



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Subjektivní vnímání péče poskytované porodní asistentkou
z pohledu rodičky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

PORODNÍ ASISTENCE

Autor: Daniela, Štruncová

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra, Filausová

České Budějovice 2017

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Subjektivní vnímání péče poskytované porodní asistentkou z pohledu rodičky“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne:

Daniela Štruncová

Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí práce PhDr. Drahomíře Filausové za cenné rady, trpělivost a ochotu v průběhu psaní této práce. Dále bych ráda poděkovala nemocnici, která mi umožnila provést výzkum a všem respondentkám za poskytnutí rozhovorů.

Subjektivní vnímání péče poskytované porodní asistentkou z pohledu rodičky

Abstrakt

Tato bakalářská práce s názvem „Subjektivní vnímání péče poskytované porodní asistentkou z pohledu rodičky“ pojednává o vnímání péče porodní asistentky, kterou poskytuje ženám na porodním sále. Práce je dělena na dvě části. V první části je teoreticky popsáno, kdo je porodní asistentka, její kompetence a činnost v prenatální péči, za porodu a v šestinedělí. Zaměřuje se i na úlohu partnera při porodu, okolnosti, které mají vliv na rodičky vnímání porodu a důležitost komunikace mezi rodiči a zdravotnickými pracovníky.

Druhá část je výzkumné šetření, které se soustředí na vědomosti žen o profesi porodních asistentek, na jejich osobní zkušenosti, na představy o porodu a jejich naplnění a na přítomnost partnera u porodu. Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaká byla očekávání rodiček, se kterými přišly na porodní sál. Na základě tohoto cíle byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka: Jak vnímají rodičky péči porodní asistentky? Druhá výzkumná otázka: Jaké mají očekávání ženy, které přichází na porodní sál?

K dosažení cíle bylo využito kvalitativní výzkumné šetření formou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor byl tvořen třinácti ženami po porodu na stanici šestinedělí v nemocnici Libereckého kraje v lednu 2017. Rozhovory byly se souhlasem respondentek nahrávány, přepsány analyzovány a následně roztríděny do dvou kategorií (Péče porodní asistentky a Porod), které byly rozděleny do podkategorií. Kategorie Péče porodní asistentky byla rozdělena do pěti podkategorií (Znalost rodiček o porodní asistentce, Očekávání rodiček, Vnímání péče porodní asistentky rodičkou, Vnímání osoby porodní asistentky, Péče porodní asistentky na stanici šestinedělí.). Druhá kategorie zahrnuje dvě podkategorie (Představa o porodu a její naplnění, Partner u porodu).

Z výzkumného šetření vyplynulo, že většina žen na porodní sál přišla bez určitých představ, jak by jejich porod mohl vypadat. Rodičky, které mají nějaká očekávání, čerpají především z předporodních kurzů, knih, internetu a zkušeností svých známých.

Jejich nejčastější očekávání je bolest avšak samy udávají, že i ta je překvapila svou silou.

Pouze tři respondentky uvedly, že měly určitá očekávání, jak by jejich porod měl vypadat a z toho jedna respondentka přímo určila své požadavky o tom, jak by chtěla, aby její porod probíhal. Tato respondentka očekávala především přirozený porod bez zásahu a co nejdříve kontakt s novorozencem. Porodní asistentku vnímají rodičky především jako oporu, která je pro ně při porodu velmi důležitým elementem a na kterou se mohou obrátit o pomoc a pro radu.

Tato bakalářská práce může být námětem ke zlepšení péče porodních asistentek o ženy na porodní sále. Může také sloužit jako informační materiál pro studentky porodní asistence či těhotné ženy.

Klíčová slova

Porodní asistentka, vnímání péče, porod, doba porodní, tlumení bolesti

Subjective perceptions of care provided by a midwife from the perspective of a laboring woman

Abstract

This thesis titled "Subjective perceptions of care provided by a midwife from the perspective of a laboring woman" deals about the perception of midwifery care provided by women in the delivery room. The work is divided into two parts. The first part is theoretically described, who is a midwife, her competence and activity in prenatal care for childbirth and the postpartum period. It also focuses on the role of partner at birth, the circumstances which affect the perception of mothers giving birth and the importance of communication between parents and health professionals.

The second part is a survey focuses on women's knowledge about the profession of midwives, on their personal experience, ideas about childbirth and achieve them, and the presence of a partner during childbirth. The aim of this thesis was to find out what was expected of mothers with which it came to the delivery room. On the basis of the goals were set two research questions. The first research question: How mothers perceive midwifery care? The second research question: What are the expectations of women who come to the delivery room?

To achieve the target was used qualitative research in the form of semi-structured interview. The research sample consisted of thirteen women after childbirth station postpartum hospital Liberec region in January 2017. Interviews were with the consent of respondents recorded, transcribed and then classified into two categories (midwifery care

and delivery). It has been divided into subcategories. Category midwives's care were divided into five subcategories (Knowledge mothers about midwife, mothers expectations, the woman's perceptions of midwifery care, the mother's perception of midwives personality, midwifery care at the station postpartum.). The second category includes two subcategories (The idea of childbirth and its fulfillment, partner at birth).

The research showed that most women in the delivery room comes without some idea of how they might look like childbirth. Women in labor who have any expectations, mostly from antenatal courses, books, the Internet and the experience of their friends.

Their most common expectation is pain but themselves indicate that even she is surprised at his strength.

Only three respondents indicated that they had certain expectations of how they should look to their birth and one of the respondent's directly determine claims about how they wanted her birth took place. This respondent expected primarily natural childbirth without intervention and as soon as possible contact with a newborn. Mothers perceived midwife primarily as a support, which is important for them during labor and a very important element to which they can turn for help and advice.

This thesis may be a motive to improve midwifery care for women birthing room. It can also serve as information material for students of midwifery or pregnant women.

Key words

midwife, perceptions of care delivery, duration of labor, pain relief

Úvod.....	9
1 Současný stav.....	10
1.1 Vzdělání a kompetence porodní asistentky.....	10
1.2 Prenatální péče.....	11
1.2.1 Komunikace a navázání vztahu.....	13
1.3. Předporodní příprava.....	14
1.4. Porod.....	15
1.4.1 První doba porodní.....	17
1.4.1.1 Péče porodní asistentky v první době porodní.....	18
1.4.1.2 Tlumení bolesti.....	19
1.4.2 Druhá doba porodní.....	22
1.4.2.1 Péče porodní asistentky ve druhé době porodní.....	22
1.4.3 Třetí doba porodní.....	23
1.4.3.1 Péče porodní asistentky ve třetí době porodní.....	24
1.4.3.2 Bonding.....	25
1.4.4 Čtvrtá doba porodní a péče porodní asistentky.....	25
1.5 Šestinedělí.....	26
1.5.1 Péče porodní asistentky v šestinedělí.....	26
2 Cíle a výzkumné otázky.....	29
2.1 Cíle práce.....	29
2.2 Výzkumné otázky.....	29
3 Metodika.....	30
3.1 Operacionalizace pojmů.....	30
3.2 Metodika a technika výzkumného šetření.....	30
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	31
4 Výsledky výzkumného šetření.....	32
4.1 Identifikační údaje respondentek.....	32
4.2 Výsledky výzkumného šetření.....	33
5 Diskuze.....	46
6 Závěr.....	51
Seznam informačních zdrojů.....	53
Seznam tabulek.....	59
Přílohy.....	60
Seznam příloh.....	61

Seznam použitých zkratk

DP- doba porodní

ICM- International Confederation of Midwifery

MZČR- Ministerstvo zdravotnictví České republiky

Sb.- Sbíрка

WHO- World Health Organization

ÚVOD

Porodní asistentka je plně zodpovědný zdravotník, který pečuje o těhotnou ženu, rodičku i ženu po porodu a novorozence. Porodní asistentka má na porodním sále své nezastupitelné místo po boku ženy, kdy o ní pečuje ve všech dobách porodních a to nejen po fyzické stránce, ale i po stránce psychické, která do značné míry ovlivňuje průběh porodu.

Každý člověk je osobností. A stejně jako v každém jiném odvětví medicíny a ošetrovatelství, je důležité si uvědomit, že i u každé rodící ženy je zapotřebí respektovat její individualitu a její osobní potřeby specifické jen pro ni. Péče porodní asistentky na porodním sále má velký vliv na rodičky, na jejich vnímání samotného porodu. Porodní asistentka má jedinečnou příležitost podpořit každou rodičku, vyhledávat a uspokojovat její individuální potřeby a dbát na to, aby tento silný a jedinečný životní zážitek nebyl pro ženu traumatickým.

Ve výzkumné části této bakalářské práce byla pozornost zaměřena na zjištění, jak ženy vnímají péči porodní asistentky, kým pro ně porodní asistentka při porodu byla, ale i na očekávání, se kterými rodičky přichází na porodní sál a zda jejich očekávání byla splněna i na vnímání přítomnosti jejich partnera u porodu. Informace byly sbírány pomocí polostrukturovaného rozhovoru, nahrávány, přepsány, analyzovány a dále tříděny do kategorií.

Téma bakalářské práce „Subjektivní vnímání péče poskytované porodní asistentkou z pohledu rodičky“ jsem si vybrala především proto, že při praxi na porodním sále a na stanici šestinedělí, ale i v běžném životě, jsem se setkávala s mnoha rozdílnými názory na práci porodní asistentky při porodu a samotný porod a zajímaly mne podrobnosti, které k těmto úsudkům vedou. Zajímalo mne, kým pro rodičku vlastně porodní asistentka je a co je v danou chvíli pro ni nejdůležitější. Dále jsem se chtěla dozvědět, jaká mají rodičky očekávání, ať už od samotného porodu nebo od porodní asistentky, protože z mých předchozích zkušeností jsem se domnívala, že porod chtějí mít především, co nejrychleji za sebou. Je zřejmé, že každá žena bude stejnou péči porodní asistentky vnímat odlišným způsobem a každé bude vyhovovat trochu jiný přístup, proto jsem se snažila zaměřit pozornost na představu žen o porodních asistentkách a o jejich péči.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 VZDĚLÁNÍ A KOMPETENCE PORODNÍ ASISTENTKY

Světová zdravotnická organizace uvádí, že všeobecné sestry a porodní asistentky tvoří v Evropě většinu zdravotnického personálu a jejich role je ve zdravotnických službách nezastupitelná (WHO, 2016). Podstatné je jejich vzdělání, které je základním kamenem k dalšímu profesnímu životu (Malwela et al., 2016).

Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník, který pracuje jako partner ženy, poskytuje jí potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci (ICM International Definition of the Midwife, 2016).

V zákoně České republiky, č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů se udává, že porodní asistentkou se stává osoba, která úspěšně dokončila tříletý akreditovaný bakalářský obor porodní asistence. Jejím úkolem je především dohled, péče, podávání informací a rad ženám během těhotenství, porodu a v období šestinedělí. Při fyziologickém průběhu porodu má porodní asistentka kompetence vést porod a pečovat o novorozence. Dále může porodní asistentka realizovat ošetrovatelskou péči na oddělení gynekologie a ve spolupráci s lékařem se může podílet na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči (MZČR, č. 96/2004 Sb.). Více o kompetencích porodní asistentky, které jsou dány vyhláškou č. 55/2011 Sb., v Příloze 1.

Porodní asistentka nemusí vykonávat svou činnost jen v nemocnicích, může pracovat i v rámci komunity. Komunitní péče kombinuje zdravotnické, sociální a další služby, které jsou poskytovány nemocným i zdravým občanům, rodinám a skupinám určité

komunity (Jarošová, 2007). Tato péče má pro jedince význam společenský a ekonomický (Sikorová, 2012). Komunitní porodní asistentka pracuje samostatně nebo ve sdružení s jinými porodními asistentkami (Činnosti porodní asistentky v komunitní prostředí, 2016). Poskytuje ženám individuální péči mimo zdravotnické či porodnické zařízení (Jarošová, 2007). Provádí kontroly v rámci těhotenské poradny, vede předporodní přípravy, konzultace a kurzy pro budoucí rodiče, věnuje se cvičení pro ženy v těhotenství a po porodu, může doprovázet rodičku k porodu do porodnice, navštívit ji po porodu u ní doma a má na starosti kontroly v šestinedělí; její další činností je vzdělávání studentek porodní asistence (Mezinárodní definice porodní asistentky, 2016).

1.2 PRENATÁLNÍ PÉČE

Prenatální péče je péče, která je poskytována ženám během těhotenství v rámci preventivních prohlídek umožňujících sledování zdravotního stavu budoucí matky se zvláštním zřetelem na vyhledávání a monitorování případných vrozených vývojových vad plodu (Moravcová, Petržlíková, 2015). Druhou stránkou této péče může být i příprava na porod a mateřství a to nejen matky, ale i partnera, celé rodiny a komunity (Slezáková et al., 2011). Dalším významem prenatální péče je úprava pracovních poměrů a pozorování situace v rodinách a komunitách (Bašková, 2015).

V rámci prenatální péče dochází žena ke svému gynekologovi na pravidelné kontroly a vyšetření. Na počátku těhotenství gynekolog zjišťuje nejčastěji formou přímého rozhovoru se ženou osobní, gynekologickou i rodinnou anamnézu. Tyto informace jsou potřebné pro bližší analýzu zdravotního stavu (Hanáková et al., 2016). Do osobní anamnézy spadají otázky na prodělané dětské nemoci a jiná vážnější onemocnění, úrazy, operace, alergie, seznam aktuálně užívaných léků. Pro popsání gynekologické anamnézy gynekolog zjišťuje, kdy měla žena první menstruaci, pravidelnost a intenzitu menstruačního cyklu, datum poslední menstruace před otěhotněním. Důležité jsou také informace o předešlých těhotenstvích, potratech, porodech a jejich průběhu, problémech s otěhotněním (Krejčí, Srp, 2014). Do rodinné anamnézy spadají otázky na onemocnění či úmrtí v rodině, geneticky podmíněné nemoci a onemocnění cukrovkou (Murkoffová et al., 2012).

Česká gynekologicko-porodnická společnost doporučuje frekvenci kontrol poskytovaných v rámci prenatalní péče do 28. týdne těhotenství každé 4 týdny, později do 36. týdne těhotenství každé 2 týdny a od 37. týdne těhotenství by měla kontrola probíhat každý týden, po termínu porodu by žena měla docházet na kontrolu každé 2 dny (Unzeitig et al., 2015). V České republice se péče poskytovaná těhotným ženám dělí do tří kategorií. Do první kategorie se řadí péče, kterou poskytuje obvodní gynekolog, ke kterému dochází ženy s bezproblémovou graviditou, jejichž anamnéza není zatížena rizikovými faktory, jakými jsou například užívání některých léků či specifická chronická onemocnění (Marešová, 2014). Do sekundární péče patří ambulance pro rizikové těhotenství a v poslední řadě jsou tu superkonziliární ambulance, které zajišťují péči pro těhotné s vysokým rizikem a kde se rozhoduje o způsobu, jakým se porod povede, eventuálně o hospitalizaci před porodem (Moravcová, Petržílková, 2015). Marešová (2014) v rámci prenatalní péči rozděluje těhotenství na těhotenství s malým, středním a vysokým rizikem dny (Unzeitig et al., 2015).

Během kontrol v prenatalní poradně se pozornost porodní asistentky soustředí na dva subjekty - matku a plod. U matek se zvláštní pozornost věnuje zejména těm s nízkým či naopak vysokým BMI, s nízkým či naopak vysokým věkem, nízkým socioekonomickým statutem, který je založený na vzdělání, příjmu a vykonávané profesi. (Bašková, 2015). U plodů je pozornost zaměřena na vyhledávání a diagnostikování různých patologií a těmi jsou především hypoxie, hrozící předčasné porody, vývojové vady plodu a zpomalení růstu plodu (Moravcová, Petržílková, 2015). V této péči je důležité zaměřit se i na subjektivní pocity ženy. Podstatné je například méně časté vnímání pohybů ke konci těhotenství, které může být významným ukazatelem ohrožení plodu (Bradford, Maude, 2014).

Celé těhotenství je značně ovlivněno, kromě fyzických a hormonálních změn, i změnami psychickými, jejichž úkolem je připravit ženu na roli matky (Gregora, Velemínský, 2013). Gregora, Velemínský (2013) a Bašková (2015) popisují trimestry z psychologického pohledu matky. Uvádají, že v 1. trimestru si žena zvyká na těhotenství, přijímá změnu ve svém životě, sleduje své tělo, je spíše uzavřená sama do sebe, ve 2. trimestru, když kolem 18.- 20. týdne těhotenství začíná matka cítit první pohyby plodu, přijímá plod jako individuálního jedince a ve 3. trimestru provází matku obava z předčasného porodu, bolesti či strach z vlastní neschopnosti zvládnout porod.

Zároveň tuto poslední etapu těhotenství popisují jako období, které je pro ženu typickým pro přípravu svého prostředí na příchod novorozence, takzvaným „stavěním hnízda“, které se u ženy projevuje potřebou vytvořit pro své dítě bezpečné místo. Žena je ovlivňována hormonálně především estradiolem, progesteronem a prolaktinem, ale i naprogramovaným genetickým chováním, kdy se snaží vybudovat bezpečné a klidné místo pro své dítě (Buckleyová, 2016).

1.2.1 Komunikace v prenatální péči

Už v prenatální péči je důležité, aby zdravotnický personál navázal s rodičkou kvalitní vztah, který je důležitý pro další spolupráci. Klíčovým momentem pro navázání vztahu mezi zdravotníkem a rodiči je dobrá komunikace a vybudování důvěry. Pro zdravotníky je péče o těhotné a porod každodenní zkušeností, pro těhotnou ženu něco jedinečného a nového a je proto zapotřebí respektu, úcty a projevení zájmu o ženu v její situaci (Takács et al., 2015). Buckleyová (2016) ještě upozorňuje na důležitost důvěry v rodiče a jejich rozhodnutí, že zvolí správnou cestu pro sebe a své dítě. Požadavkem fungujícího vztahu a dobré komunikace mezi rodiči a zdravotníky je však dostatek informací o možnostech dalšího postupu v péči od zdravotnického personálu.

V dnešní době nejde v komunikaci mezi zdravotníkem a rodiči jen o předání odborných znalostí, ale i o správný psychologický přístup, šetrné zacházení s lidmi a respektování lidských práv a etických otázek zdravotnictví (Zacharová, 2016). Rozhovor je velmi citlivým a silným nástrojem, kterým zdravotník vytváří vztah s rodiči a je třeba dbát na propojenost verbální, paraverbální a nonverbální roviny komunikace (Ptáček, Bartůněk, 2011). Velký význam má i aktivní naslouchání, kdy se zdravotník snaží porozumět rodičům, zároveň vyhledává podstatné údaje a reaguje na informace, které mu poskytují (Ptáček, Bartůněk, 2011) zpětnou vazbou, která zajišťuje návaznost rozhovoru a tím i uvědomění si situace, ve které se klient i zdravotník nacházejí (Mikuláščík, 2010).

Edukace je důležitou složkou celé prenatální péče. *Edukace v obecné rovině znamená záměrné ovlivňování vědomostí a dovedností člověka s cílem navodit žádoucí změny v jeho postojích, názorech a následně v jeho chování a jednání (Špirudová, 2015, s. 105).* Existují skupinové a hromadné formy edukace, jejichž výhodami je, že požadovanou informaci předáme většímu množství lidí a edukanti mají možnost vyměnit si své zkušenosti. Ve zdravotnictví se však nejvíce využívá edukace

individuální, která je směřována k naplnění individuálních potřeb klienta a vyžaduje jeho neustálou aktivitu (Juřeníková, 2010). Porodní asistentka v prenatální péči edukuje ženy zejména v oblasti výživy (Takács et al., 2015), správné životosprávy, sportování, o škodlivosti návykových látek a v dalších oblastech spojených s těhotenstvím, porodem a šestinedělím, viz Příloha 1. V prenatálních poradnách mají porodní asistentky příležitost mluvit s těhotnou ženou o porodu, podat jí dostatek potřebných informací, zodpovědět její otázky a doporučit předporodní přípravu.

1.3 PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVA

Předporodní přípravu tzv. profylaktickou přípravu využívají těhotné ženy především ve třetím trimestru. Je vedena formou kurzů (Slezáková et al., 2011). Tyto kurzy vedou buď soukromé porodní asistentky, nebo jsou organizované porodnicí (Hanáková et al., 2015). Smyslem profylaktické přípravy je snížení úzkosti a strachu z porodu a porodních bolestí. Díky této přípravě lze snížit nutnost aplikace léků, ale i zkrátit porod a velkým přínosem je i zvýšení sebekontroly rodičky a získání reálného postoje k porodu (Slezáková et al., 2011), získání základních dovedností a znalostí především o průběhu porodu a péči o novorozence, snížení rizika komplikací a zvýšení pozitivní zkušenosti během porodu (Almalik, Mosleh, 2016). Je třeba si uvědomit, že matky v předporodní přípravě nezískají nástroj proti bolesti, ale nástroj ke zvládnutí bolesti (Takács et al., 2015). Tyto kurzy nejsou určeny jen pro nastávající matky. Vzhledem k čím dál častější přítomnosti otců u porodu, jsou tyto kurzy, nebo alespoň několik lekcí, určeny i pro partnery (Gregora, Velemínský, 2011). Avšak je důležité podotknout, že i při sebelepší přípravě může porod něčím překvapit, protože každý porod probíhá trochu jinak (Carr, 2012).

Předporodní péče je zpravidla rozdělená na část teoretickou a praktickou (Gregora, Velemínský, 2011). Teoreticky jsou v těchto kurzech ženy edukovány o těhotenství, porodu a šestinedělí, získávají informace o podstatě porodních bolestí a možnostech jejich tlumení (Slezáková et al., 2011), následně těhotné spolu s porodní asistentkou společně prakticky nacvičují dýchání při kontrakcích, ale i relaxaci, jako přípravu proti strachu z bolesti a neznámé zkušenosti (Takács et al., 2015). Součástí bývá i cvičení, které je prospěšné pro udržení kondice a procvičení svalů pánevního dna i jako prevence bolesti zad, které se mohou dostavit, ale i ke zvýšení sebedůvěry

a v neposlední řadě i k navození příjemných pocitů po fyzické námaze (Hanáková et al., 2015). Doporučuje se však, aby žena cvičila již od začátku těhotenství. Behinová, Kaiserová (2012) navrhuji jako nejvhodnější sport chůzi, plavání, jógu. Několik hodin je zaměřeno také na péči o novorozence a kojení (Takács et al., 2015).

Hanáková k tomu udává i některé typy masáží, jako prostředek uvolnění a uklidnění. Popisuje, jak si žena může sama či za pomoci partnera masírovat celé tělo od obličeje až po chodidla (Hanáková et al., 2015). I Behinová a Kaiserová (2012) udávají důležitost relaxace během těhotenství a doporučují ženám udělat si každý den půl hodiny na sebe a své dítě. V rámci předporodní přípravy některé porodní asistentky doporučují ženám i masáž hráze přibližně 8 týdnů před termínem porodu jako prevenci ruptury hráze či nutnosti hráz nastříhnout (Behinová, Kaiserová, 2012).

1.4 POROD

Porodem nazýváme každé ukončení těhotenství narozením živého nebo mrtvého novorozence (Srp, 2014b, s. 175).

Průběh porodu se popisuje v dobách porodních. Srp (2014b) v knize Porodnictví udává tři doby porodní, kdy první nazývá otevírací, druhou vypuzovací a třetí porod lůžka a plodových blan, po nichž následuje poporodní období, zatímco Gregora a Velemínský (2013) nazývají poporodní období čtvrtou dobou porodní, kdy žena je po porodu ještě dvě hodiny sledována na porodním sále porodní asistentkou, z důvodu předcházení komplikací.

Porod bývá jedním z nejkrásnějších okamžiků života ženy a právě porodní asistentka má

u porodu své nezastupitelné místo. Jejím úkolem je pečovat o ženu v průběhu celého porodu, podporovat ji a akceptovat její přání (Takács et al., 2015). Porodní zkušenosti ženy jsou velmi důležité vzhledem k dlouhodobému vlivu na budoucí zdraví, především ženy, ale i celé její rodiny (Maimburg et al., 2016). Ze zkušenosti otců přítomných u komplikovaných porodů vyplývá, že negativní vliv na vnímání porodu, ale i na vztah mezi rodiči a dítětem má především nedostatečná komunikace mezi zdravotnickým týmem a rodinou (Inglis et al., 2016). I Roztočil (2014) staví dialog na první místo v popisu zásad přirozeného porodu v nemocnici. Dále přidává individuální přístup,

informovanost, respekt, souhlas rodičky s lékařskými zásahy, nezaplatnění přítomnosti blízké osoby, ale i svobodnou volbu polohy, zajištění nepřetržitého kontaktu matky a dítěte a podporu kojení.

Ve své knize „The Midwife’s Labour and Birth“ Chapman, Charles (2013) poukazuje na prostředí jako na další nezanedbatelnou stránku porodu. Podle ní by žena měla родit v klidném, nikým nerušeném prostředí, kde bude přítomno jen minimum personálu. Také uvádí, že porod uprostřed holého sálu na vysokém porodním stole není pro ženu příliš vhodný pro pocit bezpečí a jistoty, který žena při porodu potřebuje. Porodní asistentka by tak měla zajistit prostředí, které odpovídá takovýmto požadavkům. Dle možností, které má porodní asistentka v daném zařízení, může zajistit slabé osvětlení a klid na sále, dle svých kompetencí vhodně odpovědět na vyřčené otázky, podat dostatečné množství informací, uklidnit ženu při obavách a nejistotě a pokusit se zajistit, aby se cítila co nejlépe (Mander, 2014). Chapman, Charles (2013) dále doporučuje, aby porodní asistentka byla v rozhovoru s rodičkou pozitivní, ale dávala si pozor na realistický náhled na věc. Jejím dalším úkolem na porodním sále je sledování průběhu porodu, poslouchání ozev plodu a plnění ordinací lékaře (Moravcová, Petržílková, 2015).

Celé těhotenství, ale především porod, jsou jednou z etap v životě ženy, kdy je velmi zranitelná. Toto období může přinést jak mnoho štěstí, tak mnoho stresu, úzkosti a problémů, a tak může iniciovat psychické trauma, jenž ohrožuje matku i plod na zdraví (Taghizadeh et al., 2014). Efektivní komunikace, vybudování vztahu a důvěry jsou nedílnou součástí celého procesu porodu, ať už mezi matkou a porodní asistentkou či jiným nemocničním personálem (Takács et al., 2015). Důležité je, aby zdravotníci na porodním sále zapojili rodičku do rozhovoru a nerozhodovali za ni, podali jí dostatečné množství informací, na jejichž základě může dojít k rozumnému rozhodnutí, pokusili se naplnit její osobní očekávání a umožnili, aby péče byla pružná a přizpůsobená jejím potřebám (Mander, 2014). Matky udávají několik aspektů, kterých si na porodních asistentkách váží a při porodu velmi oceňují a těmi jsou především potřebné znalosti, zodpovědnost, pozornost, úmyslná a účinná komunikace, úcta k ženě a pozitivní přístup, veselost a ohleduplnost (Intrapartum Care, 2014).

Známky počínajícího porodu. Již od 20. týdne těhotenství se objevuje nepatrná kontrakční činnost, často nazývaná poslíčci či falešné kontrakce (Carr, 2012). Tato

děložní činnost není zpočátku pravidelná a má stále stejnou intenzitu (Hanáková et al., 2015) a až kolem 39. týdne přichází pravidelněji v kratších intervalech (Carr, 2012). V důsledku těchto kontrakcí dochází ke snížení děložního fundu a těhotná děloha tlačí směrem dolů a může zapříčinit uvolnění hlenové zátky (Srp, 2014b), jež je jedním z příznaků, kterým se ohlašuje přicházející porod. Hanáková et al. (2015) uvádí, že hlenová zátka se uvolňuje přibližně 24 hodin před začátkem porodu. Hanáková et al. (2015), dále udává, že dalšími signály pro počínající porod může být i časté nucení na močení a odtok plodové vody.

1.4.1 První doba porodní

První doba porodní, někdy nazývána otevírací, je počáteční fází porodu. Žena začíná pociťovat děložní kontrakce, které zapříčiňují rozvoj děložního segmentu a díky nimž se děložní hrdlo postupně dilatuje (Carr, 2012), až se změní v branku, která postupně zaniká (Hanáková et al., 2015). U žen, které rodí poprvé, se hrdlo otevírá kalichovitě směrem od vnitřní branky k zevní brance, až posléze se branka rozvíjí. U vícerodiček se tato činnost děje zároveň, kvůli tvaru hrdla, jež je spíše válcovité (Srp, 2014b). Zvláště u prvorodiček může tato fáze porodu trvat mnoho hodin. Obvykle značnou část této doby ženy stráví doma bez odborné podpory, a tak to může být doba nejistoty a úzkosti (Hanáková et al., 2015). Trvání první doby porodní je u každé ženy odlišné a může být značně vyčerpávající (Gregora, Velemínský, 2013).

Už na začátku první doby porodní může spontánně odtéci plodová voda, která tvoří pro plod ochranné prostředí (Hanáková et al, 2016) a během těhotenství chrání plod před nárazy, rozpíná dělohu a při porodu napomáhá šetrné dilataci porodních cest (Maršál, 2014). Po odtoku plodové vody většinou do hodiny nastupuje pravidelná děložní činnost (Slezáková et al., 2011). Ne u všech žen ale odteče plodová voda samovolně, v takovém případě se provádí dirupce vaku blan, kdy po protržení plodových obalů odteče část plodové vody a tím mohou kontrakce zesílit (Gregora, Velemínský, 2013) a tím bývá porod urychlen (Hourová, Galambošová, 2015). U prvorodiček se dirupce většinou provádí na 5- 6 centimetrové brance, zatímco u vícerodiček 3- 4 centimetrech (Hanáková et al., 2016). Plodová voda má obvykle čirou barvu (Gregora, Velemínský, 2013).

Carr (2012) rozděluje první dobu porodní ještě na další tři fáze. Latentní nebo také časný porod je nejdelší fází a může trvat až dvacet hodin. Na tuto fázi navazuje aktivní fáze porodu, která trvá 30 až 60 minut a poslední fází první doby porodní je fáze přechodná, která může trvat přibližně od 10 do 60 minut. Přechodná fáze mezi první a druhou dobou porodní, někdy také nazývaná jako fáze tranzice, bývá nejtěžší fází porodu. Přestože může trvat jen několik minut, žena začne pociťovat beznadějně pro zdánlivě nekonečné a neproduktivní bolesti. Důležité je, aby v této fázi porodní asistentka udržela spojení s rodičkou a podporovala ji (Mander, 2014).

1.4.1.1 Péče porodní asistentky v první době porodní

Pro dobré navázání spolupráce se doporučuje přivítat ženu s úsměvem, představit se a vysvětlit svou roli v péči o ni, zachovat klidný a jistý přístup. Před vstupem do pokoje nejdříve zaklepat a chvíli počkat a respektovat tak osobní prostor a soukromí rodičky (Takács et al., 2015). Zeptat se, jak se cítí a zda existuje něco z čeho má obavy. V případě vlastních představ porodu s ní prodiskutovat její požadavky, zároveň posoudit její znalosti a na základě toho ji informovat dále (Intrapartum Care, 2014). Přizpůsobit prostředí tak, aby odpovídalo potřebám rodičky, ukázat jak si může přivolat pomoc v případě, že u ní právě nikdo nebude (Mander, 2014).

Péče porodní asistentky začíná po příchodu rodičky na porodní sál, kdy provádí identifikaci a sepisuje porodní anamnézu a žena podepisuje s lékařem informovaný souhlas o postupu porodu. Porodní asistentka zjišťuje hmotnostní přírůstek během těhotenství a vyšetřuje moč na přítomnost bílkoviny a cukru (Moravcová, Petržílková, 2015), měří tepovou frekvenci a teplotu matky, natáčí vstupní kardiokardiogram (Hanáková et al., 2015), kde zjistí nejen srdeční frekvenci plodu, podle níž se usuzuje, jak se plodu daří, ale zaznamenává i děložní kontrakce, kde posuzuje délku, sílu a frekvenci (Měchurová, Srp, 2014). Dle zvyklosti pracoviště porodní asistentka či lékař ženu vnitřně vyšetří a tak zjistí aktuální stav porodu. Podle ordinace lékaře provádí porodní asistentka přípravu k porodu, která zahrnuje očistné klyzma pro vyprázdnění, které též může zvětšit kontrakce, a oholení zevního genitálu (Hanáková et al., 2015). Přestože se v mnoha porodnicích provádí klyzma v první době porodní jako rutinní záležitost, výzkumy nenalezly významné rozdíly v podání či nepodání klyzmatu a toto jednání přímo nedoporučují (Reveiz et al., 2013). V některých porodnicích je však

zvykem nechat tuto volbu na rodičce. Žena se dále může osprchovat, a pokud vše probíhá fyziologicky, může se procházet po sále, jíst i pít. (Intrapartum Care, 2014). Velemínský a Gregora (2013) ale udávají, že by se mělo pít jen po doušcích a pokud možno neperlivé nápoje. Porodní asistentka každých patnáct minut poslouchá ozvy plodu, každé dvě hodiny natáčí dvacetiminutový záznam kardiokografu pro zjištění stavu plodu, který lékař následně vyhodnocuje a rozhoduje o dalším postupu, případně provádí vnitřní vyšetření pro kontrolu postupu porodního nálezu (Moravcová, Petržlíková, 2015). Porodní asistentka je při porodu též jako psychická podpora, vysvětluje další postupy, techniky dýchání, vhodné polohy, informuje o farmakologických i nefarmakologických metodách tlumení bolesti, o aktuální situaci, vysvětluje, co se momentálně děje (Intrapartum Care, 2014).

Přítomnost otce u porodu v první době porodní je v současnosti obvyklá a společensky žádaná. V každém případě by otec k přítomnosti u porodu neměl být nucen (Zierhutová, Velemínský, 2013). V první době porodní spočívá úkol většiny otců v dopravení rodičky do porodnice, být jí oporou, naslouchat jí (Carr, 2012), podporovat ji a pomáhat jí snášet porodní bolesti (Gregora, Velemínský, 2013).

1.4.1.2 Tlumení bolesti

Na porod je sice obecně pohlíženo jako na radostnou událost, ale musíme mít na paměti, že jeho součástí bývá docela běžně nějaký stupeň emocionální bolesti (Mander, 2014, s. 57)

Během těhotenství se mnoho žen zamýšlí nad tím, jak vlastně zvládají bolest a jak se chtějí vypořádat s porodní bolestí (Derry et al., 2012). Některé ženy upřednostňují nefarmakologické metody tišení bolesti, jiné mohou zastávat názor, že v takto vyspělé době je nepotřebné při porodu zbytečně trpět a využijí analgetik. Většina žen vyžaduje určitou formu úlevy od bolesti i přesto, že pro mnohé je práce s bolestí důležitá součást porodu (Mander, 2014). Každá žena vnímá porod odlišně (Behinová, Kaiserová, 2012). Velmi záleží na jejím očekávání, stupni přípravy a závažnosti jejích bolestí, avšak je třeba myslet i na to, že extrémní bolest může vyústit u některých žen v psychické trauma (Takács et al., 2015). Je důležité, aby porodní asistentka dokázala rozeznat ženu, která vyžaduje trvalou oporu bez využití léků a podporovat ji v práci s bolestí či naopak touží využít medikaci tlumící bolest (Klomp et al., 2016). Americký tým výzkumníků

došel k závěru, že pokud je žena citově podporována, je jí zajištěno pohodlí a informace, bude spokojenější a porod proběhne snáze (Hodnett et al., 2013). Významnou roli ve vnímání bolesti tedy hraje partner i porodní asistentka a jiný zdravotnický personál.

Porodní bolest je komplexní a subjektivní reakce, která je způsobena děložními kontrakcemi, díky nimž je plod vypuzován a její vnímání může záviset na množství psychosociálních faktorů (Takács et al., 2015). K intenzivnějšímu vnímání porodních bolestí může u rodiček přispívat nižší věk, primiparita, necitlivý přístup personálu a nevyřešené potíže psychologické povahy (Derry et al., 2012), osobní příběhy a zkušenosti, ale i postoje personálu poskytující péči rodící ženě a jejich medicínský přístup k bolesti jako k nemoci, kterou je třeba odstranit (Mander, 2014). Naopak porodní bolesti u rodiček můžeme snižovat výše uvedenou předporodní přípravou (Pařízek, 2014) a zajištěním bezpečného prostředí. Mezi další faktory, které napomáhají lepšímu zvládnání porodních bolestí, patří vyšší věk, vyšší socioekonomický status, ale podle Takács et al. (2015) i vzdělání nebo přání rodičky kojit.

I přesto, že Takács et al. (2015) zastávají názor, že porodní bolesti se musí tlumit, naopak Mander (2014) píše o důležitosti práce s porodní bolestí a jejími důsledky ve vnímání sebe sama, svých schopností, ve vztahu k dítěti a celkově v mateřství. Dále poukazuje na skutečnost, že ženy vnímají bolest jako něco přirozeného, zatímco muži jako něco abnormálního, proto jsou ženy schopné zvládnout porodní bolesti.

Bašková (2015) ve své knize nabízí několik nefarmakologických metod, jak zvládnout porodní bolesti. Poukazuje na využití relaxace v teplé koupeli při tlumeném světle, kdy žena postupně uvolňuje své tělo a zároveň samotná teplá voda napomáhá lepší cévní a lymfatické cirkulaci. Ponořením do vody během první doby porodní můžeme dosáhnout snížení bolesti a tak i snížení požadavků na farmakologické tlumení bolesti. Voda ženu nejen nadnáší a napomáhá jí zaujmout pohodlnou pozici, ve které se cítí lépe, ale i snižuje tlak na pánev a využitím teplé vody můžeme také docílit uvolnění křečí ve svalech, a tak docílit úlevě od bolesti (Mander, 2014). Využití teplé koupele v první době porodní je tedy velmi přínosné. Samotný porod do vody je ovšem odbornou společností vnímán jako sporný. Cluett, Burns (2012) udávají, že pobyt ve vodě během druhé doby porodní může být velmi problematický a vedení třetí doby porodní doporučují mimo vodu. Naopak britský tým vědců dospěl k názoru, že porody

do vody jsou spojeny s minimálním rizikem pro matku i dítě (Nutter et al., 2014) o vedení třetí doby porodní ve vodě se však nezmiňují.

Mezi další doporučenou metodu řadí Bašková (2015) protistresové dýchání, které lze trénovat již v těhotenství. Jde o hluboký nádech a výdech, který by měl zmírnit následky tísně a obav. Masáž, která má značný užitek na snížení strachu, může být při porodu provedena porodní asistentkou, partnerem (Smith et al., 2012) nebo se žena může masírovat sama (Hanáková et al., 2015). Masáž je prostředkem léčby a relaxace, uvolňuje

a uklidňuje. Doporučuje se masírovat břicho a to krouživými pohyby dlaní po směru hodinových ruček nebo záda krouživými pohyby od kostrče dolů palcem, pěstí či dlaní (Hanáková et al., 2015).

Následující nefarmakologické metody nemají v českém porodnictví příliš velké zastoupení a v jejich použití velmi záleží na postoji porodní asistentky k těmto technikám. V rámci aromaterapie se využívají vonné svíčky nebo esenciální oleje (Smith et al., 2011a) nebo bylinné extrakty, které ženy vdechují (Pařízek, 2014). Akupunktura, shiatsu masáž, a akupresura, masáž prováděna špičkami prstů v určitých bodech (Mander, 2014), může mít pozitivní vliv na vnímání bolesti (Smith et al., 2011b). Úspěch léčby je ale dán výcvikem a zkušeností praktika (Mander, 2014). Pařízek (2014) udává, že někteří odborníci poukazují na fakt, že u bílých žen mají tyto asijské metody velmi malou účinnost, tedy okolo 5 %.

Nezanedbatelná pro tlumení bolesti je i poloha, postoj a chůze rodičky, a také využití hudby (Mander, 2014), která má schopnost uklidňovat, měnit náladu a může ženu i mírně rozpohybovat a uvolnit ji z křečí (Kalnerová, Matějková, 2014). Běžnou praxí v dnešní době bývá přítomnost otců či jiné blízké osoby u porodu. Většina odborníků se přiklání k názoru, že partneři mají pozitivní vliv na rodičku a tím i průběh porodu, ale zmiňují i negativní dopad. Gregora, Velemínský (2013) upozorňují, že jak pozitivní tak negativní vliv partnerů na vnímání porodu ženy může být dán vztahem mezi partnery, ale záleží i na jejich povaze (Takács et al., 2015).

Farmakologické metody tlumení bolesti jsou součástí lékařsky vedeného porodu. Můžeme je rozdělit na systémovou analgezii, která se podává nitrožilně nebo inhalačně a na regionální analgezii, mezi kterou řadíme například pudendální, paracervikální či epidurální analgezii (Pařízek, 2014). Nejčastěji se používá epidurální analgezie za

asistence anesteziologa (Takács et al., 2015). Pařízek (2014) uvádí, že je tato analgezie velmi účinná, ale ženy stále vnímají mírnou bolest, důležitou pro tlačení ve druhé době porodní. Buckleyová (2016) ale varuje, že při podání epidurální analgezie se snižuje produkce oxytocinu, který je potřebný k finálnímu tlačení.

1.4.2 Druhá doba porodní

Druhá doba porodní je též nazývána dobou vypuzovací, kdy zaniká branka a plod prostupuje tvrdými i měkkými porodními cestami (Carr, 2012) za využití porodních sil (Hanáková et al., 2015). Děložní kontrakce v této době vrcholí, matka zapojuje břišní lis během kontrakce tím, že tlačí stejně jako při defekačním reflexu (Slezáková et al., 2011). Tato fáze porodu trvá přibližně třicet minut (Gregora, Velemínský, 2013) a končí porodem plodu (Takács et al., 2015).

1.4.2.1 Péče porodní asistentky ve druhé době porodní

Během druhé doby porodní poslouchá porodní asistentka ozvy plodu po každé kontrakci (Moravcová, Petržílková, 2015). Matka zapojuje břišní lis (Hanáková et al., 2015). Na porodní asistence je, aby matce vysvětlila správné tlačení, protože mnohdy se stává, že matky všechen vzduch tlačí spíše do hlavy, což samozřejmě nemá efektivní výsledek (Hanáková et al., 2015). Doporučuje se, aby se žena schoulila jakoby do klubíčka a hlavu předklonila k hrudníku (Gregora, Velemínský, 2013) a následně vyvinula tlak na konečník. V období mezi kontrakcemi by měla žena relaxovat a nabrat síly do dalšího tlačení, pokud má žena plný močový měchýř, vyprazdňuje jej porodní asistentka sterilně cévkou a následně provede zevní dezinfekci rodidel. Dále porodník či porodní asistentka chrání hráz a drží hlavičku, aby se neprořezávala příliš rychle. Pokud hrozí ruptura hráze při prořezávání hlavičky, provede epiziotomii (Srp, 2014a). I přesto, že se od rutinní epiziotomie opouští, stále je velmi častým zákrokem na porodním sále, ať už pro rozšíření porodních cest nebo jako prevence perineálního zranění, ruptury análního svalu (Singh et al., 2016) a s tím související inkontinencí stolice či moče a poškození funkce pánevního dna (Takács et al., 2015). Jde o chirurgický řez, který se provádí těsně před porodem dítěte (Carr, 2012), při intenzivním tlačení rodičky, kdy je hráz tak napnutá, že provedení epiziotomie rodička většinou nevnímá (Gregora, Velemínský, 2013). Nástřih hráze může být veden mediálně, tj. ve střední čáře směrem k análnímu otvoru. Zde však hrozí pokračující ruptura a poranění svalu. Další možností je laterální

epiziotomie. Tento stříh se nepoužívá příliš často vzhledem k obtížnějšímu ošetření. Nejčastěji se však využívá mediolaterální epiziotomie, kdy je stříh veden šikmo k hrbolu sedací kosti. (Fodstad et al., 2016)

Ačkoliv jsou v České republice běžnou praxí porody na porodním lůžku, studie dokázala, že poloha, kdy je žena v podřepu, pozitivně ovlivňuje vnímání bolesti. (Valliani, 2016). Hanáková et al. (2015) vyjmenovává možné polohy při druhé době porodní, mezi které patří poloha v leže, v sedě, na boku, v kleku nebo na porodní stoličce. Doporučuje, aby si matka polohu dohodla s porodníkem, který bude u porodu přítomen, ještě před započítáním druhé doby porodní. Valliani (2016) též apeluje na důležitost edukace matek týkající se porodních poloh a volnosti při jejich výběru.

Partneři u porodu ve druhé době porodní by měli být seznámeni s tím, co mohou pro rodičku v této chvíli udělat a co je pro ni podstatné. Porodní asistentka by je měla povzbuzovat, aby byli se ženou a byli jí oporou, ať už slovním povzbuzováním nebo fyzicky, držením za ruku, přidržováním hlavy rodičky na hrudi při tlačení nebo hlazením (Carr, 2012). Zeirhutová a Velemínský (2013) ještě dodávají důležitost klidu partnera, alespoň navenek, povzbuzování a chválení rodičky.

1.4.3 Třetí doba porodní

Třetí dobou porodní nazýváme časový úsek od narození dítěte až po porod placenty a plodových obalů (Carr, 2012). Placenta je dočasný orgán, díky kterému je umožněno spojení mezi matkou a plodem a prostřednictvím ní se tak k plodu dostává kyslík a živiny a jsou odváděny zplodiny metabolismu (Slezáková et al., 2011). V této době se děložní fundus nachází ve výši pupku. Po krátké klidové fázi po porodu dítěte, přichází znovu kontrakce, díky kterým se retrahuje děloha. Tento mechanismus napomáhá odlučování placenty a zástavě krvácení (Hofmeyr et al., 2015). Při odlučování se vytvoří krevní výron mezi placentou a děložní stěnou, který placentu oddaluje od stěny a díky kontrakcím by se měla porodit placenta (Hanáková et al., 2015). Tato doba by neměla trvat déle než hodinu (Gregora, Velemínský, 2013).

Při poruše děložních svalů může dojít k problémům s odlučováním placenty a možnému následnému poporodnímu krvácení, které je ve světě jednou z hlavních příčin úmrtí matky při porodu (Mori et al., 2012). Jako prevence a zároveň léčba této komplikace se

používá oxytocin (Pantoja et al., 2016). Jedná se o umělý přípravek, který se podává intravenózně na urychlení svalových kontrakcí (Carr, 2012). V současné době je trendem aktivní vedení třetí doby porodní a to podáváním uterotonik a řízenou trakcí pupeční šňůry, jako prevence poporodního krvácení (Hanáková et al., 2015). Gregora a Velemínský (2013) uvádějí, že již po porodu hlavičky by se měla intravenózně aplikovat uterotonika. Srp (2014a) dodává, že uterotonika po porodu hlavičky se aplikují jen v některých případech, jinak by se měla podávat po porodu plodu. Výzkum prokázal, že podání oxytocinu po porodu hlavičky nebo až po porodu dítěte nemělo vliv na krvácení matky a retenci placenty či trvání třetí doby porodní (Soltani et al., 2010). Kromě uterotonik ve třetí době porodní je možné krvácení předejít i masáží dělohy, jež může podpořit kontrakce nutné k odloučení placenty (Hofmeyr et al., 2013).

1.4.3.1 Péče porodní asistentky ve třetí době porodní

Než se začne s ošetřováním porodního poranění po porodu placenty, je dobré nejdříve rodiče vysvětlit krok za krokem, co se bude dít a průběžně ji o tom informovat, zajistit ji co možná nejpohodlnější možnou polohu, ale zároveň takovou, aby měl ošetřující lékař, který musí prohlédnout porodní cesty a ošetřit případná poranění, přehled. (Intrapartum Care, 2014). Porodní asistentka tedy kromě podání uterotonik a měření fyziologických funkcí asistuje lékaři, který ženu vyšetří pomocí gynekologických zrcadel, při nutnosti šití porodního poranění aplikuje porodník injekčně anestetikum a poranění sešije stehy, které v období šestinedělí samy vypadají (Gregora, Velemínský, 2013).

Pro partnera u porodu ve třetí době porodní může tato fáze přinést možnost přestříhnout pupečník, a pokud není dítě matce položeno na břicho, či přiloženo k prsu, může si otec dítě poprvé pochovat (Carr, 2012). Běžnou praxí v dnešní době je, že dítě je ihned po porodu přiloženo matce na břicho a partner může tuto chvíli využít k focení prvních okamžiků a chválení matky (Zeirhutová, Velemínský, 2013).

1.4.3.2 Bonding

Bonding je překládán jako přilepení nebo připoutání se (Gregora, Velemínský, 2013) a jde o nepřerušovaný kontakt mezi matkou a dítětem (Slezáková et al., 2013), kdy můžeme pozorovat i dlouhý pohled dítěte na tvář matky, kterému se říká vtisknutí podoby. Tak se vytváří vzájemná vazba, která má vliv nejen na tvorbu mléka, ale později i při budování vztahů (Hanáková et al., 2015). Podle zvyklosti nemocnice dostane matka svého novorozence na břicho. Dítě je matce uloženo na břicho tzv. kůže na kůži a je tak nejen v přímém kontaktu s matkou, ale je matkou i zahříváno (Gregora, Dokoupilová, 2016). Stožický a Sýkora (2015) udávají, že první hodiny po porodu jsou podstatné pro vytvoření silné sociální vazby. Toto období je velmi důležité pro navázání a prohloubení vztahu mezi matkou a dítětem (Hanáková et al., 2015). Významnou roli zde mají hormony prolaktin a oxytocin (Liška, 2014).

Třetí doba porodní trvá přibližně do třiceti minut (Carr, 2012). Poté následuje poporodní období, které trvá další cca 2 hodiny, kdy se děloha postupně retrahuje (Srp, 2014b).

1.4.4 Čtvrtá doba porodní a péče porodní asistentky

Čtvrtá doba porodní je také nazývána jako poporodní období (Gregora, Velemínský, 2013). Je to časový úsek dvou hodin po porodu placenty, kdy je žena sledována porodní asistentkou na porodním sále (Srp, 2014b).

Toto období následuje po ošetření porodního poranění a hygienickém očištění, kdy porodní asistentka ženu uloží do klidové polohy a monitoruje tlak, puls, teplotu a zkontroluje poporodní krvácení a tak činí každých patnáct minut během celé čtvrté doby porodní (Slezáková et al., 2013). Porodní asistentka může ženě pomoci s prvním přiložením k prsu, které by mělo proběhnout právě během prvních dvou hodin po porodu ještě na porodním sále (Gregora, Dokoupilová, 2016) nejlépe do třiceti minut (Gregora, Velemínský, 2013). Mateřské mléko je nenahraditelnou výživou novorozence (Liška, 2014), kromě laktózy, bílkovin, vody a tuku, obsahuje veškeré potřebné vitamíny (Fait, 2014) a tak nejen odpovídá výživovým potřebám novorozence, ale

pomáhá i osídlit střeva prospěšnými bakteriemi, zlepšuje trávení a vstřebávání živin (Gregora, Velemínský, 2013). Potřebnou podporou matky v kojení, jejich edukaci o technice a zásadách kojení, které by měl respektovat celý zdravotnický tým, se zabývají dětské sestry po převozu matky z porodního sálu na stanici šestinedělí.

Partner u porodu ve čtvrté době porodní. Po porodu by měla porodní asistentka zajistit, aby byla žena se svým dítětem nerušeně a umožnit jim tzv. bonding (Takács et al., 2015), který je popsán výše. Ale nejen matka, ale i otec mají čas strávit tyto první chvíle s novorozencem společně (Zeirhutová, Velemínský, 2013). V dnešní době je již podporován okamžitý kontakt matky a dítěte kůže na kůži ihned po porodu a díky vyplavujícím se hormonům je ovlivněno časně spuštění laktace, které je pro dítě z mnoha ohledů velmi důležité (Intrapartum Care, 2014), ale tato společná chvíle partnerů a novorozence je velmi významná pro jejich vzájemné propojení a vytvoření hluboké emoční vazby.

1.5 ŠESTINEDĚLÍ

Šestinedělí je obdobím šesti týdnů od porodu dítěte, kdy postupně dochází k návratu změn, které byly podmíněny graviditou (Fait, 2014) zavinuje se děloha, odchází očištění, začíná se produkovat mateřské mléko, které je velmi důležité pro novorozence (Slezáková et al, 2013) a hojí se porodní poranění (Gregora, Velemínský, 2013). Žena se během tohoto období musí naučit nejen péči o novorozence, ale je třeba, aby věnovala pozornost i sama sobě a změnám, které se u ní odehrávají (Koudelková, 2013). Zároveň je to období, kdy si oba rodiče uvědomují svoji roli, která je důležitá pro vývoj dítěte (Brynton et al., 2013). Toto období můžeme rozdělit do dvou fází. První je šestinedělí časně, trvající do 7. dne po porodu, zatímco šestinedělí pozdní přetrvává až do 42. dne po porodu (Fait, 2014).

1.5.1 Péče porodní asistentky v šestinedělí

Koudelková (2013) popisuje ve své knize *Ošetřovatelská péče o ženy v šestinedělí* podrobný postup péče porodních asistentek na stanici šestinedělí po příjmu ženy z porodního sálu. V dnešní době žena po vaginálním porodu tráví na stanici šestinedělí zpravidla tři dny, kdy je jí umožněn nepřetržitý kontakt s dítětem v rámci rooming-in.

Tento systém brání oddělování dětí od matek, při kterém se snižuje frekvence kojení a tím i množství mateřského mléka, se kterým se ženy mohou později doma potýkat (Jaafar et al., 2016). Po předání ženy z porodního sálu na stanici šestinedělí s kompletní dokumentací je šestinedělka poučena o provozním řádu nemocničního oddělení, je u ní provedena kontrola identifikačního náramku na ruce, zkontrolována výška děložního fundu, krvácení, tlak, puls a teplota. Porodní asistentka dále zjistí, kdy žena naposledy močila

a zajistí dostatek tekutin a jídla. Na stanici šestinedělí také pomůže ženě poprvé po porodu vstát, pokud již nevstala na porodním sále a pomůže jí do sprchy, přičemž ji poučí

o důležitosti dodržování hygieny. Poté pomáhá šestinedělce se správnou technikou kojení a později jí vysvětlují i cvičení, která by v šestinedělí měla provádět (Koudelková, 2013). Matka v šestinedělí může být ohrožena krvácením, povrchní tromboflebitidou, při které může pociťovat bolesti v postižené končetině, symfyzeolýzou, která se může projevit již v průběhu těhotenství a po porodu mohou bolesti trvat až 6 měsíců. Nejvíce ohrožuje šestinedělku infekce. Proto je důležitá edukace porodními asistentkami o časté výměně vložek, mytí rukou a sexuálním styku až po zhojení porodního poranění (Hanáková et al. 2015). Porodní asistentka dále poučí ženu o tom, že během celého šestinedělí odcházejí lochia - očišťky, které jsou projevem hojivých procesů na děloze (Gregora, Velemínský, 2013) a zavinování dělohy, které může být bolestivé a žena může cítit stahy dělohy hlavně při kojení (Hanáková et al., 2015), kdy se vyplavuje oxytocin, který způsobuje děložní stahy (Gregora, Velemínský, 2011). V prvních třech dnech odchází čistě krvavé očišťky (lochia rubra), do osmého dne bývají spíše hnědožluté (lochia fusca), které žloutnou (lochia flava), od druhého týdne jsou průhledně hnisavé (lochia mucosa) a postupně ztrácí barvu i množství (lochia alba) (Gregora, Velemínský, 2013; Fait, 2014).

Žena v období šestinedělí může vnímat euforii, slastný pocit mateřství, ale zároveň se může dostavit tělesné a duševní vyčerpání (Hanáková et al., 2015). Úkolem porodní asistentky je, aby ženu připravila na změnu po porodu a naučila ji jak správně pečovat o novorozence. Na stanici šestinedělí ji edukují o koupání novorozence, péči o nehty, hygieně a péči o zuby, přebalování, prevenci opruzenin a péči o kůži novorozence (Bašková, 2015). Žena je znovu edukována o zásadách správné techniky kojení, kdy je důležité, aby zpočátku přikládala dítě k oběma prsům, neomezovala délku kojení,

nenutila dítě k prsu násilím a dbala i na pohodlnou polohu pro sebe (Gregora, Velemínský, 2011).

Během těhotenství ženy přirozeně přibývají na váze a mnohé ženy ji po porodu postupně ztrácí (Amorim, Linne, 2013). Cvičení v šestinedělí má přínos pro návrat těla do stavu před otěhotněním, zpevňuje svaly a slouží jako prevence tromboembolických komplikací (Fait, 2014). Pokud žena začne cvičit již první den po porodu, měla by po každém cviku odpočívat. Doporučuje se lehat si po porodu na břicho, protože to napomáhá zavínování dělohy (Vorlová, 2012) a věnovat se poporodní gymnastice, díky které ženy zpevňují břišní svaly, svaly hráze a svaly pánevního dna (Gregora, Velemínský, 2011). Později v šestinedělí je dobré se více soustředit na posílení pánevního dna, břišního svalstva a končetin jako prevence křečových žil a otoků (Vorlová, 2012).

Po šestinedělí by si žena měla dojít na kontrolní vyšetření, kdy se sleduje nejen celkový zdravotní stav, ale především krvácení, kontrola defekace a zhojení porodního poranění a kojení (Fait, 2014). Lékař též může doporučit vhodnou antikoncepci (Hanáková et al., 2015).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

V rámci této bakalářské práce „Subjektivní vnímání poskytované péče porodní asistentkou z pohledu rodičky“ byl stanoven jeden cíl.

Cíl 1: Zjistit jaká byla očekávání rodiček, se kterými přišly na porodní sál.

2.2 Výzkumné otázky

Na základě tohoto cíle byly stanoveny dvě výzkumné otázky.

Výzkumná otázka 1: Jak vnímají rodičky péči porodní asistentky?

Výzkumná otázka 2: Jaká očekávání mají ženy, které přicházejí na porodní sál?

3 Metodika výzkumu

3.1 Operacionalizace pojmů

Vnímání je myšlenkových proces, který zahrnuje pocity získané prostřednictvím všech smyslů- zrak, sluch, hmat, čich, chuť. Mozek tyto pocity zpracovává, třídí a vyhodnocuje. Je dáno osobními zkušenostmi a umožňuje základní orientaci v prostředí (Taghizedah et al., 2014).

Subjektivní vnímání je myšlenkový proces, který je specifický danému jedinci (Mander, 2014).

Rodička je těhotná žena během porodu svého dítěte (Intrapartum care, 2014).

Porodní asistentka je vysokoškolsky vzdělaný zdravotnický pracovník. Jejím úkolem je především péče o ženu během těhotenství, porodu a v období šestinedělí (ICM International Definition of the Midwife , 2016).

Očekávání je emocionální stav před neznámou situací (Murkoffová et al., 2012).

3.2 Metodika a technika výzkumného šetření

V této bakalářské práci bylo využito kvalitativní výzkumné šetření, bylo využito rozhovoru formou otevřených otázek (Švaříček, Šedřová, 2014). V prosinci 2016 byl uskutečněn předvýzkum, na jehož základě byly pozměněny některé otázky pro jejich nesrozumitelnost. Samotný sběr dat využitelných do této bakalářské práce probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů, které se uskutečnily na stanici šestinedělí v lednu 2017. Účast žen na tomto výzkumu byla zcela dobrovolná a ženy již na začátku byly ujištěny o anonymitě v tomto šetření a souhlasily s použitím diktafonu. Dotazované šestinedělky byly označeny R1 (respondentka 1) až R13.

Před začátkem rozhovorů bylo stanoveno 9 základních otázek, které byly dále dle potřeby doplněny podotázkami. Cílem těchto otázek bylo zjistit, jaká byla očekávání rodiček, se kterými přišly na porodní sál a jejich subjektivní vnímání péče porodní asistentky. Přímé citace žen z těchto rozhovorů jsou v kapitole 4 Výsledky výzkumného šetření vyznačeny kurzívou.

Každý rozhovor probíhal přibližně 15- 25 minut. Po domluvě s respondentkami byly tyto rozhovory nahrávány, následně přepsány a vytištěny, následně analyzovány metodou tužka papír (Švaříček, Šed'ová, 2014). Byly vytvořeny 2 hlavní kategorie, které byly následně členěny na několik podkategorií. První hlavní kategorie se týká péče porodní asistentky a dále byla členěna na pět podkategorií (Znalost rodiček o porodní asistentce, Očekávání rodiček, Vnímání péče porodní asistentky rodičkou, Vnímání osoby porodní asistentky, Péče porodní asistentky na stanici šestinedělí). Druhá kategorie, která se týká především porodu, obsahuje dvě podkategorie (Představa o porodu a její naplnění, Partner u porodu).

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen 13 ženami v období šesti dnů po porodu. Hlavním kritériem pro toto šetření bylo, aby žena byla po porodu v porodnici, proto bylo výzkumné šetření provedeno na stanici šestinedělí. Rozhovor probíhal v lednu 2017 v nemocnici Libereckého kraje a všech 13 žen souhlasilo s jeho provedením, nahráním a následným použitím získaných dat do této bakalářské práce. Věk těchto žen byl v rozmezí 22- 43 let, jejich vzdělání se lišilo. Výzkumu se zúčastnilo 7 prvorodiček a 6 vícerodiček, z toho tři multipary rodily více jak po patnácti letech.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Identifikační údaje respondentek

Respondentka	Věk (let)	Vzdělání	Parita	Partner u porodu
R1	29	SŠ	1	ne
R2	36	VŠ	2	ano
R3	28	VŠ	1	ano
R4	43	VOŠ	4	ano
R5	33	VŠ	3	ano
R6	28	VŠ	1	ano
R7	24	VŠ	1	ano
R8	29	SŠ	1	ano
R9	35	VOŠ	3	ano
R10	34	SŠ	4	ano
R11	22	SŠ	1	ne
R12	31	SŠ	2	ano
R13	27	VŠ	1	ne

Tabulka 1 Identifikační údaje žen

Zdroj: Vlastní výzkum

Z výše uvedené tabulky 1 vyplývá, že věk třinácti dotazovaných žen se pohyboval v rozmezí 22- 43 let.

Pět žen (R1, R8, R10, R11, R12) ukončilo vzdělání střední školou, dvě respondentky (R4, R9) vystudovaly vyšší odbornou školu a šest respondentek (R2, R3, R5, R6, R7, R13) dokončilo vysokoškolské vzdělání.

Sedm z respondentek (R1, R3, R6, R7, R8, R11, R13) rodilo poprvé. Dvě respondentky (R2, R12) rodily podruhé, další dvě dotazované (R5, R9) rodily potřetí a dvě respondentky (R4, R10) rodily již počtvrté.

U deseti respondentek (R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R12) byl u porodu partner přítomen, zatímco u tří respondentek (R1, R11, R13) partner přítomen nebyl.

4.2 Výsledky výzkumného šetření

Tabulka 2 Kategorie

PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY	Znalost rodiček o porodní asistenci
	Očekávání rodiček
	Vnímání péče porodní asistentky rodičkou
	Vnímání osoby porodní asistentky
	Péče porodní asistentky na stanici šestinedělí
POROD	Představa o porodu a její naplnění
	Partner u porodu

Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledky výzkumného šetření byly rozděleny do dvou kategorií. První kategorie nazvaná Péče porodní asistentky byla dále dělena na pět podkategorií podkategorie Znalost rodiček o porodní asistenci, Očekávání rodiček, Vnímání péče porodní asistentky rodičkou, Vnímání osoby porodní asistentky, Péče porodní asistentky na stanici šestinedělí. Druhá kategorie nazvaná Porod byla rozdělena na dvě podkategorie Představa o porodu a její naplnění.

Kategorie Péče porodní asistentky

Kategorie Péče porodní asistentky se zabývá subjektivním vnímáním péče porodní asistentky ženou při péči v porodnici. Tato kategorie byla dále rozdělena na podkategorie Znalost rodiček o porodní asistentce, Očekávání rodiček, Vnímání péče porodní asistentky rodičkou, Vnímání osoby porodní asistentky, Péče porodní asistentky na stanici šestinedělí.

Podkategorie Znalost rodiček o porodní asistence

Tato podkategorie poukazuje na povědomí žen o profesi porodních asistentek. Ženy na stanici šestinedělí byly dotazovány, zda vědí, kdo je porodní asistentka a zda by dokázaly vyjmenovat některé její kompetence. Většina respondentek se shodla na tom, že porodní asistentka, je důležitou osobou, která je u porodu velkou fyzickou i psychickou pomocí a oporou. Avšak ohledně kompetencí porodní asistentky váhaly a jejími kompetencemi si jisty nebyly. Nakonec pro popsání jejich pravomocí čerpaly z vlastních zkušeností.

Respondentka R3 sdělila, že porodní asistentka je: „*Člověk, který asistuje u porodu a stará se, aby maminka byla v klidu a stará se o ni v průběhu porodu i před porodem.*“ R8, R9 se shodují, že je vystudovanou profesionálkou, která může vést porod. R1, R2, R11, R13 čerpají ze svých zkušeností, když udávají, že je to jedna z nejdůležitějších osob u porodu a jsou především toho názoru, že „*je něco jako sestřička*“.

Jejich názory se však liší v míře kompetencí, kdy respondentka R1 udává, že porodní asistentka má menší kompetence než všeobecná sestra, zatímco podle respondentky R13 se porodní asistentka zaměřuje na péči o ženy těhotné i netěhotné. V průběhu těhotenství dohlíží na jeho správný průběh, v prenatálních poradnách provádí ženám různá vyšetření jako je měření krevního tlaku a odběr krve. A při porodu nejen dbá na potřeby ženy, kontroluje zdravotní stav její a dítěte, ale je pro rodičku i psychickou oporou a R13 udává, že dle ní může vést i samotný porod, ošetřovat novorozence, dohlížet na ženu po porodu. Respondentka R10 si myslí, že porodní asistentka je „*první pomocnou rukou rodičce.*“ Dále míní, že u porodu může nahradit partnera, pokud není přítomen.

Na otázku, zda by mohly vyjmenovat některé z kompetencí porodní asistentky, se povětšinou objevilo zaváhání. R1, R2, R3, R5, R8, R10, R11, R12 mají porodní

asistentku spojenou pouze s její přítomností u porodu. Jen respondentka R7 sama udává, že by byla ráda, kdyby každá těhotná žena měla svou porodní asistentku, která by se o ni starala od začátku těhotenství, přes samotný porod, až do období po porodu. A respondentka R9 po dotazu na další kompetence porodní asistentky říká, že si myslí, že „*může pracovat i jako sestřička u gynekologa, pečovat o těhotné a pak i teda na šestinedělí... A možná i jako sestřička u novorozenců, to nevím.*“ R4, R6 si myslí, že by se porodní asistentka mohla podílet na péči o těhotné ženy, při porodu, ale zároveň udává, že těhotná žena porodní asistentku vyhledá jen při problémech spojených s těhotenstvím a porodem.

Všechny respondentky se shodují, že porodní asistentka se o ženu stará během porodu, ale samotný porod již vede lékař. Podle respondentky R1 může porodní asistentka v takové chvíli „*jen podávat nástroje*“. Respondentka R2 udává, že porodní asistentka se o ženu stará do II. doby porodní, kdy volá lékaře, který rozhoduje, jestli provede epiziotomii a následně ošetří porodní poranění.

Naopak respondentka R7 udává, „*že by primárně měla vést porod, do té finální fáze. Myslím si, že pokud není žádná komplikace, tak by tam lékař vůbec nemusel být potřeba.*“ I respondentka R5 si myslí, že porodní asistentka by mohla porod i vést a respondentka R6 udává, že porodní asistentka může dělat „*asi skoro všechno, jediné, co nemůže dělat je podle mě určovat diagnózu a podávat léky bez souhlasu lékaře.*“ R12 vnímá porodní asistentku také jako plně kompetentní pečovat o ženu ve všech dobách porodních a vést fyziologický porod. Podle ní je lékař na porodním sále přítomen pro řešení akutních situací.

Podkategorie Očekávání rodiček

Tato podkategorie se zabývala očekáváním rodiček od porodní asistentky během porodu. Jejich velmi častá odpověď zněla, že od porodní asistentky nic neočekávaly. Po dalších dotazích o průběhu porodu a péči přítomné porodní asistentky však vyplynulo, že očekávání a představy o porodní asistenci měly a že byly splněny.

Většina respondentek (R7, R8, R10) měla podobná očekávání. Již před porodem si uvědomovaly, že je pro ně důležité, aby jim porodní asistentka pomohla, když budou potřebovat a doporučila úlevové polohy, podpořila je, aby byly klidnější a byla ochotna

poskytnout informace o všem, co je čeká. Respondentka R13 udává: „*Rozhodně jsem chtěla, aby mi vše vysvětlovala, co bude následovat, co mám dělat, protože jsem si myslela, že nebudu vědět, co mám dělat, že mě tam třeba nechají samotnou.*“ Dále uvádí, že pro ni bylo velmi důležité, aby ji porodní asistentka „*byla na blízku a byla mi díky svým radám oporou a jistotou.*“ R5, R6 zmiňují důležitost fyzického kontaktu a blízkost porodní asistentky, na kterou se mohou kdykoliv obrátit. Respondentka R6 k tomu dodává, že péči, kterou ji porodní asistentka poskytla, očekávala od svého manžela, který by však na porod nedokázal reagovat, tak jak respondentka potřebovala. Udává, že při samotném porodu potřebovala chytit za ruku, pohladit, vyjádřit něhu, dodat energii a toto ujištění, které se jí od porodní asistentky dostalo, hodnotí jako to nejdůležitější, co v danou chvíli potřebovala.

Respondentky R2, R12 udávají, že žádné očekávání od porodní asistentky neměly. A dodávají, že od ní neočekávaly takovou pozornost, pomoc a povzbuzení. Respondentka R12 udává: „*Mě spíš překvapilo, že to více méně koučuje ta asistentka, než ten doktor a bylo fajn, že opravdu to hrozně pomáhá, když tam ta asistentka je. Já jsem fakt myslela, že tam ta asistentka není takový rozhodující element, jako byl, takže více méně, předčila naše očekávání.*“ Po otázce, zda čekala, že ji porodní asistentka podá jen informace, k tomu ještě dodává: „*Spíš jsem myslela, že tam nebude tolik. Pro mě ten porod vedla ta asistentka. Ten lékař, ten tam je hlavně až ve finální fázi, ale pro mě... to já už tam nevnímám při tom porodu. Pro mě je rozhodující ten hlas, co mi tady jako dává pokyny.*“

Další respondentka R3 zmiňuje, že od porodní asistentky přítomné během porodu neměla žádná očekávání, protože pro ni byl při porodu důležitý její partner, od kterého vyžadovala plnou podporu a pomoc. Ostatní respondentky R1, R4, R9, R11 zmiňují, že od porodní asistentky nic během porodu neočekávaly.

Podkategorie Vnímání péče porodní asistentky rodičkou

V této podkategorii bylo zjišťováno, jak ženy vnímaly péči porodní asistentky o jejich potřeby během porodu, tedy od příchodu na porodní sál až po přeložení ženy po porodu na stanici šestinedělí. Ženy popisují nejen praktické výkony porodní asistentky, ale zmiňují skutečnost, že některé postupy porodní asistentky jim byly nepříjemné a přišly

jim zbytečné. Naplnění základních potřeb je pro člověka velmi důležité a jejich uspokojení je pro vnímání porodu rodičkami zásadní. Vzhledem k důležitosti komunikace, která může zajistit, jak dostatek informací, tak odbourat pocity strachu a uspokojit tak potřebu bezpečí a jistoty, byly ženy dotazovány především na schopnost porodní asistentky s nimi komunikovat a na čas, který s nimi trávila.

R1, R2, R3, R4, R5, R6, R8, R9, R11 popisují péči porodní asistentky od příchodu na porodní sál, kdy s nimi sepsala potřebnou dokumentaci, natočila vstupní kardiokardiof a odvedla je na porodní box, kde jim ukázala, kde najdou sprchu, záchod a čisté vložky. Po poskytnutých informacích, respondentky souhlasily s provedením klyzma. R3, R5, které měly od lékaře naordinovaná antibiotika z důvodu přítomnosti streptokoka skupiny B, porodní asistentka zavedla kanylu a antibiotika podávala dle ordinací. Dále respondentky udávají, že porodní asistentka přicházela pravidelně na porodní box poslouchat ozvy plodu a ptala se, zda něco nepotřebují, kontrolovala, zda se otevírají porodní cesty a průběžně je informovala o postupu porodu, vysvětlila, jak mohou prodýchat kontrakce, doporučovala úlevové polohy a respondentce R9 porodní asistentka navrhla strávit několik kontrakcí ve vaně. Pro respondentku R11 bylo důležité, aby byla srozumitelně informována o všem, co se bude dít. Říká: *„bylo pro mě důležité, že mi všechno dopodrobna vysvětlily, že to člověk fakt pochopil, že to bylo srozumitelné a věděla jsem, co mě čeká.“*

Respondentka R5 pozitivně hodnotí zájem porodní asistentky o její potřeby, ale k tomu dodává: *„Taky mě vadilo, že jsem pořád musela chodit nahoru a dolů na lehátko, jak mě pořád vyšetřovala, tak pak, když jsem lezla asi po šestý, tak už jsem říkala, že už prostě nechci. To už jsem byla hodně unavená.“*

Při naplnění potřeb porodní asistentkou bylo pro respondentky R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R10, R12, R13 důležitý čas, který s nimi porodní asistentka strávila. R4 shrnuje: *„Myslím, že tam byla tak akorát. Mluvila se mnou, když jsem potřebovala. Hodně mě povzbuzovala. A někdy tam jen byla a nic neříkala. A i to bylo docela fajn. Vždycky se mi snažila vyhovět, když jsem něco potřebovala, vzápětí přišla a to fungovalo dobře.“* Respondentky se shodují, že porodní asistentka dokázala dobře odhadnout chvíle, kdy ji potřebovaly mít vedle sebe a chvíle, kdy vyžadovaly více soukromí a v takových chvílích jim ho porodní asistentka poskytla. Zároveň udávají, že v takových chvílích věděly, že když budou něco potřebovat, vědí, jak porodní asistentku

zavolat. R8: „*Když se mělo něco dít, tak přišla, ale jinak jsem tam mohla být sama. Nebyla tam nějak přehnaně dlouho, dávala nám prostor, ale zároveň ty kontroly byly častý a já jsem neměla pocit, že bych si nevěděla rady nebo že bych tam na to byla sama.*“ Tyto respondentky R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R10, R12, R13 udávají, že porodní asistentka dokázala odhadnout, v jakých chvílích na rodičky může mluvit, aby ji vnímaly a kdy pro ně bylo důležitější, aby byla jen přítomna a potřebovaly ticho.

Pro respondentky R3, R10 byl při porodu velmi důležitý partner a udávají, že porodní asistentku příliš nevnímaly. Partner pro ně byl oporou a zajistil všechny potřeby, které měly.

Podkategorie Vnímání osoby porodní asistentky

V této podkategorii bylo zjišťováno, jak rodičky na porodním sále vnímají porodní asistentku. Respondentky se více méně shodují, že porodní asistentka jim byla velkou oporou. Dále je však z jejich odpovědí znát, že pro každou byl důležitý trochu jiný přístup. Kladně hodnotí empatii porodní asistentky, která přizpůsobuje svou péči osobnosti a individuálním potřebám rodičky.

Pro respondentky R2, R3, R6, R7, R9, R11, R13 byla porodní asistentka při porodu především velkou oporou, také udávají, že ji vnímaly kladně a byly vděčné za lidský přístup. R9 dokonce udává, že po ni byla „*dobrym andělem.*“ R7 říká: „*Určitě mi byla oporou a i v tu poslední chvíli, kdy jsem myslela, že jsem začala docela panikařit, tak mě hodně povzbudila, že to zvládnou.*“ R11 udává, že pro ni bylo velmi důležité, že s ní porodní asistentka byla po celou dobu porodu, kdy ji pomáhala „*foukat a rozdýchávat kontrakce*“ a kladně hodnotí i její fyzickou blízkost a podanou ruku při silných kontrakcích. Pro R2 bylo důležité, že porodní asistentka věděla, „*kdy má co říct a jak to má říct*“ i schopnost zachovat klid. Udává, že až od manžela se dozvěděla, že s nimi porodní asistentka nebyla celou dobu, ale často je chodila kontrolovat.

Pro respondentku R3 byl největší oporou její partner a porodní asistentku při svém porodu příliš nevnímala. „*Tak samozřejmě, přítel byl na prvním místě. Ale ona mi byla takovou oporou, že jsem věděla, že kdyby to přítel nezvládl, tak tu byla ta porodní asistentka, která mi pomůže.*“ I respondentka R10 udává, že porodní asistentku při porodu příliš nevnímala přes silné kontrakce. Po otázce, jak ji vnímala ze začátku

porodu, když ještě nebyly přítomny tak silné kontrakce, odpovídá: „*Určitě bylo dobře, že tam byla. Když přijde člověk, který se usmívá a říká, že je všechno v pořádku, tak je jasný, že je to lepší, než kdyby přišel někdo zamračený a byl na mě drsnější.*“

Dvě respondentky R6, R12 zmiňují, že si váží milého, ale zároveň striktního přístupu porodních asistentek přítomných u porodu. Respondentka R6 odpovídá: „*Já jsem na jednu stranu byla ráda, že byla taková trochu přísná, protože já se nerada poddávám, a kdyby tam byl někdo hodnější, tak si myslím, že bych netlačila, takže jsem byla ráda, že byla taková správně rázná. Byla milá, ale vlastně zároveň mě nutila, abych dělala to, co bych měla dělat, protože vím, že bych to nedělala. Takže jsem byla ráda, že byla taková ostřejší a odměřenější... ale já to brala jako plus, protože jsem potřebovala, aby mě donutila.*“

I další rodička (R12) mluví podobně. „*Tak akorát rázná, když bylo potřeba být citlivější, tak byla, ale ne zbytečně moc, což třeba v mém případě nepotřebuju, abych tam měla nějakého utěšitele.*“

Podkategorie Péče porodní asistentky na stanici šestinedělí

Šestinedělí je obdobím, které s sebou přináší mnoho změn a především pro prvorodičky je období, kdy se musí naučit množství nových dovedností. V této podkategorii bylo zkoumáno, jak ženy vnímaly péči porodní asistentky na této stanici, co jim zde chybělo a s čím naopak byly spokojeny.

Pro respondentky R4, R5, R6, R12 bylo informací dostatečné množství a udávají, že neměly problém s porozuměním a porodní asistentky byly ochotné vše jim znovu zopakovat. R6: „*...každá sestra, která tady byla, tak jsem se mohla zeptat na cokoli, se vším mi pomohly. Měla jsem ze začátku problémy s kojením, tak se tu vystříдалy asi tři nebo čtyři sestřičky. Každá mi ukázala jinou metodu, každá mi pomohla trochu jinak.*“ K tomu udává, že byla ráda, že mohla vidět více metod a posléze si vybrat tu, která jí vyhovovala.

Respondentka R9 popisuje svůj příchod z porodního sálu na stanici šestinedělí: „*ukázala mi prostory, vysvětlila, kde co je, ukázala mi mou skříň, kde je sprcha, záchod, kde si můžu brát čistý prádlo, kde pít, kam nosit tácy po jídle, kde najít je a kde dětské sestřičky...*“ Dvě respondentky R1, R2, které byly po císařském řezu, kladně hodnotí

pomoc porodních asistentek při prvním vstávání. Udávají, že porodní asistentky byly milé a vyhověly jim ve všem, co požadovaly. „*A vidím to třeba, když tady přicházejí další maminky, jak jim stále vše vysvětlují a pořád s tím svým, jak to mají naučený, ale pořád to samý říkají všem. Oni nevidí rozdíl, jestli je tam maminka A nebo B, ale vidím, že se tady věnují úplně všem maminkám.*“ Dále popisuje, co ji povzbudilo v péči porodní asistentky na stanici šestinedělí: „*...jak jsem tady pak vstávala po císaři a sípala jsem, protože to bolelo, tak mě uklidnila, že ona to zažila dvakrát. A to byla taková ta úleva, že ví, jak se cítím.*“

Naopak podle respondentek R3, R7, R8, R10, R11, R13 bylo informací na stanici šestinedělí příliš a připadaly si zahlceny. Všechny však udávají, že věděly, že se mohou porodních asistentek zeptat a ty jim na jejich dotazy ochotně odpověděly a pomohly, s čím potřebovaly. R10: „*...asi mi to bylo vysvětleno, ale ono v tu chvíli to člověk moc nevnímá. Ale dnes to tu vysvětlovaly druhé paní, tak jsem si to zase všechno znovu poslechla.*“ R11 říká: „*V první řadě toho bylo docela dost, že si člověk říká, že toho moc nepobral, protože těch informací bylo fakt hodně. Ale když si to vezmu zpětně a přemýšlím nad tím, tak se to dá všechno pospojovat. A hlavně tady vím, že se můžu sestřiček zeptat a s paní tady si hodně radíme a pomáháme, a když už nevíme tak jdeme za sestřičkama.*“ R8 říká, že se zpočátku styděla znovu a znovu se ptát a tak její dotazy spíše směřovaly na věci, které už byly řečeny. Svůj první dojem ze stanice šestinedělí po prvním porodu komentuje: „*...těch dojmů z toho miminka bylo spoustu a spoustu věcí, který byly nové, tak to bylo těžší pobrat a bylo to takové náročnější, že jsem si nevěděla rady a zároveň ale, když jsem se zeptala, tak mi vše znovu ochotně řekly, ale teď už při tom druhým, jak jsem byla taková klidnější a většinu si pamatuju, tak je to v pohodě a už i vím, že se můžu ptát.*“

Kategorie Porod

Kategorie Porod je zaměřena na samotný porod. Bylo zjišťováno, co ženy od porodu očekávaly, jak ho vnímaly a co jim pomáhalo. Pozornost byla zaměřena též na partnera, který je v poslední době na porodních sálech často přítomen a nese velkou zodpovědnost za rodičky vnímání porodu. Tato kategorie byla dále rozdělena na dvě podkategorie Představa o porodu a její splnění a Partner u porodu.

Podkategorie Představa o porodu a její naplnění

V této podkategorii bylo cílem zjistit, jak si ženy v České republice porod v porodnici představují, jaká jsou jejich očekávání, z čeho čerpaly, když si tyto představy utvářely a zda byla tato očekávání splněna.

8 respondentek R1, R3, R4, R5, R6, R9, R10, R11 odpovídá, že žádné představy o porodu neměly. Podle jejich odpovědí, přišly do porodnice a nevěděly, co se s nimi bude dít. Jejich očekávání porodu se zúžilo na přání, aby jejich porod byl „*hlavně krátkej a bezbolestnej*“, jak odpovídá R11. Další respondentka R3 přiznává: „*No, jako že budou bolesti, že se budou stupňovat to jo, ale nečekala jsem, že to bude takhle a zvlášť při té poslední kontrakci. To jsem si myslela, že bude jiný.*“ Respondentka R1, která vzhledem k poloze plodu počítala s císařským řezem, si porod nijak nepředstavovala. Po dotazu, zda si měla alespoň nějaké představy o porodu, než věděla, že tuto operaci podstoupí, přiznává: „*...jako bála jsem se toho, to je jasný a pak když jsem věděla, že půjdu na císaře, tak jsem snad byla i ráda.*“

2 respondentky R2, R6 zmiňují nepříjemné zážitky ze svého porodu. R6: „*Já jsem rodila o čtyři týdny dřív, tak jsem nad tím vůbec ani nestihla přemýšlet a měla jsem spoustu jiný práce, takže já jsem tomu nechala takový volný průběh. Tak jak to proběhlo, tak jsem to přijala... Jiný by asi bylo, kdyby člověk věděl, že nastupuje k porodu a věděl, že už musí tady být v určitým datumu, tak by nad tím, třeba přemýšlel, ale já na to neměla čas.*“ Při tom vzpomíná na svůj porod a dodává: „*Nejhorší pro mě bylo, když na začátku mých kontrakcí rodila paní vedle, která teda hodně křičela, a ten porod byl asi hodně ošklivej a to vlastně bylo pro mě to nejhorší, ani ne celkově ten můj porod. Protože to rozhodilo tu psychiku a mě z toho bylo až špatně chvílema. A ve chvíli, kdy odrodila, tak vlastně já už jsem pak taky začala být víc v klidu a šlo to líp.*“

Jako kdybych za ní měla strach, takový jsem měla špatnej pocit, takže to je nejhorší můj zážitek z porodu.“ Respondentka R2 připojuje, že pro ni bylo „nepříjemný že se musel natáčet ten monitor při těch bolestech.“

Další respondentka R5 si svůj první porod nijak nepředstavovala, u dalších porodů už věděla, co čekat a nebála se si o to říci: „...u toho prvního porodu je pravda, že jsem teda vůbec netušila, co bude a co nebude. Překvapilo mě to, a protože porod moc dobře nepostupoval, tak mě pak začali tlačit na břicho, takže u toho prvního porodu jsem vůbec nevěděla, co se vlastně děje, takže jsem si všechno nechala líbit. No a pak už to bylo lepší. Ted' jsem měla jít při čtvrtým na vyvolání, tak nakonec jsme se domluvili, že to ještě pár dní necháme do toho druhého termínu, tak jsem byla ráda. No, nakonec to teda nezačalo samo, vyvolali to, ale myslím, že těch pár dní, kdy jsme počkali, byly dobrý.“

Dvě respondentky R10, R12 podstoupily indukci porodu, byly podle jejich slov v nemocnici již informovány o průběhu porodu. R12 říká: „*Jelikož mi oba dva porody vyvolávali, tak jsem byla informovaná, jak to přesně bude probíhat, takže jsem více méně všechno věděla.*“ Svě vlastní představy o průběhu porodu však neměly, přijaly porod tak, jak jim ho popsali zdravotníci. Podobně odpovídá R10: „*Já si asi ani nic nepředstavovala. Já jsem tušila, že co se bude dít a moc jsem se nad tím nezamýšlela.*“ Další respondentka R8 říká, že při představě porodu neměla specifické nároky, jak by měl vypadat, a vše podstatné se dozvěděla při sepisování porodopisu před termínem porodu. „*Že to bude něco hodně bolestivýho a že to bude trvat dlouho...Já jsem si byla sepsat porodopis, takže jsem pak tak nějak zhruba věděla, co a jak a pak jsem chodila ještě na předporodní přípravu, takže v rámci toho jsem měla docela představu...Čekala jsem, že přijdu do porodnice, bude to vstupní vyšetření, natáčení monitoru, klystýr a pak se bude čekat. Čekala jsem, že když něco budu potřebovat, tak mi s tím porodní asistentka pomůže, což bylo splněno.*“

Tři respondentky R2, R7, R13se zmiňují, že o porodu četly v knížkách nebo na internetu nebo chodily na předporodní přípravu, kterou hodnotí velmi kladně. R2 říká: *Já ho měla hlavně nastudovanej z knížek, z předporodních kurzů, a že to bude takový víc, že všichni budou vědět co.*“ Dále popisuje svou představu a její splnění: „*Takže jsem si představovala, že to bude méně bolestivý, ale bylo to jiný vnímání tý bolesti, já to furt nedokážu pochopit..., a nakonec, když jsem porodila, manžel říká: „To bylo*

hrozný, vid'.“ *A já jsem říkala: „Já bych klidně rodila znova.“ Prostě najednou se to úplně přepne na jiný vnímání a měla jsem to takový zastřený.“* Jediná respondentka R7 měla určité představy o průběhu svého porodu, sama říká: *„Představovala jsem si ho, co nejvíc přirozeně a bez zásahu a asi právě jenom s tou porodní asistentkou. Nebo více méně v těch možnostech, jak to tu může být. Chtěla jsem vlastně jinou porodní pozici, nechtěla jsem nástřih, to mi teda bylo splněno a přiložit dítě, neodnášet, vlastně až po těch dvou hodinách, tak to si ji půjčily, což je dobrý a pozici jsem si teda chtěla vybrat sama, ale nakonec jsem stejně skončila v tý, v který jsem nechtěla, ale svoji vinou, protože mi to prostě jinak nešlo... Zkoušela jsem v dřepu a zkoušela jsem na všech čtyřech, ale nevím, jak se tak rodí, mně to prostě nešlo, takže jsem nakonec byla spokojená na zádech a ono to nebylo tak hrozný.“* Dále udává, že vše, co požadovala, ji bylo umožněno a že je moc ráda, jak její porod dopadl.

Podkategorie Partner u porodu

V dnešní době již nejde u porodu jen o matku a dítě, ale čím dál více se do celého dění zapojuje i otec dítěte. Stejně jako každá rodička vnímá porod odlišně, jsou na tom podobně i otcové. Partner u porodu může být pro rodičku velkou oporou a povzbuzením, ale zároveň tato chvíle může být pro něj samotného velmi těžká. Tato podkategorie se zabývá pocity partnerů u porodů, o kterých rodičkám řekli, jak vnímali rodičky i partneři spolupráci porodní asistentky s partnery rodičky.

Všech třináct respondentek zmiňuje, že rozhodnutí, zda partner půjde k porodu nebo ne, nechaly na něm. U deseti respondentek R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R12 byl partner přítomný u porodu. R12: *„Já jsem mu říkala, že ho nutit nebudu, že se musí rozhodnout sám, aby se nikde nekácel a nemusela tam asistentka běhat kolem něho, takže v tomhle jsem mu nechala úplně volnou ruku, ať se rozhodne sám.“* Všech deset rodiček zmiňuje, že pro ně bylo velmi důležité, že byl partner přítomný u porodu. R5 říká, že podle ní se u porodu partner cítil dobře a zároveň poukazuje na to, jak pro ni bylo důležité, že tam byl. V první době porodní si hlavně povídali, spíše o nedůležitých věcech, sama zmiňuje: *„Já jsem prostě potřebovala slyšet, co jsem říkala já a o něm jsem si říkala, ať už hlavně nic nedělá. Ale myslím si, že mu to nijak nevadilo. On chtěl sám k porodu a byl i u předchozího, takže věděl, co čekat.“* Partner respondentky R7 byl

nejen psychickou oporou pro respondentku, ale také mohl asistovat při porodu přestříhnutím pupečnicku. „*Já jsem ve finále ráda, že tam byl, on říká, že je taky rád, že tam byl. Největší asistence byla, že stříhal pupečnick, jinak ve finále je to spíš taková psychická opora. Myslím si, že nijak nepanikařil.*“ Rodička popisuje, že její partner během porodu seděl v křesle s nohama na gymnastickém míči, který sama nevyužila, a čekal, co se bude dít.“

Partneři respondentek R4, R6, R12 porod prožili spíše v ústraní a byli rádi, že se nemusí moc zapojovat do dění na porodním sále. Respondentka R4 říká, že její partner byl ze všeho dění kolem porodu mírně rozpačitý. Respondentka to komentuje takto: „*No, chudák nevěděl, jak mi má pomoci. To bylo jeho první dítě, tak nevěděl, co má dělat. Tak jsem mu říkala: „promasíruj mi aspoň záda.*“ Na otázku, zda si myslí, že s ním porodní asistentka dokázala komunikovat, odpovídá: „*Jo, vysvětlovala mu, co se děje, radila mu, co má dělat, jak mi má pomoci, ale byl z toho takovej vyjukanej.*“ Podobně porod prožíval i partner respondentky 6, která říká: „*Chvílema byl zděšený, chvílema byl šťastnej, takže já vlastně vůbec nevím a myslím, že on si sám taky nedokáže určit, že to sám rozchází, co se vlastně stalo a taky na to asi nebyl úplně připravený. Je teda pravda, že si myslel, že opravdu toho moc neuvidí. A asi toho viděl víc, než měl, takže byl trošku překvapený.*“ O komunikaci mezi ním a porodní asistentkou říká: „*Tak on sám taky moc nekomunikuje, on toho sám moc nenamluví, takže možná byl rád, že mohl být trochu v ústraní a že si to užil svým vlastním způsobem.*“ Respondentka R12 k tomu dodává, že pro partnera bylo těžké vidět trpět blízkou osobu a sám moc dobře nevěděl, co se bude dít a co dělat.

Dále respondentky R2, R4, R8, R9, R10 popisují komunikaci mezi nimi a zdravotnickým personálem. Zmiňují, že porodní asistentka jejich partnery zapojila nejen do komunikace, ale snažila se jim dávat i drobné úkoly a radila jim, jak rodiče mohou pomoci a chválí si uvolněnou atmosféru a příjemné jednání. Partner respondentky R8 byl porodní asistentkou navigován, jak své družce může pomoci. Respondentka R8 říká: „*Myslím si, že se ta ani necítil trapně. Ona mu porodní asistentka říkala, co může dělat, jak se o mě starat, takže to bylo v pohodě.*“ Další matka R9 mluví o komunikaci mezi partnerem a porodní asistentkou podobně: „*Zapojila ho a taky mu vše vysvětlovala a normálně si s ním povídala.*“ R7: „*...na finále ho asistentka vyzvala, že může jít blíž, protože já jsem v tu chvíli moc nevnímala, tak jsem nevěděla, kde je... vždycky když jsme chtěli nějaké informace, tak jsme je*

dostali, myslím, že bylo i dobře, že ho přizvala na ten konec ke mně i na to přestřihnutí pupečnicku, takže vše bylo v pořádku.“

U tří respondentek R1, R11, R13 partner u porodu nebyl. Toto rozhodnutí partneri učinili sami a rodičky říkají, že jim toto rozhodnutí nerozmlouvaly. R13 udává, že partner nechtěl být u samotného porodu, ale po porodu měl možnost být s partnerkou i novorozencem na pokoji. Partnerovi respondentky R1, která byla po císařském řezu, bylo také umožněno počkat v její blízkosti a co nejdříve se přivítat se svým novorozeným synem. A partner respondentky R11 vzhledem k své povaze u porodu přítomný nebyl. Respondentka R11 říká: *„Tak za prvé on je docela vzpurnej, takže by mě deprimoval, jak by stále říkal: „Tlač, dělej.“ A byl by nervnější, než když byl teď na tom telefonu a pořád volal. A já si zas říkám, že chlap u porodu nemá být. Že to má spíš doma zapíjet. Prostě dříve taky nechodili k porodu a zvládly to.“*

5 Diskuze

Každá žena může svůj porod prožívat mnoha různými způsoby (Takács et al., 2015), i přesto, že jejich základní potřeby se příliš lišit nebudou, mohou se lišit prostředky, kterými jsou tyto potřeby naplňovány. Není to jen v osobnosti ženy, protože i jedna rodička může každý svůj porod vnímat odlišně. Péče porodní asistentky proto není, nebo by alespoň neměla být, rutinní záležitostí, ale neustálým vyhledáváním možností, jak potřeby rodičky naplnit a poskytnout jí pocit bezpečí a jistoty pro zrození nového života (Chapman, 2013).

V této bakalářské práci „Subjektivní vnímání poskytované péče porodní asistentky z pohledu rodičky“ bylo cílem zjistit, jaká jsou očekávání rodiček, se kterými přišly na porodní sál. Byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka zjišťovala, jak rodičky vnímají péči porodní asistentky. Druhá výzkumná otázka zkoumala očekávání rodiček přicházejících na porodní sál. Bylo použito kvalitativního výzkumného šetření formou polostrukturovaného rozhovoru na stanici šestinedělí v nemocnici Libereckého kraje, který byl proveden v lednu 2017, a zúčastnilo se ho 13 respondentek.

Výzkum byl rozdělen do dvou kategorií. První kategorie charakterizuje vnímání péče porodní asistentky, druhá kategorie popisuje porod, jaká byla očekávání na tento jedinečný životní akt a zda byla očekávání splněna. Tyto dvě kategorie byly dále členěny na několik podkategorií, které měly za cíl podrobněji objasnit danou problematiku.

Z výzkumného šetření je patrné, že rodičky nemají příliš povědomí o tom, kdo porodní asistentka je a jaké jsou její kompetence. Obecně se shodují (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R11, R12, R13), že je velkou psychickou oporou a povzbuzením při porodu. Také se rodičky v tomto výzkumném šetření shodují, že porodní asistentka je tam pro ně a pomáhá jim porod zvládnout, nabídnout úlevu od bolesti. Pouze jedna respondentka R1 si myslí, že porodní asistentka asistuje lékaři a je na porodním sále spíše pomocnou silou. Dvě respondentky (R1, R10) si myslí, že u porodu je porodní asistentka důležitá, ale udávají, že ony se s žádnou nesetkaly a neví, koho si představit jako porodní asistentku. Tyto respondentky si myslí, že porodní asistentka je osoba

přítomná u domácích porodů, ale uvádějí, že nevěděly, že porodní asistentka může pracovat v nemocnici. Respondentky (R4, R5, R7, R8, R9, R12, R13) si však neumí představit, co by porodní asistentka mohla dále vykonávat. Po podrobnějším dotazování se shodují, že porodní asistentka je kompetentní k tomu, aby porod vedla, jen čtyři respondentky si myslí, že by porodní asistentka mohla i ošetřit novorozence (R8, R9, R10, R13) a šest respondentek (R4, R5, R6, R7, R9, R13) se shoduje, že porodní asistentka může pečovat o ženu během těhotenství nebo v šestinedělí, z toho jedna respondentka R6 udává, že jen tehdy pokud má žena nějaké problémy. Informace o kompetencích porodních asistentek ženy čerpají především ze svých zkušeností. Respondentka R7, která se více zajímala o průběh porodu a usilovala, aby byl co nejvíce bez zásahu, a respondentka R13, udávají, že o porodní asistenci se dozvěděly hlavně z knížek a webových stránek. Respondentka R7 dokonce udává, že podle ní by bylo přínosem, aby každá žena měla „*svou porodní asistentku*.“

Ženy měly o porodní asistenci různé představy. Z jejich odpovědí vyplývá, že před příchodem na porodní sál si příliš představy nedělaly a jejich očekávání vyplynula až z potřeb v průběhu porodu. Jedna respondentka R2 si svůj názor udělala na základě vyprávění své matky a proto nečekala, že o ní porodní asistentka bude tak moc pečovat. Další čtyři respondentky také očekávaly, že na celý proces porodu budou více samy a byly proto příjemně překvapeny, že jim nejen byly poskytnuty informace, které potřebovaly (R7, R8, R11, R13), ale byla jim poskytnuta i pomoc a psychická podpora a díky porodním asistentkám mohly být klidnější (R4, R6, R7, R8, R9, R10, R11, R12, R13), což byly potřeby, které si ženy uvědomily především až při porodu. Pro dvě respondentky (R1, R5) bylo důležité, že byla porodní asistentka milá a empatická a potvrzují tak slova Chapman, Charles (2013), která mluví o důležitosti empatického rozhovoru a pozitivivity při komunikaci s rodičkou.

První výzkumná otázka, jak vnímají rodičky péči porodní asistentky, byla zodpovězena v podkategorii Vnímání péče porodní asistentky z pohledu rodičky. Takács et al. (2015) píše, že úlohou porodní asistentky na porodním sále je nejen péče o ženu po fyzické stránce, ale i o její psychickou stránku. Udává, že je důležité ji podporovat a plnit její přání. Ženy potvrzují, že pro ně byla velmi důležité především péče o jejich psychický stav (R1, R2, R3, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R11, R12, R13) a míra podpory, které se jim dostávalo, ovlivnila jejich vnímání péče porodní asistentky. Podstatné pro ně bylo nejen uklidňování a povzbuzování (R1, R8, R11, R13), ale udávají, že jim pomohlo i to,

že porodní asistentka jim vysvětlila, kde co najdou a co se bude dít (R2, R6, R7, R8, R11) a komentovala průběh porodu (R2, R7, R8, R13), což potvrzuje tvrzení Mander (2014), která ve své knize péče poukazuje na důležitost informovanosti a zajištění pocitu a jistoty rodičky porodními asistentka. Sedm respondentek (R1, R2, R3, R4, R7, R9, R10) popisuje péči porodní asistentky o fyzickou stránku, zmiňují se především o kontrole ozev plodu.

Respondentky se shodují, že porodní asistentku vnímaly při porodu pozitivně. Pro 5 respondentek (R2, R3, R5, R7, R13) byla oporou a povzbuzením, pro další respondentku R8 byla „dobrým andělem“. Dvě respondentky (R6, R12) udávají, že byla rázná a ostřejší, než čekaly, ale pro ně to bylo vítané, protože potřebovaly, aby je přiměla něco dělat a nelitovat se. Další respondentka R2 si váží rozvážnosti porodní asistentky, kdy na rodičku mluvit a co říct k povzbuzení a další respondentka R5 je porodní asistence vděčná za moudrost, kdy rodičce nechat soukromí a kdy být s ní. Je patrné, že každá žena potřebuje při porodu jiný přístup dle jejích individuálních potřeb, které se mohou v průběhu porodu měnit. Je zajímavé, že i přes zmiňující obavy, že se ženám porodní asistentka nebude tolik věnovat a na celý porod budou samy, udávají (R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10, R11, R12) vděčnost, že mohly být chvíli samy v soukromí a porodní asistentka s nimi netrávila celý porod. Přitom se zmiňují o důležitosti ujišťování a vysvětlování situace a obecně komunikací mezi nimi a porodní asistentkou, kterou samy chápou jako nástroj proti strachu. Potvrzují tak slova Kelnarové a Matějkové (2014), které popisují komunikaci jako nezanedbatelnou složku ošetrovatelské péče.

Klíčovou rolí porodní asistentky na stanici šestinedělí je podání informací o změnách po porodu a pomoc s osvojením dovedností v péči o novorozence (Bašková, 2015). Z výzkumného šetření vyplývá, že ženy jsou po příchodu na stanici novými informacemi přehlcneny a většinu těchto poučení po chvíli zapomenou. Šest respondentek (R1, R3, R8, R10, R11, R13) přímo udalo, že informací bylo příliš. Jedna respondentka R10 uvedla, že informace pochytila, až když je sestry podávaly druhé paní, která porodila o několik hodin později. Respondentce R5 přišly informace nedostatečné a přála si být znovu dopodrobna informována o péči o novorozence i přesto, že rodila počtvrté. Všechny respondentky se však shodují, že pro ně bylo důležité vědět, že se mohou ptát a měly zkušenost s tím, že jim porodní asistentky vždy ochotně znovu vysvětlily, co potřebovaly vědět a pomohly jim s péčí o novorozence či

kojením. Respondentka R2 si váží trpělivosti, kterou s ní porodní asistentky měly. Respondentka R3 zmiňuje, že je ráda, že se u ní každou směnu vystřídala jiná porodní asistentka a každá jí řekla něco trochu jiného o kojení, protože si mohla zkusit, co jí samotné vyhovuje. Nicméně Takács, et al. (2015) říká, že by se personál měl shodnout na jednotném postupu, který pak pacientům budou prezentovat.

Přesto, že ženy mají možnost čerpat informace z internetu, knížek a předporodních příprav a media jsou plná protichůdných názorů, jak by porod měl vypadat a jak by ho ženy měly vnímat, na porodní sál přišla více jak polovina dotazovaných rodiček bez představ, jak by chtěly, aby jejich porod vypadal, z toho důvodu si myslíme, že role porodní asistentky je důležitá nejen v průběhu samotného porodu, ale již v závěrečné fázi těhotenství, kdy porodní asistentka může pomáhat těhotné vytvářet představy, co jí v porodnici čeká, co může očekávat od porodu, doporučit polohy, či jiné techniky ke zmírnění bolestí, vysvětlit co obnáší přirozený a lékařsky vedený porod a zprostředkovávat zkušenosti jiných rodiček z daného zařízení. S tím se shoduje i Chapman a Charles (2013), kteří porodní asistentku staví do role poskytovatele informací a rad těhotným i rodičkám. Pouze jedna respondentka R7 udává, že měla představu o tom, jak by chtěla, aby její porod probíhal. Měl být co nejpřirozenější a co možná nejvíce bez zásahu. Respondentka R7 si přála být II. dobu porodní v pozici, která ji bude příjemná, pokud nebudou důvody bez epiziotomie, přiložit dítě ihned po porodu a neodnášet ho. Všechny její požadavky byly splněny. Čtyři respondentky (R2, R8, R10, R13) udávají, že si před porodem byly sepsat porodopis nebo se zúčastnily předporodní přípravy, a tak přibližně tušily, co je bude čekat, ale moc se nad tím nezamýšlely. Ostatní respondentky udávají, že představu neměly. Tři dotazované ženy udávají, že čekaly menší bolesti a celkově kratší porod (R4, R6, R11). Je diskutabilní, zda by tyto respondentky pociťovaly menší bolesti, pokud by se před porodem účastnily profylaktické přípravy a byly tak připraveny na průběh porodu, jak udává Slezáková et al., (2011). Respondentka R6 si myslí, že kdyby nerodila čtyři týdny před termínem, tak by si nějakou představu udělala, ale takhle neměla čas. Dále udává, jako velmi nepříjemný zážitek, že slyšela, co se děje na sále vedle a vyvedlo jí to z míry. Respondentka R12 před porodem zastávala názor, že celý porod bude víc o lékaři a tak ji překvapilo, že většinu porodu strávila sama pod dohledem porodní asistentky. Je zajímavé, že respondentky (R2, R4, R5, R9, R10, R12), které již nebyly prvorodičky, se nezmiňují o tom, že by od dalšího porodu očekávaly něco jiného. Pouze jedna

respondentka R5, která již rodila po čtvrté, se snažila domluvit s lékaří na jiném termínu indukce a i přes rizika, která jí byla lékaří vysvětlena, se rozhodla přijít na vyvolání porodu až po týdn, kdy průběžně docházela na kontroly v ambulanci. Z tohoto výzkumného šetření tedy vyplývá, že rodičky přicházející na porodní sál nemají příliš velká očekávání, která by mohla být splněna, přestože v mediích velmi často slýcháme o nesplněných požadavcích rodiček v porodnicích.

Z výzkumného šetření dále vyplývá, že ze třinácti respondentek pouze tři neměly partnera u porodu. Z toho u respondentky R1 to bylo z důvodu provedení porodu operativní cestou. Parter byl však informován o postupu a dítě měl u sebe ihned po ošetření, s čímž byl spokojen. A u zbývajících dvou respondentek (R11, R13) partneři u porodu být nechtěli a respondentky nechali rozhodnutí na nich. Všechny dotazované ženy se shodují, že jsou rády, že tam jejich partneři byly a udávají, že porodní asistentka jejich parterům komentovala průběh porodu, ochotně odpovídala na otázky a z rozhovorů vyplývá, že se partneři na porodním sále necítili nijak špatně. Čtyři respondentky (R4, R7, R8, R9) uvedly, že jejich partneři potřebovali od porodní asistentky poradit, jak rodičce pomoci. Jen respondentka R6 uvádí, že její partner byl trochu vyveden z míry, protože nečekal, že „*toho uvidí tolik.*“ Respondentka se zmiňuje, že její partner byl chvílemi zděšený a chvílemi šťastný, ale nepokazilo mu to celkový dobrý dojem z porodu. Je zajímavé, že i přesto, že mnohé předporodní přípravy jsou pro páry, u všech třinácti respondentek se ani jeden parter tohoto kurzu nezúčastnil.

Myslíme se, že výsledky, které z tohoto výzkumném šetření vplynuly, jsou dány individuálním přístupem personálu nemocnice, kde byl tento výzkum prováděn. Domníváme se, že výsledky průzkumu by se lišily, kdyby se šetření provádělo v jiném zařízení.

6 Závěr

Každá žena vnímá porod odlišným způsobem, její potřeby se mění v rámci fáze porodu a tím i prostředky, kterými porodní asistentka může její potřeby uspokojovat. Porodní asistentka se nezaměřuje jen na fyzickou péči o ženu a dítě, kdy průběžně kontroluje jejich stav, ale je velmi silným elementem k ovlivnění psychické stránky rodičky. To, jak se žena při porodu bude cítit, je podstatné pro samotný průběh porodu a porodní asistentka má nezastupitelné možnosti toto vnímání ovlivnit svou péčí.

Ve výzkumném šetření bakalářské práce „Subjektivní vnímání poskytované péče porodní asistentky z pohledu rodičky“ byl stanoven jeden cíl. Zjistit jaká byla očekávání rodiček, se kterými přišly na porodní sál. Na základě tohoto cíle byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První výzkumnou otázkou bylo zjišťováno, jak rodičky vnímají péči porodní asistentky. Druhou výzkumnou otázkou byla zkoumána očekávání žen, které přicházejí na porodní sál. Byla využita kvalitativní metoda výzkumného šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Tyto rozhovory proběhly se třinácti ženami po porodu na stanici šestinedělí, které tvořily výzkumný soubor. Výsledky byly rozřazeny do dvou kategorií. První kategorie Péče porodní asistentky byla dále rozdělena na dalších pět podkategorií. Druhá kategorie byla nazvána Porod a byla dále dělena na dvě podkategorie Představa o porodu a její splnění a Partner u porodu.

Obě výzkumné otázky tohoto šetření byly zodpovězeny. Při zpracovávání rozhovorů vyplynulo, že pro více než polovinu dotazovaných žen byla porodní asistentka na porodním sále velmi důležitou osobou, ve které měly oporu, která jim zajišťovala bezpečí a jistotu tím, že je informovala, co se bude dít a komentovala průběh porodu, povzbuzovala je a uklidňovala. Pouze pro zlomek rodiček byl z tohoto hlediska důležitější partner a z odpovědí vyplývá, že porodní asistentka pro ně byla osoba, která nahradí při porodu partnera, pokud on sám situaci neunes. Je tedy patrné, že porodní asistentka má nesmírný význam na psychickou stránku rodičky a tím i vnímání porodu rodičkou. Dále z výzkumného šetření vyplývá, že méně než polovina žen jde na porodní sál s představou, jak by jejich porod mohl vypadat. Z odpovědí je patrné, že očekávají bolest, která je však přesto překvapí. Pouze tři respondentky ze třinácti dotazovaných žen uvádějí, že měly určitá očekávání, která si vytvořily díky předporodním kurzům, knížkám a internetu. Další tři udávají, že o průběhu byly informovány při sepisování

porodopisu ještě před termínem porodu v nemocnici, kde se rozhodly rodit, ale příliš se nezabývaly vlastními představami.

Tato bakalářská práce může sloužit jako návod ke zlepšení péče porodních asistentek o ženy na porodní sále. Může také sloužit jako informační materiál pro studentky porodní asistence či těhotné ženy.

Seznam informačních zdrojů

- 1) ALMALIK, MOSLEH, 2016. Pregnant women: What do they need to know during pregnancy? *Women Birth*. [online] DOI: 10.1016/j.wombi.2016.09.001. [cit. 2016-10-22] Dostupné z: <http://6b.cz/CraN>.
- 2) AMORIM, A., LINNE, Y., 2013. Diet or exercise, or both, for weight reduction in women after childbirth.[online]. DOI: 10.1002/14651858.CD005627.pub3. [cit. 2016-10-17]. Dostupné z: <http://6b.cz/GFqH>.
- 3) BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5361-4.
- 4) BEHINOVÁ, M., KAISEROVÁ, K., 2012. *Nová velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let*. 3. vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2816-5.
- 5) BUCKLEY, S., 2016. *Jemný porod, jemné mateřství: lékařský průvodce přirozeným porodem a rozhodováním v raném rodičovství*. Praha: Maitrea. ISBN 978-80-7500-164-1.
- 6) BRADFORD, B., MAUDE, R., 2014. Fetal response to maternal hunger and satiation – novel finding from a qualitative descriptive study of maternal perception of fetal movements. *Pregnancy and Childbirth*. [online]. DOI: 10.1186/1471-2393-14-288. [cit. 2016-10-10]. Dostupné z: <http://6b.cz/HoxA>.
- 7) BRYANTON, J. et al., 2013. *Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relationships*. [online]. 11. issue. DOI: 10.1002/14651858.CD004068.pub4.n [cit. 2016-10-11]. Dostupné z: <http://6b.cz/X0zr>
- 8) CARR, J., C., 2012. *Knížka pro tatínky: těhotenství, porod a první tři roky života dítěte*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0151-9.
- 9) CLUETT, R., BURNS, E., 2012. *Immersion in water in labour and birth*. 2. issue. [online]. DOI: 10.1002/14651858.CD000111.pub3. [cit. 2016-10-08]. Dostupné z: <http://6b.cz/uGjF>
- 10) *Činnosti porodní asistentky v komunitním prostředí*, 2016. [online]. Porodní dům u Čápa. [cit. 2016-09-23]. Dostupné z: <http://6b.cz/WAPQ>.
- 11) DERRY, S. et al., 2012. *Intracutaneous or subcutaneous sterile water injection compared with blinded controls for pain management in labour*. [online]. DOI: 10.1002/14651858.CD009107.pub2. [cit. 2016- 10-06]. Dostupné z: <http://6b.cz/uz3d>
- 12) FAIT, T., 2014. Fyziologické šestinedělí. In: HÁJEK, Z., et al. *Porodnictví*. 3. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

- 13) FODSTAD, K., et al., 2016. Episiotomy preferences, indication, and classification- a survey among Nordic doctors. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*. [online]. 95(5), 587-95 DOI: 10.1111/aogs.12856. ISSN 16000412. [cit. 2016-10-10]. Dostupné z: <http://6b.cz/P6gq>
- 14) CHAPMAN, V., CHARLES, V., 2013. *The Midwife's Labour and Birth Handbook*. 3. issue. Blackwell: Wiley. ISBN 978-0-470-65513-9.
- 15) GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3081-3.
- 16) GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2013. *Čekáme dítě*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3781-2.
- 17) GREGORA, M., DOKOUPILOVÁ, M., 2016. *Péče o novorozence a kojence: maminkin domácí lékař*. 4. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-5719-3.
- 18) HANÁKOVÁ, T., et al., 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. vydání. Brno: CPRESS. ISBN 978-80-264-0755-3.
- 19) HODNETT, E., et al., 2013. *Continuous support for women during childbirth*. [online.] 7. issue. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub5. [cit. 2016-10-23] Dostupné z: <http://6b.cz/twil>.
- 20) HOFMEYR, G., et al., 2013. *Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage*. [online]. 7. issue. DOI: 10.1002/14651858.CD006431.pub3. [cit. 2016-10-05]. Dostupné z: <http://6b.cz/J4Fl>.
- 21) HOFMEYR, G., et al., 2015. *Controlled cord traction for the third stage of labour*. [online]. DOI: 10.1002/14651858.CD008020.pub2. [cit. 2016-10-23]. Dostupné z: <http://6b.cz/0BZU>.
- 22) HOUROVÁ, M., GALAMBOŠOVÁ, V., 2015. *Slovníček pro těhotné*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3666-2.
- 23) *ICM International Definition of the Midwife*, 2016 [online]. International Confederation of Midwives. [cit. 2016-11-16]. Dostupné z: <http://6b.cz/n2oi>.
- 24) INGLIS et al., 2016. Paternal mental health following perceived traumatic childbirth. *Midwifery*. [online]. DOI: 10.1016/j.midw.2016.08.008. [cit. 2016-10-21]. Dostupné z: <http://6b.cz/IFfl>.
- 25) *Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth*, 2014. [online]. NICE Clinical Guidelines, No. 190. London: National Institute for Health and Care Excellence. [cit. 2016-10-08]. Dostupné z: <http://6b.cz/d9PT>.

- 26) JAAFAR, S., et al., 2016. *Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding.* [online]. 8. issue. DOI: 10.1002/14651858.CD006641.pub3. [cit. 2016-10-30]. Dostupné z: <http://6b.cz/ac1X>.
- 27) JAROŠOVÁ, D., 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2150-7.
- 28) JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
- 29) KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace: pro zdravotnické asistenty 4. ročník.* 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2831-5.
- 30) KLOMP, et al., 2016. *A qualitative interview study into experiences of management of labor pain among women in midwife-led care in the Netherlands.* [online]. DOI: 10.1080/0167482X.2016.1195806. [cit. 2016-10-18]. Dostupné z: <http://6b.cz/ogU4>
- 31) KOUDELKOVÁ, V., 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí.* Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-624-1.
- 32) KREJČÍ, V., SRP, B., 2014. *Porodnické vyšetření a prenatální péče.* In: HÁJEK, Z., et al. *Porodnictví.* 3. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
- 33) LIŠKA, K., 2014. *Základy výživy novorozence.* In: HÁJEK, Z., et al. *Porodnictví.* 3. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
- 34) MAIMBURG et al., 2016. *Women's experience of childbirth - A five year follow-up of the randomised controlled trial "Ready for Child Trial".* [online] Women Birth. DOI: 10.1016/j.wombi.2016.02.003. [cit. 2016- 10-23]. Dostupné z: <http://6b.cz/AYcE>.
- 35) MALWELA, et al., 2016. *Factors affecting integration of midwifery nursing science theory with clinical practice in Vhembe District, Limpopo Province as perceived by professional midwives.* African Journal of Primary Health Care [online]. 8(2), 1-6. DOI: 10.4102/phcfm.v8i2.997. ISSN 20712928. [cit. 2016-10-10]. Dostupné z: <http://6b.cz/uzxl>
- 36) MANDER, R., 2014. *Těhotenství, porod a bolest: [základní problematika pro porodní asistentky a budoucí matky].* Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-810-8.
- 37) MAREŠOVÁ, P., 2014. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví.* Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3153-0.
- 38) *Mezinárodní definice porodní asistentky,* 2016. [online]. Porodní dům u Čápa. [cit. 2016-09-23]. Dostupné z: <http://6b.cz/TPCS>.
- 39) MĚCHUROVÁ, A., SRP, B., 2014. *Kardiotokografie.* In: HÁJEK, Z., et al. *Porodnictví.* 3. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

- 40) *Midwifery*, 2016. [online]. WHO. [cit. 2016-08-29]. Dostupné z: <http://6b.cz/fbI7>
- 41) MIKULÁŠTÍK, M., 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0650-4.
- 42) MORAVCOVÁ, M., PETRŽÍLKOVÁ, H., 2015. *Základy péče v porodní asistenci I.: péče porodní asistentky o ženu v průběhu těhotenství a fyziologického porodu: přehled péče o fyziologického novorozence*. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. ISBN 978-80-7395-859-6.
- 43) MORI et al., 2012. *Umbilical vein injection for the routine management of third stage of labour*. [online] 3. issue. DOI: 10.1002/14651858.CD006176.pub2. [cit. 2016-10-23]. Dostupné z: <http://6b.cz/3uGJ>.
- 44) MURKOFFOVÁ, H., et al., 2012. *Co čekat v radostném očekávání*. Praha: Slovart. ISBN 978-80-7391-626-8.
- 45) NUTTER, E., et al., 2014 *Waterbirth: an integrative analysis of peer-reviewed literature* [online]. York (UK): Centre for Reviews and Dissemination [cit. 2016-10-23]. Dostupné z: <http://6b.cz/fo7m>.
- 46) PANTOJA, T., et al., 2016. *Oxytocin for preventing postpartum haemorrhage (PPH) in non-facility birth settings*. 2016. 4. issue. DOI: 10.1002/14651858.CD011491.pub2. [cit. 2016-10-05]. Dostupné z: <http://6b.cz/VRkD>.
- 47) PAŘÍZEK, A., 2014. Léky, analgezie a anestezie při porodu. In: HÁJEK, Z., et al. *Porodnictví*. 3. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
- 48) PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3976-2.
- 49) REVEIZ, L., et al., 2013. *Enemas during labour*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [online] 7. issue. DOI: 10.1002/14651858.CD000330.pub4. [cit. 2016-10-12]. Dostupné z: <http://6b.cz/OKp2>.
- 50) ROZTOČIL, A., 2014. Přírozený porod v porodnici. In: HÁJEK, Z., et al. *Porodnictví*. 3. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
- 51) SIKOROVÁ, L., 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3592-4.
- 52) SINGH, S., et al., 2016. *Provider perspective on use of episiotomy in obstetric practice*. [online]. *Journal of Reproductive Health and Medicine*. [cit. 2016-10-13]. Dostupné z: <http://6b.cz/R4b0>.
- 53) SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2011. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3373-9.

- 54) SLEZÁKOVÁ L., et al., 2013. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy III-gynekologie, porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4341-7.
- 55) a) SMITH, C., et al., 2011. *Aromatherapy for pain management in labour*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 7. issue. DOI: 10.1002/14651858.CD009215 [cit. 2016-10-15]. Dostupné z: <http://6b.cz/0mqo>
- 56) b) SMITH, C., et al., 2011. *Acupuncture or acupressure for pain management in labour*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 7. issue. DOI: 10.1002/14651858.CD009232. [cit. 2016-10-18]. Dostupné z: <http://6b.cz/LiJS>
- 57) SMITH, C., et al., 2012. *Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2. issue. DOI: 10.1002/14651858.CD009290.pub2. [cit. 2016-10-05]. Dostupné z: <http://6b.cz/oUgT>
- 58) SOLTANI, H., et al., 2010. *Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [online] 8. issue. DOI: 10.1002/14651858.CD006173.pub2 [cit. 2016-10-23]. Dostupné z: <http://6b.cz/uXGr>
- 59) a) SRP, B., 2014. Lékařské vedení porodu. In: HÁJEK, Z., et al. *Porodnictví*. 3. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
- 60) b) SRP, B., 2014. Mechanismus porodu. In: HÁJEK, Z., et al. *Porodnictví*. 3. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
- 61) STOŽICKÝ, F., SÝKORA, J., 2015. *Základy dětského lékařství*. 2. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2997-1.
- 62) ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5710-0.
- 63) ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
- 64) TAGHIZADEH, Z., et al., 2014. *Iranian mothers' perception of the psychological birth trauma*. [online]. *Iranian J Psychiatry*. ISSN: 1735-9287 1735-8639. [cit. 2016-11-01] Dostupné z: <http://6b.cz/wFhv>
- 65) TAKÁCS, L., et al., 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6.

- 66) UNZEITIG, V., et al., 2015. *Doporučené postupy: Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství*. [online]. In: *Česká gynekologie*. [cit. 2016-10-10]. Dostupné z: <http://6b.cz/X6sG>
- 67) VORLOVÁ, K., 2012. *Zdravé těhotenství: jedinečný rádce pro úspěšné otěhotnění, těhotenství, porod i šestinedělí: zdravá výživa, zdravé vaření, zdravé cvičení*. Brno: Babyonline. ISBN 978-80-904216-3-9.
- 68) Vyhláška č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné z: <http://6b.cz/RhfD>.
- 69) ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0156-6.
- 70) Zákon č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, 2004. [online] In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné z: <http://6b.cz/qpcA>
- 71) ZEIRHUTOVÁ, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2013. Přítomnost otce u porodu. In: GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M. *Čekáme dítětko*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3781-2.

Seznam tabulek

Tabulka 1 Identifikační údaje žen.....	31
Tabulka 2 Kategorie.....	32

Přílohy

Seznam příloh

Příloha 1 Vyhláška č. 55/2011 Sb.....	63
---------------------------------------	----

Příloha 1 Vyhláška č. 55/2011 Sb.

Porodní asistentka

(1) Porodní asistentka vykonává činnosti 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. Přitom zejména může

a) poskytovat informace o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci; poskytovat rady a pomoc v otázkách sociálně-právních, popřípadě takovou pomoc zprostředkovat,

b) provádět návštěvy v rodině těhotné ženy, ženy do šestého týdne po porodu a gynekologicky nemocné, sledovat její zdravotní stav,

c) podporovat a edukovat ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházení jeho komplikacím,

d) diagnostikovat těhotenství, předepisovat, doporučovat nebo provádět vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sledovat ženu s fyziologickým těhotenstvím, poskytovat jí informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného rizika předávat ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví,

e) sledovat stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými a technickými prostředky, rozpoznávat u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhat mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádět neodkladná opatření,

f) připravovat rodičku k porodu, pečovat o ni ve všech dobách porodních a vést fyziologický porod, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vést i porod v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví,

g) ošetrovat porodní a poporodní poranění a pečovat o ženu do šestého týdne po porodu,

h) přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky a manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,

i) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi, a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Porodní asistentka může poskytovat bez odborného dohledu a bez indikace ošetrovatelskou péči fyziologickému novorozenci prostřednictvím ošetrovatelského procesu a provádět jeho první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace.

(3) Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví může

- a)** asistovat při komplikovaném porodu,
- b)** asistovat při gynekologických výkonech,
- c)** instrumentovat na operačním sále při porodu.

(4) Porodní asistentka pod odborným dohledem porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru nebo všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem může vykonávat činnosti podle § 4 odst. 1 písm. b) až i) při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče.

(5) Porodní asistentka dále vykonává činnosti podle § 4 odst. 1, 3 a 4 u těhotné a rodící ženy, ženy do šestého týdne po porodu a pacientky s gynekologickým onemocněním.

Zdroj: Vyhláška č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné z: <http://6b.cz/RhfD>.