aktivně, což spočívá v podání uterotonik po porodu hlavy plodu (Roztočil, 2017). Po porodu je provedena kontrola celistvosti placenty, zejména kotyledonů a blan (Slezáková et al., 2017).

Za čtvrtou dobu porodní lze považovat časový úsek dvou hodin po porodu. Při této době je u ženy nejvyšší riziko rozvoje poporodního krvácení (Slezáková et al., 2017). Žena

je po celou tuto dobu sledována na porodním sále a z rodičky se stává nedělká (Pařízek, c2009).

1.3.2 Úloha porodní asistentky při porodu

Péče porodní asistentky o ženu je charakteristická pro každou dobu porodní. Primárním úkolem porodní asistentky při porodu je monitoring, kontrola a vyhodnocení porodního procesu (Samková, 2020).

Dle Čermákové (2017) je porodní asistentka tou, která rodící ženu přijímá na porodním sále. Nejprve provede nutnou administrativu, poté přistoupí k příjmovým vyšetřením. Ta se skládají z monitorace ozev plodu pomocí kardiokografu, která trvá obvykle po dobu třiceti minut. Dále se dle Čermákové (2017) provádí vnitřní vaginální vyšetření, které slouží k posouzení nálezu stádia otevírání porodních cest, měření fyziologických funkcí pro zhodnocení fyzického stavu rodičky a někdy se přistupuje i k vyšetření pomocí ultrazvuku, které vede k diagnostice velikosti a uložení plodu, placenty a množství plodové vody (Čermáková, 2017). Po dokončení příjmového vyšetření seznámí porodní asistentka rodičku i případný doprovod se změnami, které se týkají funkčních, morfologických a psychosociálních procesů v průběhu porodu, čímž se výrazně sníží obavy a úzkost z neznámého (Bašková, 2015). Po celou dobu, kterou tráví porodní asistentka s ženou na sále, nesmí zapomenout na její doprovod. Měla by s ním dostatečně komunikovat, odpovídat mu na jeho dotazy, zapojovat ho do péče o rodící ženu a v případě nutnosti ho srozumět s tím, že je potřeba porodní sál opustit (Gregora a Velemínský, 2017). Jestliže má rodička s sebou v porodnici vypracovaný porodní plán, personál se s ním seznámí a prodiskutuje jej společně s ženou (Čermáková, 2017). S jejím souhlasem je provedeno oholení a klyzma, které vede k vyprázdnění střevního obsahu (Slezáková et al., 2017).

Na počátku první doby porodní je žena asistentkou seznámena s fází porodu, ve které se právě nachází, a edukuje ji o možnostech úlevových poloh a technice dýchání, které cíleně snižují nepříjemné prožitky (Čermáková, 2017). V případě, že se porodní asistentka dostatečně zaměřuje na pohodlí ženy a její snazší prožívání porodní bolesti, může tak přispět k holističtější a uspokojivější zkušenosti z porodu (Hall et al., 2020). Pokud se jedná o vícero dičku, tak i ta může být zaskočena mírou bolesti, která se během porodu dostavuje (Bothová et al., [2017]). Ženě je na porodním sále umožněn volný pohyb a změny poloh, které vedou k jejímu uvolnění (Bašková, 2015). Existuje řada

úlevových poloh, které se dají během první doby porodní využít. Tyto polohy se dají rozdělit na horizontální a vertikální (Čermáková, 2017). Pokud si žena přeje zůstat na lůžku, porodní asistentka ji může doporučit polohu na boku s podepřenými koleny pomocí polštáře (Bašková, 2015). Čermáková (2017) dále uvádí polohu v sedu na míči, ve stoje s podporou o doprovod nebo porodnické lůžko, dále polohu v dřepu či v kleku. Cílem porodní asistentky je pomoci najít ženě polohu, která jí bude nejpříjemnější (Čermáková, 2017). K tišení porodní bolesti může žena také využívat farmakologické i nefarmakologické metody, s kterými by ji měla seznámit porodní asistentka (Pařízek et al., 2012). Jak uvádějí Gregora a Velemínský (2017), nejběžnější farmakologickou metodou tišení bolesti je epidurální analgezie. Pokud o ni žena projeví zájem, porodní asistentka ji edukuje o tom, jak tento výkon probíhá, a po následném podepsání informovaného souhlasu je ženě za pomoci anesteziologa tato metoda aplikována. Úleva se dostavuje již do několika minut a žena není nijak omezena v pohybu (Gregora a Velemínský, 2017). Mezi nejvíce využívanou nefarmakologickou metodu patří hydroterapie, která napomáhá ženě se uvolnit a snáze tak prodýchat jednotlivé kontrakce (Bašková, 2015). Porodní asistentka může ženě nabídnout pobyt ve vaně nebo sprše, kdy teplá voda má příznivý vliv na dilatování porodních cest (Pařízek et al., 2012). Mimo hydroterapii může porodní asistentka ženě nabídnout využití vonných esencí. Tato nefarmakologická metoda se nazývá aromaterapie a má vliv na psychické i fyzické prožívání bolesti (Fritz, c2014). Dle Fritze (c2014) lze aromaterapii aplikovat lokálně pomocí masáže, anebo pomocí inhalace (Fritz, c2014). Podstatnou úlohou porodní asistentky je vytvářet vhodné prostředí tím, že rodičce poskytuje dostatek soukromí, avšak všimá si změn v chování, které by naznačovaly vývoj porodního procesu. Každou čtvrt hodinu sleduje porodní asistentka stav plodu v děloze poslechem ozev a každé dvě a půl hodiny provede kontrolní kardiokograf v délce dvaceti minut. Vaginální vyšetření, které je součástí první doby porodní, se dle Samkové (2020) provádí v příliš krátkých (dvouhodinových) časových úsecích. Rodička je tím více stresována, neboť cílem vyšetření je pouze zjištění faktu, že porod postupuje pomalu. WHO uvádí čtyřhodinový časový odstup mezi vaginálním vyšetřením. Samková (2020) by volila *zlatou střední cestu*, a to tříhodinový interval (Samková, 2020). Dále porodní asistentka dbá na dostatečný pitný režim a pravidelné vyprazdňování (Čermáková, 2017). Pokud u ženy nedošlo k samovolnému odtoku plodové vody, je možno provést dirupci vaku blan. Při odtoku porodní asistentka zhodnotí její množství a zbarvení

(Slezáková et al., 2017). Při zjištění jakékoliv patologie okamžitě informuje lékaře a provádí nutné úkony vedoucí k normalizaci stavu (Čermáková, 2017).

Pokud porodní asistentka zjistí při vaginálním vyšetření zašlou branku, znamená to, že nastala druhá doba porodní (Bašková, 2015). Pro porodní asistentku je to signálem, že se již od rodičky nevzdaluje, zůstává s ní na porodním pokoji a po každé kontrakci kontroluje stav plodu poslechem ozev (Čermáková, 2017). V této chvíli je potřeba, aby asistentka měla již připravené potřebné pomůcky, které jsou obsahem porodního balíčku, jehož složení se liší dle jednotlivých zdravotnických zařízení. Obvykle sestává z nástrojů k porodu, sterilních rukavic a sterilních textilií k chránění hráze (Slezáková et al., 2017). Tato fáze také spočívá v tom naučit rodičku správnému dýchání a tlačení k efektivnímu vypuzování plodu. Neméně důležitá je podpora a povzbuzení rodičky při vypuzování plodu, ale i v době mezi kontrakcemi, kdy jí naopak pomůže ke zklidnění a nabrání sil na další kontrakci (Čermáková, 2017). Nejčastěji je žena uložena do polohy na zádech, ale v dnešní době není výjimkou, že řada porodnic respektuje přání ženy родit v jiných alternativních polohách, jako např. na boku, v kleče či ve stoje (Slezáková et al., 2017).

Před samotným průchodem hlavičky porodními cestami je nutné zajistit řádnou dezinfekci zevních rodidel, poté si asistentka obleče sterilní rukavice a plášť a pod rodičku zasune nepromokavou sterilní podložku, čímž si zajistí sterilní pole pro pomůcky potřebné k porodu (Slezáková et al., 2017). Ve fázi prořezávání hlavičky skrze hráz je důležitým úkolem asistentky ji chránit, případně provést její nástřih se souhlasem rodičky (Čermáková, 2017). Slezáková et al. (2017) uvádějí, že pomocí levé ruky porodní asistentka zabraňuje nechtěnému a rychlému prořezávání hlavičky. Reguluje tak tlak vytvářený na hráz, který by mohl způsobit rozsáhlé poranění. V okamžiku, kdy je hlavička novorozence porozena a provede zevní rotaci, porodní asistentka lehkým tahem směrem dolů porodí přední raménko, poté obdobným tahem směrem vzhůru porodí zadní raménko a za pevného sevření rukou dorodí tělo novorozence, kterého položí na matku (Slezáková et al., 2017). Porodní asistentka nesmí zapomenout zaznamenat čas porodu. Nechá dotepat pupečník, který poté přeruší mezi dvěma peány nebo svorkami. Po celou dobu druhé doby porodní nesmí zapomínat na slovní kontakt s rodičkou (Slezáková et al., 2017).

Následně je novorozenec předán k prvnímu ošetření dětské sestře, anebo je možnost ho ponechat u prsu matky. Během třetí doby porodní nastává fáze klidu, kdy se žena seznamuje se svým dítětem (Samková, 2020). Porodní asistentka i nadále pečuje o rodičku, dopřává jí komfort a edukuje ji o možné bolesti v souvislosti s odlučováním placenty (Čermáková, 2017). Když je již placenta porozena, je porodní asistentkou provedena kontrola celistvosti plodové i mateřské části lůžka, která vede k vyloučení pozůstatku kotyledonů, či plodových obalů v děloze, které by mohly způsobit komplikace a krvácení (Bašková, 2015). Dle Samkové (2020) se v případě, kdy se placenta delší dobu neodlučuje, mohou podat uterotonika, která napomáhají retrakci dělohy. Dalším neodkladným krokem pro porodní asistentku je dle Samkové (2020) kontrola porodních cest, jejich děložní hrdlo, poševní stěny a hráz za použití porodnických zrcadel. Pokud došlo k poranění, je nasnadě ženu ošetřit. K znecitlivění lze využít lokální anestetika, zejména Mesocain. Stále by porodní asistentka neměla zapomínat na nepřetržitou komunikaci s rodičkou (Samková, 2020). Čermáková (2017) uvádí, že po ošetření porodního poranění by porodní asistentka měla rodičku uložit do příjemné polohy a dopřát jí soukromí s novorozencem a případným doprovodem. Neopomene však kontrolovat stahování dělohy, krvácení z rodidel a fyziologické funkce. Dbá i na pitný režim a přibližně po dvou hodinách ženu doprovodí do sprchy, kde ji nabádá k vymočení. Posledním krokem je předání rodičky do péče lůžkové části porodnického oddělení (Čermáková, 2017).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, zda profese porodní asistentky ovlivnila prožívání vlastního těhotenství a porodu.

Cíl 2: Zjistit, zda vlastní zkušenost s prožíváním těhotenství a porodu ovlivnila porodní asistentku v přístupu k těhotným ženám a k ženám po porodu.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jakým způsobem ovlivnila profese porodní asistentky prožívání vlastního těhotenství a porodu?

Výzkumná otázka 2: Jak ovlivnilo porodní asistentku vlastní těhotenství a porod v jejím přístupu při poskytování péče ženě v rámci kompetencí?

2.3 Operacionalizace pojmů

Porod je sled událostí, kterými je ukončeno těhotenství ženy a začíná vlastní existence novorozence (Bašková, 2015). Za *porod* lze dle Hájka (2014) označit každé těhotenství, které je zakončeno narozením živého i mrtvého plodu, jehož váha je více než 500 gramů (Hájek, 2014). Dále je tento proces vnímán jako zásadní a nezapomenutelný životní okamžik pro ženu i její rodinu (Healy et al., 2020).

Porodní asistentka je osoba, která úspěšně dokončila studium uznávané v konkrétní zemi (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014). Je plně zodpovědným zdravotnickým pracovníkem, který spolupracuje se ženami. Poskytuje jim podporu, péči a rady během gynekologických onemocnění, v období těhotenství i při samotném porodu. Je kompetentní k vedení fyziologického porodu a asistuje lékaři při patologických stavech. Dále pak o ženy pečuje i v období šestinedělí a může poskytovat péči i novorozencům (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014).

Těhotenství vzniká splynutím ženské a mužské pohlavní buňky. Tento proces je chápán jako počátek nového života (Gregora a Velemínský, 2017). *Těhotenství* (gravidita) lze rozdělit na několik časových období, a to oplození, implantaci, nidaci a následný vývoj plodového vejce (Slezáková et al., 2017).

Zkušenost dle Slovníku současné češtiny (2011) znamená znalost, která je získána během života praxí. Z filozofického hlediska je možné *zkušenost* chápat jako „porozumění“, které prostupuje všemi lidskými činnostmi a chtěním (Mokrejš, 1998).

3 Metodika

3.1 Metodika a technika výzkumu

Pro zpracování výzkumné části bakalářské práce bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření, pro které jsou charakteristická bohatá data zabývající se konkrétním problémem do hloubky a má za cíl porozumění subjektivním pocitům a názorům informantů (Švaříček a Šedřová, c2014). Ke sběru dat byla vybrána technika individuálního polostrukturovaného rozhovoru, který byl tvořen jedenácti otázkami. Výzkumné šetření probíhalo v době od března do května 2021. Před samotným zahájením výzkumného šetření byla podána žádost vedení nemocnic o provedení výzkumu ve vybraných nemocnicích v Jihočeském kraji (Příloha 1).

K vypracování výzkumné části byly stanoveny dva výzkumné soubory. První výzkumný soubor tvořily porodní asistentky, které pracovaly v primární péči, a které prožily vlastní těhotenství a porod při výkonu své profese. Druhý výzkumný soubor představovaly porodní asistentky pracující na porodním sále, které také byly těhotné a rodily během výkonu své profese. Pro zachování anonymity byly informantky při zpracovávání dat označeny a očíslovány formou PAP 1 až PAP 4 pro první výzkumný soubor a PAS 1 až PAS 4 pro druhý výzkumný soubor.

Se všemi informantkami byl rozhovor proveden při osobním setkání. Rozhovory byly uskutečněny po předchozí vzájemné domluvě. Před zahájením rozhovoru byla každá informantka seznámena s tématem bakalářské práce a zároveň udělila slovní souhlas s provedením rozhovoru, s jeho nahráváním na diktafon a s následným zpracováním informací pro výzkumnou část bakalářské práce.

Pro každý výzkumný soubor byly rozdílné skladby otázek. Prvních šest otázek mělo za cíl zjistit identifikační údaje informantek a lišily se pouze v místě výkonu profese porodních asistentek. Zbylé otázky pro první výzkumný soubor se věnovaly prožívání a vnímání vlastního těhotenství v prenatální poradně a změnám v přístupu k těhotným ženám, které u sebe porodní asistentky zaznamenaly při návratu do zaměstnání (Příloha 2). Pro druhý výzkumný soubor byly zbylé otázky zaměřeny na průběh porodu, vlastní pocity, které porodní asistentky zažívaly při porodu a taktéž na změny v přístupu k rodícím ženám, které se u nich projevíly při návratu do zaměstnání (Příloha 3). Tyto

otázky byly v případě potřeby doplněny o podotázky, za účelem získání podrobnějších informací od informantek.

Během zpracovávání dat byly všechny rozhovory nejdříve doslovně přepsány z nahrávek a následně byla provedena analýza dat pomocí otevřeného kódování, konkrétně metodou „tužka, papír“ (Švaříček a Šed'ová, c2014). Pro každý výzkumný soubor byly v rámci tohoto kódování vytvořeny hlavní kategorie a jejich podkategorie (Tabulka 1, Tabulka 2).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné soubory byly celkem dva. První výzkumný soubor tvořily porodní asistentky PAP 1 až PAP 4 a pro jejich výběr bylo stanoveno kritérium výkon profese v primární péči. Druhý výzkumný soubor tvořily porodní asistentky PAS 1 až PAS 4, pro které bylo stanoveno kritérium výkon profese na porodním sále. Dalším kritériem pro výběr informantek bylo prožití jejich těhotenství a porodu během výkonu profese porodní asistentky. Neméně důležitým kritériem pro výběr informantek byla ochota spolupracovat a podělit se o své osobní zážitky a zkušenosti.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Identifikační údaje porodních asistentek pracujících v primární péči

Tabulka 1 – Identifikační údaje porodních asistentek pracujících v primární péči

Informantka	Věk	Nejvyšší ukončené vzdělání	Doba praxe	Doba působení v primární péči	Počet těhotenství	Počet porodů
PAP 1	35	VŠ (Bc.)	12 let	9 let	3	3
PAP 2	27	VŠ (Bc.)	5 let	5 let	1	1
PAP 3	34	VŠ (Bc.)	12 let	10 let	2	2
PAP 4	31	VŠ (Bc.)	7 let	3 roky	1	1

Zdroj: Vlastní

Legenda: VŠ = vysoká škola; Bc. = bakalář

První výzkumný soubor byl tvořen porodními asistentkami, které vykonávaly svou profesi v prenatální poradně.

Informantce PAP 1 bylo 35 let a jejím nejvyšším ukončeným vzděláním bylo vysokoškolské s bakalářským titulem. Svou profesi vykonávala dvanáct let a v primární péči působila 9 let. Z toho byla na mateřské dovolené celkem šest let. Tato informantka byla třikrát těhotná a třikrát rodila.

Informantce PAP 2 bylo 27 let a jako své nejvyšší ukončené vzdělání uvedla vysokoškolské s bakalářským titulem. Profesi porodní asistentky vykonávala 5 let a stejnou dobu působila i v primární péči. Na mateřské dovolené byla dva a půl roku. Byla těhotná jednou a rodila také jednou.

Informantce PAP 3 bylo 34 let a její nejvyšší ukončené vzdělání bylo vysokoškolské s bakalářským titulem. Její doba praxe byla dvanáct let a v primární péči pracovala

deset let. Z toho byla na mateřské dovolené šest let. Těhotná byla dvakrát a rodila dvakrát.

Informantce PAP 4 bylo 31 let. Jako nejvyšší ukončené vzdělání uvedla vysokoškolské s bakalářským titulem. Profesi porodní asistentky vykonávala sedm let a v primární péči působila tři roky. Na mateřské dovolené byla dva roky. Rodila jednou a těhotná byla také jednou.

4.2 Kategorizace dat porodních asistentek pracujících v primární péči

Na základě získaných dat byly stanoveny tři hlavní kategorie a následně rozčleněny do šesti podkategorií, které jsou podrobněji rozepsány v Tabulce 2. Výsledky získané z rozhovorů jsou v každé kategorii a podkategorii podrobně popsány, a pokud se jedná o přímo citované věty z rozhovoru, ty jsou v textu psány kurzívou.

Tabulka 2 – Hlavní kategorie a podkategorie

Kategorie	Podkategorie
Vnímání vlastního těhotenství	Vlastní prožívání těhotenství
	Vliv vlastního těhotenství na výkon profese PA
	Předporodní příprava
Prenatální poradna	Průběh péče v prenatální poradně
	Přístup zdravotnického personálu
Návrat do zaměstnání	Změny v péči o těhotné ženy

Zdroj: Vlastní

Legenda: PA = porodní asistentka

Kategorie 1 Vnímání vlastního těhotenství

Kategorie Vnímání vlastního těhotenství obsahuje tři podkategorie, které vznikly na základě analýzy dat. V první podkategorii jsou popsány pocity, které porodní asistentky vnímaly během svého vlastního těhotenství. V druhé podkategorii je popsán průběh jejich profese při jejich těhotenství a ve třetí je popsáno, zda porodní asistentky absolvovaly předporodní přípravný kurz.

Podkategorie 1 Vlastní prožívání těhotenství

V této podkategorii je vyličeeno prožívání vlastního těhotenství porodními asistentkami. PAP 1 své první těhotenství prožívala s velkým strachem a obavami, z důvodu výsledků screeningu v prvním trimestru, kde bylo vyšší riziko Downova syndromu. Sama řekla: *„První těhotenství bylo takové ustrašené, měla jsem opravdu starost o miminko.“* Svá další těhotenství už prožívala informantka PAP 1 dobře, stejně jako informantky PAP 2, PAP 3 a PAP 4. Informantka PAP 2 uvedla, že měla tendence se více kontrolovat. *„Pořád jsem na sobě hledala, jestli není něco špatně.“* Tuto skutečnost přisuzovala tomu, že věděla, jaké komplikace mohou nastat. Obdobně to vnímala i informantka PAP 4, která zmínila, že si všímala jakékoliv odchylky od fyziologického průběhu. Informantce PAP 4 se naštěstí větší komplikace vyhýbaly a průběh jejího těhotenství byl až na gestační diabetes na dietě fyziologický. Informantka PAP 2 zmínila: *„Na jednu stranu člověk sice věděl, do čeho jde, ale na druhou stranu se na těhotenství ani porod nedá připravit, dokud to člověk nezažije na vlastní kůži.“* PAP 3 uvedla, že její původní názor, než otěhotněla, byl takový, že bude mít větší strach v důsledku toho, že se orientuje v oboru, ale v samotném těhotenství byla překvapena tím, že se hormonální změny postaraly o to, aby vše snášela dobře a uvedla: *„Nebylo to určitě tak, že bych měla větší obavy z toho, co se všechno může stát. Naštěstí to v těhotenství nějak zafunguje, takže to člověk přijímal tak jak to je.“*

Samotná vyšetření, která porodní asistentky absolvovaly v prenatální poradně, vnímaly všechny informantky, mimo informantky PAP 1, pozitivně. Informantka PAP 1 po první zkušenosti s prvním nezdařeným těhotenstvím měla z každého vyšetření obavy, aby bylo vše v pořádku. I když si od těchto pocitů snažila udržovat odstup, pořád v ní převládaly. Zbylé informantky sdílely názor, že pro ně návštěvy prenatální poradny byly příjemné. PAP 3 řekla: *„Pro mě byly kontroly vždycky radost. Těšila jsem se, že miminko uvidím, a že mi ho pokaždé zkontrolujou a já budu vědět, že je v pořádku.“*

Podkategorie 2 Vliv vlastního těhotenství na výkon profese porodní asistentky

V této podkategorii je popsáno, jak porodní asistentky vnímaly průběh své profese při jejich těhotenství. Informantky PAP 1 a PAP 4 se shodly na tom, že v období těhotenství výkon své profese více prožívaly. PAP 1 uvedla: „*Člověk si začne dávat větší pozor, více se do nastávající maminky vcítí, je opatrnější a více ženu kontroluje než předtím.*“ Řekla, že si všímala více vnitřních pocitů žen a snažila se jim být psychickou oporou. Informantka PAP 4 ještě dodala, že měla tendence se s těhotnými ženami v poradně porovnávat a zjišťovat, zda nemá obdobné problémy a potíže jako ony. Dále uvedla, že pro ni výkon profese porodní asistentky během těhotenství nebyl nijak více náročný než v době, kdy těhotná nebyla. Naopak PAP 2 uvedla, že byla po návratu ze zaměstnání vždy velmi unavená a každý večer trpěla na bolesti dolních končetin. Řekla: „*Když jsem pak přišla domů, dala jsem si nohy nahoru a pořád odpočívala.*“ Informantka PAP 3 se zmínila, že pro ni její práce při prvním těhotenství nebyla vůbec náročná. Po fyzické stránce se cítila velmi dobře. „*Ani bych nevěděla, že jsem těhotná.*“ dodala. Při druhém těhotenství to pro ni však bylo náročnější, jelikož se pak ještě musela doma starat o druhé dítě.

Podkategorie 3 Předporodní příprava

Tato podkategorie vyjadřuje, zda porodní asistentky věnovaly v těhotenství svůj čas předporodní přípravě. Informantky PAP 1, PAP 2 a PAP 4 uvedly, že na žádnou předporodní přípravu nechodily. Důvodem byl dojem, že již mají dostatečné množství informací o průběhu těhotenství a porodu, a že by pro ně tato příprava nebyla žádným přínosem. Informantka PAP 1 měla první těhotenství rizikové, a tak musela během těhotenství dodržovat klidový režim. Dříve vedla předporodní kurzy, a z toho důvodu žádné kurzy nenavštěvovala. Informantka PAP 1 uvedla: „*Věděla jsem do čeho jdu a cvičit jsem se bála i u toho druhého těhotenství, aby tam nebyl hrozící předčasný porod, ale jinak ty informace jsem věděla z mého kurzu, který jsem vedla předtím.*“ Informantky PAP 2 a PAP 4 se domnívaly, že informací již měly dostatek na to, aby ještě navštěvovaly předporodní kurzy. PAP 2 nabyla dojmu, že by naopak mohla zjistit ještě nějaké informace, které by ji později mohly více stresovat. Uvedla, že kdyby si spojila odborné informace ze své profese s těmi „laickými“ z kurzů, že by to pro ni bylo zbytečně matoucí. PAP 2 řekla: „*Myslím, že už jsem toho věděla až moc na to, abych se*

i tak už dost prohlížela, že jsem radši nikam navíc nechodila.“ Informantka PAP 4 ještě dodala, že by to pro ni byla ztráta času, a že si nemyslí, že by ji kurzy nějak obohatily.

Pouze informantka PAP 3 uvedla, že během svých těhotenství navštěvovala těhotenskou jógu. Zbylé informantky o pohybové aktivity v těhotenství nejevily zájem, jelikož vyhodnotily, že fyzická aktivita spojená s výkonem jejich profese zajistila dostatek pohybu a nebylo nutné ho vyhledávat ve volném čase. Informantka PAP 2 dodala: *„S tím, jak jsem byla po práci unavená, si nedovedu představit, že bych si ještě někam šla zacvičit.“*

Kategorie 2 Prenatální poradna

Kategorie Prenatální poradna popisuje období těhotenství, kdy porodní asistentky samy navštěvovaly prenatální poradnu. Tato kategorie byla na základě analýzy dat rozdělena do dvou podkategorií. První se zabývá samotným průběhem péče a druhá tím, jak k porodním asistentkám přistupoval zdravotnický personál.

Podkategorie 1 Průběh péče v prenatální poradně

Tato podkategorie popisuje vlastní průběh péče o porodní asistentky při jejich návštěvách v prenatálních poradnách. Informantka PAP 2 uvedla, že prožívala mnohem intenzivněji nejen kontroly jiných žen, ale i ty své. Bylo pro ni náročné se neporovnávat s těhotnými ženami a jejich problémy, které měly ženy docházející do poradny kde vykonávala svou profesi. Co se týkalo jejich vlastních kontrol během těhotenství uvedla, že pro ni bylo mnohem příjemnější, když je absolvovala v pro ni známém prostředí. Informantka PAP 4 neměla pocit, že by její kontroly probíhaly jinak než u žen, které vykonávají jinou profesi. Pouze jí byla nabízena častější ultrazvuková vyšetření, která občas využila pro svůj vnitřní klid, že je vše tak, jak má být. S tím se ztotožňovala i informantka PAP 1, která tuto možnost ultrazvukového vyšetření při každé kontrole také měla a využívala. PAP 1 uvedla: *„S péčí jsem byla moc spokojená, vždy jsem měla miminko zkontrolovaný a věděla jsem, že je v pořádku.“*

Informantka PAP 1 vnímala péči o ni samotnou jako nadstandardní. Měla pocit, že jiným ženám by možná nebyla věnována taková pozornost jako jí samotné, ale nebyla si jistá, zda je to tím, že byla porodní asistentkou, nebo že její první těhotenství bylo velmi rizikové. Pro informantku PAP 3 bylo klíčové, že znala okolnosti všech vyšetření a řekla: *„Kdybych nebyla porodní asistentka, tak si vymýšlím různé teorie všeho, takže*

by to pro mě bylo daleko těžší a chodila bych do té poradny s daleko většíma obavama.“

Podkategorie 2 Přístup zdravotnického personálu

V této podkategorii je popsáno to, jak porodní asistentky vnímaly přístup zdravotnického personálu v prenatalních poradnách. Všechny informantky zastávaly názor, že přístup personálu k nim byl velmi milý a profesionální. Informantka PAP 1 si myslí, že se přístup zdravotníků nelišil od přístupu k jiným těhotným ženám. Řekla: *„Měla jsem s panem doktorem domluvených více kontrol, ale bylo to pouze z toho důvodu, že jsem předtím měla špatnou zkušenost z prvního těhotenství.“* Informantky PAP 2 a PAP 3 se shodly na tom, že přístup k nim samotným byl dobrý v tom, že chodily k jednomu lékaři, kterého dobře znaly. Informantka PAP 2 řekla: *„Lékaři a sestřičky se snaží starat o všechny stejně dobře, jako je pak staráno o nás, nic zvláštního navíc jsem neměla.“* Dále také uvedla jako pozitivní to, že mohla lidem, které zná více důvěřovat. I informantka PAP 3 zmínila důvěru jako jeden z pozitivních faktorů. *„Neměla jsem nijaké pochyby, to určitě ne,“* řekla informantka PAP 3 v souvislosti s přístupem zdravotníků v prenatalní poradně. Co se týče kontrolování zdravotníků při péči o ně samotné, tak ani jedna informantka neměla pochyby o jejich profesionálnosti. Informantka PAP 1 uvedla: *„Ve všem jsem jim stoprocentně věřila a neměla jsem potřebu je nijak kontrolovat ani do toho mluvit.“* Informantka PAP 2 zmínila, že měla někdy potřebu si více všimnout toho, co okolo ní zdravotníci dělají, ale nikdy neměla potřebu je kontrolovat a hodnotit.

Informantka PAP 4 si na přístup zdravotníků nijak nestěžovala, pouze zmínila, že komunikovali více odborně a počítali s tím, že jako porodní asistentka ví, o čem s ní mluví a řekla: *„Komunikovali se mnou dost otevřeně, protože věděli, že tomu rozumím. Občas mi ale přišlo, že si ten čas z mojí péče ukrájali až moc, protože počítali s tím, že vím, o čem je řeč. Já naštěstí věděla, o čem je řeč, ale kdyby ne, tak jsem o ty informace byla jakoby ochuzená.“* Dále také uvedla, že měla občas potřebu jim do péče vnášet vlastní názor. Přesto se snažila to omezit na minimum a vyčkávala na reakci zdravotnického personálu, který se většinou shodoval s jejími představami.

Kategorie 3 Návrat do zaměstnání

Poslední kategorie Návrat do zaměstnání popisuje, jak vnímaly porodní asistentky svůj návrat do zaměstnání po mateřské dovolené. V podkategorii jsou na základě analýzy získaných dat popsány změny, které u sebe porodní asistentky zaznamenaly v přístupu a v péči o těhotné ženy v prenatalních poradnách.

Podkategorie 1 Změny v péči o těhotné ženy

Informantka PAP 1 svůj návrat vnímala tak, že má k těhotným ženám blíž. Také cítila větší zodpovědnost a uměla se do těhotných žen více vcítit. Obdobný pocit po návratu do zaměstnání měla i informantka PAP 2, která uvedla: *„Člověk má určitě větší strach, když se mu něco nezdá, tak je nejistější, že by se něco mohlo stát. Když už má člověk svoje vlastní dítě, tak je jasný, že ta starostlivost, zodpovědnost je daleko větší, než když předtím ten člověk děti neměl.“* Informantky PAP 1 a PAP 4 zaznamenaly podobnou změnu v tom, že se ženám snaží předávat více vlastních zkušeností a uvádět příklady z jejich vlastního těhotenství a porodu. Informantka PAP 4 uvedla, že se ženám snaží vyprávět své vlastní zkušenosti z těhotenství. Při jejich sdělování zaznamenala, že jí ženy v prenatalní poradně více naslouchají a mají v ni větší důvěru. Řekla: *„Ony pak vidí, že se jim fakt chci věnovat, když jim dám trochu nahlédnout do mého soukromí, do mých osobních zkušeností.“*

Pro informantku PAP 1 však nejsou vlastní zkušenosti klíčové k tomu, aby to porodní asistentku dělalo lepší ve výkonu její profese. Informantky PAP 3 a PAP 4 uvedly, že se snaží svým pacientkám věnovat více času, aby nedocházelo ke zbytečným nedorozuměním. PAP 3 uvedla, že se snaží svůj čas věnovat jejich otázkám, aby si pak nemusely zbytečné informace dohledávat na internetu.

4.3 Identifikační údaje porodních asistentek pracujících na porodním sále

Tabulka 3 – Identifikační údaje porodních asistentek pracujících na porodním sále

Informantka	Věk	Nejvyšší ukončené vzdělání	Doba praxe	Doba působení na PS	Počet těhotenství	Počet porodů
PAS 1	37	VŠ (Bc.)	13 let	13 let	2	2
PAS 2	46	VŠ (Mgr.)	26 let	26 let	3	2
PAS 3	42	VŠ (Mgr.)	22 let	22 let	3	3
PAS 4	42	VŠ (Bc.)	13 let	13 let	1	1

Zdroj: Vlastní

Legenda: VŠ = vysoká škola; Bc. = bakalář; Mgr. = magistr

Druhý výzkumný soubor tvořily porodní asistentky, které svou profesi vykonávaly na porodním sále.

Informantce PAS 1 bylo 37 let. Její nejvyšší ukončené vzdělání bylo vysokoškolské s bakalářským titulem. Profesi porodní asistentky vykonávala třináct let a stejnou dobu pracovala i na porodním sále. Z této doby byla šest let na mateřské dovolené. Těhotná byla dvakrát a rodila dvakrát.

Informantce PAS 2 bylo 46 let. Jako její nejvyšší ukončené vzdělání uvedla vysokoškolské s magisterským titulem. Jako porodní asistentka pracovala dvacet šest let a tolik let působila i na porodním sále. Na mateřské dovolené byla šest let. Těhotná byla třikrát a rodila dvakrát.

Informantce PAS 3 bylo 42 let a její nejvyšší ukončené vzdělání je vysokoškolské s magisterským titulem. V praxi působila dvacet dva let a dvacet dva let pracovala na porodním sále. Z toho na mateřské dovolené byla celkem devět let. Těhotná byla třikrát a třikrát i rodila.

Informantce PAS 4 bylo 42 let. Její nejvyšší ukončené vzdělání je vysokoškolské s bakalářským titulem. Jako porodní asistentka působila třináct let a na porodním sále pracovala taktéž třináct let. Na mateřské dovolené byla tři roky. Těhotná byla jedenkrát a rodila také jednou.

4.4 Kategorizace dat porodních asistentek pracujících na porodním sále

Na základě získaných dat byly stanoveny tři hlavní kategorie a následně rozčleněny do pěti podkategorií, které znázorňuje Tabulka 4. Výsledky získané z rozhovorů jsou v každé kategorii a podkategorii podrobně popsány, a pokud se jedná o přímo citované věty z rozhovoru, ty jsou v textu psány kurzívou.

Tabulka 4 – Hlavní kategorie a podkategorie

Kategorie	Podkategorie
Vnímání vlastního porodu	Průběh vlastního porodu
	Prožívání vlastního porodu
Poskytování zdravotní péče	Místo porodu
	Přístup zdravotnického personálu
Návrat do zaměstnání	Změny v péči o rodící ženy

Zdroj: Vlastní

Kategorie 1 Vnímání vlastního porodu

Kategorie Vnímání vlastního porodu obsahuje dvě podkategorie. První podkategorie popisuje to, jaký průběh porodu měly porodní asistentky. Druhá podkategorie popisuje, jaký vliv měla jejich profese na to, jak vlastní porod prožívaly.

Podkategorie 1 Průběh vlastního porodu

Tato podkategorie popisuje, jak probíhal vlastní porod porodních asistentek. Informantky PAS 1, PAS 3 a PAS 4 rodily vaginální cestou, na rozdíl od informantky PAS 2, která měla dva císařské řezy. U informantky PAS 2 byla zvolena operační cesta z důvodu těžké dystrofie plodu s následnou preeklampsií a u třetího těhotenství nebylo ani možné zvolit jinou variantu z toho důvodu, že čekala monozygotní dvojčata, u kterých se rozvíjel transfuzní syndrom. PAS 2 uvedla: „*Musela jsem podstoupit ablaci cévních spojek na placentě ve 24. týdnu a od té doby jsem ležela v Hradci Králové, a nakonec jsme se úspěšně propracovali do 32. týdne, kde ukončili těhotenství.*“

PAS 4 na svůj porod vzpomíná velmi pozitivně. Když přijela do porodnice, čekaly na ni kolegyně, se kterými byla ohledně porodu předem domluvená. Její porod probíhal bez komplikací s minimálním porodním poraněním. Na rozdíl od ní informantky PAS 1 a PAS 3 měly během porodu komplikace. U informantky PAS 1 došlo u prvního i druhého porodu k velkému porodnímu poranění a u PAS 3 k hypotonii děložní a ke větší krevní ztrátě. Dále také informantka PAS 3 uvádí, že s dalšími porody si toho pamatuje méně. U třetího porodu zmínila, že se nechala vyšetřit od kolegyně u ní doma. Vzpomíná „*Měly jsme s děvčaty tady z porodnice u nás naplánovanou návštěvu, během který se ty bolesti stupňovaly, takže to nakonec dopadlo tak, že mě vyšetřila kolegyně porodní asistentka doma.*“ Informantka PAS 4 a PAS 1 zmínily, že během svých porodů využily epidurální analgezii, narozdíl od PAS 3, která ji využila jen u posledního porodu. Informantka PAS 3 uvedla: „*A tam jsem si zkusila epidurální analgezii, jenom kvůli tomu, že jsem porodní asistentka, že jsem chtěla vědět, jak je to rozdíl.*“ Využití epidurální analgezie pro ni bylo pouze ze zvědavosti, jelikož předtím už prožila dva porody bez tlumení porodních bolestí. Uvedla, že v porovnání s předchozími porody byly bolesti mírnější a mohla se tak více soustředit na jejich prodýchávání. Uvedla, že rodícím ženám epidurální analgezii doporučuje na základě této osobní zkušenosti a možnosti porovnání porodů s epidurální analgezií i bez.

Podkategorie 2 Prožívání vlastního porodu

V této podkategorii jsou popsány subjektivní pocity porodních asistentek během jejich vlastního porodu. Pro všechny porodní asistentky, které rodily vaginálně (PAS 1, PAS 3, PAS 4), bylo zásadní, že věděly, kdy během porodu dýchat a kdy tlačit.

Informantka PAS 4 uvedla, že i když člověk ví, kdy, co má dělat, bylo pro něj těžké se ovládnout a nepodlehnout porodní bolesti. Pro PAS 1 znalost těchto informací však neznamenal, že by si nenechala od zdravotnického personálu poradit a nenechat vše řádně vysvětlit. Naopak se snažila zdravotnický personál důkladně poslouchat a vstřebávala každý jeho poznatek během vlastního porodu.

Informantka PAS 3 svou znalost nehodnotila pozitivně, jelikož věděla, že je ve druhé době porodní zapotřebí vynaložit obrovskou sílu, která nakonec způsobila komplikace v souvislosti s porodním poraněním. Informantce PAS 3 byla provedena epiziotomie a tím, že během druhé doby porodní zatlačila příliš, došlo k ruptuře i na druhé straně od již provedené epiziotomie. Informantka PAS 3 v souvislosti s negativním pocitem uvedla: *„Soustředila jsem se na to, že mám v té druhé době fakt zatlačit, že pak vyskočil na jedno zatlačení, ale tím, že to bylo takhle moc, tak jsem měla poranění, že na jedné straně jsem měla epiziotomii a na druhé rupturu. Takže to nakonec nebylo úplně přínosný.“* I tato událost pro ni při návratu do zaměstnání byla klíčová v tom, že se rodičím ženám snaží během vypuzování plodu opravdu intenzivně věnovat a naučit je tak správnému tlačení, které minimalizuje velká porodní poranění.

Pro informantku PAS 2 bylo zásadní zpracovat si sama v sobě informace, které ji lékař sdělil v závislosti na jejích komplikacích. Bylo pro ni těžké si nepředstavovat nejhorší scénáře, které by z jejích komplikací mohly nastat. Zmínila se, že to pro ni v této situaci bylo opravdu nelehké a v tuto chvíli by neznalost oboru porodní asistence pro ni byla přijatelnější z hlediska psychické pohody, než když všem komplikacím dopodrobna rozuměla a uměla si představit jejich následky. Informantka PAS 2 vzpomíná: *„Když ty komplikace řeknete laikovi, co se děje, tak to nevidí tak do důsledku, než když to řeknete zdravotníkovi, teda zvláště porodní asistentce, která se v tom orientuje víc a umí si ten dopad těch komplikací představit.“*

Kategorie 2 Poskytování zdravotní péče

Kategorie nesoucí název Poskytování zdravotní péče obsahuje dvě podkategorie. Ze získaných dat je v první podkategorii popsán výběr místa porodní asistentkou pro svůj porod. V druhé podkategorii je vylíčen samotný přístup zdravotnického personálu k porodním asistentkám během jejich porodu.

Podkategorie 1 Místo porodu

V této podkategorii je vyobrazeno, jak se porodní asistentky rozhodovaly při výběru místa porodu. Informantka PAS 2 v souvislosti s komplikacemi neměla při druhém porodu na výběr. Uvádí: *„Kdybych neměla takovou komplikaci, tak bych rodila oba porody v porodnici, kde pracuji.“* Svůj druhý porod absolvovala v Hradci Králové, kde proběhla i operace na placentě během jejího těhotenství a dodala: *„Chtěla jsem tam už zůstat, protože tam byla ta následná péče z hlediska neonatologie na dobré úrovni.“* Informantky PAS 1 a PAS 4 se ztotožnily v názoru, že je nikdy nenapadlo, že by šly родit někam jinam než do místa výkonu své profese. Konkrétně PAS 4 řekla: *„Je to pro mě takový přirozenější, vím, jaká je tam ta péče, vím, co od koho čekat a tak. Takže bych určitě jinam nešla.“*

Na rozdíl od nich informantka PAS 3 měla na chvíli pocit, že by byla schopna jet родit jinam, z důvodu přítomnosti ve službě kolegyně, se kterou nesouzněla. Když zjistila, že v den jejího porodu slouží tato porodní asistentka, tak jí hlavou probíhaly myšlenky, že by jela svého syna родit do jiné porodnice, než ve které před těhotenstvím vykonávala svou profesi. Informantka PAS 3 řekla: *„Ona přišla na tu noční, a to jsem si říkala, že kdyby tady nebyla ta druhá, se kterou jsem se domluvila, že bych snad byla schopná jet родit někam jinam.“* Nakonec se s touto kolegyní na porodním sále nikde nesetkaly. Informantka PAS 3 měla dojem, že i pro kolegyni by přítomnost u jejího porodu nebyla příjemným zážitkem, a tak se i ona setkání vyhýbala.

Podkategorie 2 Přístup zdravotnického personálu

Tato podkategorie popisuje, jak porodní asistentky hodnotí přístup zdravotníků k nim samotným během porodu. Všechny informantky zastávaly pozitivní názor na přístup zdravotníků během porodu. Informantky PAS 1 a PAS 3 neměly pocit, že by se k nim zdravotnický personál choval jinak než k jiným rodičkám, na rozdíl od PAS 4, která řekla: *„Myslím, že se ke mně chovali trochu jinak, ne že by se k jiným rodičkám chovali špatně, ale ta přátelská atmosféra tam prostě byla, a bylo to na tom průběhu celého porodu dost znát, než když přijдете někam, kde nikoho neznáte.“* Informantka PAS 2, která měla zkušenost s porodem mimo své pracoviště, uvedla, že přístup zdravotníků během porodu byl profesionální a velmi kladný. Setkala se pouze s jedním lékařem při kontrole vitality stavu obou plodů, na kterého nerada vzpomíná a zmínila: *„Řekl, že nechce zvyšovat perinatální mortalitu a morbiditu.“* Tato věta pro ni byla zásadní,

jelikož byla z oboru a porozuměla, co tím chtěl dotyčný lékař říct. Řekl to z důvodu toho, že kdyby těhotenství s monozygotními dvojčaty, které je pro ni i pro novorozence velmi rizikové, ukončili již v počátku, bylo by teď méně komplikací a méně práce s ní samotnou. „*Jednou větou mě dokázal tak rozhodit, protože jsem si to vysvětlila po medicínském strážce, nebo více méně mě napadlo, proč to tak řekl. Kdyby to řekl laikovi, tak by to tak asi nevyhodnotil.*“ S tímto lékařem se pak po zbytek svého těhotenství již nesešla, protože odmítla veškerá vyšetření a kontroly v jeho přítomnosti.

Dále všechny informantky zastávaly stejný názor na to, že zdravotnickému personálu plně důvěřovaly. Informantka PAS 3 svoji bezstarostnost a důvěru přisuzuje mimo jiné i hormonálním změnám v organismu těhotné ženy, které se tak lépe psychicky adaptuje na průběh celého těhotenství i porodu. Uvedla: „*Vůbec jsem neměla tendenci na ně dohlížet. Ono asi ten organismus je nějak hormonálně nastavený tak, že jste jako víc v klidu.*“ Také informantka PAS 2 uvedla, že na pracovišti, kde nikoho neznala, jim bezmezně důvěřovala. „*Věděla jsem, že se prostě rozhodnou správně,*“ vzpomíná.

Kategorie 3 Návrat do zaměstnání

Kategorie Návrat do zaměstnání obsahuje podkategorii, která popisuje návrat porodních asistentek do praxe po jejich vlastní zkušenosti s porodem. Popisuje změny, které porodní asistentky zaznamenaly ve svém chování a v péči o rodící ženy.

Podkategorie 1 Změny v péči o rodící ženy

Změny v přístupu nezaznamenaly informantky PAS 2 a PAS 3. Informantka PAS 3 uvádí, že si pouze uměla více představit, jak porodní proces probíhá. Pro informantku PAS 3 změny nastaly hlavně v tom, že ví, jak se ženy během porodních bolestí cítí a ona tak lépe ví jak reagovat a jak je s nimi lépe prožít. Informantka PAS 3 řekla: „*Myslím si, že je pro porodní asistentku důležitý porodit, že je škoda, když nějaká porodní asistentka má za sebou dvě sekce a plánovaný, že třeba neprožije vůbec tu bolest.*“ S tímto názorem nesouhlasí informantka PAS 1, která si myslí, že i když porodní asistentka nezažije vlastní porod, tak ví, jak se ženou během porodu komunikovat. Řekla: „*Myslím, že my ženský to máme v sobě nastavený trochu jinak, a i když jsme tu bolest třeba nezažily, že víme, jaký to je.*“ Pro ni zásadní změnou byla hlavně větší zodpovědnost. Uvedla, že když teď má sama své děti, tak je pro ni každý porod obrovská zodpovědnost, kterou před vlastním těhotenstvím a porodem tolik

nevnímala. Myslí si, že zodpovědná byla i dříve, jen teď jako matka ji mnohem více pociťuje. Také si myslí, že po svých porodech více dospěla a lépe se jí proto s těhotnými a rodící ženami pracuje, protože k nim má bližší vztah.

Informantka PAS 2 svoje změny pociťuje hlavně na základě svých vlastních zkušeností. Pro ni bylo tehdy zásadní, že s předčasně narozenými dvojčaty vše nešlo tak, jak by si představovala. V jejím konkrétním případě se jednalo o kojení nedonošených novorozenců. Tím, že si tím sama prošla se snaží ženy podporovat v situacích, kdy porod nevyjde podle jejich představ. PAS 2 uvedla: „*Ony prostě mají nějakou představu a ta se změní, tak aby se jim prostě nezhroutil svět, ale aby věděly, že to taky přijde, jako u mě to kojení, ale až za nějakou dobu.*“ Informantka PAS 2 se z vlastní zkušenosti snaží radit hlavně ženám s předčasnými porody. „*Chci, aby si uvědomily, že jsou zdravý, že mají zdravý dítě, a to ostatní potom se nějak doladí. Ten klid je pro tu ženu nejdůležitější.*“ Své vlastní zkušenosti na ženy aplikují i informantky PAS 1 a PAS 4. Radí jim konkrétní úlevové polohy během první doby porodní, o kterých vědí, že jim během jejich vlastního porodu pomohly. PAS 1 rodícím ženám doporučuje hydroterapii na základě svých vlastních zkušeností při svém prvním porodu. Informantky PAS 1, PAS 3 a PAS 4 uvedly, že vždycky byly empatické, ale že teď umí se ženami lépe komunikovat, prožívat to s nimi a představit si porodní bolesti. Informantka PAS 3 řekla: „*Dneska už přesně vím, jaká je ta bolest neskutečná, že je neskutečně silná, a tak se do těch rodiček dokážu více nacítit a víc jim pomůžu tu bolest prožít tím, že jsem jim víc nablízku a psychicky je podporuju.*“ Informantka PAS 4 v závěru rozhovoru uvedla: „*Myslím si, že mě můj porod dost pozitivně ovlivnil v tom, jak teď se ženami pracuju.*“

5 Diskuze

Téma bakalářské práce „Porodní asistentka a její zkušenost s těhotenstvím a porodem“ bylo zvoleno z důvodu vlastního zájmu o to, jaký postoj zaujímají porodní asistentky, když samotné zažijí své těhotenství a porod. Dle Samkové (2020) je porodní asistentka pro ženy během těhotenství a porodu důležitým průvodcem, který jim vždy vše ukáže a vysvětlí. Dále je pro ženy psychickou oporou (Samková, 2020). K zamyšlení je, zda zkušenosti a poznatky z profese porodní asistentky je dokáže lépe připravit na jejich vlastní průběh těhotenství a porodu. Pro většinu žen je těhotenství považováno za velmi důležitou životní etapu (Gregora a Velemínský, 2017). Toto platí i pro ženy, které vykonávají profesi porodní asistentky. Dle mého názoru tato událost může porodní asistentky zasahovat mnohem intenzivněji, jelikož se s ní setkávají denně v zaměstnání. Sled událostí, které mají za cíl ukončení těhotenství, je nazýván porod a pro narozeného novorozence to znamená nezávislou existenci, mimo tělo ženy (Bašková, 2015). I během samotného porodu je pro ženy důležitá podpora porodních asistentek. Otázkou však zůstává, zda je tato podpora rodičích porodních asistentek vnímána jinak, když samy vědí, co přibližně mohou od porodu očekávat. Myslím si, že když se porodní asistentka ocitne v prenatalní poradně nebo později na porodním sále, tak u ní dochází k neobvyklému střetu dvou jejích rolí, a to těhotné a rodičí ženy s porodní asistentkou.

Výzkumným šetřením, které probíhalo u porodních asistentek pracujících v prenatalní péči, bylo zjišťováno, jak porodní asistentky prožívaly své těhotenství. Pro informantku PAP 1 bylo první těhotenství velmi náročné, jelikož jí vyšly nepříznivé výsledky screeningového vyšetření. Screeningové vyšetření je důležité pro určení rizika výskytu vrozených vývojových vad plodu (Skutilová, 2016). Jelikož informantka PAP 1 znala důsledky pozitivního výsledku tohoto kombinovaného screeningu, bylo pro ni její první těhotenství velmi náročným obdobím. Screening se zaměřuje mimo jiné na chromozomální abnormality plodu, zejména na trizomii 21. chromozomu (Harraway, 2017). Zbylé informantky z prvního výzkumného souboru vnímaly své těhotenství velmi pozitivně, avšak zastávaly stejný názor, že při kontrolách v prenatalní poradně si všimaly každé odlišnosti, která se pouze lehce vymykala od fyziologického průběhu těhotenství. Tato informace mě nijak nepřekvapila, předpokládala jsem, že si porodní asistentky budou těchto rozdílů od fyziologie všimnout a budou za nimi hledat komplikace, které by z nich případně mohly vzejít.

Dále bylo výzkumným šetřením zjišťováno, jaký vliv mělo vlastní těhotenství na výkon profese porodní asistentky v prenatalní poradně. Pro informantku PAP 2 byl výkon profese velmi fyzicky i psychicky náročný. Fyzická náročnost byla zapříčiněna hlavně přibýváním na váze během těhotenství. Právě přibírání na váze je považováno za jednu ze zásadních fyzických změn těhotné ženy (Skutilová, 2016). Informantka PAP 1 fyzickou zátěž pociťovala nejvíce na svých zádech a bylo pro ni obtížné se během výkonu profese pohybovat. Pro těhotenství je typická bolest zad v bederní oblasti páteře, která je způsobena rychlým nárůstem hmotnosti a změnami v držení těla (Roztočil, 2017). Informantka PAP 2 si stěžovala na těžké a unavené nohy. Váhový přírůstek během těhotenství je zapříčiněn zadržováním vody v organismu ženy (Skutilová, 2016). Dále na výkon profese porodní asistentky během období těhotenství měla dopad větší psychická citlivost. Informantky PAP 1 a PAP 4 se shodly, že s ženami jejich kontroly více prožívaly a bylo pro ně obtížnější s nimi prožívat patologické stavy a nepřívětivé diagnózy, které jim lékař v prenatalní poradně sdělil. Pro mě bylo překvapením, že informantka PAP 3 během svého vlastního těhotenství nepociťovala žádné fyzické ani psychické změny během výkonu její profese. Domnívala jsem se, že každá těhotná žena na sobě více či méně pociťuje změny, které těhotenství přináší, avšak u informantky PAP 3 tomu tak nebylo. Je však možné, že změny na svém těle informantka PAP 3 nevnímala, protože navštěvovala kurzy jógy v rámci předporodní přípravy. Jóga je pro těhotné ženy velmi vhodnou pohybovou aktivitou (Samková, 2020). V souvislosti s předporodní přípravou všechny informantky nabyly dojmu, že by pro ně tyto kurzy nebyly nijak přínosné, z důvodu dostatečného množství informací, které získaly během studia a výkonu profese porodní asistentky.

Dále se výzkumné šetření zabývalo průběhem péče v prenatalní poradně o těhotné porodní asistentky. Abraham (2020) uvádí, že pokud se jedná o fyziologické těhotenství bez komplikací, je doporučeno navštěvovat prenatalní poradnu v intervalu čtyř týdnů do 28. týdne těhotenství, dále každé dva týdny až do 36. týdně těhotenství, a později jednou týdně až do porodu. Průměrný počet návštěv v prenatalní poradně je čtrnáctkrát v průběhu celého těhotenství (Abraham, 2020). S ohledem na průběh kontrol v poradnách se informantky PAP 1, PAP 2 a PAP 3 ztotožnily s názorem, že péče v prenatalní poradně byla nadstandardní. Pouze informantka PAP 4 to takto nevnímala. Uvedla: „*Měla jsem vyšetření jako každá jiná žena.*“ Avšak informantky PAP 1 a PAP 4 obě zaznamenaly, že jim častěji byla prováděna ultrazvuková vyšetření plodu,

o která jevíly značný zájem. Ultrazvuková vyšetření patří mezi nepravidelná vyšetření, která se provádějí během těhotenství třikrát, a to do 14. týdne těhotenství, mezi 20. – 22. a také mezi 30. – 32. týdnem těhotenství (Zásady dispenzární péče v těhotenství, 2019).

Dalším cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jak porodní asistentky vnímaly přístup zdravotnického personálu během návštěv prenatalní poradny. Informantky se shodly, že přístup byl na velmi profesionální úrovni. Informantky PAP 1, PAP 2 a PAP 3 se ztotožnily v názoru, že si myslí, že se přístup zdravotníků nijak nelišil od přístupu k jiným ženám, které vykonávají jinou profesi, než je porodní asistentka. Toto považují za uspokojující výsledek, jelikož jsem měla před provedením výzkumného šetření obavy, že se péče o porodní asistentky bude zásadně lišit. Nedomnívala jsem se, že by se o těhotné porodní asistentky v prenatalních poradnách staralo nadstandardně, avšak obávala jsem se příliš odborného přístupu a spoléhání se na znalost průběhu těhotenství a porodu porodními asistentkami. S tímto průběhem péče se setkala pouze informantka PAP 4, která se o této zkušenosti zmínila. Nebylo tomu tak však při každé návštěvě prenatalní poradny. Tento způsob komunikace souvisí s neproduktivním chováním, kdy zdravotník nepodává dostatečné množství informací a nejeví zájem s pacientem nedostatečně spolupracovat (Zacharová, 2016).

Ve výzkumném šetření, které probíhalo u porodních asistentek pracujících v primární péči, nás jako poslední zajímal fakt, jestli se změnil přístup porodních asistentek k těhotným ženám poté, co se vrátily do zaměstnání po mateřské dovolené. Všechny informantky po svém návratu zaznamenaly jisté změny v přístupu i v chování k těhotným ženám. Informantky PAP 3 a PAP 4 se snaží pacientkám věnovat mnohem více času, protože samotné byly během svého těhotenství rády, když jim vše bylo náležitě vysvětleno v dostatečném čase a nebyly o informace ochuzeny, i když dané problematice rozuměly. V prenatalní poradně je důležité, aby porodní asistentka ženy seznámila s průběhem péče a s jednotlivými vyšetřeními, a získala si tak jejich důvěru (Čermáková, 2017). Informantky PAP 1 a PAP 2 uvedly, že s těhotnými ženami umějí lépe komunikovat, když samotné prožily období těhotenství, a umějí se tak do nich více vcítit a lépe jim předávat informace o celém průběhu těhotenství v rámci edukačního procesu. Edukace žen v prenatalní poradně patří mezi důležitou činnost, kterou by porodní asistentka měla vykonávat tak, aby ženu pouze stručně neinformovala, ale aby ji zapojila do celého průběhu péče o ni samotnou (Dušová et al.,

2019). Toto si myslím, že může i v ženách probudit větší důvěru v porodní asistentky a ženy tak mohou nabýt pocitu, že je jim více porozuměno.

Dále výzkumné šetření bylo realizováno s porodními asistentkami pracujícími na porodním sále, a proto bylo více zaměřeno na samotný porod. Při tomto výzkumném šetření bylo zjištěno, jaký průběh porodu měly porodní asistentky a jak jej prožívaly. Průběh jejich porodu byl zjišťován hlavně pro to, aby došlo k následnému pochopení jeho prožívání. Zajímavou informací bylo, že informantka PAS 2 podstoupila porody ukončené císařským řezem, jelikož měla obě těhotenství velmi komplikovaná. Císařský řez je považován za obtížnou břišní operaci, kterou se ukončuje většina rizikových a patologických těhotenství (Takács et al, 2015). Pro informantku PAS 2 bylo zpočátku velmi obtížně přijmout fakt, že nebude moct podstoupit vaginální porod, ale později se smířila s tím, že její těhotenství budou ukončena císařským řezem a uvedla, že jí byla nápomocna podpora ze strany kolegyň porodních asistentek, které ji i přes její znalost situace o všem dostatečně edukovaly. Dušová et al. (2019) edukaci spojují s ošetrovatelským procesem, se kterým se vzájemně doplňují a napomáhají tak pacientce se lépe adaptovat na danou situaci (Dušová et al., 2019).

Dalším pozoruhodným poznatkem, který byl získán v souvislosti s vlastním průběhem porodu, bylo, že informantka PAS 3 si pro svůj třetí porod zvolila epidurální analgezii pouze za účelem zjistit, jak na rodící ženy tato metoda tlumení bolesti působí. Epidurální analgezie patří mezi nejběžněji užívanou farmakologickou metodu tlášení bolesti (Gregora a Velemínský, 2017). Pro mne informace, že si informantka PAS 3 chtěla tuto metodu vyzkoušet, aby sama věděla, jak na rodící ženy působí, a aby jim později po návratu do zaměstnání mohla předávat vlastní zkušenosti byla velmi zajímavá. Tuto metodu tlášení bolesti kromě informantky PAS 3 zvolily i informantky PAS 1 a PAS 4, ty si ji však nezvolily pouze ze zvědavosti, ale z důvodu vážného zájmu zmírnění bolesti během porodu. Co se týče samotného prožívání porodu porodními asistentkami, tak se informantky, které rodily vaginálně, shodly, že vnímaly pozitivně, že věděly, kdy během porodu dýchat a tlačit. Avšak pro informantku PAS 3 tato znalost neměla pozitivní výsledek, jelikož u ní po přílišném tlačení došlo k velkému porodnímu poranění. Yates (2009) zmiňuje důležitost toho, aby žena netlačila dříve, než je děložní branka plně otevřena. Jedině tak lze zabránit větším vnitřním poraněním (Yates, 2009). Dle Roztočila (2017) se porodní poranění klasifikuje dle závažnosti na čtyři stupně, a to na: první, při kterém je postižena kůže pochvy. Druhý stupeň, kde je poškozena kůže,

podkoží a svalstvo perinea. Třetí, při kterém je poškozen anální svěrač, kde se dle závažnosti poškození análního svěrače stanovují ještě tři podstupně, při čemž závisí, kolik procent análního svěrače bylo poškozeno. Čtvrtý stupeň poranění je vyznačený poškozením zevního i vnitřního análního svěrače a sliznice, která tvoří rektum (Roztočil, 2017).

Dále bylo výzkumné šetření zaměřeno na výběr místa porodu. Zde mě odpovědi nijak nepřekvapily, předpokládala jsem, že porodní asistentky si pro svůj vlastní porod zvolí pro ně známé prostředí. Informantka PAS 4 uvedla, že by určitě nikam jinam rodit nešla. Pouze informantka PAS 2 musela svůj druhý porod absolvovat na jiném pracovišti, než pracovala, v souvislosti s komplikacemi, které nastaly během jejího těhotenství s monozygotními dvojčaty. Monozygotní neboli jednovaječná dvojčata vznikají na základě rozdělení jednoho vajíčka, které je oplodněné pouze jednou mužskou pohlavní buňkou, na rozdíl od dvojvaječných (dízygotních) dvojčat, kdy dojde k oplodnění dvou vajíček dvěma spermii (Vítková Rulíková, 2016). Zajímavým zjištěním bylo to, že informantka PAS 3 z důvodu nesympatií s jednou porodní asistentkou měla na okamžik myšlenky, že svůj porod absolvuje na jiném pracovišti. Myslím si, že je pro všechny ženy během porodu souznění s porodní asistentkou velmi důležité, a že pro spousty žen může vést k příjemnějšímu zážitku, který si z porodu odnášejí.

Dalším bodem výzkumného šetření byl přístup zdravotnického personálu, kde jsem očekávala jiné výsledky. Informantky PAS 1 a PAS 3 neměly z vlastního porodu pocit, že by k nim zdravotníci přistupovali jinak než k jiným rodičím ženám. Před výzkumem jsem měla dojem, že v odpovědích na tuto otázku budu získávat úplně opačné informace, a že změny budou markantní. Informantka PAS 3 se pouze setkala s tím, že směnu měla porodní asistentka, se kterou měla osobní problém. To je dle mého názoru úskalím, které se rodičkám, které nejsou porodní asistentky, víceméně vyhýbá. Kvalita poskytované péče se neodvíjí pouze od toho, zda zdravotnický pracovník dodržuje stanovené ošetrovatelské postupy a standardy, ale také na tom, jak se k pacientovi chová a respektuje ho (Jarošová et al., 2015). Informantka PAS 2 měla negativní zkušenost s lékařem, který se dle mého názoru zachoval velmi neprofesionálně. Způsob komunikace, který lékař zvolil je projevem neúcty a je pacientkou vnímán velmi intenzivně. Jedná se o tzv. devalvací, která mimo jiné může být spojena s hrubým a netaktním chováním zdravotníka (Zacharová, 2016).

Závěrem toho výzkumného šetření jsem se zaměřila na návrat porodních asistentek do zaměstnání po mateřské dovolené. Zde dochází k odlišnosti výsledků informantky PAS 1 a PAS 3. Informantka PAS 1 se domnívala, že není pro zprostředkování kvalitní péče porodní asistentkou během porodů důležité zažít si vlastní porod, na rozdíl od informantky PAS 3, která uvedla, že je velmi důležité zažít si porod vaginální cestou, pro následné lepší vcítění se do rodiček. Dále v této problematice všechny informantky uvedly, že na rodící ženy ve velké míře aplikují své osobní prožitky a zkušenosti ze svých porodů. Co se týče empatie, tak si informantky PAS 1, PAS 3 a PAS 4 myslí, že empatické byly i před vlastním porodem, ale teď se do rodících žen dokážou lépe vcítit. Empatii lze považovat za jednu z nejdůležitějších emočních dovedností člověka (Suchý a Náhlovský, 2012). Pro empatii je charakteristické vcítění se do subjektivních pocitů pacientky a pochopení tak jejího chování souvisejícího se změnou potřeb (Zacharová, 2016).

6 Závěr

Bakalářská práce nesoucí název „Porodní asistentka a její zkušenost s těhotenstvím a porodem“ byla v teoretické části zaměřena na kompetence porodní asistentky a její úlohu během těhotenství a porodu. Dále byla věnována charakteristice těhotenství a fyzickým i psychickým změnám, které s těhotenstvím úzce souvisejí. Zároveň se zaměřovala i na charakteristiku porodu a jeho jednotlivých dob. V praktické části byl využit kvalitativní výzkum a ke sběru dat byl použit polostrukturovaný rozhovor. Cílem práce bylo zjistit, zda profese porodní asistentky ovlivnila prožívání vlastního těhotenství a porodu a zjistit, zda vlastní zkušenost s prožíváním těhotenství a porodu ovlivnila porodní asistentku v přístupu k těhotným ženám a k ženám po porodu po jejich návratu do zaměstnání.

První výzkumná otázka byla zaměřena na to, jakým způsobem ovlivnila profese porodní asistentky při jejich vlastním těhotenství a porodu. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že porodní asistentky při jejich vlastním těhotenství jejich profese ovlivnila hlavně ve vnímání péče o ně samotné v prenatální poradně a ve vnímání přístupu zdravotnického personálu. Dále z výzkumného šetření vyplývá, že porodní asistentky během svého vlastního porodu byly ovlivněny znalostmi, které získaly během výkonu své profese, avšak že ne vždy jsou tyto znalosti potřebné pro dobrý výsledek, jak se během svého porodu sama přesvědčila informantka PAS 3.

Druhá výzkumná otázka se zaměřovala na vliv vlastního těhotenství a porodu v přístupu k těhotným a rodičím ženám po návratu do zaměstnání v rámci jejich kompetencí. Bylo zjištěno, že po návratu do zaměstnání byly porodní asistentky ovlivněny svým vlastním těhotenstvím a vnímaly tak u sebe určité změny v přístupu k těhotným ženám. Co se týče vlivu vlastního porodu na výkon jejich profese, tak zde se názory lišily, ale každá informantka nějaké změny zaznamenala.

Veškeré výsledky mohou být porodním asistentkám předávány na odborných seminářích pro porodní asistentky.

7 Seznam literatury

1. ABRAHAM, C., 2020. Rethinking the Traditional Prenatal Care Model. *Obstet Gynecol.* 135(5), 1024-1026. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003789. ISSN 0029-7844. PMID: 32282613.
2. BARIMANI, M., FORSLUND FRYKEDAL, K., ROSANDER, M., BERLIN, A., 2018. Childbirth and parenting preparation in antenatal classes. *Midwifery.* PMID 29128739.
3. BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5361-4.
4. BEJDÁKOVÁ, J., 2006. *Cvičení a sport v těhotenství: sporty vhodné i nevhodné, zásady cvičení, speciální tělocvik pro těhotné, základy výživy, tanec, gravidjóga.* Praha: Grada. Pro rodiče. ISBN 80-247-1214-8.
5. BINDER, T., 2011. *Porodnictví.* Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1907-1.
6. BINDER, T., 2020. *Nemoci v těhotenství: a řešení vybraných závažných peripartálních stavů.* Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2009-3.
7. BOTHOVÁ, M., DUŠOVÁ, B., DUŠOVÁ, P., [2017]. *Těhotenství, porod a mateřství: sborník příspěvků: 19. říjen 2017, Ostrava.* [Ostrava]: Ostravská univerzita, Lékařská fakulta. ISBN 978-80-7464-950-9.
8. ČEPICKÝ, P., ed., 2018. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5604-2.
9. ČEPICKÝ, P., ČERNÁ, M., c2011. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence: příručka pro gynekology-porodníky.* Praha: Levret. ISBN 978-80-87070-50-5.
10. ČERMÁKOVÁ, B., 2017. *K porodu bez obav.* Brno: Cpress. ISBN 978-80-265-0579-2.
11. ČESKÁ REPUBLIKA, 2011. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky.* částka 152. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

12. DOLEŽAL, A., 2017. Biomechanika porodu. In: ROZTOČIL, A. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5753-7.
13. DUŠOVÁ, B., HERMANNOVÁ, M., JANÍKOVÁ, E., SALOŇOVÁ, R., 2019. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0836-7.
14. EDWARDS, G., CROWLEY, T., ELSORI, D., SARR, M., 2014. What is a midwife? A survey of pregnant women in Abu Dhabi. *Pract Midwife*. PMID 25004702.
15. *Essential Competencies: for Midwifery Practice*, 2019. 2019 UPDATE. International Confederation of Midwives.
16. EZROVÁ, M. et al., 2019. *Principy péče v porodní asistenci* [online]. In: Unie porodních asistentek, Česká komora porodních asistentek, 30.3.2019, jaro 2020 [cit. 2021-01-25].
17. FRITZ, S., c2014. *Esenciální oleje v období těhotenství, pro snazší porod a pro miminka*. [Praha]: Barevný svět. ISBN 978-80-903543-4-0.
18. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2013. *Čekáme dítětko*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3781-2.
19. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2017. *Těhotenství a mateřství: nová česká kniha*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5579-3
20. HALL, P.J., FOSTER, J.W., YOUNT, K.M., JENNINGS, B.M., 2020. Comfort in Labor: "Like Being Able to Exhale." *The Journal of perinatal*. 34(1), 38-45.
21. HANÁKOVÁ, T., CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, M., VOLNÁ, P., 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. aktualizované vydání. Brno: CPress. ISBN 978-80-264-0755-3.
22. HÁJEK, Z., ČECH, E., MARŠÁL, K., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

23. HARRAWAY, J., 2017. Non-invasive prenatal testing. *Aust Fam Physician*. 735-739. PMID: 29036772.
24. HEALY, M., NYMAN, V., SPENCE, D., OTTEN, R.H.J., VERHOEVEN, C.J., 2020. How do midwives facilitate women to give birth during physiological second stage of labour? A systematic review. *PLoS ONE*.
25. HOUROVÁ, M., GALAMBOŠOVÁ, V., 2015. *Slovníček pro těhotné*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3666-2.
26. HUDÁKOVÁ, Z., KOPÁČIKOVÁ, M., 2017. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0274-7.
27. JAROŠOVÁ, D., MAJKUSOVÁ, K., KOZÁKOVÁ, R., ZELENÍKOVÁ, R., 2015. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5426-0.
28. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2014. Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou?. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. [cit. 2021-01-23]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/odbornik/dokumenty/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou-_9078_3076_3.html
29. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2018. Kvalifikační standard přípravy na výkon zdravotnického povolání porodní asistentka. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. [cit. 2021-01-23]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/kvalifikacni-standard-porodni-asistentka/>
30. MOKREJŠ, Antonín. *Hermeneutické pojetí zkušenosti*. Praha: Filosofia, 1998. Parva philosophica. ISBN 80-7007-107-9.
31. PAŘÍZEK, A., c2009. *Kniha o těhotenství a dítěti: [český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím – až do dvou let dítěte]*. 4. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-653-3.
32. PAŘÍZEK, A. et al., 2012. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2. vyd. Kamenice: Mother-Care-Centrum Publishing s nakladatelstvím Galén. ISBN 978-80-7262-893-3.

33. PINTO, K., KRAMER, R., 2015. *Těhotná a fit: průvodce aktivním těhotenstvím pro sportovkyně od sportovkyň*. Přeložil Anna KUDRNOVÁ. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3347-3.
34. ROZTOČIL, A., 2017. *Moderní porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5753-7.
35. ROZTOČIL, A., 2020. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2098-7.
36. SAMKOVÁ, A., 2020. *Vulvou porodní asistentky: připravte se na porod*. Brno: CPress. ISBN 978-80-264-3017-9.
37. SKUTILOVÁ, V., 2016. *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5469-7.
38. SLEZÁKOVÁ, L., ANDRÉSOVÁ, M., KADUCHOVÁ, P., ROUČOVÁ, M., STAROŠTÍKOVÁ, E., 2017. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0214-3.
39. *Slovník současné češtiny*, 2011. V Brně: Lingea. ISBN 978-80-87471-27-2.
40. SUCHÝ, J., NÁHLOVSKÝ, P., 2012. *Pozitivní emoce: jak je posilovat a rozvíjet v osobním i pracovním životě*. Praha: Grada. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-4375-2.
41. ŠTROMEROVÁ, Z., 2010. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-0324-3.
42. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., c2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. 2. vyd.* Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
43. TAKÁCS, L., SOBOTKOVÁ, D., ŠULOVÁ, L., ed., 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6.
44. TOOHILL, J., CALLANDER, E., GAMBLE, J., CREEDY, D.K., FENWICK, J., 2017. A cost effectiveness analysis of midwife psycho-education for fearful

pregnant women – a health system perspective for the antenatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*.

45. TOŠNER, J., 2014. Psychologie těhotenství. In: HÁJEK, Z., ČECH, E., MARŠÁL, K., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
46. TRČA, S., 2009. *Budeme mít děťátko*. 9., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2581-9.
47. UNIPA, 2017. *Porodní asistentka – odbornost a respekt*. UNIPA. [online]. [cit. 2021-01-23]. Dostupné z:
https://www.unipa.cz/wpcontent/uploads/2018/05/letak_PA_skladacka.pdf
48. VÍTKOVÁ RULÍKOVÁ, K., 2016. *Dvojčata*. 2. rozšířené vydání. Brno: CPress. ISBN 9788026413462.
49. YATES, S., 2009. *Příjemné těhotenství a krásný porod*. Brno: Computer Press. ISBN 978-80-251-2475-8.
50. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.
51. *Zásady dispenzární péče v těhotenství: Sbirka doporučených postupů*, 2019. Česká gynekologická a porodnická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Vzor žádosti o provedení výzkumu ve vybraných nemocnicích

Příloha 2 – Seznam otázek pro rozhovor s prvním výzkumným souborem

Příloha 3 – Seznam otázek pro rozhovor s druhým výzkumným souborem

9 Seznam zkratek

WHO – World Health Organisation

tzv. – takzvaně

tzn. – to znamená

např. – například

PS – porodní sál

VŠ – vysoká škola

Bc. – bakalář

Mgr. – magistr

PA – porodní asistentka

Příloha 1 – Vzor žádosti o provedení výzkumu ve vybraných nemocnicích

Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Fakulta: Zdravotně sociální

Studijní program/obor: Porodní asistence

Jméno a příjmení studenta/studentky: Natálie Jarešová

Kontaktní údaje (e-mail, tel.): jaresn00@zsf.jcu.cz, +420 773 881 117

Název zdravotnického zařízení: Nemocnice Písek a.s.

Oddělení: Gynekologicko – porodnické oddělení – porodní sál

Název práce: Porodní asistentka a její zkušenost s těhotenstvím a porodem

Hypotézy, výzkumné otázky: Výzkumná otázka 1: Jakým způsobem ovlivnila profese porodní asistentky prožívání vlastního těhotenství a porodu?

Výzkumná otázka 2: Jak ovlivnilo porodní asistentku vlastní těhotenství a porod v jejím přístupu při poskytování péče ženě v rámci kompetencí?

Metodologický popis výzkumu včetně rozsahu výzkumného vzorku: Cílem výzkumu pro mou bakalářskou práci je zjistit, zda profese porodní asistentky ovlivnila prožívání vlastního těhotenství a porodu a zjistit, zda vlastní zkušenost s prožíváním těhotenství a porodu ovlivnila porodní asistentku v přístupu k těhotným ženám a k ženám po porodu. Výzkumná část práce bude zpracovávána pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Pro sběr dat bude využit polostrukturovaný rozhovor. Otázky k rozhovoru posílám v příloze. První výzkumný soubor budou tvořit porodní asistenty, pracující v primární péči, které prožily vlastní těhotenství a porod při výkonu své profese a druhý výzkumný soubor budou tvořit porodní asistentky, pracující na porodním sále, které také prožily vlastní těhotenství a porod při výkonu své profese. Rozhovory s porodními asistentkami budou uskutečněny během jara 2021 dle jejich časových možností.

Předpokládané výstupy: Výsledky výzkumu mohou být prezentovány na odborných seminářích pro porodní asistentky.

Vyjádření vedoucí/ho bakalářské práce: Souhlasím s realizací výzkumného šetření na GPO, formou rozhovorů s porodními asistentkami na PS.

Jméno: Mgr. Romana Belešová

Podpis:

Vyjádření kompetentní osoby zdravotnického zařízení:

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím/nesouhlasím.

Jméno:

Podpis:

Zdroj: Vlastní

Příloha 2 – Seznam otázek pro rozhovor s prvním výzkumným souborem

Identifikační otázky:

1. Kolik je vám let?
2. Jaké je vaše nejvyšší ukončené vzdělání?
3. Jak dlouho vykonáváte profesi porodní asistentky?
4. Jak dlouho působíte v primární péči?
5. Kolikrát jste byla těhotná?
6. Kolikrát jste rodila?

7. Jak Vás vaše profese ovlivnila při plánování mateřství?
8. Vyprávějte mi, jak jste prožívala své těhotenství?
9. Jak jste prožívala péči v prenatální poradně během svého těhotenství?
10. Jak jste vnímala přístup zdravotníků v době svého těhotenství v prenatální poradně?
11. Jakým způsobem Vás ovlivnilo vlastní těhotenství v přístupu k těhotným ženám po návratu do zaměstnání?

Zdroj: Vlastní

Příloha 3 – Seznam otázek pro rozhovor s druhým výzkumným souborem

Identifikační otázky:

1. Kolik je vám let?
2. Jaké je vaše nejvyšší ukončené vzdělání?
3. Jak dlouho vykonáváte profesi porodní asistentky?
4. Jak dlouho působíte na porodním sále?
5. Kolikrát jste byla těhotná?
6. Kolikrát jste rodila?

7. Jak Vás vaše profese ovlivnila při plánování mateřství?
8. Vyprávějte mi, jak jste prožívala vlastní porod?
9. Jak vás ovlivnila vaše profese při vašem vlastním porodu?
10. Jak jste vnímala přístup zdravotníků během vašeho vlastního porodu?
11. V čem se změnil váš přístup k rodičkám po návratu do zaměstnání?

Zdroj: Vlastní