UNIVERZITA PARDUBICE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024 Sofia Chumakova

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Porod očima prvorodičky

Sofia Chumakova

2024 Bakalářská práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	**Sofia Chumakova**
Osobní číslo:	**Z21089**
Studijní program:	**B0913P360036 Porodní asistence**
Téma práce:	**Porod očima prvorodičky**
Téma práce anglicky:	**Childbirth through the eyes of a first-time mother**
Zadávající katedra:	**Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

DUŠOVÁ, Bohdana; HERMANNOVÁ, Martina; JANÍKOVÁ, Eva a SALOŇOVÁ, Radka, 2019. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0836-7.
HUDÁKOVÁ, Zuzana a KOPÁČIKOVÁ, Mária, 2017. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0274-7.
KAUFMANN, Jean-Claude, 2010. *Chápající rozhovor*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 978-80-7419-033-9.
ROZTOČIL, Aleš, 2017. *Moderní porodnictví*. 2. přeprac. a dopl. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5753-7.
SAMKOVÁ, Alžběta, 2020. *Vulvou porodní asistentky: připravte se na porod*. Brno: CPress. ISBN 978-80-264-3017-9.
TAKÁCS, Lea; SOBOTKOVÁ, Daniela a ŠULOVÁ, Lenka, 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. et Mgr. Ondřej Podeszwa**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2022**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2024**

L.S.

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 28. 04. 2024

Sofia Chumakova v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucímu své bakalářské práce, Mgr. et Mgr. Ondřeji Podeszwovi, za jeho čas, trpělivost, užitečné připomínky, a především za jeho ochotu mi pomoci, kdykoli jsem si nevěděla rady. Dále děkuji Mgr. Markétě Moravcové, Ph.D. za to, že mne nasměrovala při psaní teoretické části práce. A v neposlední řadě děkuji svému prvnímu čtenáři a partnerovi za jeho psychickou podporu a jazykovou korekturu.

ANOTACE

Tato práce se zabývá prvorodičkami a jejich představami o jejich prvním porodu. Jejich představy jsou srovnávány s reálným průběhem jejich porodu. Práce se skládá z části teoretické a části praktické. Teoretická část práce je zaměřena na psychiku ženy v těhotenství a za porodu a na faktory, které mohou souviset s tím, jak prvorodičky porod vnímají. Praktická část práce sestává z analýzy vlastního průzkumu. Sběr informací pro průzkum byl proveden pomocí kvalitativní výzkumné metody, kterou je rozhovor. Průzkumu se účastnilo 6 prvorodiček, s každou byl proveden rozhovor před porodem a po porodu.

KLÍČOVÁ SLOVA

bolest, doprovod, porod, prvorodička, předporodní příprava, představy, psychika, tlumení bolesti

TITLE

Childbirth through the eyes of a first-time mother

ANNOTATION

This thesis focuses on first-time mothers and their expectations regarding their first childbirth. Their expectations are compared with the real experience of their childbirth. The thesis consists of a theoretical part and a practical part. The theoretical part of the thesis focuses on the female psyche during pregnancy and labour and the factors that may affect the experience of the first childbirth. In the practical part of the thesis, original research is presented, and its results are analysed. The data for the research were gathered by using the qualitative research method, namely an interview. 6 first-time mothers participated in the research and 2 interviews were conducted with each, one before and one after birth.

KEYWORDS

accompaniment, childbirth, expectations, first-time mother, labour, pain, pain suppression, prenatal preparation, psyche

Obsah

Úvod 12

1 Cíl práce 13

1.1 Výzkumné otázky 13

2 Teoretická část 14

2.1 Předporodní příprava 14

2.1.1 Předporodní kurz 14

2.1.2 Porodní plán 16

2.1.3 Výběr místa k porodu 18

2.2 Porod 19

2.2.1 Druhy porodů 20

2.2.1.1 Přirozený (fyziologický) porod 20

2.2.1.2 Lékařsky vedený porod 20

2.2.1.3 Operační porod 20

2.2.1.4 Ambulantní porod 21

2.3 Doprovod k porodu 22

2.3.1 Otec u porodu 22

2.3.2 Alternativy doprovodu k porodu 23

2.4 Psychika ženy v těhotenství a u porodu 23

2.4.1 Psychika ženy v průběhu těhotenství 23

2.4.1.1 Vícečetné těhotenství 24

2.4.2 Psychika ženy v průběhu porodu 25

2.4.2.1 Tokofobie 25

2.4.2.2 Vliv porodních operací na ženu 26

2.5 Porodní bolest 27

2.5.1 Metody tlumení bolesti 28

3 Praktická část 30

3.1 Cíle práce 30
3.2 Výzkumné otázky 30
3.3 Metodika 30
3.4 Výsledky výzkumu 32
3.4.1 Identifikační údaje respondentek 32
3.4.2 Rozhovory před porodem 32
3.4.3 Shrnutí 41
3.4.4 Rozhovory po porodu 43
3.4.5 Shrnutí 53
4 Diskuze 56
5 Závěr 61
6 Použitá literatura 63
7 Seznam příloh 67

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Vektorový nástroj pro vytvoření porodního partnerství podle DeBeats (Mazúchová, Porubská, 2022) 18
Tabulka 2 - Shrnutí zaměření otázek rozhovorů 31
Tabulka 3 - Identifikační údaje respondentek (vlastní výzkum) 32
Tabulka 4 - Otázka č.A1: Příprava k porodu (vlastní výzkum) 32
Tabulka 5 - Otázka č.A2: Pocit připravenosti (vlastní výzkum) 33
Tabulka 6 - Otázka č.A3: Porodní plán (vlastní výzkum) 34
Tabulka 7 - Otázka č.A4: Představa ideálního průběhu porodu (vlastní výzkum) 35
Tabulka 8 - Otázka č.A5: Zvládání bolesti; Představa o porodní bolesti (vlastní výzkum) 36
Tabulka 9 - Otázka č.A6: Povědomí o metodách tlumení bolesti; Preference (vlastní výzkum) 37
Tabulka 10 - Otázka č.A7: Doprovod k porodu (vlastní výzkum) 38
Tabulka 11 - Otázka č.A8: Kritéria výběru porodnice (vlastní výzkum) 39
Tabulka 12 - Otázka č.A9: Očekávání od porodních asistentek (vlastní výzkum) 40
Tabulka 13 - Otázka č.B1: Průběh porodu (Vlastní výzkum) 43
Tabulka 14 - Otázka č.B2: Využití získaných informací (Vlastní výzkum) 45
Tabulka 15 - Otázka č.B3: Porodní plán (Vlastní výzkum) 46
Tabulka 16 - Otázka č.B4: Doprovod u porodu (Vlastní výzkum) 47
Tabulka 17 - Otázka č.B5: Vnímání porodních bolestí (Vlastní výzkum) 48
Tabulka 18 - Otázka č.B6: Využití metod tlumení porodních bolestí (Vlastní výzkum) 49
Tabulka 19 - Otázka č.B7: Prostředí porodního sálu (Vlastní výzkum) 50
Tabulka 20 - Otázka č.B8: Hodnocení přístupu porodních asistentek a personálu (Vlastní výzkum) 51
Tabulka 21 - Otázka č.B9: Celkové hodnocení porodu (Vlastní výzkum) 52

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

CTG	kardiotokograf
DDS	dolní děložní segment
FOC	Fear of Childbirth (strach z porodu)
IASP	International Associacion for the Study of Pain
IVF	in vitro fertilizace (umělé oplodnění)
NPK	Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
PA	porodní asistentka
PFP	psychicko-fyzická příprava
PRI	Pain Rating Index
PROM	Premature Rupture of Membranes
PTSD	Post Traumatic Stress Disorder
UNIPA	Unie porodních asistentek
VEX	vakuumextrakce
VP	plodová voda
WHO	World Health Organisation

ÚVOD

Každý porod lze bezpochyby označit za jeden z nejvýznamnějších momentů v životě ženy. Pro první porod to platí dvojnásob; jedná se o neprobádané území. Každá žena slýchá historky o porodu od svých příbuzných, známých, prostřednictvím literárních děl, filmů či internetu. Z důvodu těchto ne vždy zcela spolehlivých zdrojů může být představa, kterou má prvorodička o tom, co ji čeká, značně zkreslená.

V této bakalářské práci zkoumám, jaké představy mají prvorodičky o svém nadcházejícím porodu. Toto téma jsem si zvolila, jelikož jsem se ve své praxi často setkávala s prvorodičkami, které měly spoustu otázek souvisejících s těhotenstvím, porodem a poporodní péčí. Zároveň mne toto téma osobně zajímá a ráda bych se o něm dozvěděla více, a to jak z pozice porodní asistentky, tak z pozice ženy.

Práce je dělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části, která je dále dělena na kapitoly a podkapitoly, postupně popisuji předporodní přípravu, druhy porodů, různé možnosti doprovodu k porodu, psychiku ženy v těhotenství a u porodu, porodní bolesti a metody jejich tlumení. Praktická část sestává z vlastního kvalitativního výzkumu, který byl proveden formou rozhovorů. Upřednostnila jsem vedení průzkumu pomocí rozhovorů před dotazníkem, protože mým cílem bylo získat hlubší vhled do problematiky a rovněž navázat vztah s respondentkami, což statistické vyhodnocování dotazníkového šetření neumožňuje.

Zdroje, se kterými jsem pracovala nejvíce, jsou *Moderní porodnictví* od Aleše Roztočila a kolektivu, a *Porodní asistence* od Martina Procházky a kolektivu. Tyto velmi obsáhlé knihy jsem využila téměř ve všech kapitolách teoretické části, jelikož obsahují detailní, odborné, avšak velmi dobře srozumitelné informace.

V kapitole zabývající se psychikou žen v těhotenství a u porodu byla nejcennějším zdrojem *Psychologie v perinatální péči* od Ley Takács, která je přední autorkou na toto téma v českém prostředí. Kromě českých zdrojů jsem využila i zdroje zahraniční, jelikož tato problematika není v českém prostředí tak hluboce zkoumána jako v zahraničí. Nejužitečnějším zdrojem pro tuto část práce byla rusky psaná *Psychologie a psychoanalýza během těhotenství,* kterou napsala Yulia Berdnikova Leonidovna.

1 CÍL PRÁCE

Cíl 1: Zjistit, jak si prvorodičky představují svůj porod.

Cíl 2: Zjistit, jak se liší představy prvorodiček o porodu od skutečnosti.

1.1 Výzkumné otázky

Na základě těchto dvou cílů byly stanoveny 4 výzkumné otázky.

Výzkumná otázka 1: Jak se prvorodičky připravují na porod?

Výzkumná otázka 2: Jaké jsou představy prvorodiček o porodu?

Výzkumná otázka 3: Jak vnímaly prvorodičky svůj porod?

Výzkumná otázka 4: V čem se případně lišil porod od představ?

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Předporodní příprava

Blížící se porod má často za následek zhoršení klidu a duševní pohody těhotné ženy. Toto období se vyznačuje fyziologickými změnami, jako je např. růst břicha a s ním související výskyt bolestí zad a současně je často provázeno neméně vážnými změnami psychiky. Může se objevit obava z porodu. Pro nové zkušenosti je typické, že jsou do jisté míry provázeny strachem a nervozitou. Těhotenství a porod nejsou výjimkou (Roztočil et al., 2017).

2.1.1 Předporodní kurz

Součástí prenatální péče by měla být i psychofyzická příprava na porod. Jejím účelem je pozitivní naladění mysli rodičky a získání co nejvíce informací, vědomostí a praktických návyků, díky kterým mohou rodiče dítěte snadněji zvládnout těhotenství, porod, šestinedělí a péči o novorozence (Bašková, 2015; Procházka et al., 2020).

Kurzy psychofyzické přípravy na porod jsou organizovány nemocnicemi prostřednictvím gynekologicko-porodnických oddělení, nestátními gynekologickými ambulancemi, mateřskými centry, ale i porodními asistentkami se samostatnou zdravotnickou praxí (Bašková, 2015). Zpravidla je vedou zkušené porodní asistentky, v některých případech i porodníci. Cílovou skupinou jsou oba partneři (Roztočil et al., 2017).

Kurzy obsahují část teoretickou a část praktickou, které Roztočil (Roztočil et al., 2017) popisuje následovně.

V teoretické části je rozebírán průběh těhotenství a porodu, porodní asistentka zodpoví otázky budoucích rodičů v této problematice. Teorie bývá doplňována obrazovou dokumentací a videem.

V praktické části je věnována pozornost těhotenskému cvičení, nácviku různých způsobů dýchání, použití dýchání při děložních kontrakcích, nácviku uvolňovacích poloh při porodu, nácviku použití břišního lisu ve II. době porodní. Budoucí otcové se v rámci kurzu učí, jakým způsobem svým partnerkám „usnadnit“ těhotenství a porod.

Praktická část kurzu zároveň většinou zahrnuje i prohlídku porodního sálu a poporodního oddělení, aby budoucí rodiče věděli, do jakého prostředí se dostanou a jak bude probíhat pobyt v něm, a aby tudíž přechod do neznámého prostředí nebyl pro matku stresorem.

Dalším způsobem dělení obsahu kurzu je na přípravu fyzickou a psychickou (Bašková, 2015).

Psychická příprava má za cíl zvyšování informovanosti budoucích rodičů v oblastech těhotenství, porodu, šestinedělí, rodičovství a péče o dítě, prostřednictvím čehož se zvyšuje jejich sebedůvěra. Nezbytností je poskytovat odborné a aktuální informace a poskytnout prostor na diskusi. Neméně důležitým cílem je zmírnit strach a úzkost z nejistoty a předejít komplikacím z neznalosti a strachu ze zanedbání problému ze strany rodičů.

Fyzická část kurzu ve formě cíleného svalového tréninku a relaxačních technik rozvíjí fyzickou připravenost organismu matky. Těhotné se učí vnímat porodní bolest jako přirozenou součást porodního děje a pracovat s ní. Osvojují si zásady péče o prsy, novorozence a techniky kojení.

Přípravu na porod a rodičovství je možné poskytovat v individuální formě nebo v rámci skupin. Je rozdělená na několik lekcí, nejčastěji ve formě přednášky, následné diskuse a cvičení (Bašková, 2015).

V případě kurzu vedeného skupinově Marshall (Marshall, Raynor, 2014) doporučuje účast maximálně 6 párů v jedné skupině, poněvadž větší skupiny by mohly některé zájemce odradit. Výhodou této formy vedení je možnost sdílení a vzájemné podpory těhotných, avšak není tu možnost individuálního přístupu. Skupinová forma je nejužívanější.

Individuální formu ženy nejčastěji volí z osobních důvodů, a to například kvůli obtížné dostupnosti skupinových setkání, nepohyblivosti, či problémům s komunikací nebo stydlivosti. Porodní asistentka může organizovat individuální formu PFP v domácím prostředí těhotné ženy nebo v prostoru určenému k tomuto účelu.

Z hlediska hloubky přípravy lze rozlišit PFP na základní a nadstavbové úrovni (Bašková, 2015).

PFP na první úrovni jsou vedeny porodními asistentkami a pokrývají základní informace týkající se těhotenství, porodu a šestinedělí.

Nadstavbová úroveň PFP je určena ženám, kterým z nějakého důvodu základní úroveň nestačí. Účast je dostupná všem zájemcům, nicméně jedná se o kurz určený především pro ženy s rizikovým těhotenstvím, po doporučení odborníka. Přípravu vede zkušený terapeut, psycholog, psychiatr.

Marshall (Marshall, Raynor, 2014) provedl výzkum, ve kterém identifikoval následující důvody, které brání účasti na kurzech:

- mladý věk
- méně privilegované socioekonomické zázemí (nízký socioekonomický status)

- domnění, že obsah sezení není relevantní.

prvorodičky, které se nezúčastnily:

- jsou častěji cizinky
- jsou kuřačky (protože se stydí)
- zvažovaly potrat
- vynechaly několik prenatálních kontrol

2.1.2 Porodní plán

Rodička může projevit svou spoluúčast a zachovat si jistý pocit kontroly nad porodním procesem prostřednictvím tzv. porodního plánu. V současnosti se porodní plány začínají označovat jako porodní přání, a to z důvodu, že v porodnictví se nic kromě plánovaného císařského řezu naplánovat nedá (Hidalgo-Lopezosa et al., 2017).

Porodním plánem rozumíme soupis představ a informací, které rodička vyslovila k utřídění myšlenek před nastávajícím porodem. Je vhodné ho konzultovat ve vybrané porodnici předem s personálem porodnice a neonatologem (Cioleková, 2021). Dále může porodní plán také sloužit jako zahájení komunikace mezi ženou a jejími poskytovateli péče (Hidalgo-Lopezosa et al., 2017).

Cílem porodních plánů je zajistit ženám vyšší míru spokojenosti s porodem tak, že jim umožní kvalitnější a více individualizovanou péči (Korábová, Masopustová, 2018).

Mezi nejčastější body, k nimž se ženy ve svých porodních plánech vyjadřují a jimž lze většinou vyhovět, uvádí Roztočil (Roztočil et al., 2017):

- doprovod blízké osoby
- odmítnutí přítomnosti studentů na porodním sálu
- lidský přístup zdravotního personálu k rodičce a doprovodu
- umožnění volného pohybu v průběhu porodu
- možnost neomezeného příjmu tekutin a potravy
- minimalizace vyšetření na porodním sále
- preference nefarmakologických metod tlumení bolesti, především hydroterapie
- možnost relaxace a dýchání podle svých pocitů a potřeb
- tlačení podle svých pocitů
- odmítnutí dirupce vaku blan a preventivního nástřih hráze
- možnost odběru pupečníkové krve

- bonding ihned po porodu
- odmítnutí měření a vážení novorozence ihned po porodu

Porodní plány však často nesplňují všechny formální požadavky, které vyžaduje zákon o zdravotních službách (§ 36 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách – znění od 01.01.2023) a zdravotnický personál se od nich tudíž může odklonit. Tento zákon rovněž definuje podmínky, podle nichž se porodním plánem není třeba řídit, případně podmínky, kdy je postup podle porodního plánu zakázán (Takács et al., 2015).

Krejčíková (Takács et al., 2015) uvádí, že pro akceptování porodního plánu je nutné, aby byla pacientka důkladně informována a poučena o možných následcích svých preferencí. Podepsaný protokol o seznámení se s těmito následky musí být součástí porodního plánu. Platí však, že aktuální projev vůle má vždy přednost před dříve vysloveným přáním, mezi něž porodní plány spadají.

Anderson (Anderson et al., 2017) uvádí, že vítanou změnou by byla standardizace porodních plánů pro všechna porodní pracoviště. Tyto šablony porodních plánů by obsahovaly otázky, jejichž prostřednictvím by došlo ke sdělení přání rodiček zdravotnickému personálu.

Jako alternativu porodních plánů uvádí DeBaets (2017) vytvoření nástroje, jehož prostřednictvím by byl utvořen partnerský vztah a důvěra mezi rodičkou a porodníkem/porodní asistentkou. Tento nástroj se v jejím podání skládá ze šesti konzultačních témat, která jsou se ženou probrána v rámci psychoprofylaxe, v ideálním případě mezi 34. a 36. týdnem.

Tabulka 1 - Vektorový nástroj pro vytvoření porodního partnerství podle DeBeats (Mazúchová, Porubská, 2022)

Témata konzultace	Příklady otázek
Hodnoty	Jaké jsou základní cíle a hodnoty rodičky? V čem spočívají její obavy? Co pokládá v procesu porodu za nejdůležitější?
Prostředí	Koho chce mít rodička u sebe během porodu? Co by mohlo rodičce pomoci cítit se sebevědomě a uvolněně?
Komfort	Jaké prostředky/nástroje chce mít rodička u sebe během porodu pro zajištění její pohody a podpory?
Léčba	Existují nějaké specifické formy léčby, které rodička chce nebo naopak nechce? Pokud ano, proč?
Možnosti	Pokud porod nepůjde podle očekávání, jak bude chtít řešit možnosti správného porodu?
Zotavení	Jak si rodička představuje její první interakci s jejím dítětem? Jaké jsou její preference týkající se bondingu, krmení a péče po porodu?

2.1.3 Výběr místa k porodu

Většina žen chce rodit v porodnicích, ale jsou i ty, které nechtějí. Bohužel druhá skupina má hodně omezené možnosti. Je to dáno nedostatkem porodních asistentek v terénu, nedostatečnou spoluprací terénu s nemocnicí, špatnou nebo nedostatečnou legislativou a k tomu i nesouhlasem a odsuzováním domácího porodnictví ze strany lékařů i společnosti (Samková, 2020). Když se žena rozhodne, že bude rodit v porodnici, při výběru se bude řídit takovými hledisky, jako jsou kvalita porodnické a pediatrické péče, vybavení porodních sálů a pokojů šestinedělí, vzdálenost porodnice od bydliště. Rozhodujícím kritériem taky může být i průběh samotného těhotenství. V případě rizikového těhotenství je potřeba vyhledat péči ve specializovaném zařízení, které má k dispozici veškeré prostředky pro sledování stavu těhotné i dítěte a pro eventuální zákrok (Pařízek, 2015).

Existují různé způsoby, jak si ženy mohou vybrat nejvhodnější porodnici. Jedním z nejdůvěryhodnějších portálů tohoto typu je UNIPA (Unie Porodních Asistentek), která rodičkám poskytuje dostatek informací, na jejichž základě se mohou rozhodnout, kterou porodnici si zvolí. Tereza Kimplová sepsala body, které vycházejí z UNIPA a které mohou rodičky inspirovat k otázkám, na které se při výběru zdravotnického zařízení dotazovat. (Jochmannová, Kimplová, 2021; UNIPA, 2019).

Rodičky se mohou zajímat o:

- obvyklý postup u žen po termínu; nejčastější důvod vyvolávání porodu
- procentuální zastoupení spontánních/přirozených porodů
- možnost telefonního poradenství v případě otázek

- počet pracovníků v zařízení
- poměr porodů císařským řezem, VEX a kleštěmi
- četnost nástřihu hráze; procento poranění hráze; možnosti prevence poranění hráze
- dostupné metody tlumení bolesti
- postup přerušení pupečníku
- možnost bezprostředního bondingu

2.2 Porod

Porod (partus) je děj, při kterém dochází k úplnému vypuzení plodového vejce (plod, placenta, pupečník, plodová voda, plodové obaly) porozením nebo vynětím z těla matky (Moravcová et al., 2022). Porodem nazýváme každé ukončení těhotenství narozením živého nebo mrtvého novorozence (Hájek et al., 2014).

Porodní proces lze rozdělit na tzv. doby porodní. Dubová a Zikán (2022) uvádějí tři:

První dobou porodní (tzv. otevírací) označují počátek děložní činnosti vedoucí k rozvoji DDS, hrdla a branky. Dalším znakem je odtok plodové vody, který je následován kontrakcemi. Nenastanou-li kontrakce do jedné hodiny po odtoku plodové vody, hovoří se o předčasném odtoku plodové vody neboli PROM. Trvání první doby porodní se liší dle parity; u prvorodiček bývá delší.

Druhá doba porodní (tzv. vypuzovací) začíná zánikem branky a končí vypuzením plodu. U prvorodičky trvá zpravidla 15-20 minut, u vícerodiček v průměru 5-10 minut, v extrémních případech však může trvat až 120 minut.

Třetí doba porodní začíná ukončením porodu plodu a končí porodem placenty a plodových obalů. Trvání je v průměru 5-10 minut. Neproběhne-li do 60 minut, je pacientce provedena manuální lýza, neboli manuální vybavení placenty na sále (Koucký et al., 2016).

Někteří autoři, např. Srp, popisují i čtvrtou dobu porodní, kterou označují poporodní období. Čtvrtá doba porodní začíná porodem placenty a porodních obalů a končí 2 hodiny po porodu, lze ji tak zařadit do raného šestinedělí. V jeho průběhu je žena nejvíce ohrožena poporodním krvácením (Hájek et al., 2014).

Normálním porodem rozumíme spontánně vyvolaný porod s nízkým rizikem na počátku první doby porodní. Dítě je porozeno spontánně v poloze podélné záhlavím v období mezi ukončeným 37. a 42. týdnem gravidity. Po porodu je matka i dítě v dobrém stavu. K dalším parametrům

charakterizujícím normální porod patří spontánní počátek a postup porodu, žena porodí dítě i placentu ve svém vlastním rytmu a vlastním úsilím a bez vnějších zásahů a dítě po porodu zůstává v blízkém kontaktu s matkou za účelem vytvoření citové vazby matka-dítě (Moravcová et al., 2022).

2.2.1 Druhy porodů

Můžeme rozlišit různé druhy porodů, a to zejména na základě míry zásahu do porodního procesu ze strany personálu. V této kapitole zmíním některé základní druhy porodů.

2.2.1.1 Přirozený (fyziologický) porod

Jedná se o porod, který probíhá bez jakéhokoliv zásahu ze strany lékaře a porodní asistentky, bez využití farmakoterapie. Porodní asistentka rodičce pouze asistuje a poskytuje jí psychickou oporu. Porod vedený porodní asistentkou by měl být maximálně šetrný k rodičce i plodu a respektovat jejich potřeby i tempo. Neměl by být ničím urychlován, a to z toho důvodu, že velmi křehký a vyvážený proces porodu se pak stává rozkolísaným, nepředvídatelným, a tudíž nebezpečným (Procházka et al., 2020).

2.2.1.2 Lékařsky vedený porod

Srp (Hájek et al., 2014) definuje lékařsky vedený porod jako porod, při němž jsou využita všechna medicinská opatření, která odpovídají současné úrovni lékařské vědy. Jméno je poměrně zavádějící, nemusí být totiž nutně veden lékařem. Porod vedený porodní asistentkou lze označit za lékařsky vedený, jsou-li dodrženy všechny nezbytné principy.

2.2.1.3 Operační porod

V případě komplikací v průběhu porodu přistupuje zdravotnický personál k operativnímu řešení. Rozlišujeme operační vaginální porody a císařský řez. Operační vaginální porody existují dva: porod kleštěmi (forceps) a vakuumextrakce plodu (VEX) (Procházka et al., 2020).

Porod kleštěmi označuje instrumentální vybavení hlavičky plodu vstouplé do malé pánve a v ní fixované. Porodnické kleště jsou nástroj navržený k asistenci porodu hlavičky plodu. Pomocí kleští lze provést trakci hlavičky a její rotaci. Kleště jsou první volbou při řešení hlubokého příčného stavu a při porodu koncem pánevním. Mezi další indikace patří hrozící hypoxie plodu, protahovaná druhá doba porodní, nedostatečná děložní činnost či akutní zhoršení fyzického stavu rodičky.

Vakuumextrakce označuje metodu, která na rozdíl od forcepsu umožňuje pouze trakci, nikoli rotaci. Principem této metody je přisátí peloty k hlavičce plodu pomocí vakua a manipulace s plodem pomocí takto umožněné trakce. K použití vakuumextraktoru se přistupuje za stejných

okolností, které indikují použití porodnických kleští. Volba metody závisí na praktické zkušenosti porodníka (Procházka et al., 2020).

V odůvodněných případech, konkrétně vyžaduje-li to stav porodu a měkkých tkání, se provádí tzv. epiziotomie, známá rovněž jako nástřih hráze. Často provází operační vaginální porody (Procházka et al., 2020).

Procházka (Procházka et al., 2020) definuje císařský řez jako porod plodu a placenty incizí v přední břišní a děložní stěně. Tento zákrok je prováděn v případech, kdy není možné realizovat vaginální porod, aniž by bylo ohroženo dítě či matka. Indikace k císařskému řezu je možné rozdělit na absolutní, relativní, akutní a plánované. Absolutní indikace jsou jednoznačné a neprovedení zákroku by vedlo ke smrti. Relativní indikace nejsou jednoznačné, ale provedení vaginálního porodu nese zvýšené riziko. Akutní indikace vyžadují rychlé provedení císařského řezu z důvodu náhlého zhoršení zdravotního stavu matky nebo plodu. V neposlední řadě indikace plánovaná označuje císařský řez, o jehož provedení bylo rozhodnuto s předstihem.

2.2.1.4 Ambulantní porod

Jedná se o variantu porodu domácího, jelikož valná část první doby porodní probíhá v domácím prostředí za přítomnosti porodní asistentky, zatímco zbytek porodu probíhá v prostoru porodnice. Pokud se nevyskytnou komplikace, bývá matka spolu s novorozencem propouštěna domů 4-6 hodin po narození dítěte. Před propuštěním je matka komplexně poučena porodníkem a pediatrem (Čermáková, 2023).

Je-li miminko zdravé, rodiče mají právo odejít z porodnice domů, přestože existuje potenciální možnost zhoršení zdravotního stavu novorozence. Zdravotnický personál může omezit rodičovská práva pouze v případě, kdy je provedení lékařského zákroku neodkladné a nutné k ochraně zdraví nebo života dítěte (Roztočil et al., 2017).

Ambulantní porod volí většinou ženy, které si přejí co nejpřirozenější průběh porodu, mají o něm vlastní představu, především pak o poporodní péči. Tyto ženy se často necítí komfortně v nemocničním prostředí a některé z nich ovlivnila i předchozí negativní zkušenost s chováním zdravotního personálu. Často si jej vybírají ženy, které by se bez této alternativy rozhodly pro porod doma (Roztočil et al., 2017).

2.3 Doprovod k porodu

2.3.1 Otec u porodu

Období bezprostředně před porodem, v průběhu porodního děje a v časném šestinedělí je charakterizováno závislostí těhotné a nedělky na blízkých osobách, a to zejména na otci očekávaného dítěte. Spolupráci mezi matkou a otcem v tomto období usnadňuje přirozená pomoc ze strany otce. Jedná se především o podporu psychickou, o vytvoření pocitu bezpečí, který je pro těhotnou zásadní (Slezáková et al., 2017).

Právo na přítomnost osoby blízké nebo osoby určené rodičkou zaručuje § 28 odst. 3 písm. e) bod 3. zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách – znění od 01.01.2023.

V prehistorických dobách poskytovaly rodičce pomoc nejzkušenější ženy komunity, ze kterých v průběhu vývoje vznikaly porodní báby. Nicméně i ostatní bývali aktivně zapojeni do podpůrné péče o své ženy. Postupně, jak se většina porodů přesouvala do porodnic, kde péči o ženu přebíraly porodní báby, byli otcové vytěsněni z porodního děje. S rozvojem "humanizačních metod" v porodnictví začínají být v sedmdesátých letech 20. století porodní sály pro otce opět zpřístupněny. V současnosti je u porodu přítomno zhruba 90 % (Roztočil et al., 2017).

Před uvedením otců na porodní sály bylo vzneseno mnoho námitek, a to všemi zúčastněnými stranami. Navrátilová (Roztočil et al., 2017) uvádí především strach ze zanesení infekce na porodní sál, obavu z konfliktního chování otce vůči personálu, strach z negativního vlivu prostředí na jeho neurovegetativní systém a v neposlední řadě o obavu z negativního prožitku porodu, který by mohl mít neblahý vliv na jeho sexuální život.

Účast otce u porodu poskytuje rodičce podporu ve zvládání stresu, úzkosti a panických reakcí, které se u porodu mohou vyskytovat. Dochází tak k urychlení jak fyziologických, tak patologických porodů a k lepšímu zvládání porodních bolestí tím, že snižuje jejich vnímání. Klesá tak potřeba pro aplikaci analgetik (Roztočil et al., 2017).

Nejedná se však o univerzálně platné pravidlo. Dušová (Dušová et al., 2019) poukazuje na některé výjimky. Rodička může chtít absolvovat celý porod v soukromí a žádnou blízkou osobu neuvést. Takové rozhodnutí je třeba respektovat a úkony tradičně připadající otci vykonávat za něj. Nastávají také situace, kdy partner rodičky u porodu přítomen být nechce, a rodička si proto může vybrat někoho jiného, například matku, sestru, kamarádku či jinou blízkou osobu, které ji porodem provedou bezplatně.

2.3.2 Alternativy doprovodu k porodu

Slezáková (Slezáková et al., 2017) hovoří také o placené alternativě doprovodu k porodu, kterou je dula. Jedná se o speciálně vyškolenou ženu, která rodičce během porodu poskytuje psychickou i fyzickou podporu, neposkytuje však zdravotnické služby. Její přínos spočívá především v podpoře a edukaci rodičů, například může rodičce poradit nejvhodnější polohu pro její současnou situaci; dále provádí masáže či napomáhá s nahříváním. Dle přání rodičky ji může dula provázet nejen porodním procesem, nýbrž celým těhotenstvím (Dušová et al., 2019).

Jako další možnost, jak snížit stres z porodu, Dušová (Dušová et al., 2019) uvádí vedení porodu ošetřujícím gynekologem rodičky, v jehož péči se může cítit komfortněji. Způsob vedení porodu tedy může být domluven tak, aby rodičce maximálně vyhovoval.

2.4 Psychika ženy v těhotenství a u porodu

Období těhotenství, včetně samotného porodního procesu, je provázeno obrovskými fyziologickými a psychosociálními změnami. Pro mnoho žen se nepochybně jedná o období pozitivní, ale souvisí s ním rovněž zhoršení fyziologických funkcí, zdravotního stavu a duševní pohody (Ayers, De Visser, 2015)

2.4.1 Psychika ženy v průběhu těhotenství

Někteří autoři, např. Tošner (Hájek et al. 2014), označují těhotenství jako období, v jehož průběhu dochází ke změnám organismu, zvýšené nervozitě, podrážděnosti či neadekvátním reakcím na stresující situace. Může také docházet k poruchám spánku, plačtivosti, depresím nebo zvýšené agresivitě.

Osobně se neztotožňuji s Tošnerovým vcelku negativním pohledem na vliv, který má těhotenství na ženskou psychiku. Domnívám se, že těhotenství nelze souhrnně popisovat a že je nutné jej vnímat jako několik na sebe navazujících fází. Jako přirozené rozdělení průběhu těhotenství lze považovat trimestry, z nichž každý svým průběhem unikátně působí na ženu.

První trimestr lze charakterizovat jako období přijetí těhotenství. Nastávající maminka si uvědomuje, že vstupuje do jiné fáze života, že hodně ze svého "já" bude muset opustit, že se změní její vztah k partnerovi, k rodičům, kamarádům. Mohou se objevovat obavy z toho, jak partner těhotenství přijme. Míru stresu ovlivňuje osobnost a charakter partnerů, jejich věk i skutečnost, zda jde o vztah manželský (Čermáková, 2023; Hájek et al., 2014).

Žena se v prvních měsících nejprve s těhotenstvím vyrovnává – a platí to i pro ženy, které si těhotenství velice přály. U žen, které si graviditu velmi přejí, bývá častý nepřiměřený strach z

potratu. První tři měsíce těhotenství se vyznačují určitou rozladěností, náladovostí – vše pramení z nejistoty “co bude?". U těhotných žen po IVF (umělém oplodnění) a po předchozích potratech je v tomto období psychická zátěž ještě větší (Čermáková, 2023; Hájek et al., 2014).

Druhý trimestr je považován za období přijetí plodu. Tato fáze těhotenství je charakteristická tím, že žena začíná svému dítěti připisovat osobnostní rysy, přemýšlí o jménu, o tom, komu se bude podobat vzhledem atd. Vzniká směsice fantazií, snů, tužeb a reality. Samozřejmě primární otázka, která všechny zajímá, je pohlaví dítěte (Berdnikova Yulia Leonidovna, 2021).

Odlišení „já” od plodu znamená uznat dítě jako samostatnou lidskou bytost žijící vlastním životem. Někdy dítě diktuje matce pro něj nezbytný styl chování, projevuje motorický neklid, když se mu něco nelíbí. Jiná miminka se chovají tak aktivně, že matka například nemůže spát (Berdnikova Yulia Leonidovna, 2021).

V této době se stav těhotenství stává zřetelným a viditelným. Žena musí změnit svůj životní styl, odpovídajícím způsobem se začít oblékat. Změny na postavě mohou některé ženy znepokojovat, a dokonce i odrazovat. Probouzejí se také různé další obavy. Některé ženy vyděsí jakákoli, i sebemenší změna v jejich pohodě. Často potřebují podporu a ujištění, že vše probíhá dobře, že ony i dítě jsou v pořádku (Berdnikova Yulia Leonidovna, 2021).

Třetí trimestr je období přípravy na porod a mateřství. Koncem těhotenství sílí obavy z porodu. Ženy se bojí, že nedokážou porodit. Už před porodem se mohou objevit obavy, že žena nedokáže dítě vychovat, uživit, že s ním nebude mít kde bydlet, že bude odmítnuta rodiči, že ztratí zaměstnání atd. Spolu se strachem z porodu často se objevuje i strach z bolesti, stupňovaný nejistotou z výsledku. V těhotenství se u části žen může objevit také strach ze ztráty partnera v souvislosti se ztrátou sexuální aktivity. Následkem hraničních nálezů screeningových testů nebo nejasných nálezů na ultrazvuku může vzniknout strach, zda dítě nebude poškozené nebo zda se nenarodí mrtvé (Hájek et al., 2014).

2.4.1.1 Vícečetné těhotenství

Zvláštní zmínku zaslouží také vícečetné těhotenství, které je v mnohých ohledech specifické. Vícečetné těhotenství představuje pro ženu řadu psychických problémů, které vyžadují psychologickou podporu a poradenství pro ni a její rodinu ve všech fázích těhotenství a po porodu. Skutečnost vícečetného těhotenství je pro ženu sama o sobě překvapením. Její reakce na vícečetné porody závisí na mnoha faktorech, včetně jejího věku, finanční situace, rodinného stavu, počtu porodů a také na řadě faktorů souvisejících s jejím vlastním narozením a výchovou. V některých případech může žena vícečetné těhotenství vnímat jako známku toho, že má nějakou abnormalitu,

což vede k obavám z komplikací během těhotenství, při porodu i po něm. Postoj ženy k vícečetným porodům může kolísat od pozitivního až po silně negativní. To platí zejména v případech, kdy k vícečetnému těhotenství dochází u žen, které byly léčeny pro neplodnost pomocí metod asistované reprodukce. V takové situaci může být pro ženu přechod od uvědomění si vlastní neplodnosti k uvědomění si "nadměrné plodnosti" šokující (Kelmanson Igor Alexandrovich, 2018).

2.4.2 Psychika ženy v průběhu porodu

Porod Berdnikova (Berdnikova Yulia Leonidovna, 2021) popisuje jako vrcholný okamžik. Nastává odloučení neboli separace. Tím dochází ke konci koexistence, matka a dítě musí přejít k oddělené fyzické existenci. Porod představuje pro rodiče vrchol emočního očekávání, okamžik zkoušky vlastní schopnosti dát život.

V průběhu porodu dochází k výrazným emocionálním změnám. Raynor (Marshall, Raynor, 2014) popisuje některé emoční změny, které mohou v průběhu porodu nastat. Typické jsou přechody od silného vzrušení po naprostý strach. Strach během porodu může mít mnoho příčin. Strach z neznámého, strach z nemocničního prostředí, vybavení a zdravotnických úkonů či hospitalizace jako takové. Nemocniční prostředí může také typicky vyvolávat strach ze smrti, protože je spojováno s nemocemi, ohrožením života atd. Běžný je také strach z porodních bolestí a jiné nepříjemné pocity plynoucí z nedostatku kontroly nad situací. Rodičku také často sužují obavy o blaho jejího dítěte či její obavy o schopnost partnera zvládnout porodní proces, je-li mu přítomen. Pokud se v průběhu porodu vyskytnou život ohrožující komplikace, případně je-li nutné provést akutní císařský řez, může docházet k eskalaci těchto obav. V neposlední řadě je třeba poukázat na to, že během porodu dochází k uveřejnění spousty soukromých informací, následkem čehož může rodička pociťovat strach z nedostatku soukromí, v některých případech i strach ze zesměšnění.

2.4.2.1 Tokofobie

Strach z porodu, známý také jako tokofobie nebo maieusiofobie, je definován jako psychická porucha, která popisuje nepatrný až extrémní strach z porodu a postihuje ženy od dětství až po stáří. Pokud strach z porodu zasahuje do každodenního fungování ženy, označuje se jako patologický strach (Demšar et al., 2018).

Pochopení tokofobie je náročné, protože může pramenit z celé řady komplexních sociálních faktorů, jako je domácí násilí, komunikační obtíže, nedostatečný socioekonomický status, nedostatek sociální podpory, nulliparita, předchozí traumatická zkušenost s porodem, a již existující duševní onemocnění (Marshall, Raynor, 2014).

Je možné rozlišit mezi primární a sekundární FOC, a to na základě toho, ke komu se vztahují. Primární FOC označuje strach prvorodiček, způsobený nejistotou z blížícího se porodu, strachem z bolesti, pochybnostmi o schopnosti vlastního těla úspěšně porodit a obecným strachem z nové zkušenosti (Beal et al., 2023).

Naopak sekundární FOC postihuje vícerodičky a často souvisí s předchozí negativní zkušeností s porodem (Beal et al., 2023). Ačkoli mohl jejich předchozí porod dopadnout dobře, domnívají se, že to byla zásluha štěstí, které se ale nemusí znovu opakovat (Wigert et al., 2020). Protože se tato práce zabývá porodem z pohledu prvorodiček, sekundární FOC nebude dále popisován.

Helena Wigert (Wigert et al., 2020) ve svém článku zmiňuje některé z obav, které mají ženy před svým prvním porodem. Spousta z nich mluví o nejistotě z toho, jak bude porod probíhat, o své nedostatečné informovanosti a v neposlední řadě o neschopnosti svou situaci aktivně ovlivnit.

Tokofobie se vyznačuje různou intenzitou a projevuje se somatickými příznaky, mezi něž patří bledost, pocení, zimnice, tachykardie, střídání pocitu tepla a chladu, ochabnutí nebo naopak zvýšení napětí svalů (Bašková, 2015).

Kromě somatických příznaků se FOC projevuje v chování rodičky, a to nejčastěji jako neartikulované zvuky, zmatená řeč, výkřiky, vzrušený hlas nebo svírání pěstí. Jeho trvání je různé a je často provázeno ztrátou duševní rovnováhy (Bašková, 2015).

Marshall (Marshall, Raynor, 2014) uvádí některé z možných následků tokofobie, mezi něž řadí delší trvání porodu, a tedy větší riziko potřeby porodnických zásahů během porodu. Dalším předpokládaným následkem je zvýšení hladiny katecholaminu, který má vliv na sílu, frekvenci a trvání děložních kontrakcí. Bašková (2015) dodává, že přílišná obava o blaho dítěte může vést ke snížené toleranci na bolest. To může ovlivnit spokojenost žen s porodem a vést k utrpení matky.

Demšar (Demšar et al., 2018) poukazuje na existující souvislost mezi preferencí porodu císařským řezem a tokofobií. Wigert (Wigert et al., 2020) doplňuje, že některé ženy s výrazným strachem z porodu mají zájem rodit pomocí CS, aby se cítily bezpečně a měly kontrolu nad porodem a aby měl jejich porod klidný průběh. Vnímají tedy CS jako jistou formu copingu, možnost, ke které mohou před svým strachem „utéct“.

2.4.2.2 Vliv porodních operací na ženu

„Málokterá žena si připouští možnost, že její porod skončí vaginální operací. Pokud taková situace skutečně nastane, není na ni psychicky připravena a prožitek porodu pak s větší pravděpodobností vyústí v porodní trauma.“ (Takács et al., 2015).

Nepřipravenost ženy na akutní operační porod má za následek zvýšení úrovně stresu a může umocnit pocit ztráty kontroly nad situací. Strach o vlastní zdraví i zdraví dítěte jsou o to větší, pokud se žena cítí nedostatečně informována ze strany zdravotnického personálu, který pod tlakem těchto akutních případů upřednostňuje řešení komplikací před informováním pacientky (Takács et al., 2015).

Takács (Takács et al., 2015) uvádí, že ženy, které podstoupily porod kleštěmi či za použití vakuumextraktoru, pociťují strach z dalšího porodu a těhotenství častěji než ženy, které porodily vaginálně bez nutnosti operačního zákroku. Klešťový porod na ženy působí negativněji než vakuumextrakce, protože po něm častěji následují projevy PTSD.

Dekel (Dekel et al., 2019) ve svém výzkumu zjistila, že ženy, které podstoupily nějaký druh porodní operace, vykazovaly vyšší míru somatizace, depresivních, úzkostných a obsedantně-kompulzivních symptomů než ženy, které rodily přirozeně. Rovněž vykazovaly vyšší distres. V případě neplánovaných císařských řezů docházelo také k vyššímu výskytu symptomů PTSD souvisejících s porodem. Naproti tomu sekce plánovaná bývá zpravidla velmi dobře tolerována a rodičky bývají s takovým porodem spokojené (Takács et al., 2015).

Konkrétní reakce na porodní zákroky souvisí s faktory, jako je duševní zdraví, věk, vzdělání a primiparita matky nebo zdravotní komplikace u novorozence (Dekel et al., 2019).

Mezi myšlenky, které lze často vypozorovat u žen, u kterých byl proveden akutní císařský řez, patří pocit ztráty kontroly, pocit odstupu od dítěte, pocit selhání v roli matky, pocit zohavení chirurgickým zákrokem nebo antagonické pocity vůči zdravotníkům (Takács et al., 2015).

2.5 Porodní bolest

Hororové historky o nesnesitelnosti porodních bolestí se předávají z generace na generaci. Počínaje církevním zastrašováním "budete rodit v agónii" a konče příběhy kamarádek, které už rodily a zažívaly sadistické potěšení ze zastrašování jiných žen. Moderní kinematografie k zastrašování významně přispěla. Pokud se ve filmu objeví scéna porodu, je zobrazeno nesnesitelné utrpení. Hrdinka je zalitá strašlivým potem, má zkřivený obličej, křičí a svíjí se. Ve filmovém průmyslu je totiž cílem emocionální reakce diváka (Berdnikova Yulia Leonidovna, 2021).

„Bolest je podle IASP (International Associacion for the Study of Pain) a WHO (World Health Organisation) definována jako nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození. Je vždy subjektivní.“ (Pařízek, 2012).

Porodní bolest je specifická tím, že není spojena s patologií, nýbrž souvisí s nejzákladnější a nejdůležitější životní zkušeností – zrozením nového života (Filausová, Vrublová 2018). Jedině porodní bolesti jsou popisovány jako bolestivé reakce na fyziologický děj v lidském organismu čili nejsou vyvolány žádnou chorobou či úrazem. (Vrublová, Dvořáková, 2018).

Porodní bolest je označována jako jeden z nejintenzivnějších bolestivých zážitků v životě ženy (Vrublová, Dvořáková, 2018). Při porodu žena zakouší bolest, která je součástí fyziologického porodního procesu a je uváděna jako hluboký psychosociální zážitek (Filausová et al., 2017). Bolest při porodu může sloužit jako krok na cestě k uvědomění si mateřství a může tudíž zprostředkovat pozitivní zážitek z porodu (Filausová, Vrublová 2018).

Porodní bolest můžeme dělit podle toho, v jaké době porodní se vyskytuje. Bolesti první doby porodní, viscerální, jsou vyvolány dilatací děložního hrdla, dolního děložního segmentu a napětím děložního těla při kontrakcích. Rodička udává bolesti v bederní oblasti, v podbřišku a v oblasti vnitřní strany stehen. Bolesti druhé doby porodní, somatické, jsou vyvolány děložními stahy, otevíráním měkkých porodních cest a tlakem plodu na kořeny lumbosakrálního plexu. Rodička udává ostré, tlakové, dobře lokalizované bolesti, jejichž intenzita postupně eskaluje do doby prořezání hlavičky (Procházka et al., 2020).

Neexistuje objektivní měření porodní bolesti, nicméně existují různé aproximativní škály bolestivosti. Relativně jednoduché je desetibodové skóre PRI (Pain Raiting Index) od 0 (bez bolesti) do 10 (nesnesitelná bolest). Průměrnou porodní bolest je možné umístit k bodu 8. Kromě kvantity se hodnotí i její kvalita, a to jak senzorická kvalita bolesti – tupá, ostrá, tahavá, tak afektivní kvalita bolesti – vyčerpávající, hrůzná. Pouze rodící žena může hodnotit jak bolest, tak i účinky léčby (Roztočil et al., 2017). Vnímání intenzity bolesti, je ovlivněno předchozími zkušenostmi a dalšími sociálními i etnickými vlivy (Procházka et al., 2020).

2.5.1 Metody tlumení bolesti

Těhotná žena má právo být včas a pravdivě informována o všech možnostech tlumení porodních bolestí, které dané porodnické zařízení nabízí. Všechna porodnická zařízení by měla usilovat o možnost poskytnout co nejširší spektrum metod porodnické analgezie, aby bylo možné vyhovět většině přání rodiček a jejich partnerů (Pařízek, 2012).

Cílem tlumení porodních bolestí je maximalizace porodnického komfortu pro matku, zajištění optimálních podmínek pro plod a zvýšení psychické vazby matka-plod (Roztočil et al., 2017).

Metody tlumení bolesti lze rozdělit na metody nefarmakologické a farmakologické.

Nefarmakologické metody jsou obecně považovány za méně efektivní v potlačování porodních bolestí (Roztočil et al., 2017). Mezi nejpoužívanější patří předporodní příprava, polohování, aromaterapie, hydroanalgezie a elektroanalgezie (Marešová, 2021).

Naproti tomu farmakologické metody tlumení bolesti spoléhají na podávání léků potlačujících bolest. Tyto metody můžeme dělit podle způsobu podání na systémovou analgezii, sedaci a regionální analgezii. Systémovou analgezii lze dále rozdělit na intravenózní a inhalační (Procházka et al., 2020).

Mezi nejčastěji používané a zároveň nejžádanější prostředky pro tlumení bolesti patří epidurální analgezie. Řadí se mezi regionální analgezii. Avšak ani epidurální analgezie nepotlačuje bolest kompletně, jelikož rodička potřebuje cit v oblasti hráze, aby mohla efektivně tlačit během druhé doby porodní (Hájek et al., 2014).

Další vysoce frekventovaně užívanou metodou tlumení bolesti je inhalační analgezie. Nejčastěji užívaným inhalačním anestetikem je Entonox, lidově známý pod názvem rajský plyn. Jedná se o směs 50% O_2 a 50% N_2O (Procházka et al., 2020).

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jak si prvorodičky představují svůj porod.

Cíl 2: Zjistit, jak se liší představy prvorodiček o porodu od skutečnosti.

3.2 Výzkumné otázky

Na základě těchto dvou cílů byly stanoveny otázky.

Výzkumná otázka 1: Jak se prvorodičky připravují na porod?

Výzkumná otázka 2: Jaké jsou představy prvorodiček o porodu?

Výzkumná otázka 3: Jak vnímaly prvorodičky svůj porod?

Výzkumná otázka 4: V čem se případně lišil porod od představ?

3.3 Metodika

Pro zpracování výzkumné části bakalářské práce byla použita metoda kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl proveden prostřednictvím polostrukturovaných hloubkových rozhovorů s ženami před porodem a se stejným souborem žen po porodu.

Rozhovory před porodem byly vedeny v porodnické ambulanci a rozhovory po porodu byly prováděny na oddělení šestinedělí druhý den po porodu nebo v případě zhoršeného zdravotního stavu třetí den, po předchozí domluvě. Výzkumu bylo podrobeno celkem 6 žen, a to výlučně prvorodičky, jednalo se tudíž o výběr záměrný. Rozhovor byl vždy dobrovolný a zcela anonymní. Všechny respondentky souhlasily s provedením rozhovorů a s využitím výsledků pro účely zpracování bakalářské práce na téma „Porod očima prvorodičky“. Informované souhlasy byly získány pouze ústně. Každý rozhovor byl zaznamenán audiotechnikou a následně doslovně převeden do písemné formy. Získaná data byla analyzována metodou kódování „Tužka-papír“ (Hendl, 2016).

Rozhovor před porodem obsahoval pět identifikačních otázek a devět otevřených otázek. Rozhovor po porodu se rovněž skládal z devíti otevřených otázek. V případě potřeby byly během rozhovorů pokládány doplňující otázky se snahou nenapovídat odpověď.

Dotazované ženy jsou označeny R1 (respondentka 1) až R6. Rozhovor před porodem je označen jako Rozhovor A, rozhovor po porodu je označen jako Rozhovor B. Otázky z rozhovorů před

porodem jsou označeny písmenem A, kdežto otázky z rozhovorů po porodu jsou označeny písmenem B.

Otázky v prvním rozhovoru byly zaměřeny na způsoby přípravy k porodu. Tázala jsem se na jejich informovanost o průběhu porodního procesu a zdroje, odkud tyto informace získávají. Také mě zajímalo, zda se cítí informovány a připraveny dostatečně. Dále jsem se ptala na jejich představu ideálního porodu a jeho průběhu. Dalším bodem v rozhovoru byl práh bolesti respondentek a s ním spojené očekávání intenzity porodní bolesti. Zjišťovala jsem, jaké metody tlumení porodních bolestí respondentky znají a které mají v plánu v průběhu porodu využít, zda k porodu jdou s vlastním porodním plánem a které jeho části považují za nejdůležitější. Pakliže plán sepsaný neměly, zjišťovala jsem důvod. Další otázka cílila na preferovaný doprovod k porodu a jeho odůvodnění, na faktory, na základě, kterých si vybíraly porodnici a v neposlední řadě na roli, kterou si myslí, že v průběhu porodního procesu budou plnit porodní asistentky.

Rozhovorem po porodu jsem zjišťovala, jakým způsobem jejich porod probíhal, zda odpovídal jejich očekávání, v jakých ohledech se odlišoval a do jaké míry byly užitečné informace získané v rámci předporodní přípravy. Dále jsem se tázala, v jakém rozsahu byl splněn jejich porodní plán a zda by plán sepisovaly u budoucích porodů, jak prožívaly porodní bolesti, jaké metody byly aplikovány k jejich tlumení a do jaké míry byly spokojeny s jejich účinkem. Ptala jsem se, do jaké míry byly spokojeny s prostředím porodního sálu, s chováním personálu a s rolí svého doprovodu. Na závěr rozhovoru jsem se snažila zjistit celkové hodnocení porodu.

Tabulka 2 - Shrnutí zaměření otázek rozhovorů

Před porodem	**Po porodu**
Předporodní příprava	Průběh porodu
Pocit připravenosti	Využití získaných informací
Porodní plán	Porodní plán
Představy o porodu	Porovnání přestav se skutečným průběhem porodu
Zvládání bolesti; Představy o porodní bolesti	Vnímaní porodních bolestí
Povědomí o metodách tlumení bolesti; preference	Využití metod tlumení porodních bolestí
Doprovod k porodu	Doprovod u porodu
Kritéria pří výběru porodnice	Vnímání prostředí porodního sálu
Role porodních asistentek	Hodnocení přístupu porodních asistentek a personálu

3.4 Výsledky výzkumu

3.4.1 Identifikační údaje respondentek

Tabulka 3 - Identifikační údaje respondentek (vlastní výzkum)

Respondentka	Parita	Věk	Rodinný stav	Nejvyšší dosažené vzdělání	Zaměstnání
R1	1	26	Vdaná	Vysokoškolské	Zdravotnická záchranářka
R2	1	33	Svobodná	Vyšší odborné	Bankéřka
R3	1	23	Svobodná	Střední s maturitou	Prodavačka
R4	1	25	Vdaná	Středoškolské s maturitou	Administrativní pracovnice
R5	1	22	Svobodná	Základní	Dělnice
R6	1	29	Svobodná	Vysokoškolské	Policistka

3.4.2 Rozhovory před porodem

Otázka č.A1: Příprava k porodu

Tabulka 4 - Otázka č.A1: Příprava k porodu (vlastní výzkum)

Respondentky	Příprava k porodu
R1	Předporodní kurz, internetové zdroje, instagramové stránky
R2	Internetové zdroje, informace od matky a kamarádek, instagramové stránky
R3	Informace od kamarádky, matky a sester z ambulance
R4	Instagramové stránky
R5	Členové rodiny, internetové zdroje
R6	Předporodní kurz, informace od kamarádek, internetové zdroje

První otázka prvního rozhovoru byla zaměřena na způsoby, jakými se prvorodičky připravují k porodu a z jakých zdrojů čerpají informace. Jelikož jsem zkoumala výhradně prvorodičky, které s porodem dosud nemají vlastní zkušenost, zajímalo mě, jaké zdroje informací považují za nejdostupnější, nejspolehlivější.

Nejčastěji uváděným informačním zdrojem byly internetové stránky, které ve svých odpovědích zmínily R1, R2, R5 a R6. R1 a R5 konkrétně zmiňovaly, že se snažily hledat informace o možnostech prevence porodního poranění. R1 se dočetla o možnostech přípravy hráze masáží, zatímco R5 se prostřednictvím internetových článků doslechla o pomůcce Aniball.[1] R2 a R6 označily internet za svůj hlavní zdroj.

[1] „Aniball je osvědčená pomůcka pro snazší porod. Výrazně snižuje riziko poranění hráze a pomáhá obnovení správné funkce pánevního dna po šestinedělí.“ (Aniball, 2021. Aniball [online]. [cit. 2024-04-01]. Dostupné z: https://www.aniball.cz/)

Dalším nejčastěji uváděným zdrojem, který zmínily R2, R3, R5 a R6 byli známí či rodinní příslušníci, kteří už měli vlastní zkušenost s porodem. R5 označila rodinu jako svůj hlavní zdroj. R3 se informovala především od kamarádek a od své matky a také od sestřiček při kontrolách v nemocnici.

R1, R2 a R4 mezi svými zdroji zmínily instagramové stránky. R1 a R2 konkrétně jmenovaly instagramový profil „Moje porodní asistentka“, R4 zmínila Instagram obecně a další sociální sítě, na kterých sleduje odborníky, které však nejmenovala.

Pouze R1 a R6 absolvovaly předporodní kurz organizovaný pardubickou nemocnicí. R1 pracuje jako zdravotnice, díky čemuž již určité povědomí o porodu měla, na předporodním kurzu ji tudíž zajímal především průběh porodu, polohování za porodu a poporodní péče. R6 absolvovala kurz společně s partnerem a za jeho nejdůležitější přínos považovala lekci o nemocích novorozenců a také „základní údaje“, jako např. kdy dojet do nemocnice k porodu. R2 a R4 o předporodní kurz měly zájem, na R2 však nezbyla kapacita a R4 kurz nestihla absolvovat.

Otázka č.A2: Pocit připravenosti

Tabulka 5 - Otázka č.A2: Pocit připravenosti (vlastní výzkum)

Respondentky	Pocit připravenosti
R1	Ano
R2	Ne
R3	Ano
R4	Ne
R5	Spíš ano
R6	Ano

Touto otázkou jsem se snažila zjistit, zda respondentky považují informační zdroje z předchozí otázky za dostačující a zda mají pocit, že jdou k porodu dostatečně informované.

R1, R3 a R6 odpověděly kladně, R2 a R4 negativně a R5 projevila váhavý souhlas.

R1 se cítila připravena dostatečně, a to zejména díky absolvování předporodního kurzu a svému vlastnímu samostudiu.

Pocit připravenosti R3 ovlivnila silná podpora jejího okolí a také myšlenka, že „to zvládla spousta žen, takže to zvládnu i já.“

R6 si uvědomovala, že je vždy co zlepšovat, nicméně je toho názoru, že si informací nastudovala dostatek, a především je pozitivně mentálně naladěna.

R2 se necítila informována vůbec, avšak cíleně. Řídila se mottem *Čím míň vím, tím líp spím*. Domnívala se, že přílišná informovanost by jen vedla k vyššímu stresu. Vyjádřila svou důvěru ve zdravotnický personál a ve svou schopnost řídit se jejich instrukcemi.

R4 se rovněž necítila dostatečně informována, a to z podobného důvodu jako R2. Vyjádřila se „Já jsem hrozný flegmatik, takže tam jdu s tím, že to prostě bude."

R5 odpověděla, že informací není nikdy dost, nicméně skepticky se vyjádřila k informacím z internetu, protože každá žena si porod prožívá jinak, tudíž další studium na internetu by nemuselo být přínosné.

Otázka č.A3: Porodní plán

Tabulka 6 - Otázka č.A3: Porodní plán (vlastní výzkum)

Respondentky	Porodní plán
R1	Neměla – „nemám žádné vyloženě speciální přání"
R2	Neměla – Nevěděla, co do toho psát a nikdo z okolí ho neměl sepsaný.
R3	Neměla – Nevěděla o takové možnosti.
R4	Neměla – Porodní plán má v hlavě. Navíc všechno ví i manžel.
R5	Neměla – Zbytečnost, nemusí se dodržet.
R6	Neměla – Věřila, že porod není něco, co by šlo naplánovat.

Ve třetí otázce jsem se ptala, zda si respondentka připravila porodní plán a jaká jeho část je pro ni nejdůležitější. Nicméně žádná z respondentek si plán nesepsala a ani to neměla v plánu, sekundární otázka tudíž přestala být relevantní.

Tuto otázku jsem zahrnula proto, že porodní plán považuji za obraz celkové představy ženy o porodu a jeho průběhu a jeho analýzou lze zjistit, jakou vizi o porodu ženy mají.

Jak bylo zmíněno výše, žádná z respondentek neměla porodní plán fyzicky sepsaný, jejich důvody se však lišily.

R1 říkala, že se její přání neodlišuje od standardního postupu.

R2 si nebyla jistá, co do porodního plánu napsat, stejně tak se zachovaly i její kamarádky. Internetem se inspirovat nechtěla. Měla v plánu se při porodu řídit intuicí.

R3 nevěděla, že existuje něco jako porodní plán. Poté, co jsem jí tento pojem vysvětlila, mi odpověděla, že má určité představy v hlavě, což považovala za dostatečné.

R4 měla taktéž plán pouze v hlavě a současně s ním byl obeznámen její manžel, který věděl, v jakých situacích zakročit, tudíž sepsaný plán pro ně nebyl prioritou. Dva body, které zmínila jako hlavní, bylo dodržení bondingu a odmítnutí preventivního nástřihu.

R5 považovala porodní plán za zbytečný, protože porod vnímá jako něco, co nelze spolehlivě naplánovat.

R6 původně plán sepisovat chtěla, nicméně z důvodu přenášení dospěla k názoru, že její původní plán by nebyl proveditelný. Podobně jako R5 považuje porod za obtížně plánovatelnou skutečnost a že realita se může silně lišit od představ.

Otázka č.A4: Představa ideálního průběhu porodu

Tabulka 7 - Otázka č.A4: Představa ideálního průběhu porodu (vlastní výzkum)

Respondentky	Představa ideálního průběhu porodu
R1	Rychlý, bez poranění, zdravé dítě
R2	„Plynulý průběh porodu“, odtok vody doma, klidný dojezd do porodnice, porod „bez šílených bolestí za 4 h“
R3	Co nejrychleji, nejmíň v bolestech, „aby přítel nešílel“, bez vyvolaní. „Bojím se toho.“
R4	Rychlý
R5	Rychlý, bezbolestný, odchod po porodu
R6	Rychlý, bezbolestný, bez nástřihu, fyziologický průběh

V otázce č. 4 jsem se ptala, jak si respondentky představují ideální porod, a to jak v pozitivním, tak v negativním vymezení.

Charakteristikou ideálního porodu, na které se shodly všechny respondentky, byl rychlý průběh porodu. R2 si konkrétně představovala porod trvající maximálně 4 hodiny, protože některé její kamarádky si zažily porod táhnoucí se přes 2 dny. V případě R4 se jednalo dokonce o jediné přání.

Dalším bodem, na kterém se shodla většina respondentek (R2, R3, R5, R6) bylo přání minimální porodní bolesti, přestože si všechny uvědomovaly, že se jedná o poměrně naivní představu.

Považuji za zarážející, že pouze R1 ve svých představách zmínila zdravotní stav svého dítěte, a nejen své blaho. Přesto pochopitelně doufá, že na ní její porod nezanechá trvalé následky, jako například porodní poranění.

Odpověď R2 byla nejspecifičtější, pravděpodobně založená na zkušenostech jejích kamarádek. Doufá, že jí začne odtékat plodová voda doma navečer, že bez nadměrného stresu dojede do nemocnice, kde bez „šílených bolestí“ a paniky porodí za 4 hodiny.

R3 má z porodu strach. Vyjma rychlého a bezbolestného průběhu si přeje, aby se porod spontánně rozeběhl a aby její partner „nešílel."

R5 jako ostatní doufala v rychlý a bezbolestný průběh, jako jediná se však vyjádřila, že by po porodu ráda odešla domů.

R6 se za každou cenu chtěla vyhnout operativnímu porodu a některým zákrokům, jako je nástřih hráze. Rovněž doufala v rychlý a bezbolestný průběh, považovala však tuto představu za naivní.

Otázka č.A5: Zvládání bolesti; Představa o porodní bolesti

Tabulka 8 - Otázka č.A5: Zvládání bolesti; Představa o porodní bolesti (vlastní výzkum)

Respondentky	Zvládání bolesti	Představa o porodní bolesti
R1	Sportovala, vysoký práh bolesti	„Šílená, největší, co jsem kdy zažila."
R2	Bez úrazů, ví, že má nízký práh bolesti	Neumí posoudit a představit si
R3	Má nízký práh bolesti	Bude to těžké, ale zvládne to s podporou doprovodu
R4	Dobré, „Vytrpěla jsem si hodně."	Neumí si představit, ale „nebude snad to nic nesnesitelného"
R5	Zažila bolesti hodně	Neumí si to představit, nelze se připravit
R6	Není relevantní, na porodní bolest se nelze připravit	Nemá představu, Jako „projít si peklem, ale bolest přejde a vznikne něco krásného."

V páté otázce jsem zjišťovala, jak respondentky zvládají bolest obecně a co očekávají od bolesti v průběhu porodu.

R1 počítá s tím, že porodní bolest bude „šílená, největší, co jsem kdy zažila", nicméně si myslí, že má vysoký práh bolesti, jelikož celý život sportovala.

R2 o sobě ví, že její práh bolesti je nízký. Silnou bolest si prakticky nezažila, protože se jí nikdy nestal žádný úraz. Proto nedokáže posoudit intenzitu porodní bolesti.

R3 ví, že porodní bolest bude obtížně zvládat, je si vědoma, že její práh bolesti je nízký. Nicméně věří, že za podpory partnera to vše zvládne.

R4 tvrdí, že si za život vytrpěla hodně bolesti a zvládá ji relativně dobře. Obává se, že porodní bolest hodně zlehčuje a nedokáže si naplno představit, co ji čeká, právě proto, že je prvorodička, ale doufá, že to nebude nic nesnesitelného. Nicméně věří, že na tuto část porodu člověk rychle zapomene.

R5 je toho názoru, že za život bolesti zvládla hodně, avšak na porodní bolest se připravit nelze. Je prvorodička, a proto nemůže tušit, co ji čeká.

V kontrastu s ostatními respondentkami, R6 považuje toleranci na bolest za irelevantní. Vzhledem k tomu, že každý zvládá bolest jinak, se nelze spolehnout na zkušenosti jiných lidí. Bude tu bolest muset vydržet, s čímž jí napomůže vidina toho, že výsledkem bolesti bude něco krásného.

Otázka č.A6: Povědomí o metodách tlumení bolesti; Preference

Tabulka 9 - Otázka č.A6: Povědomí o metodách tlumení bolesti; Preference (vlastní výzkum)

Respondentky	Povědomí o metodách tlumení bolesti	Preference
R1	Entonox, epidurál, hydroterapie, polohování, fytoterapie	Epidurál
R2	Léky na utlumení bolesti obecně, fytoterapie, polohování	Cokoli, bez rozdílu ne-/farmakologické
R3	Entonox, epidurál, dýchání	Bez tlumení bolesti
R4	Entonox, epidurál, fytoterapie	Cokoli, bez rozdílu ne-/farmakologické
R5	Entonox, epidurál	Epidurál, možná Entonox
R6	Entonox, epidurál	Cokoli, bez rozdílu ne-/farmakologické

Šestá otázka se týkala povědomí, které prvorodičky mají o dostupných metodách tlumení bolesti, a jejich osobních preferencích.

Všechny respondentky uvedly dvě nejčastější metody tlumení porodní bolesti, epidurál a Entonox, ačkoli R2 je uvedla pouze pod pojmem „léky na utlumení bolesti."

R1 měla z předporodního kurzu relativně dobré povědomí o dostupných metodách tlumení bolesti, a ve srovnání s ostatními dokázala uvést i nefarmakologické metody, konkrétně fytoterapii, hydroterapii a polohování. Zvažovala užití epidurálu, avšak nebyla si jistá, zda bude možné jej aplikovat z důvodu skoliózy a vyhřezlé ploténky. Nefarmakologické metody neplánovala využít, protože očekávala, že na ně nebude mít náladu.

R2 měla vágní povědomí o dostupných metodách. Její matka odrodila tři děti bez tlumení bolesti, respondentka byla nicméně připravena využít, cokoli jí bude nabídnuto.

Ačkoli R3 základní povědomí o možném tlumení bolesti měla, od zbytku výzkumného vzorku se odlišovala tím, že si žádné tlumení nepřála. Argumentovala pro to zkušenostmi žen, které v minulosti takové možnosti neměly, a chtěla se jim vyrovnat.

R4 byla obdobně jako R2 vybavena povědomím o rajském plynu a epidurální analgezii, a taktéž byla otevřena všem dostupným možnostem, jak porodní bolest utlumit.

R5 věděla o rajském plynu a epidurálu, ale nevěděla, zda jsou tyto metody nabízeny v pardubické nemocnici. O jejich případném užití hodlala rozhodovat podle potřeby až v průběhu porodu.

Odpověď R6 se blízce podobala R2 a R4. Své plány vyjádřila takto: „Přijdu do nemocnice s nataženou rukou, a co mi budou chtít dát, tak ať mi dají."

Otázka č.A7: Doprovod k porodu

Tabulka 10 - Otázka č.A7: Doprovod k porodu (vlastní výzkum)

Respondentky	Doprovod k porodu
R1	Manžel – Psychická podpora a společný zážitek
R2	Přítel – Aby paní nebyla sama, aby přítel věděl a viděl, čím si žena prochází za porodu, podpora
R3	Přítel – Psychická podpora, společný zážitek, aby přítel věděl a viděl, čím si žena prochází za porodu
R4	Manžel – Podpora, především zájem manžela
R5	Sestra – Zkušená, nejbližší, vlastní zájem/není si jistá, možná nakonec nebude chtít nikoho
R6	Přítel – Podpora, společný zážitek

Otázka číslo sedm cílila na doprovod, který si respondentky přejí mít u porodu. Na základě dříve použité literatury (viz kapitola 2.3) se domnívám, že známá tvář blízkého člověka u porodu může být přínosná pro usnadnění především psychického prožívání porodu.

Všechny respondentky kromě R5 si byly jisté, že si k porodu doprovod přejí, konkrétně si všechny přály přítomnost svého partnera.

Naproti tomu R5 si jistá nebyla. Na jednu stranu si přála přítomnost své již zkušené sestry, u které doufala, že by mohla být schopna jí nějakým způsobem radit a pomoci. Na druhou stranu si však myslela, že by ji mohly znervózňovat sestřiny reakce na probíhající porod, případně že by její rady mohly být v protikladu k instrukcím personálu.

R1 si přála přítomnost svého manžela, se kterým chtěla tento zážitek sdílet, a který měl zároveň sloužit jako její psychická podpora.

R2 a R3 odpověděly prakticky stejně. Nepřály si být u porodu samy, každá z nich plánovala, aby ji k porodu doprovodil její přítel. Jejich motivy byly do velké míry podobné, konkrétně se jednalo o sdílení zážitku s partnerem a podpora z jeho strany, nicméně si také přály, aby partneři na vlastní oči viděli jejich oběť a bolest, a tak si uvědomili, co narození dítěte obnáší.

R4 si posteskla, že porodnice neumožňují přítomnost psa na porodním sále, a proto si musí vystačit s doprovodem manžela. Ten pro ni představuje největší podporu a zároveň si manžel svou přítomnost u jejího porodu vyžádal.

R6 si taktéž přála přítele coby podporu a za účelem společného prožití důležitého životního momentu. Zároveň věřila, že by ji jeho přítomnost uklidnila, pokud by došlo k nějakým komplikacím.

Otázka č.A8: Kritéria výběru porodnice

Tabulka 11 - Otázka č.A8: Kritéria výběru porodnice (vlastní výzkum)

Respondentky	Kritéria výběru porodnice
R1	Vzdálenost, dostupnost komplexní péče o matku a dítě
R2	Rodinná zkušenost
R3	Vzdálenost, rodinná zkušenost
R4	Příbuzná porodní asistentka na porodním sále
R5	Vzdálenost, rodinná zkušenost
R6	Vzdálenost

V předposlední otázce jsem se ptala, na základě čeho si respondentky vybíraly porodnici, v níž se jejich porod uskuteční. Mým předpokladem bylo, že hlavním faktorem výběru bude vzdálenost zařízení od místa bydliště.

Ve čtyřech případech se mi tato hypotéza potvrdila, konkrétně u R1, R3, R5 a R6.

R1 kromě blízkosti uvedla také dostupnost komplexní péče o ni a také o její dítě.

R3 byla kromě krátké vzdálenosti motivována také přáním, aby se její dcera narodila na stejném místě, kde ona sama.

R5 bydlí nejblíže pardubické nemocnici, se kterou má navíc dobrou zkušenost její sestra, která zde rovněž rodila.

R6 se nejprve nemohla rozhodnout, zda si vybrat Pardubice, Chrudim nebo Hradec Králové a zprvu se rozhodovala na základě recenzí klientek, nakonec se však rozhodla pro pardubickou nemocnici, do které to má nejblíže.

R2 jako svůj důvod uvedla „rodinnou tradici“, a to navzdory radám svých kamarádek, které ji od pardubické nemocnice odrazovaly. Uvedla totiž, že se zde narodila její matka, její sestry i ona sama a nepřála si, aby se její dcera narodila někde jinde. Dále vyjádřila svůj názor, že lokalita

nemocnice nehraje roli, nýbrž že úspěšnost porodu se odvíjí od dobré spolupráce rodičky a personálu.

R4 jako důvod své volby porodnice uvedla, že její sestřenice pracuje na porodních sálech na pozici porodní asistentky a mohla by jí tudíž snáze zajistit nějaké nadstandardní služby. Nebýt této konexe, zvolila by Uherský Brod.

Otázka č.A9: Očekávání od porodních asistentek

Tabulka 12 - Otázka č.A9: Očekávání od porodních asistentek (vlastní výzkum)

Respondentky	Očekávání od porodních asistentek
R1	Aby byly při ruce, schopné odpovědět na otázky, poradit, byly oporou
R2	Srozumitelné podávání informací, empatie, schopnost se vcítit do situace
R3	Aby uměla poradit a nebyla „protivná nebo agresivní“, aby rozlišovala prvorodičky a vícerodičky
R4	Podpora „jako druhý manžel“, aby uměla poradit a odpovědět na otázky
R5	Včasné informování, podpora, tolerantní a chápavé chovaní, schopnost rozlišit prvorodičky a vícerodičky
R6	Včasné informování, srozumitelné podávání informací, empatie, „lidský přístup“

V poslední otázce jsem se snažila zjistit, co prvorodičky očekávají od porodních asistentek.

R1 doufala, že porodní asistentka bude k dispozici v případě její potřeby, byť si uvědomovala, že se musejí současně starat o spoustu rodiček. Dále by měly být schopny odpovídat na její otázky či případně poradit a informovat ji o celém porodním procesu a zajistit tak jeho hladký průběh. Také by jí měly být oporou.

R2 rovněž doufala, že personál bude schopen jí předávat všechny potřebné informace formou, které bude v dané situaci rozumět. Uvědomuje si, že ve stresové situaci, kterou porod je, není vždy možné, aby personál s rodičkou jednal v rukavičkách, přesto si přeje, aby byl schopen projevovat potřebnou míru empatie a dokázal posoudit, kdy mluvit s citem a kdy naopak rázně instruovat.

R3 od porodních asistentek očekává rady v situacích, se kterými by si jako prvorodička nemusela umět poradit. Zároveň si přála, aby PA dokázala rozlišit mezi prvorodičkou a vícerodičkami a nebyla tudíž „protivná nebo agresivní“ v případě, že by nastala situace, ve které by si klientka nebyla jistá, jak se zachovat.

R4 považuje porodní asistentku za velkou podporu při porodu, označila ji jako „druhého manžela.“ Někdo, kdo bude schopen vše vysvětlit a včas o všem informovat.

R5 očekává toleranci vůči sobě jakožto prvorodičce, aby byly schopné vše vysvětlovat, v případě potřeby opakovaně, a předešly tak zbytečné panice. Také doufá, že budou zvyklé na případné nevybíravé chování, ke kterému by se žena v porodním procesu mohla uchýlit, a že si takové případy nebudou brát osobně.

R6 čeká, že celý personál bude komunikativní, empatický a příjemný a dokáže ji informovat a provádět ji celým procesem, informovat ji o nadcházejících krocích. Celé očekávání popisuje jako „lidský přístup“.

3.4.3 Shrnutí

Většina respondentek čerpala informace ohledně porodu z internetu. Dvě se zúčastnily předporodního kurzu. Dalším nejčastějším zdrojem byli známí, čí rodinní příslušnicí. Jedna zmínila sestřičky na ambulanci jako zdroj. Všechny respondentky kromě jedné měly minimálně dva zdroje.

Na další otázku tykající se pocitu připravenosti na porod většina respondentek odpověděla pozitivně, a to hlavně díky absolvovanému předporodnímu kurzu a pozitivnímu mentálnímu nastavení. Respondentky, které odpověděly na otázku negativně nebo váhavě to odůvodnily tak: Dvě cíleně nesbíraly informace, protože si myslely, že nadměrné množství informací může být důvodem stresu, zatímco jedna se vyjádřila o tom, že informací nikdy není dost a každá žena si svůj porod stejně prožívá jinak.

Žádná z respondentek neměla porodní plán sepsaný, a to z různých důvodu. Dvě respondentky to odůvodnily tím, že vnímaly porod jako něco, co nejde naplánovat, a plán proto považovaly za zbytečnost. Další dvě nevěděly, co by do plánu mohly napsat. Také byla zmíněná obava, že porodní plán nemusí byt dodržen personálem. Jedna respondentka o takové možnosti vůbec nevěděla.

Další otázka se týkala toho, jak si prvorodičky představují svůj porod. Všechny se shodly na tom, že by chtěly rychlý porod a většina zmínila i bezbolestný průběh. Méně častou představou byl porod fyziologický, bez vyvolaní a bez poranění. Pouze jedna zmínila, že by chtěla, aby hlavně dítě bylo zdravé.

Tři respondentky odpověděly, že práh bolesti mají vysoký a vytrpěly toho za život hodně. Dvě naopak řekly, že práh bolesti mají nízký a pro jednu to bylo irelevantní. I přes to, že většina

respondentek uvedla, že neumí posoudit a představit si porodní bolest, byly celkem pozitivně naladěné. Jen jedna s jistotou řekla, že ta bolest bude největší, kterou kdy zažila.

Všechny respondentky měly povědomí o nejčastějších farmakologických metodách tlumení bolesti s tím, že jedna to pojmenovala jako „léky na utlumení bolesti“. Znalosti nefarmakologických metod tlumení bolestí byly podstatně omezenější. Dvě uvedené metody byly polohování a fytoterapie. Ještě byla zmíněna hydroterapie a správné dýchání. Dvě respondentky uvedly, že za porodu by chtěly využít epidurál a Entonox a tři by byly otevřené všem dostupným možnostem tlumení bolestí. Jedna respondentka si přála zvládnout porod bez využití analgetik.

Všechny respondentky kromě jedné si přály svého partnera jako doprovod k porodu. Jedna chtěla sestru, kdyby to bylo možné, nebo jít bez doprovodu. Hlavním důvodem doprovodu byla potřeba podpory ze strany doprovázejících osob, dále aby partner také věděl, čím žena musí při porodu projít a aby z toho měli společný zážitek.

Většině žen při výběru porodnice zaleželo na vzdálenosti. Dalším důvodem byla rodinná zkušenost. Pro jednu respondentku bylo jediným kritériem to, že její příbuzná pracuje jako porodní asistentka ve vybrané porodnici. Jedna respondentka zmínila důležitost dostupné komplexní péče o sebe a svoje dítě.

Od porodních asistentek ženy ve většině očekávaly, že budou empatické, chápavé, ochotné, komunikativní, že budou schopné poradit a rozlišit ve svém přístupu mezi prvorodičkami a vícerodičkami.

3.4.4 Rozhovory po porodu

Otázka č.B1: Průběh porodu

Tabulka 13 - Otázka č.B1: Průběh porodu (Vlastní výzkum)

Respondentky	Průběh porodu
R1	Pomalý a dramatický průběh, pevné pánevní dno, decelerace na CTG, „propadala zoufalství“, epidurál a nespokojenost s ostatními metodami tlumení bolestí, epiziotomie, vaginální porod.
R2	Přenášení, indukovaný porod 2 dny, Hamiltonův hmat, epidurál, pomalá progrese plodu, velmi intenzivní bolesti, špatný CTG, nepostupující porod, „pocit bezmoci“ a „pocit zoufalství“, ukončení císařským řezem.
R3	Dlouhý a „neskutečně těžký“ průběh, indukovaný porod, silné bolesti, špatné tlačení, „tunelová vize“, dítě odnesené do inkubátoru, vaginální porod.
R4	Indukovaný porod 2 dny, 1. den – neúspěšná indukce, poslíčci a neschopnost odpočinku, 2. den – po 1. tabletě hned „ohromné bolesti“, rychlá progrese porodu, nic na tlumení bolestí, porodní poranění „přirozené“.
R5	Hamiltonův hmat 3 dny před porodem, odtok VP doma, kontrakce po třech minutách, „dojeli na poslední chvíli“, epiziotomie, „překvapivě“ rychlý průběh bez komplikací.
R6	Hamiltonův hmat den před porodem kvůli čípku na 2 prsty, následovali poslíčci, dojezd do nemocnice, v noci silné bolesti a zvracení, žádné tlumení bolestí „lezla jsem skoro po zdi“, ráno dalšího dne porodila vaginálně „rychle“.

V úvodní otázce jsem se respondentek ptala na průběh jejich porodu. Zjišťovala jsem, jak začal, zda došlo k nějakým komplikacím a jak celý proces vnímaly.

V případě R1 celý proces začal nepravidelnými, ale poměrně bolestivými poslíčky ráno dva dny před příjezdem do porodnice v brzkých ranních hodinách, kde byla přijata na porodní sál. Paní vnímala celý postup jako velmi pomalý. Z důvodu pevného pánevního dna vaginální nález zůstával neměnný. Řekla: „V jednu dobu se už miminko tlačilo dolů, ale já jsem na to nebyla ještě připravená.“ Miminku v ten moment klesaly ozvy a PA ho manuálně „nadzvedla“, aby ho netísnily porodní cesty. Kontrakce rodičky začaly nabývat na pravidelnosti a jejich bolestivost eskalovala. Analgetika přestala zabírat, z celé situace se cítila zoufale. I navzdory snahám PA, kterou si velmi chválila, se porod neposouval kupředu. Ozvy miminka začaly opět klesat a bylo rozhodnuto, že dojde k nástřihu hráze, bez něhož by porod mohl dopadnout špatně. Porod nakonec dopadl dobře, za což je vděčná, ale bývala by byla ráda za méně dramatický průběh.

Když jsem tuto otázku položila R2, začala slovy: „To bude trošku složitější.“ Paní devět dní přenášela a nastoupila k indukci porodu Prostinem. První den indukce neuspěla, pouze se objevili

slabší poslíčci. Druhý den indukce pokračovala, po podání první tablety následoval Hamiltonův hmat, což poslíčky zintenzivnilo. Druhá tableta byla zavedena po dvou hodinách, a to bez zjevných změn. Následně jí lékařka prováděla každé dvě hodiny Hamiltonův hmat. Mimo to respondentka skákala na míči a chodila se ohřívat do sprchy. V pět hodin ráno jí odtekla plodová voda, načež nastoupily kontrakce s dvouminutovým intervalem. Progrese porodu byla pomalá a provázena velmi intenzivními kontrakcemi, proto byl aplikován epidurál k povolení porodních cest. Po 12 hodinách od zavedení první tablety byla rodička otevřená pouze na 6 prstů a byla informována, že podle monitoru se miminku nedařilo. Nakonec bylo kvůli nepostupujícímu porodu rozhodnuto provést císařský řez. Z celého průběhu měla smíšené pocity, kolísající od pocitu pohody až k pocitu bezmoci a zoufalství. Za dobu porodního procesu se u paní vystřídaly čtyři směny. Veškerému personálu byla vděčná a vyjádřila se, že bez jejich podpory by porod nedokázala ustát.

R3 svůj porod vnímala jako dlouhý a „neskutečně těžký“. Podstoupila indukci, kvůli které si myslí, že porod trval déle. Nejvíce se bála kontrakcí, více než samotného porodu. Její obavy se potvrdily, protože kontrakce vnímala jako jeho nejhorší část. Tlačení pro ni bylo náročné, jeho následkem jí popraskaly žilky v obličeji. V průběhu tlačení nevnímala své okolí, slyšela pouze hlasy personálu, svůj stav popsala jako „tunelovou vizi“. Vnímala pouze eskalující kontrakce a svou touhu, aby bylo její dítě „už na světě“. Porod a vyjmutí miminka z pochvy vůbec necítila. Doslova řekla: „Ani jsem nevěděla, že už je venku.“ Šokoval ji stav dítěte, které jí položili na 2 sekundy na hruď, načež bylo odneseno do inkubátoru, protože nedýchalo. Napilo se plodové vody a bylo přiškrcené pupečníkem. Po ošetření bylo miminko v pořádku a vráceno matce.

Porod R4 byl rovněž indukován Prostinem, který byl zaveden třikrát během dvou dnů. První pokus o indukci nebyl úspěšný, nebyla dostatečně otevřená, aby mohla rodit první den. Od zavedení první tablety začala pociťovat poslíčky v intervalu deseti až patnácti minut, kvůli kterým neměla možnost si přes noc odpočinout. Po zavedení třetí tablety následující den pocítila „ohromné bolesti“ koncentrované v zádech a v břiše. Porodní asistentky rychlost nástupu porodu překvapila natolik, že paní nestihla dostat žádné prostředky na tlumení bolesti, ačkoli s nimi počítala. Na druhou stranu je ráda, protože z časových důvodů nemohl být proveden nástřih, kterého se chtěla vyvarovat a byla tudíž potrhána přirozeně.

R5 byl tři dny před porodem na prohlídce proveden Hamiltonův hmat, po kterém nastoupili poslíčci. V den porodu jí doma odtekla plodová voda a začaly kontrakce, a proto ihned vyrazila do nemocnice, kam dorazila na poslední chvíli. Porod probíhal překvapivě dobře a bez komplikací. Bylo nutné provést epiziotomii, které se snažila v předporodní přípravě předejít prostřednictvím

Aniballu. Svou přípravu vnímala jako nedostatečnou a vinila sebe samu z nutnosti provedení tohoto zákroku. „Nevím, jestli to byla moje vina, ale asi jo.“ Vcelku však byla šťastná za rychlý a nekomplikovaný průběh, zvlášť proto, že se jednalo o její první porod.

R6 byla den před porodem na vyšetření v porodnici, při kterém jí lékařka sdělila, že je otevřená na dva prsty a provedla Hamiltonův hmat. Po vyšetření odjela domů, kde začala pociťovat lehké bolesti, které se snažila přečkat, protože si byla vědoma, že se jedná o poslíčky a nikoli o kontrakce. Vysprchovala se a pokoušela se spát, jak jí bylo doporučeno na předporodním kurzu, nicméně se jí nedařilo usnout, a proto spolu s přítelem vyrazili do nemocnice. Na příjmu jí bylo potvrzeno, že se jedná o poslíčky, přesto však zůstala v porodnici přes noc. Po hodině se intenzita bolesti zvýšila, dokonce několikrát zvracela, což ji překvapilo. Ve dvě hodiny ráno byla otevřená na čtyři prsty a „bylo jí řečeno, že už rodí“. Z důvodu, který nespecifikovala, jí nebyla podána žádná analgezie, ačkoli s ní před porodem počítala. Trpěla tudíž silnou bolestí, na druhou stranu však byla vděčná, protože se obávala, že by epidurální analgezie mohla průběh jejího porodu zpomalit. Její partner byl kontaktován, aby dorazil, a po dvou hodinách už svou dceru měla na hrudi.

Otázka č.B2: Využití získaných informací

Tabulka 14 - Otázka č.B2: Využití získaných informací (Vlastní výzkum)

Respondentky	Využití získaných informací
R1	Neužitečné a neúčinné, ale dodaly pocit klidu
R2	Pocitu klidu
R3	Pozitivní mentální připravenost
R4	Pozitivní mentální připravenost, správné dýchání za porodu
R5	Neužitečné – i přes cvičení s Aniballem byla potřebná epiziotomie
R6	Předporodní kurz pro ni sloužil jako motivace k preventivní přípravě hráze

V této otázce jsem se ptala na užitečnost informací získaných v rámci předporodní přípravy.

R1, která absolvovala předporodní kurz, se cítila, že informace o porodu jako takovém, které se na kurzu naučila, nebyly užitečné. Všechny získané vědomosti se v průběhu porodu pokusila aplikovat, nicméně je shledala jako neúčinné. Uklidnilo ji nicméně to, že se pokusila udělat vše, co bylo v jejích silách a nic neopomenula.

R2 vnímala své nabyté znalosti jako základ, který jí pomohl a stačil na to, aby byla v průběhu porodu klidná. Vnímá sebe samu jako osobu důvěřující zdravotníkům, plně se proto svěřila do jejich péče. Pakliže měla v průběhu porodu dotaz, byl jí vždy ochotně a srozumitelně zodpovězen, tudíž hodnotila svou informovanost jako dostačující.

Přípravu R3 k porodu lze popsat jako mentální, nikoli teoretickou. Na porod se připravovala prostřednictvím rad od zkušených kamarádek a své matky. Když jsem se zeptala na konkrétní příklad takové rady, zmínila jednu, která se týkala mentality ve vztahu k porodní bolesti. Dostala radu, že kontrakce nemá vnímat jako svého nepřítele, ale jako něco, co ji přibližuje k jejímu dítěti.

R4 se obdobně snažila udržet si mentalitu, kterou pojmenovala „kontrakce je kámoš." Jediné, co si v průběhu porodu dokázala udržet v hlavě, byla správná technika dýchání. Na Instagramu se v rámci předporodní přípravy dočetla o tzv. Ring of Fire (ohnivý kruh), který označuje pocit pálení způsobený kontaktem hlavičky miminka na poševní východ. Její povědomí o tomto fenoménu jí pomohlo zachovat klid v momentu, kdy jej sama pocítila.

R5 nakonec nevyužila žádné informace, o kterých se před porodem dočetla. Nemohla ani kategoricky říci, že by ji informovanost při porodu uklidňovala, naopak někdy ji tyto vědomosti znervózňovaly. I přes cvičení s Aniballem došlo k nástřihu hráze, o kterém cítila, že mu mohla zabránit.

R6 se poštěstilo, poněvadž si z předporodního kurzu nejen informace, ale i porodní asistentku, která kurz vedla a asistovala jí u porodu a svou přítomností ji silně uklidnila. Přiznala, že kdyby nebylo účasti na kurzu, předporodní přípravu, konkrétně napářky a masáž hráze, by s největší pravděpodobností zanedbala.

Otázka č.B3: Porodní plán

Tabulka 15 - Otázka č.B3: Porodní plán (Vlastní výzkum)

Respondentky	Porodní plán	U dalšího porodu
R1	Neměla	Nesepisovala by – s dobrým a ochotným personálem není potřeba.
R2	Neměla	Nesepisovala by – není potřeba, „mrzelo by mít nějaká očekávání a byt v nich zklamaná".
R3	Neměla	Nesepisovala by – neplánuje další těhotenství.
R4	Neměla	Nesepisovala by – stejně jako u prvního porodu by své přání sdělovala přes manžela.
R5	Neměla	Nesepisovala by – důvod neuvedla.
R6	Neměla	Nesepisovala by – uvědomění toho, že realita se může lišit od představ.

Ve třetí otázce jsem zjišťovala, jak se jednotlivým respondentkám osvědčily jejich verze porodních plánů. U prvního rozhovoru všechny respondentky uvedly, že nehodlají jít k porodu s plánem v písemné podobě. Ptala jsem se, jestli plán nakonec nesepsaly. Ve výsledku žádná z respondentek

skutečně u porodu plán sepsaný neměla. Dále jsem se ptala, zdali by u svých případných dalších porodů svůj přístup změnily a plán sepsaly.

R1 necítila potřebu mít porodní plán sepsaný, jelikož personál byl velmi ochotný a potřebám jejím a jejího partnera se vždy snažil vyhovět. V případě budoucího porodu by se ráda zachovala stejně, protože na základě své zkušenosti nevidí užitečnost porodního plánu.

R2 se jako v mnoha dalších ohledech svěřila do rukou zdravotního personálu a porodní plán neformulovala. Její porod skončil po přenášení a vyvolávání císařským řezem, proto je toho názoru, že i kdyby plán sepsán byl, nebylo by možné jej dodržet, což by mělo za následek její zklamání. U dalšího porodu by plán taktéž nesepisovala.

R3 porodní plán k porodu nepřinesla a na otázku, zda by ke svému dalšímu porodu plán mít chtěla, řekla, že neví, zda ji nějaký další porod vůbec čeká. Pokud by však znovu rodit měla, plán by nejspíš nesepisovala.

R4 se spoléhala na tlumočení svých přání skrze svého manžela a na komunikaci s PA v průběhu porodu. Stejně se stavěla i k možným budoucím porodům. Její porod proběhl tak rychle, že ačkoli si hradila nadstandardní pokoj a měla v úmyslu využít vanu, aromaterapii a další služby, nestihla tato přání realizovat, tudíž by došlo k porušení plánu, i kdyby sepsán byl.

R5 plán nesepisovala a ani to do budoucna nemá v plánu. Žádné důvody nebyla schopna uvést.

R6 šla k porodu bez porodního plánu, jelikož ji čekalo vyvolávání porodu a ona netušila, co od něj očekávat. Pro svůj potenciální další porod by porodní plán rovněž nesepisovala.

Otázka č.B4: Doprovod u porodu

Tabulka 16 - Otázka č.B4: Doprovod u porodu (Vlastní výzkum)

Respondentky	Doprovod	Vnímání
R1	Manžel	Podpora, byl nápomocný v polohování
R2	Přítel	Podpora, byl nápomocný a připomínal, jak má žena dýchat
R3	Přítel	Podpora
R4	Manžel	Nedokázala moc vnímat, dodával sílu svou přítomností
R5	Matka	Její přítomnost byla uklidňující, „lepší než nezkušený partner, který by tam akorát plašil.“
R6	přítel	Paní byla spokojená díky tomu, že partner sledoval předem domluvený postup, že bude dělat jenom to, o co ho paní porosí.

Čtvrtá otázka se zabývala doprovodem, který měly respondentky u porodu.

R1 doprovodil k porodu její manžel, jak plánovala. Jeho přítomnost vnímala pozitivně, absolvoval s ní polovinu poloh, angažoval se, kde mohl a svou manželku podporoval po celou dobu porodu.

Přítel R2, který ji k porodu doprovodil, byl užitečný a držel ji za ruce, pomáhal jí při dýchání, předával informace od personálu a byl jí celkově oporou v situaci, kdy se cítila „plná bezmoci a nejistoty." Poznamenala, že pro ni doprovod byl velmi důležitý.

R3 byla moc ráda, že ji k porodu doprovodil její přítel. Litovala, že u ní nemohl být celou dobu, ale vnímala jeho přítomnost jako silnou podporu, a to i v momentech, kdy zrovna spal.

R4 u porodu dělal společnost její manžel. Jeho přítomnost nedokázala moc vnímat, přesto jí však i maličkosti (např. oční kontakt) dodávaly sílu. Dorazit stihl až na posledních 10 minut, za což však byla zčásti ráda, protože když kvůli kontrakcím byla nepříjemná na sebe i na své okolí, tudíž byla ráda, že toho byl ušetřen. Po porození bylo dítě celou dobu chováno manželem, jelikož R4 trpěla silnou bolestí a chování nebyla fyzicky schopná, což ji velmi mrzelo.

S R5 k porodu dorazila jako doprovod matka. Její přítomnost v ní vyvolávala uklidňující pocit toho, že vedle ní byl někdo zkušený. Svou odpověď zakončila slovy: „Lepší než nezkušený partner, který by tam akorát plašil."

R6 měla u porodu svého přítele. Na její vlastní žádost nebyl iniciativní, pouze byl k dispozici, aby reagoval na její přání, kdykoli to bylo potřeba. Oba byli s tímto domluveným postupem spokojeni.

Otázka č.B5: Vnímání porodních bolestí

Tabulka 17 - Otázka č.B5: Vnímání porodních bolestí (Vlastní výzkum)

Respondentky	
R1	„strašně bolestivé", „nezvladatelné", bolesti byly „větší, než jsem čekala"
R2	„hodně intenzivní", vyčerpávající
R3	„moc silné" bez epidurálu to nešlo zvládnout, „čekala jsem bolest, ale ne tak silnou", vyčerpávající
R4	„čekala jsem, že vydržím víc", „bolelo to tedy fest"
R5	Jako „šílené" označila poslíčky, reakce na kontrakce: „už prostě ne. Už to nedám."
R6	„lezla jsem skoro po zdi", bolest cítila převážně v zádech

Pátou otázkou jsem se snažila zjistit, jakým způsobem respondentky prožívaly bolesti, které provázely jejich porod.

R1 trpěla „strašně bolestivými“ kontrakcemi, které byly v konečné fázi „nezvladatelné“. Paní odpověděla stručně a jasně: „I když jsem čekala, že to bude strašná bolest, tak to bylo ještě větší, než jsem čekala.“

R2 popsala své bolesti jako hodně intenzivní. Vzhledem ke dva dny trvajícímu porodu mluvila o vyčerpání spíš než o bolesti.

R3 se nejvíce z celého porodu obávala kontrakcí. K jejich zvládání se vyjádřila takto: „Celé kontrakce jsem cítila tak, že každá další byla silnější a přibližuje mě blíž k mému miminku.“

R4 podcenila intenzitu porodní bolesti, čekala, že vydrží více. „Bolelo to tedy fest, ale dalo se to.“

Poslíčky, které se začaly projevovat 3 dny před porodem, označila R5 jako šílené. Když se dostavily kontrakce během porodu, její reakce byla: „Už prostě ne. Už to nedám.“

Veškerá bolest, kterou R6 během porodu cítila, se jí koncentrovala do zad. Komentovala to slovy: „Lezla jsem skoro po zdi.“ Bolestmi i několikrát zvracela.

Otázka č.B6: Využití metod tlumení porodních bolestí

Tabulka 18 - Otázka č.B6: Využití metod tlumení porodních bolestí (Vlastní výzkum)

Respondentky	Využité metody tlumení porodních bolestí	Hodnocení
R1	Epidurál, Entonox, hydroterapie, fytoterapie, aromaterapie	Spokojená byla jenom s účinkem epidurálu.
R2	Epidurál	Byla spokojená jenom s první dávkou.
R3	Epidurál	„moc pomohl“
R4	Žádná	Kdy by měla možnost, vyzkoušela by všechno možné, „těšila jsem se do vany“.
R5	Epidurál	Byla spokojena „až moc“.
R6	Hydroterapie, masáž břicha a zad	Od bolesti nic nepomohlo.

V této otázce jsem se ptala, jaké metody tlumení bolesti respondentky využily a do jaké míry s nimi byly spokojeny.

R1 si během svého porodu nechala aplikovat epidurál, ačkoli s ním původně nepočítala. Dále využila Entonox. Z nefarmakologických metod zmínila horkou vanu, bylinnou napářku a aromaterapii, které jí však od bolesti nepomohly. Epidurál označila jako „jedinou věc, díky které šly kontrakce zvládnout s úsměvem až do konce.“

R2 využila pouze epidurál, „bez kterého by to tak dlouho nevydržela. Nejvíce vděčná byla za jeho první dávku.

R3, která měla v plánu projít porodním procesem bez tlumení bolesti, byla nakonec moc ráda za možnost využití epidurální analgezie, která jí moc pomohla a umožnila jí si odpočinout.

R4 byla nucena porodit bez tlumení bolesti, jelikož se jednalo o rychlý nástup porodu s rapidní progresí. Kdyby měla na výběr, byla by vyzkoušela všechno. „Těšila jsem se do té vany."

R5 prošla porodním procesem s pomocí epidurálu, jehož efekt hodnotila jako velmi kladný.

R6, podobně jako R4, nestihl být podán žádný typ analgezie. Vyzkoušela teplou sprchu a PA provedla masáž břicha a beder. Paní byly tyto kroky příjemné, nicméně od bolesti jí nepomohly. „Člověk nečeká, že by nějaká masáž tu bolest ztlumila."

Otázka č.B7: Prostředí porodního sálu

Tabulka 19 - Otázka č.B7: Prostředí porodního sálu (Vlastní výzkum)

Respondentky	Prostředí porodního sálu
R1	„nad moje očekávaní", nadstandartní pokoj s velkým výběrem pomůcek, „pohodlné křeslo pro manžela", „moc příjemný"
R2	Nadstandartní pokoj, prostředí čisté a příjemné, soukromí a vana, „naprosto perfektní"
R3	Příjemné
R4	„fakt super", „mohli mít měkčí postel"
R5	„nějak nevnímala"
R6	Chtěla nadstandartní pokoj, přítmí, jemné světlo, příjemné

V sedmé otázce jsem zjišťovala, jaký vliv mělo prostředí porodního sálu na to, jakým způsobem respondentky prožívaly porod.

Prostředí porodnice bylo nad očekávání R1. Byla umístěna na nadstandardní porodní box, ve kterém ocenila především křeslo pro manžela. Personál jim nabídl rádio a aromalampu. Celkově hodnotila prostředí jako příjemné.

R2 byl nabídnut nadstandardní porodní sál, protože byl volný, takže měla k dispozici vanu. Prostředí bylo čisté, příjemné, umožňovalo soukromí. Paní neměla, co vytknout.

Pro R3 nebylo prostředí porodního sálu nijak zvlášť relevantní. Jediné její vyjádření byl popis prostředí jako „docela příjemné".

R4 byla s prostředím porodního sálu vcelku spokojená. Negativně se vyjádřila pouze o posteli, která byla na její vkus příliš tvrdá a zhoršila jí bolest v kostrči, kyčlích a hýždích, když v ní musela po porodu ještě 2 hodiny ležet.

R5, podobně jako R3, prostředí sálu příliš nevnímala. Ve svém prostředí využívala pouze postel, kde mohla odpočívat.

Porodní kurz, který absolvovala R6, nabízel prohlídku porodnice. Paní však tuto možnost nemohla využít, protože ve vyhrazený den byly porodní sály plné. Doufala v nadstandardní pokoj, o který však z důvodu okolností svého porodu nestihla zažádat. Se svým ubytováním byla nakonec spokojena, ocenila přítmí, které na pokoji panovalo.

Otázka č.B8: Hodnocení přístupu porodních asistentek a personálu

Tabulka 20 - Otázka č.B8: Hodnocení přístupu porodních asistentek a personálu (Vlastní výzkum)

Respondentky	Hodnocení přístupu Porodních asistentek a personálu
R1	Ochotný, vstřícný, komunikativní, iniciativní, „všechno bylo splněno, ve všem bylo vyhověno“
R2	Podporující, komunikativní „všechno mi bylo důkladně vysvětleno“, snaživá, „ty nemůžu dostatečně vynachválit“
R3	„nemůžu ani v nejmenším stěžovat“, empatičtí, snaživí
R4	Celý personál byl milý, uklidňoval jí a povzbuzoval
R5	Ocenila soukromí, komunikační schopnosti, iniciativu, „jednička s hvězdičkou“
R6	Komunikativní, „přístup úplně skvělý“, „úžasná“, „jsem jí fakt vděčná“

V předposlední otázce mě zajímalo, jak respondentky hodnotily porodní asistentky a další personál, se kterými porod absolvovaly.

R1 chválila, že personál byl ochotný a vždy jí vycházel vstříc a bylo možné se vždy domluvit. Z vlastní iniciativy nabízeli spoustu různých služeb. PA, která ji u porodu asistovala, si velice pochvalovala.

R2 „nemůže porodní asistentky dostatečně vynachválit“. Všechno jí bylo důkladně a srozumitelně vysvětlováno a na cokoliv se mohla zeptat. Všichni se maximálně snažili, aby porod mohl proběhnout přirozenou cestou. Věří, že bez podpory personálu by nedokázala tak dlouho vydržet.

R3 si personál hodně cení a ani v nejmenším si na něj nemůže stěžovat. Snažil se se vším pomoci, před porodem i v jeho průběhu. Obávala se, že nebude přihlížet k faktu, že jednají s prvorodičkou, tyto obavy se však ukázaly být liché.

Při porodu R4 sehrála roli i lékařka. Není si jistá, zda ji odrodila lékařka nebo PA. Celý personál byl milý, nešetřil pozitivní zpětnou vazbou a tímto způsobem ji uklidňoval.

R5 byla s porodními asistentkami spokojená. Ocenila, že se o ni staraly, ale že zároveň měla i chvilky soukromí. Zajímaly se o ni, předem ji informovaly o následujících krocích. Nabídly aromaterapii. Jejich výkon hodnotila „jedničkou s hvězdičkou".

Podle R6 byl přístup personálu skvělý, pozitivně hodnotí především komunikaci ze strany PA. U porodu se o ni starala PA, kterou znala z předporodního kurzu. „Nenechala mě chvíli vydechnout." Vždy se ptala, zda souhlasí s jejími kroky. Paní je toho názoru, že této PA vděčí za to, že porod nevyústil v žádné vnější porodní poranění.

Otázka č.B9: Celkové hodnocení porodu

Tabulka 21 - Otázka č.B9: Celkové hodnocení porodu (Vlastní výzkum)

Respondentky	Celkové hodnocení porodu/ porovnání s představami
R1	„Průběh dramatický teda, nebo jsem to tak nečekala vůbec.", delší, než čekala, bolestivější, epiziotomie.
R2	Bolestivější, i přes to, že porod skončil císařským řezem, nevnímala to jako něco špatného. „asi si malá vybrala cestu jinou"
R3	Bolestivější, „Bylo to náročné, vysilující, ale stojí to za to."
R4	Delší, smutná kvůli první neúspěšné indukci porodu, „ve chvíli, kdy mi dali malou na hruď, na prsa, tak všechno bylo zapomenuto."
R5	„Moje představy byly úplně jiný.", rychlý, bez komplikací, bolestivější
R6	Očekávala „filmový průběh", představovala si porod v termínu, byl rychlejší a bolestivější a bez epiziotomie.

V poslední otázce rozhovoru jsem se respondentek ptala na holistické hodnocení porodu, specificky na jeho srovnání s představami, o které se se mnou podělily v rámci rozhovoru před porodem.

Představy, které R1 měla, se silně lišily od reality. „Průběh dramatický teda, nebo jsem to tak nečekala vůbec." Nečekala, že porod bude trvat tak dlouho, že porodní bolest bude tak intenzivní, a pochopitelně neočekávala komplikace, které její porod provázely. V rámci předporodní přípravy si dala záležet, aby mohla předejít epiziotomii, což se jí však nepodařilo. Doufala, že její celoživotní sportovní aktivita se silněji projeví na její schopnosti porod zdárně absolvovat. Je vděčná za možnosti moderní medicíny, které jí i jejímu miminku umožnily porod úspěšně zvládnout.

Představy R2 rovněž nereflektovaly skutečnost. Z jejích slov vyplývalo, že porod vnímá jako něco, čím si musela projít, aby mu rozuměla a uměla ho ocenit. Vzhledem k tomu, že neformulovala

žádné konkrétní očekávání, necítila zklamání z cesty, kterou se její porod ubíral. Náš rozhovor skončil metaforou: „Porod je jako maturita – nevíš, do čeho jdeš, ale nakonec to každý zvládne." Ačkoli její porod skončil císařským řezem, nevnímá to jako své selhání.

R3 čekala, že bude porod provázen bolestí, nicméně ji překvapila její intenzita, především síla kontrakcí. Jednalo se o náročný proces, na jehož konci byla vysílena, nicméně si stojí za názorem, že to stálo za to. Neví však, zda bude někdy rodit znovu, protože její partner nechce další děti poté, co „viděl její utrpení". Pro paní samotnou by však další porod překážkou nebyl.

R4 očekávala, že porod bude kratší, že nebude muset trávit dva dny na porodním sále kvůli neúspěšnému vyvolávání. Avšak od úspěšného vyvolání se jednalo o poměrně rychlý proces. Jejími slovy „přišla šestkrát zatlačit a bylo po všem". Na vše negativní však zapomněla v moment, kdy jí PA přiložily dceru na hruď. Její zážitek ji neodradil od dalšího těhotenství, tvrdí však, že na něj nejspíš spěchat nebude.

R5 si také svůj porod představovala jinak, avšak ve srovnání s ostatními respondentkami byly její představy horší než realita. Její očekávání se změnilo od doby provedení prvního rozhovoru. Obávala se, že nastane více komplikací, že celý porod bude trvat déle. Svůj porod hodnotí velmi pozitivně, přestože bylo nutné provést nástřih hráze, kterému doufala, že se vyhne. Porod proběhl nečekaně rychle a „suprově", především s přihlédnutím k faktu, že paní byla prvorodička.

R6 shrnula své pocity ohledně svého porodu slovy: „Teď bych si radši pořídila psa." Doufala, že porodí v termínu. Doufala, že její porod bude mít „filmový průběh", neboli že jí doma odteče plodová voda, že v klidu dorazí do nemocnice a bude mít dostatek času se na porod psychicky připravit. Rychlý průběh, který její porod ve skutečnosti měl, si nepředstavovala, nicméně se vyjádřila, že se možná jedná o lepší variantu. Právě kvůli rychlému průběhu nebylo naplněno její očekávání ohledně porodní bolesti, protože se jí nedostalo tlumení bolesti, ve které doufala. Jedno přání se jí však splnilo, jelikož se vyhnula operativním zákrokům.

3.4.5 Shrnutí

Všechny respondentky se rozdělily na dvě stejně početné skupiny. První popsala svůj porod jako pomalý, dramatický, neskutečně těžký a provázený pocitem zoufalství. Druhá skupina byla příjemně překvapená a vděčná za rychlý průběh bez komplikací i přes silné bolesti. Tři z šesti žen musely podstoupit indukovaný porod Prostinem kvůli přenášení. Ve dvou případech ze tří byl první pokus o indukci neúspěšný. Porod jedné respondentky byl ukončen císařským řezem kvůli

nepostupujícímu porodu a nefyziologickému CTG. Čtyři z šesti respondentek z důvodu silných bolestí požádaly o epidurál, zatímco dvě nestihly dostat nic, přestože s tlumením bolestí počítaly. Epiziotomii zažily jen dvě respondentky.

Pro většinu respondentek získané informace soužily k pozitivní mentální připravenosti a pocitu klidu v průběhu porodu. Dvě ženy odpověděly, že pro ně získané informace byly neužitečné a neúčinné v praxi. Dvě respondentky se díky získaným informacím snažily o preventivní přípravu hráze, aby předešly porodnímu poranění, a to buď Aniballem nebo masážemi hráze a napářkou, jedna se však přesto bohužel setkala s epiziotomií.

5 ze 6 respondentek nehodlaly sepisovat svůj porodní plán. Všech šest porodů se nakonec konalo bez porodního plánu v písemné podobě. Všechny respondentky se rovněž shodly, že v případě dalšího porodu by plán nesepisovaly, pro což každá uvedla jiný důvod. Většina se však vyjádřila, že sepisování porodního plánu podle nich postrádá smysl.

Pouze u jedné respondentky došlo ke změně doprovodu oproti plánu. Před porodem si přála sestru jako doprovázející osobu, ale k porodu nakonec přišla její matka. Každá respondentka byla se svým doprovodem spokojena a jeho přítomnost hodnotila pozitivně. Pro většinu žen byl doprovod psychickou oporou a nápomocnou silou.

Všechny ženy popisovaly své porodní bolesti jako hodně silné, nebo dokonce jako bolesti, které nutily „lézt po zdi“. Dvěma respondentkami bylo zmíněno, že bolesti byly i vyčerpávající. Respondentka, která měla v plánu porodní bolesti zvládnout bez jakéhokoli tlumení, se nakonec rozhodla pro aplikaci epidurálu.

Čtyři ze šesti respondentek dostaly epidurál, včetně paní, která ho před porodem nechtěla. Účinek epidurálu hodnotily všechny kladně. Jen dvě vyzkoušely různé nefarmakologické metody tlumení bolesti, hlavně hydroterapii. Ani jedna ze dvou žen nebyla spokojena s výsledkem. Jedna respondentka, vzhledem k rychlému nástupu a progresi porodu, nestihla na tlumení bolesti dostat nic.

Všechny respondentky byly spokojeny s prostředím porodního sálu, a hlavně ho popsaly jako příjemné. Jedna respondentka pouze vytkla tvrdou a nepohodlnou postel.

S personálem, a hlavně s porodními asistentkami, které se o ženy staraly, byly všechny ženy naprosto spokojeny. Ve svém hodnocení často zmiňovaly, že personál byl ochotný, iniciativní a zdatný v komunikaci.

Porod každé respondentky se lišil od jejích představ. Většina uvedla, že je překvapil tak dlouhý průběh jejich porodu, a tak intenzivní bolesti. Dvě ženy byly překvapeny rychlým nástupem a průběhem svých porodů. Jedna respondentka zmínila, že očekávala komplikovanější porod.

4 DISKUZE

Cílem této bakalářské práce je zmapovat, jak si prvorodičky představují svůj porod a jak se tyto představy odlišují od skutečnosti. Za účelem dosažení tohoto cíle byl proveden kvalitativní výzkum prostřednictvím hloubkových polostrukturovaných rozhovorů se šesti respondentkami, kterými byly exkluzivně prvorodičky. S každou respondentkou byly provedeny dva rozhovory, jeden před porodem a druhý dva až tři dny po porodu. V této kapitole interpretuji výsledky svého průzkumu a srovnám je s výsledky podobných průzkumů.

Výzkumná otázka 1: Jak se prvorodičky připravují na porod?

Většina respondentek čerpala informace ohledně porodu z internetu. Dvě se zúčastnily předporodních kurzů. Dalším nejčastějším zdrojem byli známí, či rodinní příslušníci. Jenom jedna zmínila sestřičky na ambulanci jako zdroj. Všechny respondentky kromě jedné uvedly minimálně dva zdroje.

Machová (2015) ve své bakalářské práci píše, že všechny respondentky, které se zúčastnily výzkumu, hledaly informace o porodu na internetových stránkách, v čemž se shodujeme. Jurová (2020) se domnívá, že si ženy v dnešní době vyhledávají informace přednostně na internetu z důvodu ušetření času i přesto, že internet nelze považovat za spolehlivý zdroj informací. Zajímavým zjištěním bylo, že na rozdíl od respondentek Machové (2015), ani jedna z žen, které se zúčastnily mého výzkumu, neuvedla obvodního gynekologa jako svůj zdroj informací.

Ani jedna z respondentek neměla připravený porodní plán, a to z různých důvodů. Část respondentek vnímala porod jako něco nepředvídatelného, a proto porodní plán viděla jako zbytečnost. Dvě ženy neměly dostatečné vědomosti o tom, co by mohly do porodního plánu uvést. Od jedné respondentky také zazněla obava z toho, že její přání nebudou dodržena.

Zbytečnost, protože nemusí být dodržen, jako důvod k nesepisování porodního plánu zazněl i v práci Zadražilové (2018). Zároveň třetina respondentek porodní plán měla připravený z důvodu toho, že porod vnímaly jako individuální záležitost a pakliže má rodička právo sepsat svoje představy, tak proč by to neudělala (Zadražilová, 2018).

Dvě respondentky, se kterými pracovala Vrbová (2022), měly svůj porodní plán sepsaný a zároveň prodiskutovaný s PA. Vrbová (2022) došla k závěru, že prvorodičky plán často nesepisují proto, že se obávají, aby nebyly vnímány jako nespolupracující rodičky.

Nejčastějšími kritérii při výběru porodnice byly vzdálenost, a takzvaná rodinná zkušenost. Překvapivě jenom jedna respondentka uvedla jako kritérium dostupnost komplexní péče o sebe a

svoje dítě a žádnou respondentku nezajímalo, jaké možnosti a služby porodnice nabízí. Můj průzkum tak potvrdil výsledky průzkumu Machové (2015) i Vrbové (2022).

Výzkumná otázka 2: Jaké jsou představy prvorodiček o porodu?

Všechny respondentky v mém průzkumu se shodly na tom, že by chtěly rychlý porod a většina zmínila i bezbolestný průběh. Méně častou představou byl porod fyziologický, bez vyvolání a bez poranění. Pouze jedna zmínila, že by chtěla, aby hlavně dítě bylo zdravé.

Zadražilová (2018) ve svém průzkumu dospěla ke značně podobným závěrům. Její respondentky si rovněž představovaly porod rychlý, bez komplikací a s co nejpřirozenějším průběhem. Jediné přání, které mé respondentky nezmínily, ale které v průzkumu Zadražilové zaznělo, je touha po soukromí za porodu a přítomnost minimálního množství personálu.

Jediná respondentka, kterou hloubkově zkoumala Jurová (2020), rovněž zmínila přání rychlého a bezbolestného porodu. Konkrétně si přála vaginální porod a neopomenula ani zdraví dítě. Ve své odpovědi se tudíž velmi přiblížila představě jedné z mých respondentek.

I přes to, že většina respondentek uvedla, že neumí posoudit a představit si porodní bolest, byly celkem pozitivně naladěné. Jen jedna s jistotou řekla, že ta bolest bude největší, kterou kdy zažila.

Neschopnost si porodní bolesti představit se objevila i ve výzkumu Zadražilové (2018). Většina jejích respondentek se z tohoto důvodu na porodní bolesti ani nesnažily připravit.

Všechny respondentky měly povědomí o nejčastějších farmakologických metodách tlumení bolesti s tím, že jedna to pojmenovala jako „léky na utlumení bolesti“. Znalosti nefarmakologických metod tlumení bolesti byly podstatně omezenější. Nejčastěji uvedené metody byly polohování a fytoterapie. Méněkrát byla zmíněna hydroterapie a správné dýchání. Dvě respondentky uvedly, že za porodu by chtěly využít epidurál a Entonox a tři by byly otevřené všem dostupným možnostem farmakologického tlumení bolestí. Jedna respondentka si přála zvládnout porod bez využití analgetik.

Dvě z respondentek z výzkumu Zadražilové (2018) měly povědomí o používání Entonoxu. Obdobně jako v mém průzkumu se jedna z jejích respondentek připravovala na porod pomocí Aniballu.

V kontrastu s mým výzkumem měla většina respondentek Vrbové (2022) v plánu porodní bolesti zvládat za pomoci pozitivního “mindsetu”, zatímco pouze jediná hodlala využít epidurální analgezii. Žádná z jejích respondentek nezjišťovala, jaké metody tlumení bolesti nabízí jimi

vybraná porodnice, jelikož se domnívaly, že nabídka je ve všech zařízeních stejná. Neměly žádný přehled o dostupných metodách.

Všechny respondentky kromě jedné si přály svého partnera jako doprovod k porodu. Jedna chtěla sestru, kdyby to bylo možné, nebo jít bez doprovodu. Hlavním důvodem doprovodu byla potřeba podpory ze strany doprovázejících osob a dále aby partner také věděl, čím žena musí při porodu projít a aby z toho měli společný zážitek.

Mé výsledky jsou velmi podobné výsledkům Zadražilové (2018), jejíž respondentky si rovněž přály přítomnost partnera. Mezi uvedenými důvody také často figurovala psychická i fyzická podpora a pocit jistoty.

Od porodních asistentek ženy většinou očekávaly, že budou empatické, chápavé, ochotné, komunikativní, že budou schopné poradit a rozlišit ve svém přístupu mezi prvorodičkami a vícerodičkami.

Zadražilová (2018) zjistila, že prvorodičky touží po přátelské a komunikativní PA, schopné a ochotné poradit, s dostatkem trpělivosti. Dle jejích respondentek by měla PA rodičku pravidelně kontrolovat z vlastní iniciativy.

Výzkumná otázka 3: Jak vnímaly prvorodičky svůj porod?

Většina respondentek se díky získaným informacím cítila dostatečně připravená k porodu, především mentálně, a v průběhu porodu pociťovaly větší vnitřní klid. Co se týče využitelnosti konkrétních rad a informací, považovaly je všechny respondentky za neužitečné, s výjimkou jedné respondentky, která si v paměti uchovala správné dýchací techniky. Takto se vyjadřovaly bez ohledu na své informační zdroje.

Tři respondentky Machové (2015) absolvovaly předporodní kurz a uvedly vyšší míru klidu v průběhu porodu. Obdobně jako R5 v mém průzkumu podstoupila její respondentka epiziotomii, ačkoli se jí snažila zabránit pomocí Aniballu. V jejím výzkumu se narozdíl od mého všechny respondentky pozitivně vyjádřily k přínosnosti dýchání, které si před porodem nacvičily.

Vrbová (2022) pozorovala přímou korelaci mezi účastí na předporodním kurzu a zvýšenou mírou spokojenosti s porodem. Respondentky jako hlavní důvod uváděly realističtější očekávání, a tudíž méně šokující konfrontaci s realitou.

Každá respondentka byla se svým doprovodem spokojena a jeho přítomnost hodnotila pozitivně. Pro většinu žen byl doprovod psychickou oporou a nápomocnou silou.

Průzkumu Machové (2015) se účastnily dvě respondentky, které si nebyly jisté, zda je přítomnost jejich partnera u porodu žádoucí. Všech pět nakonec k porodu doprovodil partner, a pouze jediná svého rozhodnutí litovala, jelikož se její partner během porodního procesu zbytečně až příliš trápil. Zbytek respondentek si přítomnost zvoleného doprovodu cenil z důvodu podpory a pocitu bezpečí. Obdobných výsledků dosáhla svým průzkumem i Vrbová (2022).

Všechny účastnice mého průzkumu popisovaly své porodní bolesti jako hodně silné, v jednom případě dokonce jako bolesti, které nutily „lézt po zdi“. Jejich intenzita je překvapila. Dvěma respondentkami bylo zmíněno, je intenzivní bolesti vyčerpávaly. Respondentka, která měla v plánu porodní bolesti zvládnout bez jakéhokoli tlumení, se nakonec rozhodla pro aplikaci epidurálu.

Většina respondentek z výzkumu Zadražilové (2018) byla rovněž překvapena intenzitou pociťovaných bolestí. V její práci se rovněž objevila metafora: „Bylo to jako lámání kostí v pánvi s velkým pálením.”

Čtyřem respondentkám byla aplikována epidurální analgezie, včetně paní, která si ji před porodem nepřála. Účinek epidurálu hodnotily všechny kladně. Jen dvě vyzkoušely různé nefarmakologické metody tlumení bolesti, hlavně hydroterapii, a ani v jednom případě nebyly spokojené s výsledkem. Jedna respondentka, vzhledem k rychlému nástupu a progresi porodu, nestihla na tlumení bolesti dostat nic.

Machová (2015) i Jurová (2020) ve svých pracích uvádějí, že rodičkám od bolesti pomáhala hydroterapie, což je v silném kontrastu k mému výzkumu, kde respondentky uváděly sice příjemný pocit, avšak nikoli úlevu od bolesti.

Všechny respondentky byly spokojeny s prostředím porodního sálu, které popsaly jako příjemné. Pouze jedna respondentka si postěžovala na tvrdou a nepohodlnou postel.

Vrbová (2022) rovněž uvádí převažující pozitivní reakce na prostředí porodnice.

S personálem, a hlavně s porodními asistentkami, které se o ženy staraly, byly všechny ženy naprosto spokojeny. Ve svém hodnocení často zmiňovaly, že personál byl ochotný, iniciativní a zdatný v komunikaci.

Ve stejném duchu se nesly i odpovědi respondentek v průzkumech Zadražilové (2018) a Vrbové (2022).

Výzkumná otázka 4: V čem se případně lišil porod od představ?

Mé respondentky je možné rozdělit na dvě stejně velké skupiny. První skupina byla příjemně překvapená a vděčná za rychlý průběh bez komplikací, a to i přes silné bolesti. Druhá skupina popsala svůj porod jako pomalý, dramatický, neskutečně těžký a provázený pocity zoufalství.

Porod tří ze šesti žen musel být indukován Prostinem, jelikož přenášely. Ve dvou případech ze tří byl první pokus o vyvolání neúspěšný. Porod jedné respondentky byl ukončen císařským řezem z důvodu nepostupujícího porodu a nefyziologického CTG. Čtyřem ze šesti respondentek byl z důvodu silných bolestí aplikován epidurál, zatímco dvě nestihly dostat nic, přestože s tlumením bolestí počítaly. Epiziotomie byla provedena pouze dvěma respondentkám.

Respondentky, s nimiž pracovala Machová (2015) naopak všechny porodily bez nutnosti indukce a bez závažnějších komplikací. Všem však byl proveden nástřih hráze.

Porod každé respondentky se lišil od jejích představ. Většina uvedla, že je překvapil tak dlouhý průběh jejich porodu, a tak intenzivní bolesti. Dvě ženy byly překvapeny rychlým nástupem a průběhem svých porodů. Jedna respondentka zmínila, že očekávala komplikovanější porod.

Porodní bolest figurovala jako faktor, ve kterém se nejčastěji lišily představy prvorodiček od jejich skutečného porodu, i v rámci průzkumu Machové (2015). Byly překvapené především její intenzitou. Uvádí, že jedna z respondentek následkem porodních bolestí propadala hysterii.

Sedm z patnácti respondentek, se kterými pracovala Zadražilová (2018), hodnotilo svůj porod jakožto celek jako „nezapomenutelný" zážitek, a to v dobrém slova smyslu, i přes veškerou protrpěnou bolest. Jedna z nich řekla: „Naprosto nezapomenutelný zážitek, který bych nijak nezměnila, kdybych mohla." Závěrem Zadražilové bylo, že se představy prvorodiček žádným výrazným způsobem nelišily od reálné zkušenosti, což je v kontrastu s mým zjištěním, že se jejich představy odlišovaly do velké míry, a to jak pozitivně, tak negativně.

5 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaké představy mají prvorodičky o svém porodu, a dále zjistit, v jakých ohledech se tyto představy liší od skutečného průběhu jejich porodu. Cíle práce byly splněny.

V rámci popisu představ, které měly o svém porodu, respondentky nejčastěji uváděly porod rychlý, bezbolestný a v doprovodu blízké osoby. Pět respondentek očekávalo, že za porodu využijí některou z farmakologických metod tlumení bolesti, jedna plánovala rodit bez analgezie. V případě personálu porodnice kladly nároky především na jejich osobnost a vztah k pacientkám, nikoli na jejich profesní zdatnost. Dvě respondentky věnovaly v rámci předporodní přípravy zvláštní pozornost přípravě hráze, aby tak zabránily poranění či předešly epiziotomii. Byla jsem překvapena, že pouze jedna respondentka mezi svými očekáváními uvedla zdravé dítě.

Očekáváný průběh porodu se u všech respondentek lišil od reality, naplnily se však jejich představy o roli nemocničního personálu a doprovodu k porodu. Některé respondentky se vyjádřily, že během porodu své okolí příliš nevnímaly, žádná si však v tomto ohledu nestěžovala. Většina respondentek komentovala svůj porod jako delší, než čekala. Očekávání rychlého porodu odpovídalo realitě pouze u dvou respondentek, v obou případech se však jednalo o vyšší rychlost, než jakou si představovaly. Rovněž byly překvapeny intenzitou porodní bolesti; ačkoli počítaly, že zažijí dosud nejsilnější bolest v životě, byla většina z nich přesto zaskočena. Respondentka, která si nepřála využít tlumení bolesti nakonec svolila k užití epidurálu, za který byla ve výsledku vděčná. Naopak dvě respondentky, které počítaly s epidurální analgezií ji použít nemohly. Jedna z nich se snažila hledat pozitiva na této situaci, kdežto druhá z nich doufala, že využije všechny dostupné možnosti. Následkem porodu u tří rodiček bylo porodní poranění, v jednom případě přirozené a ve dvou vzniklé provedenou epiziotomií. Těhotenství jedné rodičky bylo ukončeno císařským řezem.

Domnívám se, že se očekávání respondentek tak často lišila od reality především z důvodu jejich nedostatečné informovanosti. Většina respondentek označila jako svůj hlavní zdroj internet, zatímco zdravotnický personál zmínila pouze jedna respondentka. Silně mě překvapilo, že žádná z žen neuvedla jako zdroj informací svého gynekologa. Ani očekávání dvou respondentek, které se zúčastnily předporodního kurzu, nebyla realističtější než očekávání zbytku výzkumného vzorku.

Jsem toho názoru, že za dostatečnou úroveň informovanosti rodiček je zodpovědný zdravotnický personál, například prostřednictvím předporodních kurzů. Ne každá rodička však má příležitost se

kurzu účastnit, tudíž si myslím, že by bylo žádoucí využít další formy edukace, například brožury distribuované nemocnicí.

Tato bakalářská práce poukazuje na zmíněnou problematiku a může sloužit jako informační materiál pro těhotné ženy. Dále ji může využít zdravotnický personál při přípravě předporodních kurzů, jelikož ukazuje oblasti, o které prvorodičky projevují největší zájem.

6 POUŽITÁ LITERATURA

1. ANDERSON, Claire-Marie et al., 2017. Patient Communication, Satisfaction, and Trust Before and After Use of a Standardized Birth Plan. Hawai'i journal of medicine & public health: a journal of Asia Pacific Medicine & Public Health [online]. Honolulu: Hawai'i: University Clinical, Education & Research Associates (UCERA), 76(11), 305-309 [cit. 2023-12-13]. ISSN 2165-8242. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29164014/
2. ANIBALL, 2021. Aniball [online]. [cit. 2024-04-01]. Dostupné z: https://www.aniball.cz/
3. AYERS, Susan a Richard DE VISSER, 2015. *Psychologie v medicíně*. Přeložil Helena HARTLOVÁ. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). 552 s. ISBN 978-80-247-5230-3.
4. BAŠKOVÁ, Martina, 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Přeložil Ludmila MÍČOVÁ. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 978-80-247-5361-4.
5. BEAL, Erin M., Pauline SLADE a Charlotte KRAHÉ, 2023. Cognitive processing biases associated with fear of childbirth. *Journal of anxiety disorders* [online]. New York: Pergamon Press, (99), 9 [cit. 2023-12-21]. ISSN 1873-7897. Dostupné z: doi: https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102761
6. BERDNIKOVA, Yulia Leonidovna, 2021. *Psychologie a psychoanalýza během těhotenství*. T8RUGRAM. 228 s. ISBN 9785532098633.
7. ČERMÁKOVÁ, Blanka. *K porodu bez obav*. Druhé rozšířené vydání. V Brně: CPress, 2023. 232 s. ISBN 978-80-264-4974-4.
8. ČESKO. § 28 odst. 3 písm. e) bod 3. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) - znění od 1. 1. 2023. In: Zákony pro lidi.cz [online]. © AION CS 2010–2023 [cit. 26. 11. 2023]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#p28-3-e-3
9. ČESKO. § 36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) - znění od 1. 1. 2023. In: Zákony pro lidi.cz [online]. © AION CS 2010–2023 [cit. 10. 12. 2023]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#p36
10. CIOLEKOVÁ, E. Porodní plány - soupis informací a představ. In: *Česko-slovenská pediatrie. XV. Pediatrický kongres s mezinárodní účastí,* Hradec Králové, 23.-25. září 2021. 2021, s. 45. ISSN 0069-2328. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/casopisy/cesko-slovenska-pediatrie/2021-supplementum-1-2/abstrakty-128202
11. DEBAETS, Amy Michelle, 2017. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. *American journal of obstetrics and gynecology* [online].

New York: Elsevier, 216(1) [cit. 2023-11-04]. ISSN 1097-6868. Dostupné z: doi: https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.09.087

12. DEKEL, Sharon et al., 2019. Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. *Archives of women's mental health* [online]. Wien: New York: Springer, 22(6), 817-824 [cit. 2024-04-21]. ISSN 1435-1102. Dostupné z: https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-019-00968-2
13. DEMŠAR, Karin et al., 2018. Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. *Journal of perinatal medicine* [online]. Berlin: Walter De Gruyter, 46(2), 151-154 [cit. 2023-12-21]. ISSN 1619-3997. Dostupné z: doi: https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0282
14. DUBOVÁ, Olga a Michal ZIKÁN, 2022. *Gynekologie a porodnictví: praktické repetitorium*. 2. vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. 869 s. ISBN 978-80-7345-716-7.
15. DUŠOVÁ, B.; M. HERMANNOVÁ; E. JANÍKOVÁ a R. SALOŇOVÁ, 2019. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-80-271-0836-7.
16. FILAUSOVÁ, Drahomíra a Yvetta VRUBLOVÁ. 2018. Porodní bolest. *Gynekologie a porodnictví*. 2(3), 140-143. ISSN 2533-4689.
17. FILAUSOVÁ, Drahomíra, Yvetta VRUBLOVÁ a Romana BELEŠOVÁ, 2017. Bolest při porodu. *Gynekologie a porodnictví*. 1(2), 95-98. ISSN 2533-4689.
18. HÁJEK, Z.; E. ČECH a K. MARŠÁL, 2014. *Porodnictví* 3., *zcela přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada. 530 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
19. HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. 408 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
20. HIDALGO-LOPEZOSA, Pedro, María HIDALGO-MAESTRE a María Aurora RODRÍGUEZ-BORREGO, 2017. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. *Revista latino-americana de enfermagem* [online]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, **25**(e2953) [cit. 2024-04-21]. ISSN 1518-8345. Dostupné z: doi: https://doi.org/10.1590/1518-8345.2007.2953
21. JOCHMANNOVÁ, Leona a Tereza KIMPLOVÁ, 2021. *Psychologie zdraví: biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty.* Praha: Grada. 552 s. ISBN 978-80-271-2569-2.
22. JUROVÁ, Anna, 2020. *Porod-prvotní očekávání versus realita* [online]. Plzeň. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: https://theses.cz/id/3fkkbd/. [cit. 2024-04-05].

23. KELMANSON, Igor Alexandrovich, 2018. *Perinatologie a perinatální psychologie*. SpetsLit, 415 s. ISBN 9785299009484.
24. KORÁBOVÁ, Iva a Zuzana MASOPUSTOVÁ. Porodní plány: přehledová studie. *E-psychologie* [online]. 2018, 12(4), 78-96 [cit. 2023-10-03]. ISSN 1802-8853. Dostupné z: https://doi:10.29364/epsy.333
25. KOUCKÝ, M. et al., 2016. Současný management abnormálně invazivní placenty – placenta accreta/increta/percreta. *Actual Gynecology and Obstetrics* [online]. Praha: 1. LF UK; VFN, 8, 42-47 [cit. 2024-04-21]. ISSN 1803-9588. Dostupné z: https://www.actualgyn.com/clanek/2016/199
26. MACHOVÁ, Eliška, 2015. *Porod očima prvorodičky* [online]. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: https://theses.cz/id/2hfgpm/. [cit. 2024-04-01].
27. MAREŠOVÁ, Pavlína, 2021. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví. 3., přepracované a doplněné vydání.* Praha: Maxdorf, Jessenius. 768 s. ISBN 978-80-7345-709-9.
28. MARSHALL, Jayne E. a Maureen D. RAYNOR, 2014. *Myles textbook for midwives. Sixteenth edition.* Edinburgh: Saunders/Elsevier. 780 s. ISBN 978-0-7020-5145-6.
29. MAZÚCHOVÁ, Lucia a Andrea PORUBSKÁ, 2022. *Respekt a úcta v porodnictví*. Přeložil Ludmila MÍČOVÁ. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 9788027135080.
30. MORAVCOVÁ, Markéta, Helena POLÁČKOVÁ a Eva WELGE, 2022. *Základy péče v porodní asistenci I.: prenatální péče a péče porodní asistentky o ženu v průběhu fyziologického porodu: péče porodní asistentky o ženu v průběhu fyziologického šestinedělí: péče porodní asistentky o fyziologického novorozence*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Pardubice: Univerzita Pardubice. 184 s. ISBN 978-80-7560-424-8.
31. PAŘÍZEK, Antonín, 2012. *Analgezie a anestezie v porodnictví. 2., rozš. a přeprac. vyd.* Praha: Galén. 428 s. ISBN 9788072628933.
32. PROCHÁZKA, Martin et al., 2020. *Porodní asistence.* Jessenius. Praha: Maxdorf, 788 s. ISBN 978-80-7345-618-4.
33. ROZTOČIL, Aleš et al., 2017 *Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing. 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
34. SAMKOVÁ, Alžběta, 2020. *Vulvou porodní asistentky: připravte se na porod.* Brno: CPress. 256 s. ISBN 978-80-264-3017-9.

35. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2017. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). 280 s. ISBN 978-80-271-0214-3.
36. TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ, 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.
37. UNIPA. Možnosti výběru místa porodu ve Velké Británii dle standardů National Institute for Health and Care Excellence (nice) [online]. 23.1.2019 [cit. 2024-01-23]. Dostupné z: https://www.unipa.cz/moznosti-vyberu-mista-porodu-ve-velke-britanii-dle-standardu-national-institute-for-health-and-care-excellence-nice/
38. VRBOVÁ, Marie, 2022. *Rozdíl mezi očekáváním prvorodičky a realitou u porodu* [online]. Pardubice. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Dostupné z: https://theses.cz/id/5obqc2/. [cit. 2024-04-01].
39. VRUBLOVÁ, Yvetta a Anna DVOŘÁKOVÁ, 2018. Porodní bolest. *Gynekologie a porodnictví.* 2(5), 307-309. ISSN 2533-4689.
40. WIGERT, Helena et al., 2020. Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *International journal of qualitative studies on health and well-being* [online]. London: Taylor & Francis, 15(1) [cit. 2023-12-21]. ISSN 1748-2631. Dostupné z: doi: https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1704484
41. ZADRAŽILOVÁ, Iveta, 2018. *Porod očima rodičky* [online]. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: https://theses.cz/id/8e2qmt/. [cit. 2024-04-01].

7 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Otázky k rozhovoru 68

Příloha 1 - Otázky k rozhovoru

Otázky k rozhovoru před porodem

Identifikační otázky:

- Parita
- Věk
- Rodinný stav
- Nejvyšší dosažené vzdělání
- Zaměstnaní

1) Jak se připravujete na porod? Kde získáváte informace o porodu (internet, předporodní kurz, kamarádka, rodina)?
2) Cítíte, že jdete k porodu dostatečně informovaná? Máte pocit, že Vás předporodní kurz dostatečně připravil?
3) Budete si sepisovat porodní plán? Co je v něm pro Vás nejvíc důležité?
4) Jak byste si představovala ideální průběh porodu?
5) Jak zvládáte bolest? Jakou máte představu o bolesti během porodu?
6) Jaké znáte (nefarmakologické/farmakologické) metody tlumení bolesti? Popřípadě které byste chtěla využít?
7) Budete mít nějaký doprovod k porodu? Koho a proč?
8) Podle čeho jste si vybírala porodnici? Existuje nějaké kritérium, které nemocnice bezpodmínečně musela splňovat?
9) Jak si představujete roli PA?

Otázky k rozhovoru po porodu:

1. Jak porod probíhal? (doptávání na vnímání, komplikace)
2. Jak jste využila získané informace před porodem? Byly užitečné?
3. Měla jste u porodu sepsaný porodní plán? V případě, že byste rodila znovu, sepisovala byste porodní plán?
    a. Pokud ano, co v něm bylo? Byl splněn?
    b. Pokud ne, proč?
4. Jak jste vnímala svůj doprovod? Pozitiva/negativa
5. Jak jste vnímala porodní bolesti?
6. Dostala jste požadovaný typ analgezie? Který to byl a jak jste byla spokojená s účinkem?
7. Jak jste vnímala prostředí porodního sálu?
8. Jak byste hodnotila přístup PA a celkově personálu?
9. Jak celkově porod hodnotíte? Jak byste ho srovnala se svými představami?