ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013 Veronika Horníková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345
Porodní asistence B 5349

Veronika Horníková

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

POROD JAKO NÁROČNÁ ŽIVOTNÍ SITUACE

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 27. 3. 2013 .....

Veronika Horníková

Poděkování

Mé poděkování patří především vedoucí práce Mgr. Kateřině Ratislavové za ochotu, cenné připomínky a odborné rady při vypracování této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za podporu během svého studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Horníková Veronika

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Porod jako náročná životní situace

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová

Počet stran: číslované 49, nečíslované 34

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 25

Klíčová slova: porod - náročná životní situace – porodní bolest - strategie zvládání bolesti – strach

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá problematikou psychické náročnosti porodu. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je zaměřena na definování porodu, náročných životních situací a jejich zvládání a zároveň na strategii zvládání bolesti při porodu. V praktické části zkoumám formou dotazníku především strategie zvládání bolesti a retrospektivní hodnocení žen po spontánním porodu.

Annotation

Surname and name: Horníková Veronika

Department: Nursing care and birth assistance

Title of thesis: Birth as demanding life event

Consultant: Mgr. Kateřina Ratislavová

Number of pages: numbered 49, unnumbered 34

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 25

Key words: childbirth – demanding life event – labor pains – strategy of coping pains - fear

Resume:

The bachelor thesis deals with the psychological coping with labor. The work is divided into theoretical and practical part. The theoretical part is focused on defining the birth, demanding life events and their coping strategies and also on coping with the pain during childbirth. I examine via questionnaire pain coping strategies and retrospective evaluation of spontaneous labor by women after the childbirth in the practical part

OBSAH

ÚVOD 10
I. TEORETICKÁ ČÁST 11
1. Definice základních pojmů 11
1.1. Porod 11
1.1.1. První doba porodní 11
1.1.2. Druhá doba porodní 12
1.1.3. Třetí doba porodní 13
1.1.4. Čtvrtá doba porodní 14
1.2. Náročné životní situace 15
1.2.1. Definice náročné životní situace 15
1.2.2. Stres 16
1.2.2.1. Reakce na stres 17
1.2.3. Trauma 18
1.3. Zvládání náročných životních situací 18
1.3.1. Strategické zvládání (coping) 19
1.3.2. Obranné mechanismy 20
2. Porod jako náročná životní situace 24
2.1. Strach a stres při porodu 24
2.1.1. Adaptivní chování 26
2.1.2. Maladaptivní chování 26
2.1.3. Příčiny stresu při porodu 27
2.2. Bolest při porodu 28
2.2.1. Zvládání bolesti 29
2.3. Úloha porodní asistentky 30
II. PRAKTICKÁ ČÁST 31
3. Obsah praktické části 31
3.1. Formulace problému 31
3.2. Cíl práce 31
3.3. Metodika 32

3.4. Vzorek respondentů 32
3.5. Analýza a interpretace dat 33
3.6. Hodnocení cílů 49
4. Diskuze 51
Doporučení pro praxi porodní asistentky 55
Závěr 56
Seznam použité literatury 58
Seznam grafů 60
Seznam tabulek 61
Seznam příloh 62
Příloha 1 63
Příloha 2 66
Příloha 3 74
Příloha 4 79

ÚVOD

Porod je v dnešní době často vnímán společností jako ukončení těhotenství a přivedení na svět potomka. Avšak pro ženu je porod důležitým mezníkem v životě, kdy jejím hlavním přáním je obstát u porodu a překonat tak jistou překážku v životě. Zdoláním překážky v podobě porodu je pro ženu často zdrojem uspokojení, zvyšuje se ji sebedůvěra a sebevědomí. Snáze pak může naplnit roli matky. Je velice důležité, jak tento proces prožívá, a jaké má pocity.

Můj dojem je takový, že většina žen jde k porodu s výraznými obavami a úzkostí, což způsobuje mnohdy komplikace během porodu a v poporodním období. Dle mého názoru je velice důležité, s jakými pocity a prožitky žena po porodu odchází z nemocnice do domácího prostředí, zvláště pro její další život. Důležité je, aby rodička měla z porodu převážně pozitivní pocity a prožitky, a aby sama sebe pozitivně zhodnotila. To závisí především na ni samotné, na kooperaci se zdravotnickým personálem, který by ji měl doprovázet v průběhu celého porodu a poskytnout ji takové rady, aby ji nejvíce pomohly a ulehčily v takto náročné situaci. To je převážně náš úkol, tedy úkol porodní asistentky, která ji doprovází a dopomáhá. Bohužel si myslím, že v dnešní době tomu tak není. Porod je velice medikalizován a na psychiku ženy není brán ohled.

Má bakalářská práce je tedy zaměřená na náročnost porodu především z psychického hlediska, na obranné mechanismy psychiky a strategie zvládání bolesti při porodu. Praktická část je především zaměřena na strategie zvládání bolesti. Zároveň mě zajímalo retrospektivní hodnocení žen po spontánním porodu. Tedy jak ženy samy sebe ohodnotily, zda podle nich zvládly či nezvládly porod a s jakými pocity a prožitky odchází domů. Zdali ženy pociťovaly nějaký silný pozitivní a silný negativní zážitek z porodu, který by je mohl ovlivnit v jejich sebehodnocení a tím i v budoucím životě.

Hlavním cílem práce je vyzkoumat jaký typ strategie zvládání bolesti ženy použily a jak to ovlivnilo proces porodu, dále pak určit silný negativní a silný pozitivní zážitek z porodu a zjistit retrospektivní hodnocení žen po porodu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. DEFINICE ZÁKLADNÍCH POJMŮ

1.1. Porod

„ Porodem nazýváme každé ukončení těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec o minimální hmotnosti 500g, nebo přežije-li novorozenec i s menší hmotností alespoň 24 hodin.“ (Čech, 2006, s. 121)

Koncem těhotenství, tzn. ve 38. až 40. týdnu gravidity začíná složitý proces biologické přípravy těhotné k porodu. Pozvolna začínají podprahové děložní kontrakce, které nazýváme jako stahy předzvěstné. Patrné jsou již tělesné známky naznačující blížící se porod, tj. fundus děložní klesá, tím se těhotné snáze dýchá, zvyšuje se tlak na močový měchýř a žena chodí často na WC, a v neposlední řadě dochází k odchodu hlenové zátky, která může mít mírně sangvinolentní barvu. Všechny tyto faktory vedou k postupnému počátku děložních kontrakcí. Takto začíná ve většině případů začátek porodu, který je rozdělen do několika fází a to na první dobu porodní, druhou dobu porodní, třetí dobu porodní a končící čtvrtou dobou porodní. (Čech, 2006, s. 124)

1.1.1. První doba porodní

Obecně lze říct, že první dobou porodní začíná porod. (Čech, 2010, s. 125) popisuje první dobu porodní jako začátek pravidelných děložních kontrakcí vedoucí k rozvíjení dolního děložního segmentu, děložního hrdla a branky.

Důležité je, aby děložní stahy začaly v termínu porodu, tzn. přibližně mezi 38. až 40. týdnem gravidity, jinak by hrozil předčasný porod, který se vyskytuje čím dál více a na psychiku žen působí daleko intenzivnějším prožitkem. Tato fáze porodu bývá označována jako fáze otevírací, kdy děložní kontrakce mají za účel připravit porodní cesty k porodu. V první době porodní bývají děložní stahy ve frekvenci 1-2 / 10 min. Délka této doby je individuální, avšak zpravidla je nejdelší dobou celého průběhu porodu. (Čech, 2010, s. 125)

Psychika žen je v této fázi zatížena několika faktory. Příkladem může být rychlost vzniku situace, na kterou se žena připravovala po celou dobu těhotenství, a která najednou přišla. Tato situace mnohdy úzce souvisí i s přípravou a adaptací na její novou životní roli, tedy roli matky. Dále je psychika v této fázi porodu zatížena počínajícími a stále zesilujícími bolestmi v podbřišku, často lokalizovány

do křížové oblasti zad. S tím vším se žena musí během relativně krátké doby vypořádat. Zpravidla se žena po počátku cítění pravidelných kontrakcí ihned přepravuje do nemocnice na porodní sál, kde je s ní poté sepisována příjmová dokumentace a při níž jsou jí kladeny spousty otázek, na které musí odpovědět. Žena je v tuto chvíli často zmatená a dezorientovaná. „Už je to tady! “ Porodní asistentka by se jí v tuto chvíli měla věnovat, uklidnit jí, nechat jí trochu prostoru na aklimatizování se v prostředí. Ne zřídka si žena přeje mít v této době u sebe oporu partnera, kterému může důvěřovat, porodní asistentka by jí měla ponechat tuto možnost volby. Na ženu jsou náhle kladeny psychické nároky všeho druhu, ať už komplexní poskytování informací, podstoupení lékařských vyšetření, seznámení se s prostředím a zdravotním personálem a v neposlední řadě práce s bolestí. Příjem rodičky v nemocnici bývá často velice hektický a náročný, mnohdy se žena potřebuje dozvědět více informací, avšak zpravidla až po adaptaci na porodním sále. Je důležité, aby žena věděla, že má možnost kdykoliv položit otázky ať už porodní asistence či lékaři, pokud by tuto možnost neměla nebo si jí nebyla jistá, mohla by ztratit pocit bezpečí, jistoty a důvěry. Taková spolupráce je pak daleko složitější.

Po příjmu rodičky na porodním sále, by porodní asistentka měla dát prostor ženě na adaptaci v prostředí, aby se seznámila s pokojem, uložila si věci do skříně, popřípadě si zavolala domů rodině. Poté by porodní asistentka měla pohovořit se ženou o možnostech tlumení bolesti, zda- li má porodní plán, jaké má představy o porodu a v nejdůležitější řadě jí naučit pracovat s bolestí, která bude mít stále se zvyšující charakter. Někdy to již umí z předporodního kurzu, avšak není to pravidlo. Je důležité, aby ženě byly nabídnuty možnosti a volby vlastního rozhodování se a vysvětleny její otázky, to vše by mělo vést ke stabilizaci a harmonii psychiky ženy, a tím pak ke snadnějšímu průběhu první doby porodní.

V této fázi porodu se také uplatňují nefarmakologické metody tlumení bolesti. **(viz. příloha 4)**

1.1.2. Druhá doba porodní

Čech (2010, s. 132) popisuje druhou dobu porodní okamžikem, kdy zaniká branka a jsou splněny podmínky k tlačení a vypuzení plodu.

V této fázi žena pociťuje výrazné změny ve svém těle, cítí tlak na konečník a na hráz, nutí jí to k tlačení, avšak ne vždy to jde. K tomu aby žena mohla použít

břišní lis, musí být splněny některé podmínky, to jsou: rozvinutá branka, dokončena vnitřní rotace hlavičky a hlavička naléhající na pánevní dno. Někdy se čeká na to, aby jedna z těchto podmínek byla dokončena, žena pak na to často reaguje pocitem bezmocnosti, často je vyčerpaná, už by to chtěla mít za sebou, někdy bývá až nepříjemná a mohou se objevit neadekvátní reakce až zoufalství a pláč. Důležité je, aby v takovéto situaci porodní asistentka již neopouštěla porodní sál a s rodičkou spolupracovala. Průběh první doby porodní má zcela jistě vliv na psychický stav a chování rodičky v druhé době porodní. Psychicky nekoordinované zvládání druhé doby porodní bývá častěji způsobeno dlouhým průběhem první doby, neefektivní prací s bolestí či špatnou spoluprácí s porodní asistentkou. V takovém případě je to psychicky velice náročná situace pro ženu, která ztrácí kontrolu nad situací, pocit jistoty a bezpečí. Nutné je povzbuzení ženy ze strany porodní asistentky a hlavně svého partnera. V momentě možnosti tlačení žena nabírá opět energii a využívá ji k ukončení fáze bolesti a tím i porodu. Nejkritičtějším obdobím pro správné tlačení nastává u porodu hlavičky a ramének plodu. Žena musí překonat tlak, který pociťuje hlavně v oblasti rozepínání hráze. Pro správné a včasné ukončení druhé doby porodní je důležité, aby v tuto chvíli žena naslouchala radám porodní asistentky a byla s ní ve stálém kontaktu. (Ratislavová, 2008, s. 61) Avšak nejpřirozenější je, když žena sama zaujme polohu, která ji nejvíce vyhovuje a vycítí správný moment tlačení. Takto žena může pociťovat jistou kontrolu nad sebe samou a tím i nad procesem porodu. Tato situace se tak stává pro ni lépe zvladatelnou a je přizpůsobená jejím potřebám.

1.1.3. Třetí doba porodní

Čech (2010, s. 135) popisuje třetí dobu porodní začínající vypuzením plodu a končící vypuzením placenty.

V této fázi je žena často nabuzena novou energií. S vypětím všech sil zvládne vypuzení plodu a poté dochází k výrazné úlevě, jak fyzické tak psychické. Nastává dlouho očekávaný a vytoužený první kontakt s dítětem, seznamování se s ním. Práce vyžadující její aktivitu a nutnou dávku síly nebyla marná. V tuto chvíli se ještě čeká na vypuzení placenty, což u ženy nemá výrazný vliv na psychiku, pokud má odloučení placenty fyziologický průběh. Po porodu placenty probíhá revize genitálu, což je pravděpodobně pro ženu poslední nepříjemná věc související s porodem. Emočně je žena v maximálně excitovaném stavu,

pozornost je zaměřena především na potomka a partnera, dochází tak ke stmelení a vzniku kompletní rodiny. Druhá doba porodní je často pro ženu velice vysilující, proto je nutné, aby ve třetí době porodní si dostatečně odpočinula. Proto ženy dvě hodiny po porodu zůstávají stále na porodním sále. Psychika ženy si také potřebuje veškeré nové zážitky zpracovat, jak pozitivní vjemy, tak i ty negativní. Je důležité, aby k takovéto očistě došlo a psychika se tak mohla znovu zregenerovat.

1.1.4. Čtvrtá doba porodní

Tato doba trvá dvě hodiny bezprostředně po porodu a je vyznačena především odpočinkem na lůžku stále ještě na porodním sále. Ve čtvrté době porodní jsou ženě pravidelně kontrolovány fyziologické funkce a krvácení. Porodní asistentka také kontroluje, jak se žena cítí. Žena většinou pociťuje únavu, ale náplavou všech emocí se cítí šťastně, že má celou tuto událost za sebou a na nic jiného se netěší, než na to, aby byla se svým dítětem. Důležité je, aby žena měla dobrý pocit ze zvládnutí samotného porodu. Je dobré, aby si zrekapitulovala celou tuto událost a poté o ní pohovořila s porodní asistentkou, která ji doprovázela celým porodem. Ve čtvrté době porodní by pak měla porodní asistentka s rodičkou a čerstvou maminkou provést následnou sebereflexi, aby nedošlo k rozvoji traumatu po porodu při negativních pocitech ženy. Toto je důležité pro její následný život, jako prevence posttraumatické stresové poruchy, zvláště když je předpoklad pro to, že žena bude rodit ještě jednou.(Rohde, Dorn, 2007, s. 188)

„ Porod není zážitek na pár hodin, ale na celý život.“ uvádí Michel Odent (in Marek, 2007, s. 19) Po uplynutí dvou hodin po porodu je žena převezena na oddělení šestinedělí, kde se opláchne, převlékne do čistého a suchého prádla, občerství a především čeká na své dítě, až ji bude přivezeno z novorozeneckého oddělení. Nastává tu podpora bondingu, což je navázání dobrého především psychického vztahu k dítěti. Pro správný bonding je důležitý průběh porodu, pokud byl ničím nekomplikovaný a žena ho neudává jako velice náročný, bývá dobrý kontakt s dítětem často rychle navázán. Bylo by dobré, kdyby porodní asistentka, která ženu doprovázela při porodu, za ní alespoň jednou přišla na oddělení šestinedělí a zeptala se, jak se jí daří, hlavně pátrala po psychických potížích související s porodem. Tím tak zredukovala následné traumatické potíže, které by se mohly vyskytnout v dalším žití.

1.2. Náročné životní situace

1.2.1. Definice náročné životní situace

Charakteristika náročné životní situace spočívá v tom, že je jedincem považována za stresovou až traumatickou, situací neovlivnitelnou, nepředvídatelnou, mimo oblast běžné lidské zkušenosti a představující výzvu pro hranici našich schopností a našeho sebepojetí. (Atkinson, 2003, s. 487) Působením různého typu zátěže může vést k narušení psychické rovnováhy, což se projeví změnou prožívání, uvažování i chování. (Vágnerová, 2004, s. 48) Tyto situace lze diferencovat z hlediska závažnosti, a to na situace obsahující nepřiměřené požadavky a úkoly (vysoké nároky na jedince, které mohou zapříčinit únavu, vyčerpání až postupné nezvládnutí situace), dále pak na situace problémové (rozhodnutí zda podstoupit složitý lékařský zákrok), situace obsahující překážky (frustrace jako nemožnost uspokojení potřeby), konfliktové situace, stresové situace a syndrom vyhoření (u všech subjektivně náročných povolání, kdy nastává nerovnováha v emoční oblasti). *„ Každý z nás se v průběhu svého života dostane do situace, kterou považuje za náročnou.“* uvádí Stibalová (2011, s. 16) Dochází tak ke konfliktu, na který jedinec reaguje negativním vnitřním napětím. Jedná se především o individuální subjektivní nahlížení jedince na danou situaci, tzn., že konflikt pro jednoho nemusí znamenat konflikt pro druhého. Důsledkem napětí je narušení harmonie osobnosti, frustrace a stres, projevující se nejčastěji napětím, nervozitou, úzkostí, pocity zmatku, nesoustředěností a somatickými potížemi. Za zdroje konfliktu nejčastěji považujeme vnější prostředí či druhé lidi. Existují ale i konflikty, které vyvolávají disproporce v samotném jedinci. Mezi ně bychom mohli zařadit např. temperamentové zvláštnosti, momentální tělesný a duševní stav a motivaci člověka. Pod pojmem temperamentová zvláštnost si můžeme představit, že jako cholerik budu vnímat náročnou situaci daleko intenzivněji. Pod pojmem momentální tělesný a duševní stav si můžeme představit např. přožila-li jsem traumatický zážitek, těžko se budu v práci soustředit. Posledním pojmem je motivace, kdy její nízká či příliš vysoká míra opět vyvolává negativní konflikty u samotného jedince. (Stibalová, 2011, s. 16)

Existují vnější a vnitřní konflikty, neboli také interpersonální a intrapersonální. Vnější konflikt je lépe pozorovatelný, klasickým příkladem je hádka dvou jedinců. Vnitřní konflikt je méně nápadný, ale může být hlubší. Jedinec

ho prožívá sám v sobě a o to je pro jedince náročnější. Tyto druhy konfliktů se běžně vyskytují v našem životě, nelze se jim vyhnout, lze je pouze dočasně potlačit, nebo aktivně řešit. (Stibalová, 2011, s. 16) Odolnost k takto náročným situacím je závislá především na vrozených vlastnostech člověka, na věku, intelektu, životních zkušeností, aktuálním zdravotním stavu, společenských okolnostech a pracovní činnosti. (Zacharová, 2007, s. 55) O tom jak se tyto svízelné situace řeší a zvládají, pojednává kapitola zvládání náročných životních situací.

K identifikaci náročných životních situací byla vytvořena Škála životních událostí, také známá jako Posuzovací škála sociálního přizpůsobení, kde autoři Holmes a Rahe měří stres a náročnost situace z hlediska životní změn. Tyto životní změny jsou seřazeny v pořadí od nejvíce stresujících po nejméně stresující a jsou bodově hodnoceny podle míry závažnosti. Hodnotí se poslední časový úsek v životě člověka, tedy 1-2 roky. Součtem bodů dochází k sestavení míry zátěže, kterým byl jedinec vystaven. V případě vícenásobného výskytu událostí se bodové hodnocení násobí počtem výskytů a celkové dosažené skóre se sečte. Skóre do 150 bodů je považováno za relativně bezrizikové, skóre 150-200 bodů – může dojít k psychosomatickému onemocnění u 40% osob, skóre 200-299 bodů – může dojít k psychosomatickému onemocnění u 50% osob a skóre nad 300 bodů – může dojít k psychosomatickému onemocnění u 80% osob. Obecně platí, že čím vyšší je skóre, tím intenzivnější by měla být provedená intervence.**(viz. příloha 3)** (Stibalová, 2011, s. 18, Atkinson, 2003, s. 491)

1.2.2. Stres

Stres byl definován Křivohlavým (2002, s. 170) jako negativní emocionální prožitek, který je doprovázen určitým souborem biochemických, fyziologických, kognitivních a behaviorálních změn, jež jsou zaměřeny na změnu situace, která člověka ohrožuje, nebo na přizpůsobení se tomu, co nelze změnit. Z psychologického hlediska lze stres chápat jako nadměrné zatížení či ohrožení tělesné i duševní pohody. Tyto události vedou ke vzniku stresové situace a nazývají se stresory, reakce lidí na stresory je definována jako stresová reakce. Stres může být vyvolán nespočetným množstvím událostí s charakteristickými znaky neovlivnitelnosti situace, pocitem nepředvídatelnosti a nezvládnutí situace a nepříjemným tlakem okolností vyžadující mnoho změn. Avšak stres není pouze

negativní a nežádoucí, existuje tzv. eustres, který je charakterizován jako zátěž, kterou dokážeme zvládnout a která vede k postupnému utužování a rozvoji osobnosti. Příkladem je složitá zkouška ve škole. (Vymětal, 2003, s. 61)

1.2.2.1. Reakce na stres

Reakce na stres je proces probíhající ve třech fázích, zachycující postupné zvládání této situace. **1. Fáze aktivace obranných reakcí a uvědomění zátěže**. Je to aktivace fyziologických a psychických obranných reakcí v různé intenzitě, ale mající stejný charakter. Je také nazývána jako poplachová reakce a je první fází adaptace. Jsou to nevědomé obranné reakce.

Aktivace fyziologické reakce na stres je z počátku reflexní a automatická. Nervovou cestou je podrážděn sympatikus a v organismu dochází k vyplavení katecholaminů (adrenalinu, noradrenalinu). Tyto látky zvyšují krevní tlak, zrychlují tepovou frekvenci a centralizují oběh k vitálně nejdůležitějším orgánům. Následně dojde k aktivaci hypotalamo-hypofyzární osy, vyplavení hormonu ACTH, glukokortikoidů a mineralokortikoidů a tím organismus aktivizuje energetické zdroje cukru a bílkovin. Nakonec se aktivizují depotní tuky a vznikají katabolické změny v organismu. Cílem tohoto fyziologického procesu je aktivovat energii, která by se mohla použít při zvládání zátěže.

Aktivace psychické reakce na stres začíná vznikem situace, která je považovaná za stresující a zároveň je takto prožívaná. Prožitek stresu je spojen se změnou emočního prožívání typicky se projevující úzkostí, pocitem napětí a obavy z neurčitého ohrožení. Často se vyskytuje hněv, vztek a smutek. Dále dochází ke změně kognitivních funkcí. Pocit ohrožení ovlivňuje zpracování informací a jejich hodnocení, mění se způsob uvažování a zhoršuje se koncentrace pozornosti. Tyto psychické obranné reakce jsou individuálně specifické. Smyslem je znovuzískání psychické rovnováhy jedince. **2. Fáze hledání účelných strategií vedoucí ke zvládnutí a zmírnění stresu.** Důležité je mít zachovaný pocit kontroly nad situací, a zda ji lze ovlivnit. Pokud se situace změní, dochází k návratu fyziologických i psychických funkcí do normálního stavu. Pokud se situace nezmění, nastává **3. Fáze rozvoje stresem podmíněných poruch**, vznikem takových potíží je projevem selhání obranných rekcí. Typickým příkladem jsou psychosomatické poruchy. (Vágnerová, 2004, s. 51)

1.2.3. Trauma

Psychické trauma je popsáno jako náhle vzniklá situace, která má pro jedince výrazně negativní význam a vede k určitému poškození nebo ztrátě. (Vágnerová, 2004, s. 52) Jedinec tuto situaci není schopen přijmout a tím se promítne do Jeho duševního a tělesného stavu. Projevuje se především potížemi v emoční oblasti. Jedinec ztrácí pocit jistoty a bezpečí, objevují se pocity úzkosti, smutku, obav z budoucnosti. Zcela jistě ovlivňuje i objektivitu jedince, která je ovlivněna citovými prožitky. To se projeví i v chování, které bude zaměřeno na únik před další potenciální traumatizací. Trauma vyvolává podobné obranné reakce jako stres, rozdíl je akorát v počátku, kdy u traumatu nejdříve nastává šok s postupným uvědomováním situace a specifickým způsobem zpracování. Porucha, která v důsledku traumatu může vzniknout, se nazývá posttraumatická stresová porucha. (Vágnerová, 2004, s. 52)

1.3. Zvládání náročných životních situací

Náročné životní situace jsou takové situace, v nichž daná osoba či skupina osob je stavěna před úkoly, které vyžadují mobilizaci nových zdrojů psychických schopností a sociálních dovedností. (Křivohlavý, 1989, s. 361)

„ Míra odolnosti vůči náročným životním situacím bývá označována jako frustrační tolerance.“ uvádí Vágnerová (2004, s. 54). Tato tolerance se nerozvíjí stejným způsobem u všech lidí. Je závislá na vrozených předpokladech, individuálních zkušeností, na schopnosti učení a strategii zvládání náročností ovlivňuje i do jisté míry sociokulturní norma. Člověk se brání několika způsoby, ať už cíleně nebo reflexně. Jde o komplex obranných mechanismů a strategií (protektivních faktorů), které pomáhají zvládnout nepříznivé události a ustát je při zachované duševní rovnováze.

„ Je to schopnost vyrovnávat se s náročnými životními situacemi bez nepřiměřených, maladaptivních reakcí, využívat všech pozitivních možností, vynakládat úsilí na překonávání potíží, spojená s dostatečnou sebedůvěrou v tyto schopnosti, v možnost najít přijatelné řešení.“ uvádí Vágnerová (2004, s. 54)

Strategie zvládání, neboli coping jsou předmětem relativně nových výzkumů. Strategie se oproti obranným mechanismům liší tím, že jsou to vědomě užívané procesy, které mění stresovou situaci jako celek. Z toho vyplývá, že obranné mechanismy jsou nevědomé procesy a obsahují prvky sebeklamu – mění

způsob vnímání situace. Společný faktor obranných mechanismů a strategií zvládání těžkostí je, že se vztahují na řešení zdánlivě neřešitelné situace pro danou osobu. U rodící ženy to znamená, že pokud je porod nad její fyzické i psychické síly a vyčerpá veškeré možnosti, které má, dochází tak ke zvratu situace a rodička nad ní nemá kontrolu. Může tak dojít i k nenávratnému poškození hlavně z psychického hlediska a k rozvoji traumatu. K řešení takto těžkých životních situací slouží strategie zvládání a obranné mechanismy, které patří do adaptivní snahy řídit a mít kontrolu nad chodem dění.

1.3.1. Strategické zvládání (coping)

Lazarus a Folkman definují strategie zvládání jako kteroukoliv snahu řídit boj s požadavky stresové situace, které přesahují možnosti postižené osoby. (in Křivohlavý, 1989, s. 364) Cílem strategie zvládnutí náročnosti je ve snaze zvládnout obtíže, udržet emoce v mezích situace, zachovat kladné sebehodnocení a mít pozitivní výhled do budoucna. Strategie jak zvládnout svízelnou situaci uvádějí stresory v pozitivních zvládnutelných termínech tak, že se její řešení a zvládnutí s nimi jeví jako možné. Aby to osoba zvládla z pohledu strategie, je třeba mít hlavně dostatek informací, mít minimum nesrovnalostí v pojetí situace, odevzdat se do rukou osudu, snahu projevit své obavy druhé osobě a snahu odvést pozornost od skutečnosti. K tomu aby rodička měla pocit, že danou situaci zvládá, by měla porodní asistentka, která ji provází celým porodem poskytnout dostatek informací, podporovat ji a nenechat ji aby se vzdala bez „boje“. Strategie jak zvládnout náročnost situace můžeme rozdělit na aktivní a pasivní, nebo také na strategie útoku a obrany.

Aktivní postupy jsou takové, kdy rodička je rozhodnuta pustit se do boje s obtíží, v tomto případě s bolestmi při porodu. K tomu je třeba, aby se žena dostatečně informovala a navyšovala si tím potřebné znalosti, posílila svou obranyschopnost, tzn. bojovala s bolestí, aby kognitivně zvládala situaci, tzn. měla cíl, “porodit své dítě“, dále pak aby mobilizovala své síly a zvládala své emoce, aby posilovala schopnost držet se v klidu (relaxačními technikami) a především aby se zbavila pocitu viny a hledala oporu u svého doprovodu či porodní asistentky.

Pasivní postupy jsou oproti aktivním charakteristické trpělivostí, pasivitou ženy, zachováním vnějšího klidu a absencí pohybové činnosti. Hlavním

slovem je tu „vyčkávání“. To znamená, nechat tomu volný průběh, na nic nespěchat, být trpělivý a počkat jak se daná situace vyvine. V podstatě jde o strategické stáhnutí se zpět, přesunutí sil k přípravě nových zbraní. (Křivohlavý, 1989, s. 366)

„Tato metoda se považuje za zralou formu řešení obtíží.“ uvádí J. Křivohlavý (1989, s. 366)

Rita L. Atkinson také rozdělila coping na další dvě hlavní formy. První formou strategického zvládání je zvládání zaměřené na problém a druhou formou je zvládání zaměřené na emoce.

Zvládání zaměřené na problém

Tato metoda spočívá v zaměření se na daný problém či situaci a snaží se nalézt způsob, jak ji změnit nebo se ji v budoucnosti vyhnout. Zahrnuje vymezení problému, hledání alternativ a jejich následné zvažování. Míra úspěšnosti této metody závisí především na zkušenostech jedince a jeho schopnosti sebeovládání. (Atkinson, 2002, s. 510)

Zvládání zaměřené na emoce

Toto zvládání lidé nejčastěji užívají při pocitu neovlivnitelnosti situace, a to tak, že se brání záplavě negativních emocí, které by jim znemožnily provést určité kroky k vyřešení situace. Tyto strategie zahrnují použití různých prostředků ke zmírnění naléhavosti situace, např. hledání psychické a emoční podpory u přátel, dočasného odsunutí problému z vědomí a změnou významu situace.

1.3.2. Obranné mechanismy

Účelem všech obranných mechanismů je nastolit iluzivní zvládnutí situace. Jsou charakteristické tím, že modifikují význam či důležitost určitých momentů. Tímto je ovlivněna také motivace chování. (Křivohlavý, 1989, s. 362)

„Obranné reakce vycházejí ze dvou základních, fylogeneticky starých mechanismů, kterými jsou útok a únik.“ uvádí Vágnerová (2004, s. 56)

Cílem je udržet psychickou rovnováhu. Od těchto dvou základních obranných mechanismů se odvozuje několik dalších, se kterými se porodní asistentka v praxi může setkat (volání o pomoc, identifikace, projekce, regrese, racionalizace, vytěsnění, negativismus, rezignace, izolace) (Ratislavová, 2008, s. 58)

Útok. Řadí se do varianty aktivních postupů sebeobrany. Má tendenci se vzniklou situací bojovat. Agrese může být přímá, tzn. útok přímo na objekt ohrožení, či nepřímá, která je zaměřená na náhradní cíl (žena při bolestech kouše partnera). Také existuje varianta sebeagrese, kdy je útok zaměřen na vlastní osobu, v takovém případě se můžeme setkat se sebeobviňujícím chováním a sebedestrukčními tendencemi (rodička se kouše do předloktí). Ovšem toto je varianta neadaptivní agrese. Během porodu může žena bojovat se vzniklou situací pozitivně, bojem s dlouhodobými bolestmi, žena má chuť v situaci obstát. Tato adaptivní varianta je nejčastější, má charakter asertivity tzn. schopnosti sebeprosazení, realizace vlastních plánů a uspokojení potřeb. (Vágnerová, 2004, s. 56, Ratislavová, 2008, s. 58)

Únik. Je opačná forma obrany, než je útok. Vyjadřuje tendenci uniknout ze situace, která se zdá být neřešitelná. Existuje několik forem úniku, jednou z ní je forma fyzického útěku, kdy člověk fakticky unikne (žena opustí porodní sál, odejde z nemocnice), dále verbální forma útěku spočívá ve vymlouvání se ze situace, aby se vyhnula nepříjemnému prožitku (těhotná se vymlouvá, že nemůže v nemocnici zůstat), únikem do fantazie označujeme takovou situaci, kdy si člověk namluví a naplánuje dopředu, jak daná situace bude probíhat a představuje si ji (žena se značně bojí porodu, představuje si, že bezbolestně porodí). (Ratislavová, 2008, s. 58, Vágnerová, 2004, s. 57)

Volání o pomoc. Jde o formu upozornění na sebe, za účelem psychické pomoci a podpory od druhých lidí. Tato osoba často vyžaduje neustálou přítomnost ať už zdravotnického personálu, či svého partnera (rodička hlasitě naříká, aby přivolala personál, nebo chodí neustále kolem sesterny na oddělení).

Identifikace. Jde o ztotožnění a převzetí obsahu duševního života jiného člověka. Jde o pokus posílení vlastní hodnoty ztotožněním s někým, koho lze obdivovat. Připisuje si žádoucí vlastnosti a úspěchy této osoby. Může být výrazem přechodné neschopnosti vytvořit si individuální identitu. (těhotná identifikovaná s vlastní matkou, která ji vyprávěla o hrůzách svého porodu, přijde na porodní sál naprosto vystrašená a domáhá se císařského řezu, toto platí i v opačné situaci, když přijde v relativně dobrém psychickém stavu). Identifikace většinou snižuje pocity sebevědomí a pocity méněcennosti. Tato obranná reakce je opakem projekce. (Vágnerová, 2004, s. 59, Ratislavová, 2008, s. 59)

Projekce. Jde o věcný postup, kde vlastní sociálně negativní záměry jsou přisuzovány druhým lidem, aniž by pro to existovaly pádné důvody. Tento postup obranné reakce se používá tehdy, když se daná osoba chce ospravedlnit z vlastního hostilního až agresivního chování. (Křivohlavý, 1989, s. 363). *„Jde o přisuzování vlastních chyb druhým, resp. očekávání takového chování, k němuž má člověk sám sklony.“* uvádí Vágnerová (2004, s. 59) Rodička, která byla sama dříve neochotná vůči svým zákazníkům, si bude tohoto všímat u zdravotnického personálu a stěžovat si na to. (Ratislavová, 2008, s. 59)

Regrese. Jedná se o únik do vývojově nižšího stádia chování, obvykle vyjadřuje neschopnost rozhodovat se samostatně a vyjadřuje větší potřebu závislosti na okolí. (Vágnerová, 2004, s. 59). Je to reakce celé osobnosti včetně myšlení a prožívání. Nejčastěji se vyskytuje emoční nestabilita, vzdorovité chování, vyžadování zvýšené pozornosti a péče, pocit strachu, osamělosti. (Ratislavová, 2008, s. 59) Objevuje se jako reakce na vzniklé trauma, postižený jedinec touží být ochraňován jako malé dítě. Dochází k upnutí na autoritu. Tato metoda může přinést úlevu a schopnost vypořádat se vzniklou situací. (Vágnerová, 2004, s. 59)

Racionalizace. Jedná se o obranný mechanismus, kdy je realita falšována tím, že je interpretována jinak, než by měla být. Osoba má nad tímto intelektuální kontrolu, tzn. iluzivně realitu ovládá. (Křivohlavý, 1989, s. 363)

„ Představuje pokus o zvládnutí zátěžové situace jejím zdánlivě logickým přehodnocením.“ uvádí Vágnerová (2004, s. 58) Racionalizace poskytuje subjektivně uspokojující vysvětlení ohrožující situace, tím se utváří nový nepravdivý příběh a skutečnost je zkreslena. (Vágnerová, 2004, s. 58, 59) V praxi by to mohlo vypadat tak, že si rodička vysvětluje svou pasivitu a neschopnost spolupracovat nevhodným chováním zdravotnického personálu apod.

Vytěsnění. Tuto obrannou reakci lidé používají tehdy, když se snaží odstranit vnímané pocity ohrožení z vědomí. Dochází tak k vyjmutí obsahu stresoru z vědomí a tím se pak zabraňuje zrodu negativního afektu. (Křivohlavý, 1989, s. 363) Jedinec má snahu vytěsnit traumatizující zážitky, které jsou pro něj subjektivně nepřijatelné. (Vágnerová, 2004, s. 58) Může probíhat zcela nevědomě, anebo jde o aktivní zapomínání obsahů. U rodící ženy pociťující bolesti dojde k

vytěsnění, že kontrakce má a psychicky je předá do nevědomí. Avšak bolesti pociťuje stále, které mají efekt na její prožívání- žena je více podrážděná a citově labilní. (Ratislavová, 2008, s. 59)

Negativismus. Jde o formu vzdorovitého chování a má charakter upozornit na sebe. Jedná se o opačné chování, nežli je očekáváno nebo požadováno v dané situaci.

Rezignace. Často bývá reakcí na dlouhodobou traumatizující situaci, kdy se jedinec předem vzdává, protože to považuje za nedosažitelné. Vyskytují se tu projevy bezmocnosti, apatie a pasivity. (Vágnerová, 2004, s. 60) Na porodním sále to můžeme často vidět u žen s dlouhodobými přetrvávajícími bolestmi, kdy už zcela rezignovala nad tím, že někdy porodí. Chová se apaticky, odmítá jakékoliv aktivizační techniky, nepřijímá žádné rady a lituje se.

Izolace. Jde o vystupňovanou formu útěku až do úplné sociální izolace. (Ratislavová, 2008, s. 59) Dotyčný se vyhýbá sociálnímu kontaktu většinou z nepříjemného pocitu. Zpravidla to vyjadřuje nevyrovnanost se situací a neschopnost reagovat jinak. (Vágnerová, 2004, s. 60) V praxi to může být tak, že rodička stydící se za své hlasité projevy při bolestech, vyhledá prostor mimo ostatní rodičky a mimo personál. (Ratislavová, 2008, s. 59)

O tom jaké obranné mechanismy žena používá, rozhodují její zkušenosti a vrozené dispozice. Porodní asistentka by měla dbát na to, aby nepodporovala maladaptivní chování rodičky, to znamená, měla by včas analyzovat, zda se jedná o prospěch přinášející včasné ukončení porodního procesu. *„ Porodní asistentka by měla sledovat obranné psychické mechanismy ženy, vyhodnocovat jejich adaptační úlohu, přizpůsobovat jim vhodné prostředí a pokud je vyhodnotí jako neúčinné, komplikující stav rodičky, pokusit se je nahradit obranným mechanismem jiným.“* uvádí Ratislavová (2008, s. 60)

2. POROD JAKO NÁROČNÁ ŽIVOTNÍ SITUACE

„Když si žena projde těhotenstvím a porodem je vždy jiná, než byla předtím. Je proměněná a mnohem víc rozumí životu. „ Přivést na svět dítě znamená vykoupat se v pramenu života,“ uvádí Frederick Leboyer. (in Ratislavová, 2008, s. 58)

„Náročné situace a závažné životní události jsou jedním ze zdrojů, jimiž se formuje osobnost jedince.“ uvádí Jan Vymětal (2003, s. 56)

Porod bychom jistě mezi náročnou životní situaci zařadit mohli. Je to mezník v životě ženy, kde dochází ke změnám somatickým, fyziologickým, psychickým i sociálním. Jde o změnu celého života, postavení do nové role matky, dochází také k přestavbě rodinného systému. (Ratislavová, 2008, s. 17)

Žena má možnost se v průběhu těhotenství psychicky připravit na porod, ať už formou předporodních kurzů, či sháněním vlastních zdrojů informací. Avšak je to nová zkušenost, která vyžaduje zapojení veškerých sil ženy. To jak se žena vypořádá s touto situací, závisí na její osobnosti, odolnosti vůči zátěžovým situacím a na sociálním statusu. Mnohdy to ovlivňuje i věk rodičky a její vzdělání. Obecně platí, že příliš mladá rodička snáší porod daleko hůře, než žena v produktivním věku. Je to ovlivněno připraveností tělesného systému, orgánů, zvláště dělohy, a také psychickou stránkou ženy. Je pravděpodobné, že mladá žena či dívka na toto uzpůsobená není. (Ratislavová, 2008, s. 17)

Jak žena zvládne porod je individuální a závisí to na její mobilizaci veškerých sil, které má, a jak je pro ni daná situace přijatelná.

2.1. Strach a stres při porodu

Strach má signální a obrannou funkci. Patří mezi přirozené dispozice člověka a slouží k orientaci ve světě a k přežití. (Vymětal, 2003, s. 236)

Subjektivně jsou tyto emoce vnímány pocity sevření, tísně, vnitřního napětí, člověk se cítí v ohrožení. Vystupňovaný stres či strach vede až k pocitům depersonalizace, což lze z psychologického hlediska posoudit jako formu obrany před úzkostí. (Vymětal, 2003, s. 237) Stres zasahuje do všech orgánů a funkčních systémů. V oblasti fyziologických změn ve stresu bývají často tachykardie, tachypnoe nebo naopak bradypnoe, sucho v ústech, zvyšování svalového napětí atd.

Porod je jistě jednou z nejvýznamnějších emočních událostí v životě ženy. Je pro tuto situaci biologicky předurčena a připravena takové to události čelit. Avšak porod představuje určitý nápor na fyzickou stránku a především na psychiku, ať už v negativním či pozitivním slova smyslu. Je to situace, vyžadující zapojení veškerých fyzických sil a zároveň udržení psychiky v rovnováze. Nejčastějšími narušiteli procesu porodu bývá stres a strach z porodních bolestí, či samotného porodu. Fyziologicky platí, že stres způsobuje vyplavování stresových hormonů, které blokují vyplavení oxytocinu, tím dochází k dráždění sympatiku. Tělo se brání a dochází k zúžení cév, odkrvení dělohy. To má za následek větší prožitek bolesti. (Ratislavová, 2008, s. 67) *„Když cítí žena při porodu bezpečí, mohou se optimálně vyplavovat hormony oxytocin a endorfiny, které porodní proces spouštějí a podporují a vedou tak k jeho plynulosti. Naopak při pocitu ohrožení (ať už reálného nebo jen představovaného) dochází k vyplavování katecholaminů (stresových hormonů), které porodní proces, zvlášť v první době porodní, zpomalují či zastavují.“* uvádějí E. Kodyšová a M.Mrowetz (2009; online)

Nejčastěji je ženská psychika v tomto období zmítaná strachem a úzkostí z porodu, zároveň se může objevit i bezmoc, beznaděj a v neposlední řadě i nízká sebedůvěra. Na tyto emoce má žena možnost připravit se v průběhu těhotenství, avšak ne vždy se to zcela podaří.

Nejvíce se začíná projevovat při příchodu ženy na porodní sál. Některé matky jsou natolik vystrašené, že aniž by chtěly, kontrakce, které před tím byly zcela pravidelné a účinné, vymizí a porod se zastaví. Často vlivem nadměrné obavy z porodu vzniká u ženy psychický blok, který ji zcela paralyzuje a nedovolí ji dále pokračovat v procesu porodu. Můžeme také říci, že psychika je natolik přetížena, že už nadále nemůže bojovat se vzniklou situací, a proto se brání nevyhnutelnému kolapsu. Labusová uvádí: *„Strach z porodu má jedno veliké opodstatnění: na rozdíl od mnoha jiných situací, z nichž můžeme při vážnějších obavách nějak vycouvat, v případě porodu není kam utéci. Existuje jediné řešení a jediný směr: miminko musí ven z těla matky...“.* (2006, online)

Strach výrazně ovlivňuje průběh porodu a zpravidla vystrašenou rodičku poznáme na první pohled. Její mimika má na první pohled prvky vyděšenosti. Její obranná reakce odpovídá formou útěku. Ženy v této situaci reagují individuálně, ať už adaptivním či maladaptivním chováním. Adaptivnímu chování rozumíme tak, že

ženy zažívají určitý stupeň strachu, hněvu, ale i pocity štěstí a akceptují rození jako přirozenost. Maladaptivnímu chování rozumíme tak, že ženy projevují úzkostné chování provázené křikem a neschopností spolupráce, dále pak zlostným chováním projevující se vzpurností, mrzutostí a dále ještě apatickým chováním včetně ztráty spolupráce.

Jako žádoucí je chování adaptivní a spolupracující. (Ratislavová, 2008, s. 60)

2.1.1. Adaptivní chování

Adaptivní chování je takové chování, kdy žena i přes vysoký stupeň bolesti či strachu při porodu, zvládá náročnost situace pomocí svých obranných strategií, pomocí porodní asistentky a okolí. Její projevy jsou individuální, po emoční stránce je již vyčerpaná a beznadějná, může pociťovat apatii k dané situaci, avšak většinou to bývá chvilkové. Co se týká její spolupráce a psychické rovnováhy, je na tom daleko lépe, než žena jevící se maladaptivním chováním. S touto ženou se lépe spolupracuje, dokáže se efektivně aktivizovat, nabrat novou sílu a se situací bojovat dle svých možností. Prostřednictvím pomocných relaxačních prostředků se snaží uvolnit a uklidnit, tuto situaci chce mít co nejdříve za sebou a i přes veškerou námahu bere porod jako přirozenou událost. (Ratislavová, 2008, s. 60, Vágnerová, 2004, s. 431)

2.1.2. Maladaptivní chování

Maladaptivní chování je takové chování, kdy žena už není schopna nadále bojovat s náročností situace a dochází u ní k projevům agrese, vzteku, nadměrné bezplánovité aktivitě, chování provázené křikem a kopáním. Taková žena vyčerpala veškeré své adaptivní obranné funkce. Avšak tyto obranné mechanismy i přes jejich neadekvátnost, pokud neohrožuje svým chováním sebe a jiné osoby, je nutné ponechat. Slouží alespoň k nějaké ochraně ženiny psychiky. Avšak tento typ chování by porodní asistentka měla včas vypozorovat. Nadále se ženou pracovat tak, aby se maladaptivní chování postupně měnilo v adaptivní, alespoň částečně. Poněvadž žena s maladaptivním chováním nemá schopnost nadále spolupracovat, je nutné tuto ženu uklidnit, psychicky uvolnit a podporovat ji nadále tak, aby situace na ní neměla výraznější negativní vliv.

Nutno podotknout, že chování v traumatických situacích je individuální, osobnost se s ní snaží vypořádat pomocí svých obranných funkcí a pokud ani tyto

nestačí, dochází pak k nestabilitě psychiky, která může vést až k posttraumatickému syndromu. Proto je nutné dbát na preventivní psychické intervence, častěji sledovat průběh situace, na základě toho ji dobře vyhodnotit a podle toho sestavit nový plán strategie. Toto je práce porodní asistentky starající se o ženu už od počátku porodu. (Ratislavová, 2008, s. 60, Vymětal, 2003, s. 61)

2.1.3. Příčiny stresu při porodu

Obecně se dá říci, že stres a strach obvykle způsobuje negativní pocity. Těhotná žena často tyto emoce nejvíce vnímá až v předporodním období, kdy převládají ambivalentní pocity, těšení se na dítě a zároveň strach z porodu. Mezi příčiny strachu z porodu jsou nejčastěji zařazovány porodní bolesti, zvláště u primipar, pro které je to vstup do neznáma. *„ Hlavní příčinou bolesti u porodu je strach.“* říká Grantly Dick Read. (2006, s. 75) Negativní zkušenosti z minulých porodů mohou ovlivnit i multipary. Během těhotenství se ženy často vyptávají a shánějí různé informace od svých matek, známých, z knih a ze spousty jiných zdrojů, obvykle to ale končí tím, že těhotná žena je daleko více vystrašená, než byla, proto se spíše dbá na odbornou předporodní přípravu.

Dalšími příčinami stresu či strachu z porodu je nedostatečná informovanost ženy v procesu porodu, často vlivem nedostatečné předporodní přípravy. Další atribut, který ovlivňuje strach z porodu je dosažené vzdělání žen, jejich socioekonomický status a v neposlední řadě i samotný zájem ženy, zjistit si veškeré potřebné informace. Dále také nechtěnost těhotenství může negativně ovlivnit průběh porodu, nebo příliš mladé a staré rodičky prožívající strach z porodu daleko hůře než ostatní ženy. Vliv na to má také podpora rodiny ženy, do jaké míry se na ni mohla spolehnout již v průběhu těhotenství, a zda měla rodina již od počátku kladný vztah k jejímu početí. Toto je pro ženu velice důležité už z hlediska prožívání celého těhotenství a porodu samotného. Obecně se dá říci, že čím více je žena podporována již v době těhotenství, snáší porod daleko lépe než ženy osamocené a nepodpořené. (Ratislavová, 2008, s. 26)

2.2. Bolest při porodu

„Bolest je nepříjemným smyslovým a emočním zážitkem spojený s aktuálním či potenciálním poškozením tkání.“ (Vymětal, 2003, s. 224)

„Porodní bolest je jediná bolestivá reakce člověka, která nevzniká z důvodu nemoci, ale má fyziologickou příčinu. Jedná se o účelnou reakci, která připravuje těhotnou ženu na očekávaný porod.“ (Rusová, 2010, s.49)

Bolest je vždy subjektivní. Má varovnou a ochranou funkci, která má za úkol upozornit, že se v organismu děje něco neobvyklého. U rodící ženy, se objevují typické počáteční kontrakční bolesti, které mají za úkol upozornit, že se má co nejrychleji dostavit do bezpečného místa, kde porodí.

„Mechanismus vzniku bolesti není zcela objasněn. Nejvíce se uplatňuje Melzackova a Wallova vrátková teorie bolesti.“ uvádí Baštěcká a kol. (2003, s. 122) Autoři zde popisují míšní vrátkový systém, jako přenos bolestivého vzruchu, který se může buď utlumit (zavřít vrátka), nebo usnadnit (otevřít vrátka) a při tom je tento systém ovlivněn nervovými vzruchy přicházejícími z mozku. (Baštěcká a kol., 2003, s. 122)

Porodní bolest je specifická v tom, že je očekávaná a žena se na ni v průběhu těhotenství může připravit, dále pak v časové ohraničenosti, v pravidelnosti intenzity bolesti a odpočinku mezi jednotlivými kontrakcemi a končí porodem novorozence a emočním zážitkem s dodáním určité odměny. Tato bolest je lokalizována v podbřišku, v kříži, nebo na obou místech zároveň. Ovlivňuje to zkracování děložního hrdla, dilatace branky, snížený přísun krve do dělohy během kontrakce, tlak plodu na pánevní dno a napínání vaginy a perinea. (Ratislavová, 2008, s. 67)

Tuto bolest bychom mohli zařadit do akutního typu bolesti, kde zpravidla dochází k poškození pletiva mechanickým způsobem. Při její silnější intenzitě představuje ohromnou zátěž, na kterou člověk reaguje výraznými fyziologickými změnami, což odpovídá první fázi stresu, kdy člověk „bojuje“ nebo „utíká“. (Vymětal, 2003, s. 225)

Jak žena toleruje bolest, je velice individuální záležitost. Závisí to na mnoha faktorech. Bolest zpravidla lépe snášejí ženy emočně stabilní. Také do jaké míry ji žena hodnotí a přikládá význam, tzn., že na bolest známou reaguje žena daleko lépe, než na bolest neznámou, ze které má obavy. Z toho vyplývá, že

reakce primipar a multipar na bolest může být výrazně odlišná. (Vymětal, 2003, s. 227)

Tolerance bolesti závisí také na tom, jak se člověk sám posuzuje co do schopnosti vlastního zvládnutí bolesti. Je tedy důležité jak sebe a danou situaci vnímá a hodnotí. Významnou roli zde hraje také strach a úzkost, které prožívání bolesti jistě ovlivňuje.

Na bolest existují různé škály hodnotící intenzitu bolesti. V porodnictví se nejčastěji užívá analogová stupnice intenzity bolesti (VAS- Visual Analogue Scale), kterou můžeme zjistit momentální stav bolesti, nebo dynamičnost bolesti v čase. VAS je 10 cm dlouhá osa, kde jsou slovně vyznačeny body – začátek vlevo „žádná bolest" a konec vpravo je „největší možná bolest". Rodička na této ose vyznačí křížkem intenzitu své bolesti. (Křivohlavý, 1992, s.19)

Žena tím vyjádří „ Jak moc jí to bolí". Je to její subjektivní prožití bolesti a porodní asistentka by měla přistupovat individuálně k potřebám těchto žen.

2.2.1. Zvládání bolesti

Práce s bolestí je důležitý fakt zvládnutí náročné situace, jako je porod. Aktivní porod řadíme mezi významnou metodu práce s bolestí. Je to metoda, kdy rodička je aktivní v první době porodní, zaujímá úlevové polohy během kontrakcí a v mezikontrakčním období relaxuje. Rodička tak přebírá zodpovědnost za svůj porod, řídí se vlastními potřebami a vlastními instinkty. Myšlenkou Monganové v její knize jménem Hypnoporod je, že „hypnoporod" je formou aktivního porodu a má podobnou filozofii. Z toho plyne, že žena instinktivně ví jak porodit a tyto vlastnosti jsou vrozené. (Monganová, 2010, s. 43) Mezi úlevové polohy patří: poloha vleže na boku, poloha ve stoje, poloha v sedu, poloha v kleče a spoustu jiných. Tyto polohy si nejčastěji ženy instinktivně vyhledávají za účelem zmírnění bolestí a pro její pocit pohodlí. V těchto pozicích je využívána zemská gravitace jako porodní síla, která vede k rychlejšímu a více bezpečnému vypuzení plodu. Porodní asistentka by dále měla ženu edukovat o různých možnostech poloh a být ji oporou v první době porodní a při jakýchkoliv potíží ihned zasáhnout. (Čech, 2010, s. 144, Pařízek, 2009, s. 445)

„ *Za porodu si žena instinktivně nachází pro ni nejméně bolestivou a nejpohodlnější polohu."* uvádí Pařízek (2009, s. 445)

2.3. Úloha porodní asistentky

Bolest provází ženu v průběhu celého porodu. Proto je důležité, aby porodní asistentka ženě dopomáhala, radila a směřovala k úspěšnému zvládnutí bolesti na míru, kterou je schopna žena tolerovat. Existuje několik metod sloužící ke zmírnění bolesti, ať už jsou to nefarmakologické či farmakologické metody. Nejdříve by se však mělo začít nefarmakologickými, aby se co nejméně narušil proces porodu. Toto je úkolem porodní asistentky, která by v průběhu porodu měla ženě poskytovat rady a doporučení. Samozřejmě některé ženy znají určitý typ nefarmakologického tišení bolesti, které používaly již dříve a mají s nimi dobré zkušenosti např. aromaterapie. K hodnocení bolesti, zda určitá metoda ke zvládnutí bolesti ženě pomohla či ne, nám slouží škály bolesti, kterými žena určuje míru bolestivosti. Tím pak porodní asistentka hodnotí, zda metoda je prospěšná a vyhovující pro ženu. **(viz. příloha 4)**

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3. OBSAH PRAKTICKÉ ČÁSTI

V praktické části bakalářské práce se věnuji průzkumnému šetření. Toto šetření je zaměřeno na strategie zvládání bolesti a retrospektivní hodnocení porodu u žen v časném šestinedělí.

3.1. Formulace problému

Porod je náročná životní situace ovlivňující nejen fyzickou, ale především psychickou stránku ženy. Mnoho faktorů včetně strategie zvládání bolesti při porodu může ovlivnit celkový prožitek ženy po porodu a tím i její psychický stav. Proto si klademe otázky, jaké strategie zvládání bolesti ženy využívají během porodu a jaké udávají silné pozitivní a silné negativní prožitky během spontánního porodu? Jak souvisí tyto jevy s hodnocením porodu a jak to může porodní asistentka ovlivnit?

3.2. Cíl práce

Hlavním cílem je zjistit vztah mezi strategií zvládání bolesti a retrospektivním hodnocením porodu u žen v časném šestinedělí.

Dílčí cíl 1: Zjistit strategie zvládání bolesti žen po porodu.

- **Hypotéza 1:** Předpokládám, že strategie zvládání bolesti ovlivní prožitek porodu.

Dílčí cíl 2: Zjistit retrospektivní hodnocení žen po spontánním porodu.

- **Hypotéza 2:** Domnívám se, že většina žen ve škále od 0, která znamená, že porod zcela zvládla a 6, která znamená, že porod zcela nezvládla, zaškrtne číslo 3.

Dílčí cíl 3: Zjistit silné pozitivní prožitky žen po spontánním porodu.

- **Hypotéza 3:** Předpokládám, že všechny ženy mají pozitivní zážitek z porodu.

Dílčí cíl 4: Zjistit silné negativní prožitky žen po spontánním porodu.

- **Hypotéza 4:** Předpokládám, že žádná žena nemá negativní zážitek z porodu.

3.3. Metodika

K dosažení vytčených cílů a potvrzení hypotéz byla použita metoda kvantitativního šetření. Sběr dat probíhal formou anonymního dotazníku **(viz. příloha 2)**, který obsahoval 51 otázek, z toho 42 sloužily ke stanovení strategie zvládání bolesti při porodu. Tyto otázky byly převzaty z již vypracovaného dotazníku **(viz. příloha 1)** a následně upraveny k danému tématu. V dotazníku byly použity otázky uzavřené, polootevřené a otevřené. Na většinu otázek byla použita metoda tzv. škálování, která posuzovala míru postoje a hodnocení ženy k dané problematice.

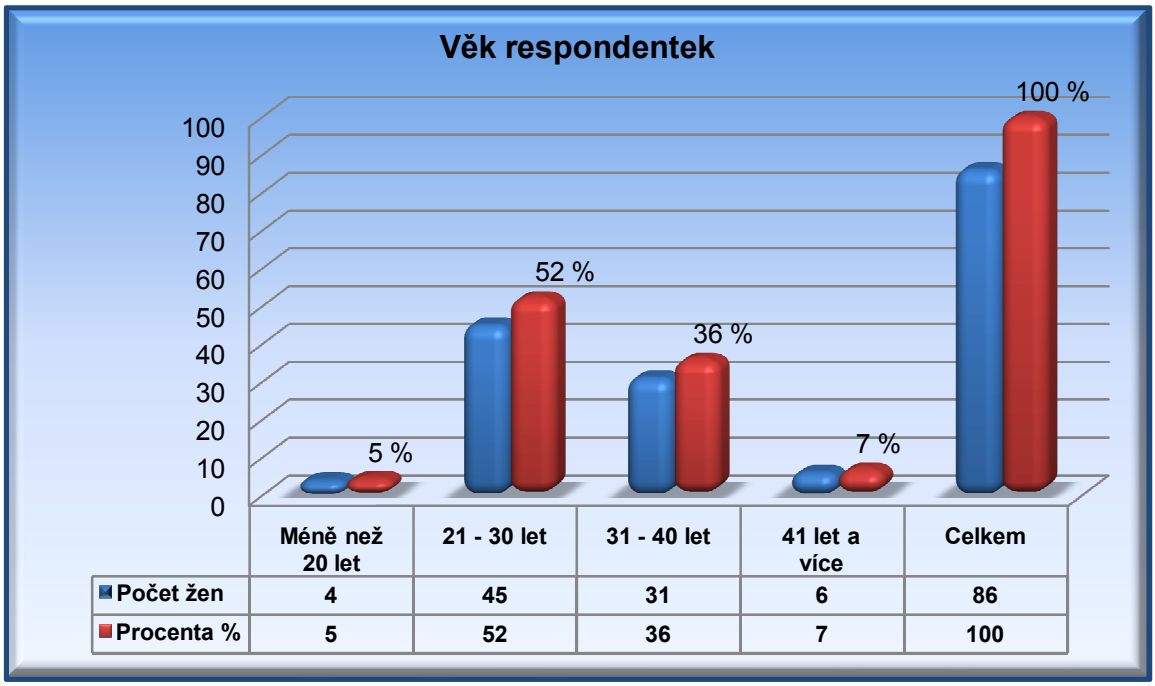
3.4. Vzorek respondentů

K zjištění požadovaných informací byla použita forma kvantitativního šetření, metodou dotazníku. Průzkumné šetření probíhalo v měsíci únor a březen 2013 na oddělení šestinedělí v nemocnici v Sokolově a v Karlovarské krajské nemocnici – nemocnici v Karlových Varech. Výzkumný soubor tvořily ženy v časném šestinedělí, které byly po spontánním porodu. Dotazníky byly ženám rozdány v tištěné formě. Bylo jich vytvořeno 100 a rozdáno 86. Pro zhodnocení výsledků bylo použito 86 dotazníků, což je 100%.

3.5. Analýza a interpretace dat

Věk respondentek (otázka č. 1 – viz. dotazník)

Graf č. 1. - Věk respondentek



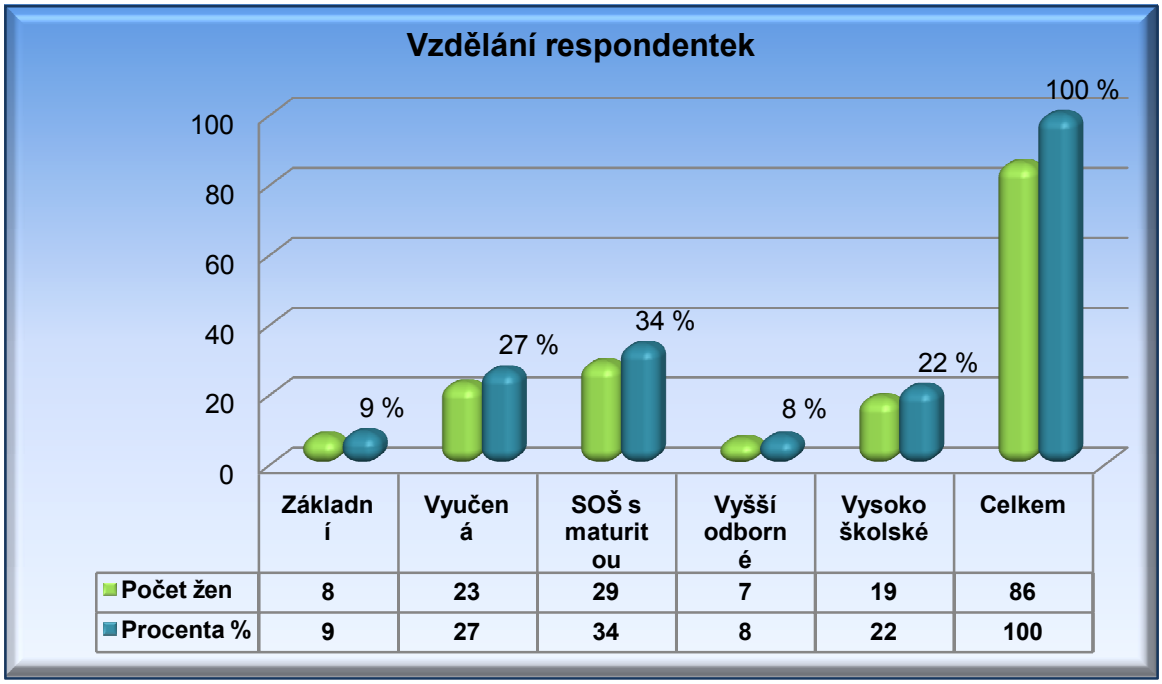
	Méně než 20 let	21 - 30 let	31 - 40 let	41 let a více	Celkem
Počet žen	4	45	31	6	86
Procenta %	5	52	36	7	100

Zdroj: vlastní

Z grafu vyplývá, že největší počet dotazovaných žen se pohybuje ve věkové kategorii 21 – 30 let, tzn. 52 %. Druhou největší početnou skupinou jsou ženy ve věku 31 – 40 let, tzn. 36 %. Dále 7 % jsou ženy ve věkové kategorii 41 let a více, a 5 % obsahuje poslední skupina žen ve věkové kategorii méně než 20 let.

Vzdělání respondentek (otázka č. 2 – viz. dotazník)

Graf č. 2 - Vzdělání respondentek



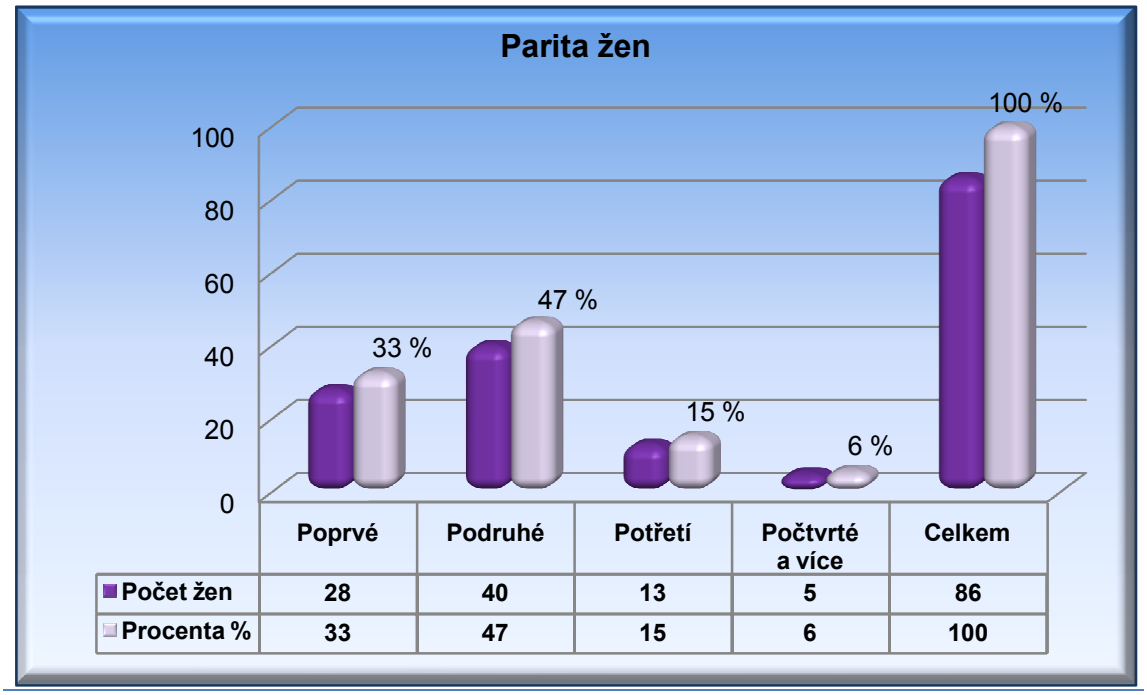
	Základní	Vyučená	SOŠ s maturitou	Vyšší odborné	Vysoko školské	Celkem
Počet žen	8	23	29	7	19	86
Procenta %	9	27	34	8	22	100

Zdroj: vlastní

Z celkového počtu 100% (86 žen), mělo 34 % (29 žen) středoškolské vzdělání s maturitou, 27 % (23) žen bylo vyučeno, 22 % (19) byly ženy vysokoškolsky vzdělané. Nejméně početnými skupinami byly ženy se základním vzděláním – 9 % (8 žen) a s vyšším odborným vzděláním – 8 % (7 žen).

Parita žen (otázka č. 3 – viz. dotazník)

Graf č. 3 - Parita žen

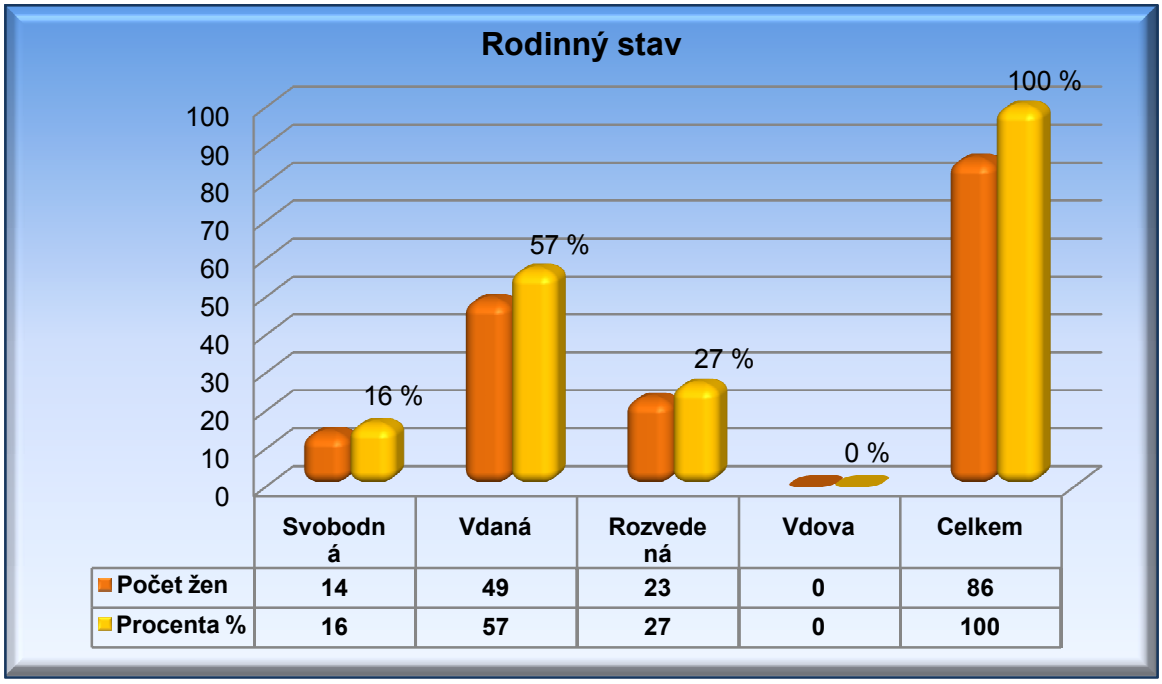


Zdroj: vlastní

Ze zkoumaného souboru žen, jich 47 % rodilo podruhé, 33 % poprvé, 15 % potřetí a 6 % počtvrté a více.

Rodinný stav (otázka č. 4 – viz. dotazník)

Graf č. 4 - Rodinný stav žen

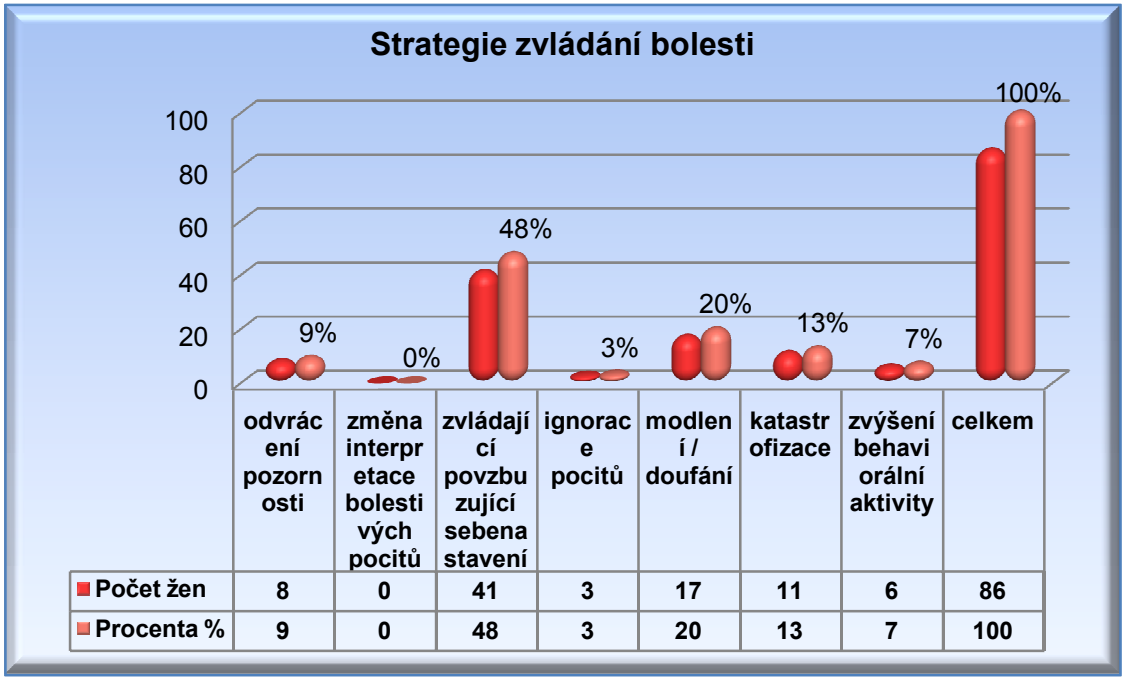


Zdroj: vlastní

Z grafického znázornění vyplývá, že 57 % zkoumaných žen bylo vdaných, 27 % žen rozvedených, 16 % žen bylo svobodných. V kategorii ovdovělých žen nebyla žádná respondentka, tudíž 0 %.

Strategie zvládání bolesti (škály č. 1 – č. 47 – viz. dotazník)

Graf č. 5 Strategie zvládání bolesti

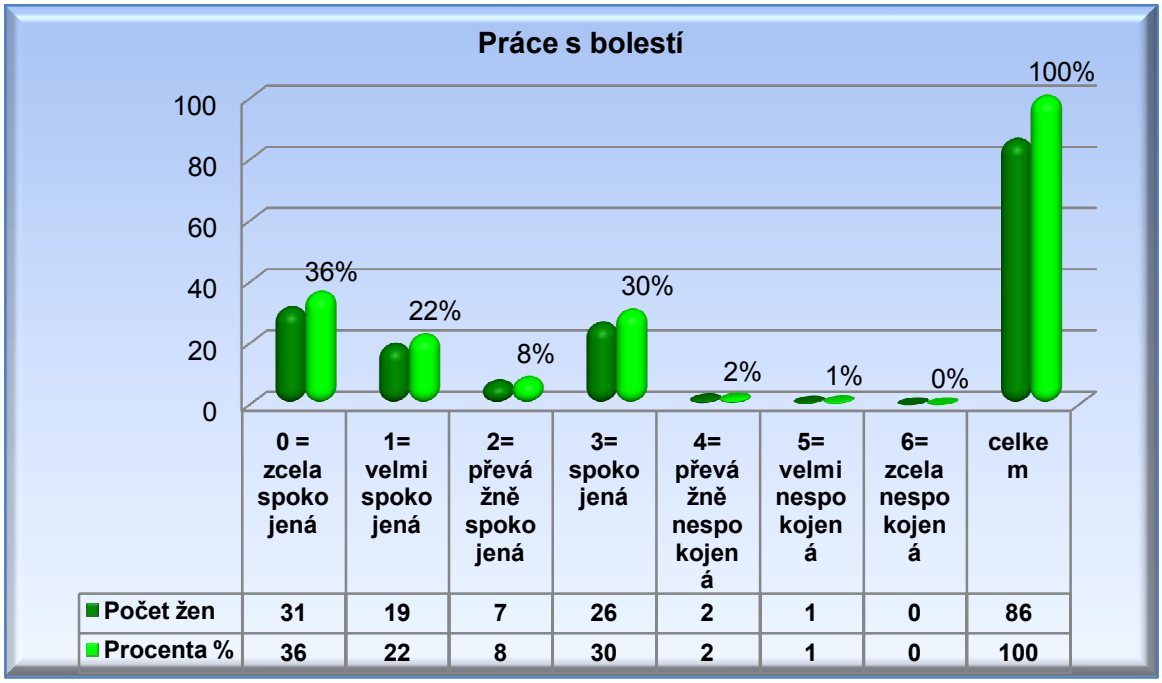


Zdroj: vlastní

Po pečlivém vyhodnocení škál na strategie zvládání bolesti se u dotazovaných respondentek umístila na prvním místě strategie – zvládající povzbuzující sebenastavení, tedy ve 48 % z celkového počtu žen. Druhé místo obsadila strategie – modlení/ doufání ve 20 %, na třetím místě se umístila strategie typu katastrofizace ve 13 %. Strategie odvrácení pozornosti byla vyhodnocena u 9% žen, zvýšení behaviorální aktivity vyšlo u 7 % žen, ignorace pocitů u 3 % žen. Strategie zvládání bolesti ve formě změny interpretace bolestivých pocitů nevyšla u žádné respondentky, tedy zastává 0 %.

Práce s bolestí (škála č. 1 – retrospektivní sebehodnocení porodu – viz. dotazník)

Graf č. 6 Práce s bolestí



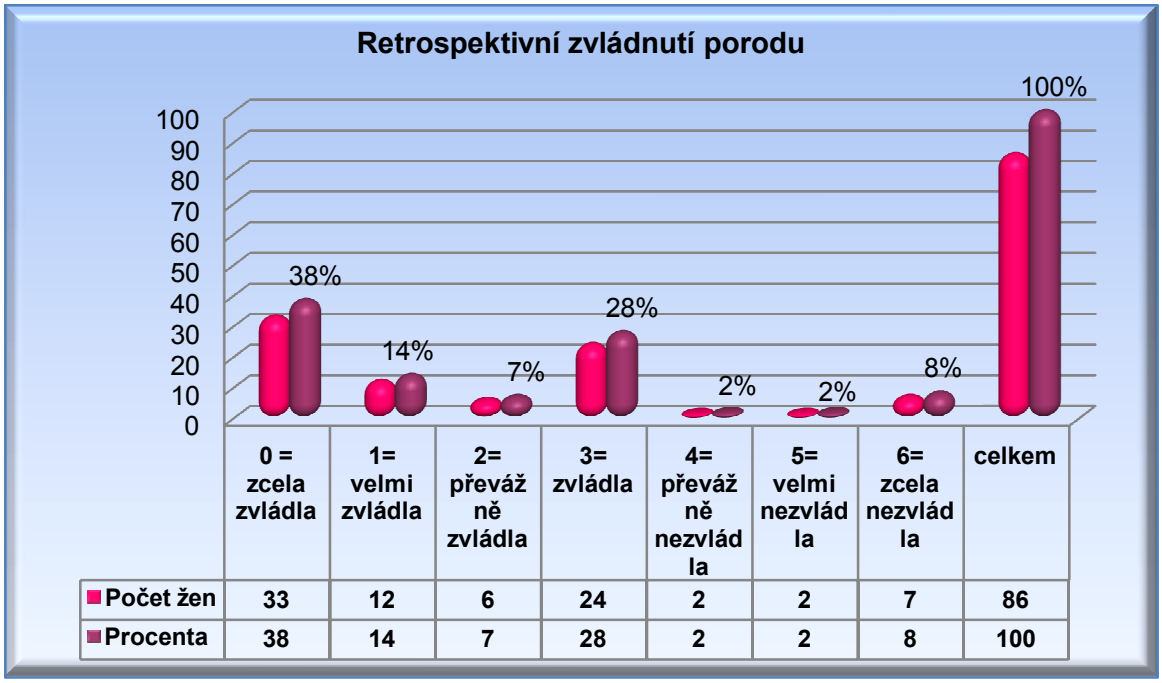
	0 = zcela spokojená	1= velmi spokojená	2= převážně spokojená	3= spokojená	4= převážně nespokojená	5= velmi nespokojená	6= zcela nespokojená	celkem
Počet žen	31	19	7	26	2	1	0	86
Procenta %	36	22	8	30	2	1	0	100

Zdroj: vlastní

Z grafu vyplývá, že 36 % žen byly zcela spokojeny s tím, jak pracovali s bolestí při porodu. 30 % žen byly spokojeny a 22 % žen byly velmi spokojeny s tím, jak pracovali s bolestí při porodu. Dalších 8 % žen bylo převážně spokojených, 2 % žen převážně nespokojených a 1 % žen velmi nespokojených. Zcela nespokojená žena ve zkoumaném vzorku nebyla.

Retrospektivní sebehodnocení zvládnutí porodu (škála č. 2 – retrospektivní sebehodnocení porodu – viz. dotazník)

Graf č. 7 Retrospektivní zvládnutí porodu



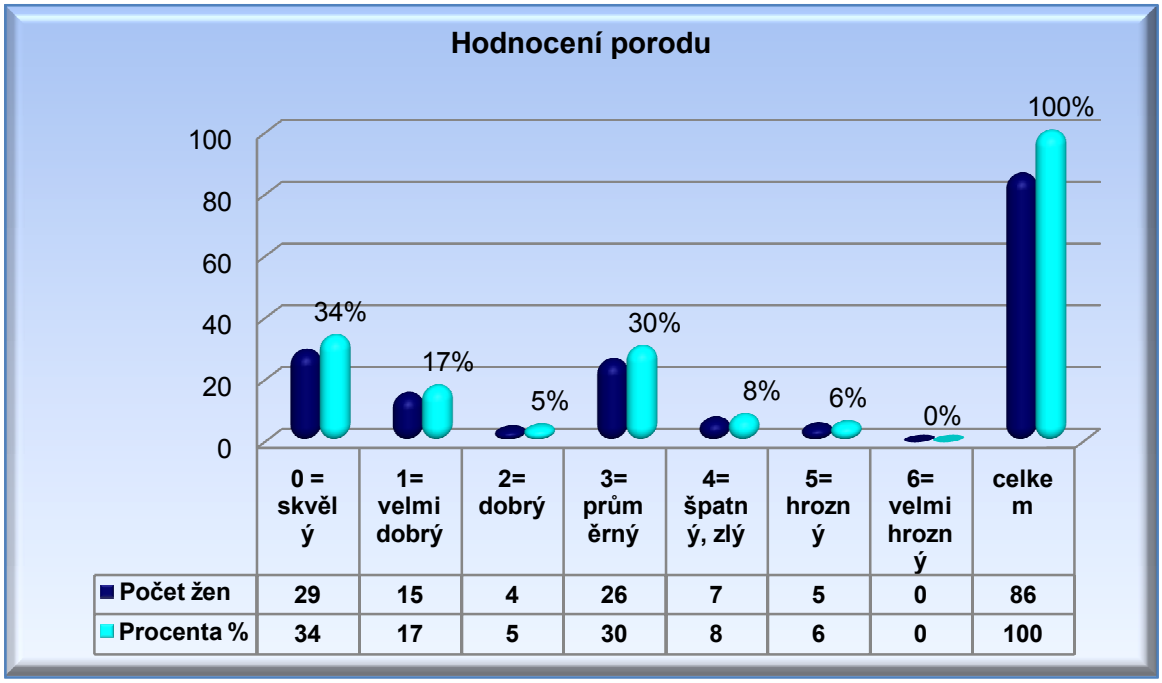
	0 = zcela zvládla	1= velmi zvládla	2= převážně zvládla	3= zvládla	4= převážně nezvládla	5= velmi nezvládla	6= zcela nezvládla	celkem
Počet žen	33	12	6	24	2	2	7	86
Procenta	38	14	7	28	2	2	8	100

Zdroj: vlastní

Graf č. 7 ukazuje, že 38 % žen ze zkoumaného souboru, byly zcela spokojeny se zvládnutím svého porodu. 28% žen dle svého názoru zvládly porod. 14 % žen uvedlo, že porod velmi zvládly, 8 % žen zcela nezvládly, 7% převážně zvládly. 2% žen ohodnotily, že porod převážně nezvládly a velmi nezvládly.

Retrospektivní hodnocení porodu (škála č. 3 – retrospektivní sebehodnocení porodu – viz. dotazník)

Graf č. 8 Hodnocení porodu

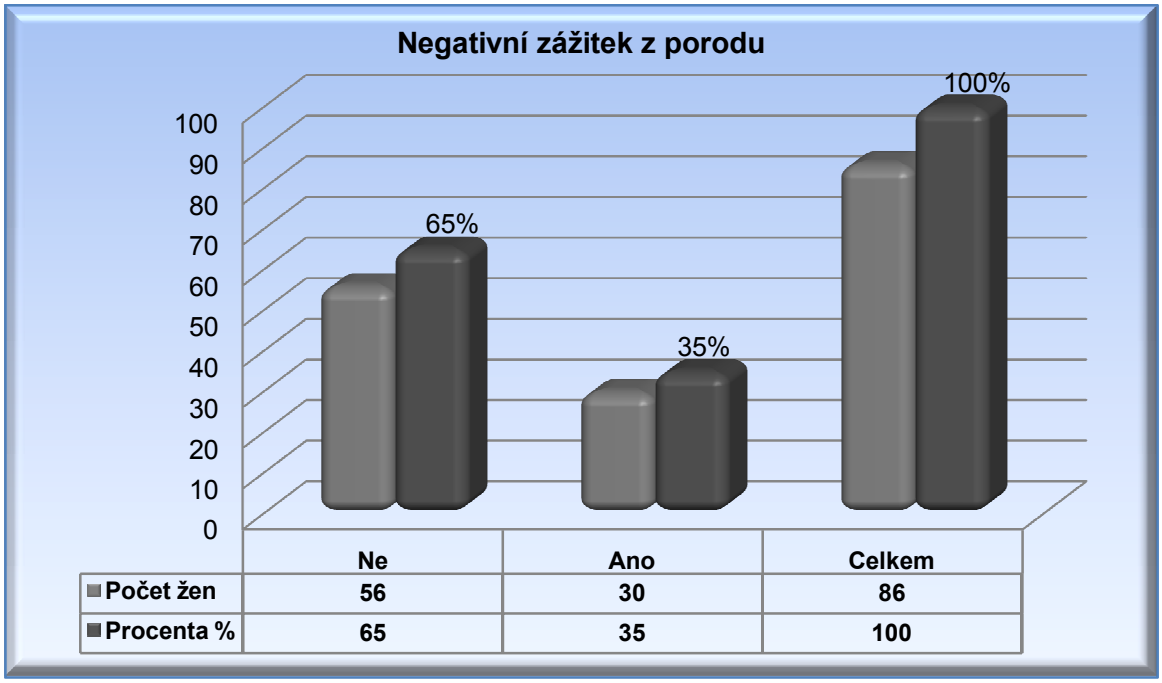


Zdroj: vlastní

Z celkového počtu dotazovaných žen jich 34 % ohodnotilo svůj porod jako skvělý, 30 % jako průměrný, 17% jako velmi dobrý, 8 % jako špatný a zlý, 6 % jako hrozný a 5% jako dobrý. Hodnocení porodu jako velmi hrozný neuvedla ani jedna respondentka.

Negativní zážitek z porodu (otázka č. 5 – viz dotazník)

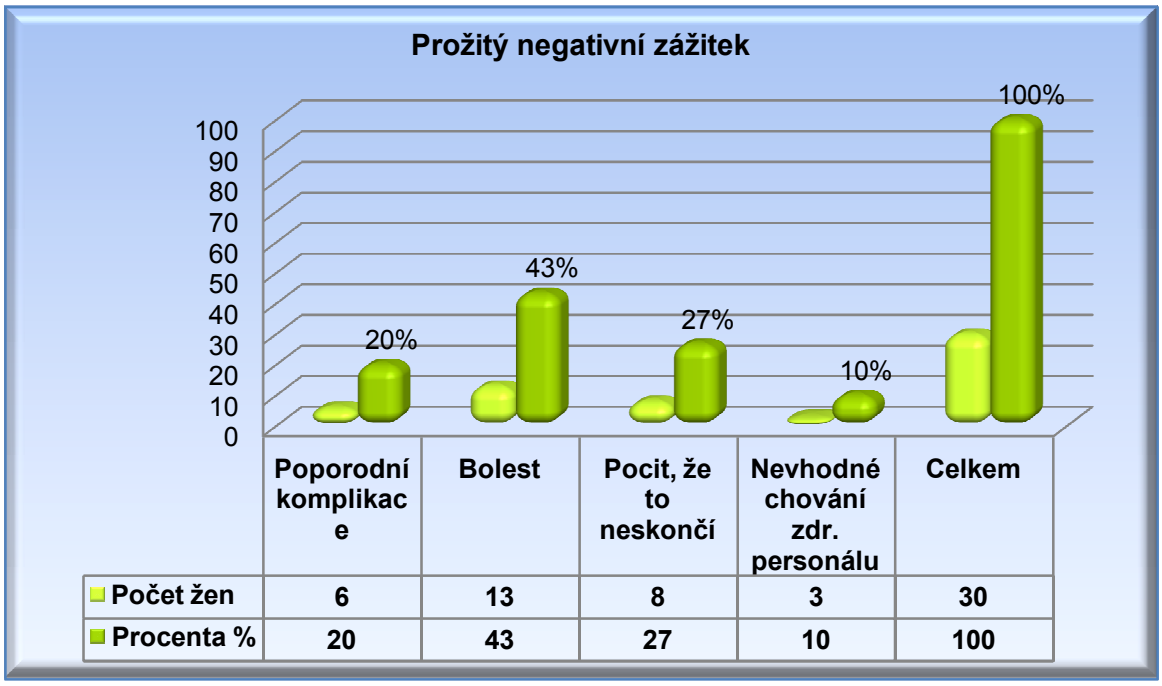
Graf č. 9 Negativní zážitek z porodu



Zdroj: vlastní

Z grafického znázornění plyne, že 65 % respondentek neprožilo negativní zážitek z porodu a 35 % respondentek prožilo negativní zážitek z porodu. K doplnění informací slouží graf č. 10.

Graf č. 10 Prožitý negativní zážitek

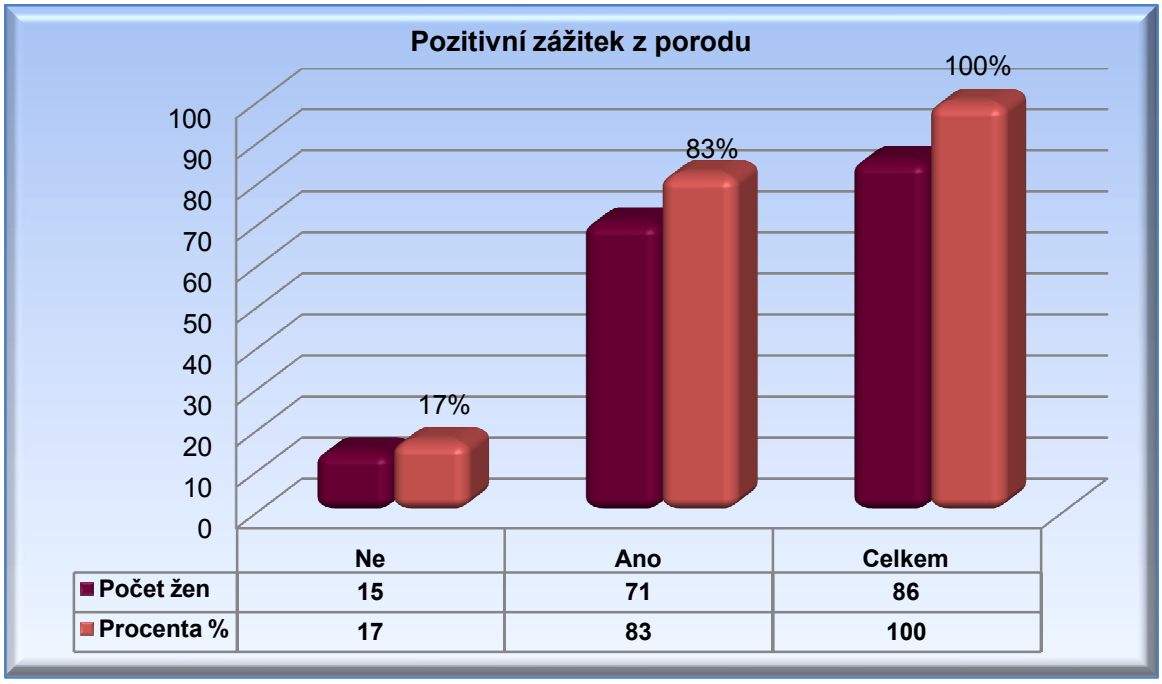


Zdroj: vlastní

Z grafu je patrné, že dotazované ženy udaly jako negativní zážitek z porodu poporodní komplikace, bolest, nevhodné chování zdravotnického personálu a pocit, že to neskončí. Z toho nejvyšší procent žen (43%) udaly jako negativní zážitek bolest, 27 % žen udaly pocit, že to nikdy neskončí, 20 % udaly poporodní komplikace a 10 % nevhodné chování zdravotnického personálu.

Pozitivní zážitek z porodu (otázka č. 6 – viz. dotazník)

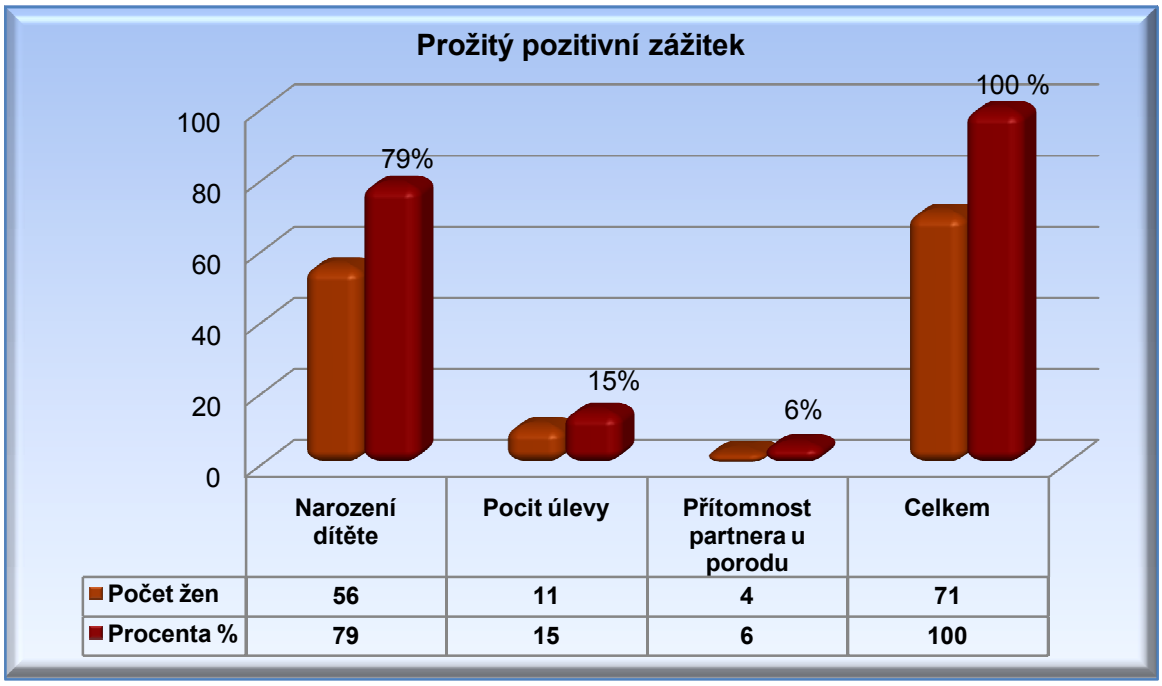
Graf č. 11 Pozitivní zážitek z porodu



Zdroj: vlastní

Graf jednoznačně ukazuje, že většina dotazovaných žen (83 %) prožily pozitivní zážitek během porodu. Naopak 17 % žen odpovědělo, že neprožily pozitivní zážitek během porodu. Doplňující informace jsou zachyceny v grafu č. 12.

Graf č. 12 Pozitivní zážitek z porodu



Zdroj: vlastní

Z grafu je patrné, že 79 % žen udalo jako pozitivní zážitek z porodu narození dítěte. 15 % žen udalo jako pozitivní zážitek z porodu pocit úlevy a 6 % žen udaly přítomnost partnera u porodu.

Tabulka č. 1 – Zvládnutí porodu žen s copingovou strategií zvládající povzbuzující sebenastavení

Retrospektivní zvládnutí porodu	Počet žen	%
0 = zcela zvládla	**27**	**66**
1= velmi zvládla	**12**	**29**
2= převážně zvládla	0	0
3= zvládla	2	5
4= převážně nezvládla	0	0
5= velmi nezvládla	0	0
6= zcela nezvládla	0	0
celkem	**41**	**100**

Zdroj: vlastní 1

Tabulka č. 2 – Hodnocení porodu žen se strategií zvládající povzbuzující sebenastavení

Hodnocení porodu	Počet žen	%
0 = skvělý	**28**	**68**
1= velmi dobrý	**12**	**29**
2= dobrý	1	2
3= průměrný	0	0
4= špatný, zlý	0	0
5= hrozný	0	0
6= velmi hrozný	0	0
celkem	**41**	**100**

Zdroj: vlastní

Tabulky č. 1 a č. 2 shrnují jednotlivé škálové ohodnocení žen se strategií zvládající povzbuzující sebenastavení. V dotazníku byly vytvořeny škály s rozsahem 0 – 6, kdy žena volila jedno číslo, které ji charakterizovalo. viz dotazník.

Z tabulek vyplývá, že ženy, kterým vyšla strategie zvládání – zvládající povzbuzující sebenastavení se nejčastěji hodnotily v retrospektivním zvládnutí porodu číslem 0 = zcela zvládla (27 žen) a 1 = velmi zvládla (12 žen). Porod hodnotily nejčastěji jako skvělý (28 žen), nebo velmi dobrý (12 žen).

Tabulka č. 3 – Zvládnutí porodu žen s copingovou strategií modlení / doufání

Retrospektivní zvládnutí porodu	Počet žen	%
0 = zcela zvládla	0	0
1= velmi zvládla	0	0
2= převážně zvládla	**6**	**35**
3= zvládla	**11**	**65**
4= převážně nezvládla	0	0
5= velmi nezvládla	0	0
6= zcela nezvládla	0	0
celkem	**17**	**100**

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 4 – Hodnocení porodu žen s copingovou strategií modlení / doufání

Hodnocení porodu	Počet žen	%
0 = skvělý	0	0
1= velmi dobrý	1	6
2= dobrý	**3**	**18**
3= průměrný	**13**	**76**
4= špatný, zlý	0	0
5= hrozný	0	0
6= velmi hrozný	0	0
celkem	**17**	**100**

Zdroj: vlastní

Tabulky č. 3 a č. 4 shrnují informace o škálovém hodnocení porodu žen, kterým vyšla z dotazníkového šetření copingová strategie typu – modlení / doufání.

Tyto ženy se nejčastěji hodnotily na škále v retrospektivním zvládnutí porodu číslem 2 = převážně zvládla (6 žen) a číslem 3 = zvládla (11 žen).

Na škále hodnocení porodu nejčastěji udávaly číslo 2 = dobrý (3 ženy) a 3 = průměrný (13 žen). Pouze 1 žena udala na škále číslo 1 = velmi dobrý.

Tabulka č. 5 – Zvládnutí porodu žen s copingovou strategií katastrofizace

Retrospektivní zvládnutí porodu	Počet žen	%
0 = zcela zvládla	0	0
1= velmi zvládla	0	0
2= převážně zvládla	0	0
3= zvládla	0	0
4= převážně nezvládla	*2*	*18*
5= velmi nezvládla	*2*	*18*
6= zcela nezvládla	*7*	*64*
celkem	**11**	**100**

Zdroj: vlastní

Tabulka č. 6 – Hodnocení porodu žen s copingovou strategií katastrofizace

Hodnocení porodu	Počet žen	%
0 = skvělý	0	0
1= velmi dobrý	0	0
2= dobrý	0	0
3= průměrný	2	18
4= špatný, zlý	**4**	**36**
5= hrozný	**5**	**45**
6= velmi hrozný	0	0
celkem	**11**	**100**

Zdroj: vlastní

Tabulky č. 5 a č. 6 shrnují informace o škálovém hodnocení žen se strategií katastrofizace. Tyto ženy v retrospektivním hodnocení zvládnutí porodu nejčastěji zaškrtly číslo 4 = převážně nezvládla (2 ženy), číslo 5 = velmi nezvládla (2 ženy) a číslo 6 = zcela nezvládla (7 žen).

Porod retrospektivně hodnotily nejčastěji číslem 4 = špatný, zlý (4 ženy) a číslem 5 = hrozný (5 žen).

Tabulka č. 7 – Souvislost mezi prožitým negativním zážitkem z porodu a neprožitým pozitivního zážitku z porodu

Copingová strategie	Počet žen celkem	NEPROŽITÝ POZITIVNÍ ZÁŽITEK Počet žen	PROŽITÝ NEGATIVNÍ ZÁŽITEK Počet žen
Zvládající povzbuzující sebenastavení	**41**	0	2
Modlení / doufání	**17**	2	11
Katastrofizace	**11**	5	9

Zdroj: vlastní

Z tabulky č. 7 vyplývá, že ženy se strategií zvládajícím povzbuzujícím sebenastavením, prožily všechny (41 žen) pozitivní zážitek z porodu a z toho 2 ženy prožily také negativní zážitek. Tyto negativní zážitky ovšem neovlivnily prožití pozitivního prožitku z porodu.

Z tabulky také vyplývá, že 2 ženy se strategií modlení / doufání, nemají pozitivní zážitek z porodu. Z dotazníku bylo vyhodnoceno, že tyto 2 ženy prožily negativní zážitek při porodu. Tyto negativní zážitky ovlivnily ženy při hodnocení pozitivního prožitku. Zbytek žen s touto strategií (9 žen) prožilo negativní zážitek, avšak neměl vliv na prožití toho pozitivního.

5 žen s copingovou strategií typu katastrofizace neudávají pozitivní zážitek z porodu a 9 žen udává negativní zážitek z porodu. Všechny ženy s touto strategií, které udaly že neprožily pozitivní zážitek udaly, že prožily ten negativní. Je tu jistá souvislost mezi prožitým negativní zážitkem, který ovlivnil hodnocení pozitivního. Zbytek těchto žen (4) prožily sice negativní zážitek, ale pozitivní zažily také.

3.6. Hodnocení cílů

V praktické části své bakalářské práce jsem si stanovila 1 hlavní cíl a 4 dílčí cíle, podložené 4 hypotézami, z toho 3 hypotézy se mi nepotvrdily.

Hlavní cíl: Zjistit vztah mezi strategií zvládání bolesti a retrospektivním hodnocením porodu u žen v časném šestinedělí.

Dílčí cíl 1: Zjistit strategie zvládání bolesti žen po porodu.

- **Hypotéza 1:** Předpokládám, že strategie zvládání bolesti ovlivní prožitek porodu.

Tato hypotéza se mi **potvrdila**.

Z celkového souboru respondentek 100 % vyšla u 48 % žen strategie zvládání bolesti typu zvládající povzbuzující sebenastavení. Tyto ženy retrospektivně hodnotily svůj porod převážně jako skvělý, zvladatelný a vyjádřily určitou spokojenost nad svou prací s bolestí. Dalším 20 % žen vyšla strategie zvládání bolesti jako modlení / doufání. Tyto ženy převážně hodnotily svůj porod jako dobrý - průměrný, převážně zvladatelný a v práci s bolestí se ohodnotily jako převážně spokojený. 13 % žen vyšla strategie zvládání bolesti typu katastrofizace. Tyto ženy retrospektivně ohodnotily svůj porod spíše jako hrozný, nezvladatelný a práci s bolestí hodnotily spíše nezvládnutím. *viz tab. č. 1*

Dílčí cíl 2: Zjistit retrospektivní hodnocení žen po spontánním porodu.

- **Hypotéza 2:** Domnívám se, že většina žen ve škále od 0, která znamená, že porod zcela zvládla a 6, která znamená, že porod zcela nezvládla, zaškrtne číslo 3.

Tato hypotéza se mi **nepotvrdila**. *viz. Graf č. 7 Retrospektivní zvládnutí porodu.*

Z celkového počtu 100 % (86) žen, 38 % žen hodnotily svůj porod číslem 0, 28 % žen číslem 3, 14 % žen číslem 1, 8 % žen číslem 6, 7 % žen číslem 2, 2 % žen číslem 4 a 5.

Dílčí cíl 3: Zjistit silné pozitivní prožitky žen po spontánním porodu.

- **Hypotéza 3:** Předpokládám, že všechny ženy mají pozitivní zážitek z porodu.

Tato hypotéza se mi **nepotvrdila.** *viz. Graf č. 11 Pozitivní zážitek z porodu.*

Z celkového souboru dotazovaných žen 100 % (86), jich 17 % (15) odpovědělo, že neprožily pozitivní zážitek z porodu.

Dílčí cíl 4: Zjistit silné negativní prožitky žen po spontánním porodu.

- **Hypotéza 4:** Předpokládám, že žádná žena nemá negativní zážitek z porodu.

Tato hypotéza se mi **nepotvrdila**. *viz. Graf č. 9 Negativní zážitek z porodu.*

Z celkového souboru dotazovaných žen 100 % (86), jich 35 % (30) odpovědělo, že mají negativní zážitek z porodu.

4. DISKUZE

Hlavním cílem bylo zjistit vztah mezi strategií zvládání bolesti a retrospektivním hodnocením porodu.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit strategie zvládání bolesti žen po porodu.

Z vyhodnoceného dotazníku vyplývá, že nejvíce používanou strategií zvládnutí bolesti žen, je zvládající povzbuzující sebenastavení. Druhou nejvíce používanou strategií zvládání bolesti je modlení / doufání a ihned za ní je katastrofizace. Tyto strategie se od sebe poměrně liší charakterem jednání žen v situaci, kdy pociťují bolest. Ženy, jejichž výsledkem byla strategie zvládací povzbuzující sebenastavení se v retrospektivním hodnocení porodu vyjádřily, že porod byl pro ně skvělý, zvladatelný a práce s bolestí jim nedělala problémy. Dle autora dotazníku na strategie zvládání bolesti Francise J. Keefeho existují určité typy lidí, kteří volí tento druh strategie. Jsou jimi lidé optimističtí, nezávislí, neprožívající beznaděj, rozhodní, přebírající vlastní odpovědnost a psychicky stabilní. K tomuto názoru se přikláním i já. Tyto ženy na mě působily při vyhodnocování dotazníku velice optimisticky a bojovně už jen tím, jak se vyjadřovaly ve svém dotazníku. Tyto ženy zastávají zřejmě skupinu, která dle Křivohlavého využívá tzv. aktivní postupy. Jsou rozhodnuté bojovat s obtížemi, jsou většinou informované, schopné mobilizovat své síly a zvládat své emoce.

Druhou skupinou žen jsou ženy, kterým vyšla strategie modlení / doufání. Tyto respondentky se v retrospektivním hodnocení nejčastěji vyjádřily k porodu jako o dobré a převážně zvladatelné situaci. Práci s bolestí hodnotily jako převážnou spokojenost. Lze tu vidět jistý rozdíl mezi první strategií a touto strategií. Dle F. J. Keefeho jsou lidé volící tento typ strategie často pesimističtí, nejistí, psychicky nevyrovnaní a obávající se neúspěchu. V našem výzkumu tyto ženy sice uvedly, že porod zvládly dobře, ale velice často se u nich objevil negativní zážitek z porodu.

Jako třetí nejpočetněji zastoupenou strategií v proběhlém výzkumném šetření je strategie katastrofizace. Tyto ženy se retrospektivně v dotazníku vyjádřily, že porod byl pro ně spíše hrozný, nezvladatelný a na otázku práce s bolestí se ohodnotily, že spíše nezvládly. Opět tyto ženy přirovnám k autorovu tvrzení. Tyto ženy často bývají depresivní, pasivní, prožívající beznaděj a vyhýbající se odpovědnosti. Jde z našeho pohledu o nejrizikovější a

nejzranitelnější skupinu žen. Z výsledků vyplývá, že tato skupina žen byla nejméně spokojená s průběhem zvládnutí porodu. Tuto strategii označuje většina autorů za nevyhovující a nepřinášející úlevu. Naopak u těchto žen by mohla porodní asistentka očekávat největší počet psychických komplikací po porodu a riziko vzniku posttraumatické stresové poruchy.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit retrospektivní hodnocení porodu u žen v časném šestinedělí.

Všechny ženy se vyjádřily k tomuto hodnocení škálovým ohodnocením, byl tedy vytvořen dostatečný vzorek respondentek pro zmapování a zhodnocení pocitů žen po porodu. Většina žen (59 %) hodnotila svůj porod kladně a optimisticky. A ve zvládnutí bolesti se hodnotily celkem pozitivně. Méně početná skupina žen (13%) uvedla, že byl porod pro ně nezvladatelný a neměly situaci pod kontrolou. Myslím, že tyto ženy odpovídaly převážně takto z důvodu prožití negativního zážitku během porodu. Při vyhodnocování dotazníku těchto respondentek byla jistá souvislost mezi retrospektivním hodnocením porodu a negativním prožitkem během porodu. Zcela jistě jejich prožitý negativní zážitek ovlivnil celkový dojem a prožitek z porodu. Zbytek respondentek (28 %) žen se retrospektivně vyjádřilo průměrnými hodnotami na škále. Tudíž lze usuzovat, že porod zvládly a nebyla to pro ně situace ani hrozná ani vyjímečná.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, zda po spontánním porodu ženy pociťovaly silné pozitivní zážitky.

Z uvedeného dotazníkového šetření jasně vyplývá, že 83% žen mají pozitivní zážitek z porodu. Nejčastější odpovědí na tuto otázku bylo narození dítěte, celkem v 79 %, viz. graf č. 12. Tuto odpověď jsem zcela jistě očekávala a předpokládala. Dalšími odpověďmi byly v 15 % pocit úlevy a v 6 % přítomnost partnera u porodu. Tuto odpověď jsem nečekala a překvapila mě. Výsledky studií jiných autorů sledující vliv partnera u porodu na jeho průběh a prožívání jsou rozporné. Neack (1976) ve svém výzkumu potvrzuje, že většina párů udává plnou spokojenost po společně prožitém porodu. (in Ratislavová, 2008, str. 72). Některé výzkumy však pozitivní vliv neprokázaly, a byla dokonce popsána i stoupající hodnota pociťované porodní bolesti u žen během porodu.

Z celkového souboru dotazovaných žen, jich 17 % odpovědělo na otázku prožití pozitivního zážitku během porodu, že takový zážitek neprožily a nemají ho.

Tato odpověď mě zcela zaskočila, jelikož jsem předpokládala, že první odpověď, která ženu napadne, bude narození vlastního dítěte. Myslím, že je zde jistá souvislost s prožitým negativním zážitkem. Tyto ženy ve většině případu takto odpověděly. Avšak malé procento žen odpověděly na tuto otázku, i když negativní zážitek neprožily.

Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit, zda ženy pociťovaly silné negativní prožitky po spontánním porodu.

Z celkového souboru dotazovaných žen jich 35 % odpovědělo, že negativní prožitek pociťují. 3 ženy z výzkumného souboru udávají jako negativní zážitek z porodu nevhodné chování zdravotnického personálu. Všechny 3 respondentky se v dotazníku rozepsaly. Jedné ženě vadily nevhodné poznámky porodníka, typu, že neumí tlačit, tím pádem ani rodit. Druhá respondentka uvedla, že jí vadil nezájem porodních asistentek a jejich neochota vůči ní samotné. Do dotazníku mi napsala: „ Trocha zájmu by jistě neuškodila, ale určitě podpořila ! ‘’ Třetí žena uvedla, že jí zklamala porodní asistentka, která se o ní v průběhu porodu starala. Dle jejího názoru byla porodní asistentka na ní hrubá, autoritativní a nenechala ji dělat, to, co žena v daný moment chtěla.

Dalších 6 dotazovaných respondentek udává jako negativní zážitek z porodu poporodní komplikace. Většina těchto žen byly prvorodičky. Některé rozvinuly tuto odpověď a napsaly, o jaké komplikace šlo. Vyplývá z toho, že většina respondentek měla silné poporodní krvácení s následně provedenou revizí dutiny děložní.

Dalších 8 žen na otázku odpovědělo, že měly pocit, že to nikdy neskončí. Porod byl pro ně velice zdlouhavý a tím i náročný. Jedna z respondentek do dotazníku napsala, že porod byl pro ní velice dlouhý a náročný, že by ho snad už nikdy nechtěla zažít. Další respondentka napsala, že porod byl pro ní velice dlouhý, kdy ke konci porodu dokonce pociťovala zoufalství a plakala. Další respondentky se pouze vyjádřily, že porod byl pro ně velice zdlouhavý a považují to za negativní zážitek pociťující během porodu.

Nejpočetnější skupina žen, celkem 13 odpověděly, že negativní prožitek během porodu pro ně znamenala bolest. Takto odpověděly prvorodičky, avšak i vícerodičky nebyly vyjímkou. Jedna respondentka, která rodila potřetí označila bolest za doposud nejsilnější a byla ji podle všeho celkem zaskočena. Druhá

vícerodička odpověděla na tuto otázku tak, že bolest pro ní byla velice intenzivní a zcela ji vyčerpávala. U prvorodiček byla odpověď zpravidla stejná – bolest pro ně byla velká a nesnesitelná.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI PORODNÍ ASISTENTKY

Důležité je, aby žena po porodu měla zachované kladné sebehodnocení a nepociťovala negativní prožitky z porodu. Proto, aby se žena po porodu cítila dobře, mohla se pozitivně ohodnotit a vyšla z celého procesu bez psychických následků, bych jako první doporučení pro praxi volila věnování se copingovým strategiím již během těhotenství. Porodní asistentka by měla v předporodních kurzech věnovat dostatek času metodám zvládnutí bolesti či stresové situace, především takovým metodám, které přinášejí úlevu. Jednotlivé typy copingu se ženami může porodní asistentka i procvičit. Mezi úlevové zvládání patří především aktivní a pasivní postupy. Tedy dostatek informací, využití psychologického tlumení od bolesti, aktivizace ženy a převzetí odpovědnosti a především chuť se situací bojovat. Avšak můžeme sem zařadit také pasivitu, vyčkávání a trpělivost. Jednotlivé strategie přinášející úlevu, pak můžeme shrnout do pojmů jako je: odvrácení pozornosti, zvládající povzbuzující sebenastavení, změna interpretace bolestivých pocitů či jejich ignorace. Podmínkou je, aby porodní asistentka měla dostatek informací o copingových strategií a uměla s nimi pracovat.

Další mé doporučení pro praxi by bylo, aby porodní asistentka věnovala dostatečnou pozornost ženám s negativními prožitky po porodu. Měla by to být především porodní asistentka, která doprovázela ženu po celou dobu porodu, avšak i porodní asistentky na oddělení šestinedělí, by měly vypozorovat určité znaky, které by mohly negativně ženu ohrozit. Je důležité, aby porodní asistentka si s těmito ženami pohovořila a pomohla jim zpracovat negativní prožitky.

Důležité je také sledovat rizika vzniku posttraumatické stresové poruchy především u žen s negativním zážitkem z porodu, věnovat dostatek času edukaci o projevech PTSD a popřípadě poskytnout ženě kontakt na odborníka.

Mým dalším přáním a zároveň i doporučením pro praxi by bylo, nadále věnovat úsilí dalším výzkumům, které by upřesnily rizikové skupiny žen, u kterých by se mohlo trauma z porodu rozvinout.

„ Porod je pro ženu zážitek na celý život a podle toho bychom my, porodní asistentky měly postupovat“.

ZÁVĚR

Závěrem bych chtěla kompletně shrnout svou bakalářskou práci. V teoretické části jsem se zabývala zpočátku obecnými pojmy pro vysvětlení dané problematiky. Tyto pojmy zahrnují obecná fakta o porodu a náročných životních situacích, jako byl strach, stres a trauma. Tyto pojmy jsem rozvinula o strategické zvládání těchto situací, tzv. copingem a obrannými mechanismy psychiky. Zvládáním náročných životních situací jsem věnovala poměrně dost času, jelikož si myslím, že to je velice důležité pro dobrou psychiku lidí v takto náročných situacích. Dále jsem navázala na problematiku náročnosti porodu, což byla stěžejní část bakalářské práce. Byl tu zmíněn strach a stres při porodu a jakým způsobem ovlivňuje porod ženy. Zároveň jsem také uvedla některé příčiny stresu při porodu. V této kapitole jsem se také zabývala charakteristikou adaptivního a maladaptivního chování žen při porodu. A také jak takovéto chování žen ovlivňuje proces porodu a jak ho rozeznáme v praxi. Další kapitola pojednává o porodní bolesti jako o součásti porodu a zároveň je tu zmíněno i zvládání bolesti.

Praktická část je zaměřena především na zjištění strategií zvládání bolesti a retrospektivní hodnocení porodu u žen v časném šestinedělí. Hlavním cílem bylo zjistit vztah mezi nimi. Z výsledků vyplynulo, že nejčastějšími strategiemi zvládání bolesti u žen, byly zvládající povzbuzující sebenastavení, modlení / doufání a katastrofizace. Jednotlivý typ strategie byl charakteristický pro jejich následné retrospektivní hodnocení porodu. U žen, kterým vyšla první zmíněná strategie, ohodnotily porod jako skvělý, zvladatelný a práce s bolestí jim nedělala problém. U druhé strategie ženy nejčastěji hodnotily porod jako dobrý, převážně zvladatelný a s tím jak pracovaly s bolestí, byly převážně spokojeny. Třetí strategie byla typická pro ženy, které ohodnotily svůj porod jako hrozný, nezvladatelný a v práci s bolestí se ohodnotily, že spíše nezvládly.

Praktická část se také zabývá prožitky žen po spontánním porodu, jak negativními, tak pozitivními. Z výzkumu vyplynulo, že většina žen má pozitivní zážitky z porodu. Avšak menšina také odpověděla, že mají zároveň i negativní zážitky.

Tato bakalářská práce byla pro mě velkým přínosem. Zjistila jsem, jak ženy pracují s bolestí během porodu a jak to zpětně hodnotí. Zároveň jsem se dozvěděla s jakými pozitivními i negativními pocity spojenými s porodem ženy

odchází z nemocnice. Bylo pro mě velice zajímavé zjistit, jak ženy hodnotily především samy sebe v procesu porodu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. první. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o., 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
2. ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B. a kolektiv. *Porodnictví.* 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.
3. PAŘÍZEK, Antonín. Kniha o těhotenství a dítěti: [český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím - až do dvou let dítěte]. 4. vyd. Praha: Galén, 2009, 738 s. ISBN 978-80-7262-653-3.
4. MAREK, Vlastimil. Nová doba porodní. Nová doba porodní- život před životem, porod jako zázrak, první tři minuty a jak dál. 1.vyd. Praha: Eminent, 2002. Str.314 ISBN – 80 – 7281 – 090 -1
5. ČERNÝ, Vojtěch. *Jak překonat stres: testy a cvičení*. Vyd. 1. Praha: Computer Press, 1999, vi, 70 s. ISBN 80-7226-260-2.
6. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 229 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2068-5.
7. VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualiz. vyd., 1. vyd. v nakl. Portál. Praha: Portál., 2003, 397 s. ISBN 80-7178-740-X.
8. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Obranné mechanismy a strategie zvládání těžkostí. *Československá psychologie*. 1989, roč. 33, č. 4, s. 361 - 368.
9. RUSOVÁ, Monika. Analgezie v porodnictví. *Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. 2010, 7-8, s. 49-51.
10. ROHDE, Anke, Almut DORN a Mit einem Geleitw. von Dieter KREBS. *Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie: das Lehrbuch ; mit 52 Tabellen*. Stuttgart: Schattauer, 2007. ISBN 978-3-7945-2460-0.
11. ATKINSON, Rita L. *Psychologie*. 2., aktualiz. vyd., V Portálu 1. Překlad Erik Herman, Miroslav Petržela, Dagmar Brejlová. Praha: Portál, 2003, xxii, 751 s. ISBN 80-7178-640-3.
12. MONGAN, Marie F. *Hypnoporod*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2010, 243 s. ISBN 978-80-7387-364-6.
13. DICK-READ, Grantly. *Childbirth without fear the principles and practice of natural childbirth*. Large print ed. London: Pollinger in Print, 2006. ISBN 978-1-905665-13-6.

14. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Bolest - její diagnostika a psychoterapie.první. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví BRNO pro I LF Praha, 1992, 68s. ISBN 80-7013-130-6
15. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2002, 280 s. ISBN 978-807-3675-684.
16. BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 420 s. ISBN 80-717-8735-3.
17. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
18. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 175 s. Sestra. ISBN 978-802-4727-134.
19. KODYŠOVÁ, Eliška a Michaela MROWETZ. Psychologie porodu - chiméra, nebo realita ? [online]. [cit. 2013-01-17]. Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/psychologie-porodu-chimera-nebo-realita-448449
20. LABUSOVÁ, Eva. Cesty ke spokojenému porodu: Strach z porodu a jak jej překonat. [online]. [cit. 2013-02-12]. Dostupné z: http://www.evalabusova.cz/cesty/I_3.php
21. STIBALOVÁ, PhDr. Kateřina. Náročné životní situace. [online]. [cit. 2013-01-05]. Dostupné z: http://www.apsscr.cz/socialnisluzby/images/obr/1357573587_socialni-sluzby-1-2011-final.pdf
22. VÍCHOVÁ, Tereza. Aromaterapie u porodu: Vůně u porodu. In: [online]. [cit. 2012-12-09]. Dostupné z: http://static.prozeny.cz/images/pdf/aromaterapie_u_porodu_2008_01.pdf
23. NAŠE PORODNICE. *Dýchání při porodu* [online]. [cit. 2012-11-30]. Dostupné z: http://www.naseporodnice.cz/dychani-pri-porodu.php
24. *Relaxační techniky: Schultzův autogenní trénink* [online]. [cit. 2013-12-14]. Dostupné z: http://www.fitcoach.cz/?p=8616
25. STRNADOVÁ, Věra. *Schultzův autogenní trénink* [online]. [cit. 2012-12-14]. Dostupné z: http://www.svkhk.cz/SVKHK/u-nas-pdf_archiv/42.pdf

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – zpracování údajů otázky č. 1 32
Graf č. 2 – zpracování údajů otázky č. 2 33
Graf č. 3 – zpracování údajů otázky č. 3 34
Graf č. 4 – zpracování údajů otázky č. 4 35
Graf č. 5 – zpracování údajů škál č. 1 - 45 36
Graf č. 6 – zpracování údajů škály č. 1.. 37
Graf č. 7 – zpracování údajů škály č. 2.. 38
Graf č. 8 – zpracování údajů škály č. 3.. 39
Graf č. 9 – zpracování údajů otázky č. 5 40
Graf č. 10 – zpracování údajů otázky č. 5 41
Graf č. 11 – zpracování údajů otázky č. 6 42
Graf č. 12 – zpracování údajů otázky č. 6 43

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – zvládání porodu - zvládající povzbuzující sebenastavení 45
Tabulka č. 2 - hodnocení porodu – zvládající povzbuzující sebenastavení. 45
Tabulka č. 3 – zvládání porodu – modlení / doufání..... 46
Tabulka č. 4 – hodnocení porodu – modlení / doufání 46
Tabulka č. 5 – zvládání porodu – katastrofizace 47
Tabulka č. 6 – hodnocení porodu – katastrofizace..... 47
Tabulka č. 7 – souvislost prožitku a hodnocení porodu..... 48

SEZNAM PŘÍLOH

1. Příloha – původní dotazník dle F. J. Keefeho
2. Příloha – vytvořený dotazník
3. Příloha – škály životních událostí
4. Příloha – nefarmakologické tlumení bolesti

Příloha 1

NA EMOCE ZAMĚŘENÉ STRATEGIE

1) ***Rezignovaná akceptace*** - tzn. přijetí problémové situace takové, jaká je. Tato metoda je důležitá tehdy, když nelze změnit základní uspořádání stresové situace. Např. když člověk ztratí náhle někoho blízkého.
2) ***Emoční vybití*** - tzn. všechny způsoby chování, které umožňují expresi emocí a snižují tenzi ze stresu. Může sem patřit křik, pláč, dupání, ale také černý humor.
3) ***Intrapsychické procesy*** - využití kognitivních strategií ke změně pohledu na stresující situaci.

Lepší zvládací schopnosti mají jedinci z fungujících rodin a z fungujících skupin obecně. Tito jedinci vnímají zátěž více pod vlastním vlivem, staví se k ní přímo a snaží se ji řešit.

Ženy shledávají více zátěžových situací ve vlastním životě než muži.

Zajímavé je i zjištění, že lidé, kteří se vyhýbají řešení problémů, jich ve svém životě cítí více.

DOTAZNÍK STRATEGIÍ ZVLÁDÁNÍ

/Francis J Keefe, Pain Management Program, Duke University Medical Centre, January, 1992. /

Jako model zátěže a problémů si vezmeme fyzickou bolest. Výsledky a srovnání uvedené níže lze zobecnit na stres obecně. Bude-li tedy řeč o bolesti, lze si představit nějakou zátěž v lidském životě.

Lidé, kteří zakouší bolest, mají vyvinuto množství způsobů, jak ji zvládat nebo zmenšit. Mezi ně patří vnitřní řeč /samomluva/ při bolesti nebo účast v různých aktivitách a podobně. Níže je uveden seznam věcí, které lidé dělají, když cítí bolest.

U každé níže uvedené položky, prosím, určete nakolik se zapojujete do příslušné aktivity, když cítíte bolest. 0 znamená, že uvedenou činnost neděláte nikdy v případě, že cítíte bolest. 3 znamená, že při pocitech bolesti uvedenou aktivitu děláte občas a 6 znamená, že uvedenou aktivitu děláte vždy, když cítíte bolest. Můžete využít libovolné číslo na stupnici. Číslo, které vyberete, zapište do čtverečku.

0 1 2 3 4 5 6

NEDĚLÁM NIKDY — OBČAS TO DĚLÁM — VŽDY TO DĚLÁM

KDYŽ CÍTÍM BOLEST ...

1. SNAŽÍM SE CÍTIT ODSTUP OD BOLESTI, TÉMĚŘ JAKO BY BOLEST BYLA V JINÉM TĚLE. ☐
2. ODEJDU Z DOMU A NĚCO PODNIKNU, JDU NAPŘ. DO KINA NEBO NAKUPOVAT. ☐
3. ZKOUŠÍM MYSLET NA NĚCO PŘÍJEMNÉHO. ☐
4. NEMYSLÍM NA NI JAKO NA BOLEST, ALE SPÍŠE JAKO NA TUPÝ NEBO HŘEJIVÝ POCIT. ☐
5. JE TO HROZNÉ A CÍTÍM, ŽE TO NIKDY NEBUDE LEPŠÍ. ☐
6. ŘEKNU SI, ŽE MUSÍM BÝT STATEČNÝ A MUSÍM SE PŘES BOLEST PŘENÉST. ☐
7. ČTU SI. ☐
8. ŘEKNU SI, ŽE MOHU BOLEST PŘEKONAT. ☐
9. VEZMU SI LÉKY. ☐
10. POČÍTÁM SI V DUCHU NEBO SI V DUCHU ZPÍVÁM. ☐
11. PŘEMÝŠLÍM O BOLESTI JAKO O NĚJAKÉM JINÉM POCITU, NAPŘ. TAKOVÉM JAKO JE ZNECITLIVĚNÍ. ☐
12. JE TO HROZNÉ A CÍTÍM, ŽE MĚ TO NIČÍ. ☐

13. ZAMĚSTNÁM MYSL DUŠEVNÍMI HŘÍČKAMI S CÍLEM ODVÉST JI OD BOLESTI. ☐

14. POCIŤUJI, ŽE MŮJ ŽIVOT NESTOJÍ ZA TO ŽÍT. ☐

15. POMYSLÍM SI, ŽE JEDNOU TU BUDE NĚKDO, KDO MI POMŮŽE – TO MI NA CHVILKU ULEVÍ OD BOLESTI. ☐

16. HODNĚ CHODÍM. ☐

17. MODLÍM SE K BOHU, AŤ TO DLOUHO NETRVÁ. ☐

18. SNAŽÍM SE NEMYSLET NA BOLEST JAKO NA VLASTNÍ TĚLO, ALE SPÍŠE JAKO NA NĚCO ODDĚLENÉHO ODE MNE. ☐

19. RELAXUJI. ☐

20. NEMYSLÍM NA BOLEST. ☐

21. V DUCHU SE PŘESUNU O NĚKOLIK LET DOPŘEDU A MYSLÍM NA VŠE PĚKNÉ CO BUDE, AŽ BOLEST ZMIZÍ. ☐

22. ŘÍKÁM SI V DUCHU: „TO NEBOLÍ." ☐

23. POMYSLÍM SI, ŽE MI BOLEST NEZABRÁNÍ V TOM, CO MUSÍM DĚLAT. ☐

24. NEVĚNUJI BOLESTI POZORNOST. ☐

25. VĚŘÍM LÉKAŘŮM, ŽE JEDNOU BUDE NA MOJI BOLEST LÉK. ☐

26. BEZ OHLEDU NA TO, JAK TO JE ZLÉ, VÍM, ŽE TO MOHU ZVLÁDNOUT. ☐

27. PŘEDSTÍRÁM, ŽE BOLEST TU NENÍ. ☐

28. PO CELÝ ČAS SE OBÁVÁM, ZDA TO SKONČÍ. ☐

29. LEHNU SI. ☐

30. VZPOMÍNÁM NA NĚCO PŘÍJEMNÉHO Z MINULOSTI. ☐

31. MYSLÍM NA LIDI, SE KTERÝMI NĚCO RÁD DĚLÁM. ☐

32. MODLÍM SE, ABY BOLEST SKONČILA. ☐

33. OSPRCHUJI SE NEBO VLEZU DO VANY. ☐

34. PŘEDSTAVUJI SI, ŽE BOLEST JE MIMO MOJE TĚLO. ☐

35. POKRAČUJI VE SVÉ ČINNOSTI JAKOBY SE NIC NESTALO. ☐

36. CHÁPU BOLEST JAKO VÝZVU A NENECHÁM SE TÍM OBTĚŽOVAT. ☐

37. AČKOLIV MĚ TO BOLÍ, POKRAČUJI VE SVÉ ČINNOSTI. ☐

38. CÍTÍM, ŽE TO NEMOHU VYDRŽET. ☐

39. SNAŽÍM SE OBKLOPIT LIDMI. ☐

40. BOLEST IGNORUJI. ☐

41. SPOLÉHÁM NA SVOJI VÍRU V BOHA. ☐

42. CÍTÍM, ŽE NEMOHU POKRAČOVAT VE SVÉ ČINNOSTI. ☐

43. MYSLÍM NA VĚCI, KTERÉ RÁD DĚLÁM. ☐

44. DĚLÁM COKOLIV, ABYCH ODVEDL VLASTNÍ MYSL OD BOLESTI. ☐

45. DĚLÁM NĚCO, CO MI JE PŘÍJEMNÉ, NAPŘ. SE DÍVÁM NA TELEVIZI NEBO POSLOUCHÁM HUDBU. ☐

46. PŘEDSTÍRÁM, ŽE BOLEST NENÍ SOUČÁSTÍ MNE SAMOTNÉHO. ☐

47. DĚLÁM NĚJAKÉ DOMÁCÍ PRÁCE NEBO PLÁNUJI JEJICH PROVEDENÍ. ☐

48. POUŽIJI ELEKTRICKOU / HŘEJÍCÍ / PODUŠKU. ☐

Když jste vše vyplnili, proveďte součty čísel v některých okénkách:

1) 3 + 10 + 13 + 30 + 31 + 43 = ☐
2) 1 + 4 + 11 + 18 + 34 + 46 = ☐
3) 6 + 8 + 23 +26 + 36 + 37 = ☐
4) 20 + 22 + 24 + 27 + 35 + 40 = ☐
5) 15 + 17 + 21 + 25 + 32 + 41 = ☐
6) 5 + 12 + 14 + 28 + 38 + 42 = ☐
7) 2 + 7 + 39 + 44 + 45 + 47 = ☐

8) ZBÝVAJÍ NESKÓROVANÉ POLOŽKY: 9, 16, 19, 29, 33, 48.

Součty v rámečcích odpovídají níže uvedeným strategiím zvládání bolesti.

Autorem dotazníku je Francis J. KEEFE (1992), vedoucí Programu zvládání bolesti v Duke University Medical Center.

TVRZENÍ V DOTAZNÍKU POKRÝVAJÍ NÁSLEDUJÍCÍ STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ:

1) ODVRÁCENÍ POZORNOSTI NAPŘ.: ZKOUŠÍM MYSLET NA NĚCO PŘÍJEMNÉHO.

Student, který má strach, že neuspěje u zkoušky, vzpomíná, jak bylo dobře na prázdninách.

2) ZMĚNA INTERPRETACE BOLESTIVÝCH POCITŮ NAPŘ.: SNAŽÍM SE CÍTIT ODSTUP OD BOLESTI, TÉMĚŘ JAKO BY BOLEST BYLA V JINÉM TĚLE.

Student si svůj strach pojmenuje jako správnou předzkouškovou horečku.

3) ZVLÁDACÍ POVZBUZUJÍCÍ SEBENASTAVENÍ NAPŘ.: ŘEKNU SI, ŽE MUSÍM BÝT STATEČNÝ A MUSÍM SE PŘES BOLEST PŘENÉST.

Student si řekne: „Zvládnu to."

4) IGNORACE POCITŮ NAPŘ.: PŘEDSTÍRÁM, ŽE BOLEST TU NENÍ.

Ve stejné situaci si student řekne: „Nic to není, vůbec se nebojím."

5) MODLENÍ / DOUFÁNÍ NAPŘ.: MODLÍM SE K BOHU, AŤ TO DLOUHO NETRVÁ. POMYSLÍM SI, ŽE JEDNOU TU BUDE NĚKDO, KDO MI POMŮŽE – TO MI NA CHVILKU ULEVÍ OD BOLESTI.

„Bože, dej, ať tu zkoušku udělám."

6) KATASTROFIZACE NAPŘ.: JE TO HROZNÉ A CÍTÍM, ŽE MĚ TO NIČÍ.

„Určitě propadnu a nedodělám ani školu."

7) ZVÝŠENÍ BEHAVIORÁLNÍ (Z ANGL. BEHAVIOR – CHOVÁNÍ) AKTIVITY NAPŘ.: ODEJDU Z DOMU A NĚCO PODNIKNU, JDU NAPŘ. DO KINA NEBO NAKUPOVAT.

Student si jde večer lehce zaběhat, aby mu to lépe šlo při studiu.

8) PRÁZDNÉ (NESKÓROVANÉ) POLOŽKY NAPŘ.: LEHNU SI.

Existuje celá řada dalších možností, jak pracovat s bolestí, těžkostmi a utrpením. Povíme si o nich víc v kapitole o vědomí a nevědomí.

Příloha 2

DOTAZNÍK

Dobrý den milé maminky,

jmenuji se Veronika Horníková a jsem studentkou Západočeské Univerzity v Plzni, oboru porodní asistentka. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který poslouží k vypracování mé bakalářské práce na téma ***Porod jako náročná životní situace***. Tento dotazník je zcela anonymní a výsledky poslouží pouze ke zpracování mé bakalářské práce, proto Vás prosím o otevřené a upřímné odpovědi, aby byly výsledky co nejvíce objektivní.

Předem moc děkuji.

1. Kolik je Vám let?

a) méně než 20 let

b) 21-30 let

c) 31-40 let

d) 41 a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

a) základní

b) vyučená

c) středoškolské s maturitou

d) vyšší odborné

e) vysokoškolské

3. Po kolikáté jste rodila?

a) poprvé

b) podruhé

c) potřetí

d) počtvrté a více

4. Jaký je Váš rodinný stav?

a) svobodná

b) vdaná

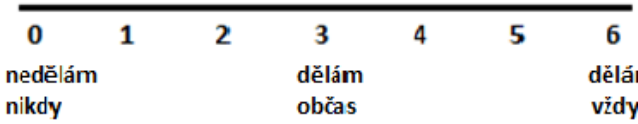
c) rozvedená

d) vdova

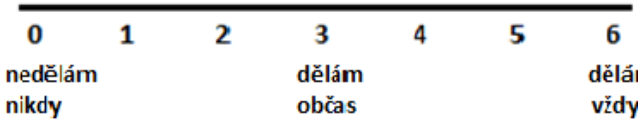
Další otázky jsou převážně kladeny na strategie zvládání bolesti. Jsou hodnoceny pomocí škály (stupnice) od 0 do 6, kdy 0 znamená, že uvedenou činnost neděláte nikdy v případě cítění bolesti, 3 znamená, že uvedenou činnost děláte občas a 6 znamená, že uvedenou aktivitu děláte vždy, když cítíte bolest. Prosím zakroužkujte číslo, které Vás charakterizuje v jednotlivých aktivitách při cítění bolesti a zakroužkujte to ve všech uvedených otázkách!!

Když jste začala cítit porodní bolesti (kontrakce) a během porodu, když jste cítila bolest:

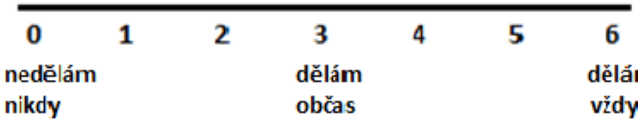
1. Snažila jsem se cítit odstup od bolesti, téměř jako by bolest byla v jiném těle.



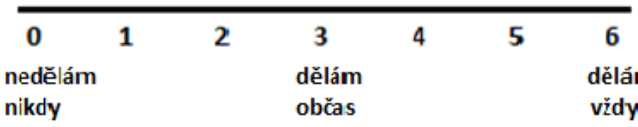
2. Procházela jsem se po místnosti z místa na místo.



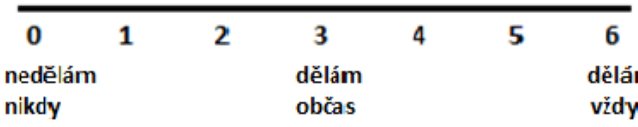
3. Zkoušela jsem myslet na něco příjemného



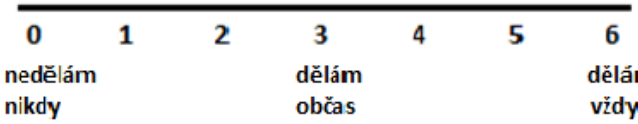
4. Nemyslela jsem na ní jako na bolest, ale spíše jako na tupý či hřejivý pocit.



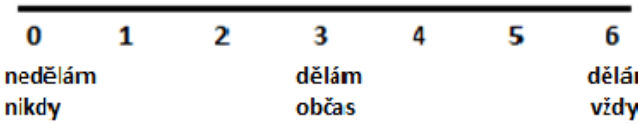
5. Bylo to hrozné a měla jsem pocit, že se to nikdy nezlepší.



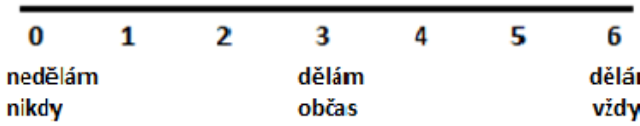
6. Říkala jsem si, že musím být statečná a musím se přes bolest přenést.



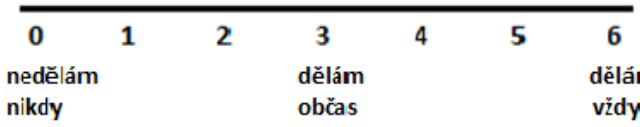
7. Zaujímala jsem různé polohy na lůžku.



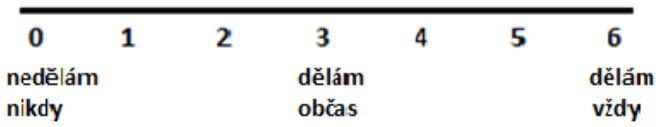
8. Říkala jsem si, že mohu bolest překonat.



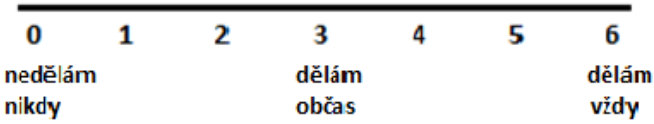
10. V duchu jsem si zpívala nebo jsem počítala.



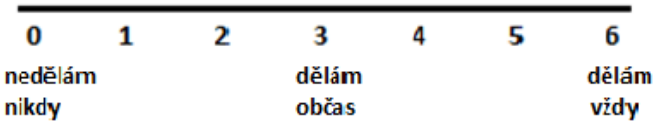
11. Přemýšlela jsem o bolesti jako o nějakém jiném pocitu, např. takovém, jako je znecitlivění.



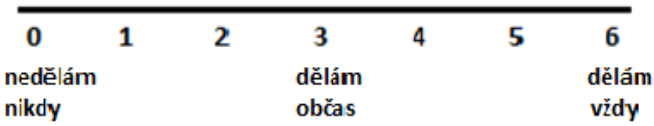
12. Bylo to hrozné a cítila jsem, že mně to ničí.



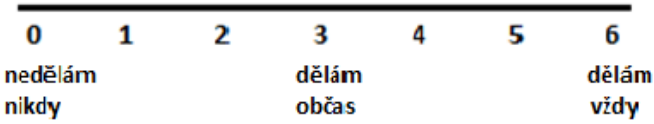
13. Zaměstnávala jsem mysl prožitými příjemnými zážitky.



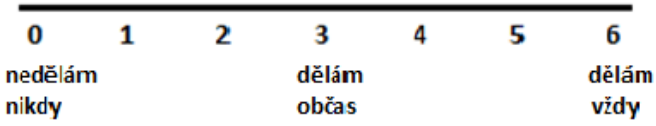
14. Měla jsem pocit, že mi to za to nestojí.



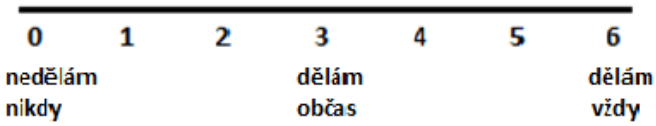
15. Říkala jsem si, že tu je někdo, kdo mi od bolesti pomůže.



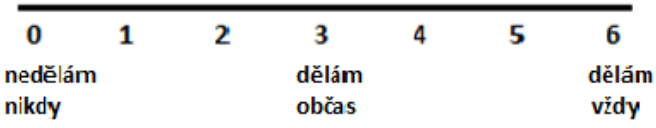
17. Modlila jsem se k bohu, ať to dlouho netrvá.



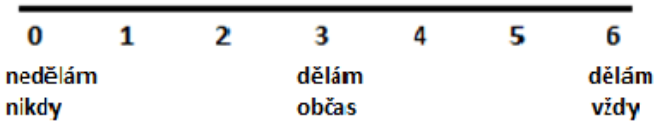
18. Snažila jsem se myslet na bolest jako na něco, co je odděleno mimo mé tělo.



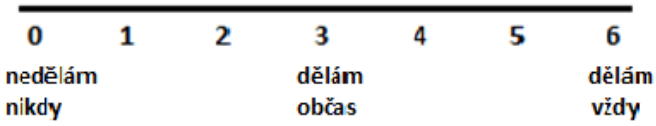
20. Snažila jsem se nemyslet na bolest.



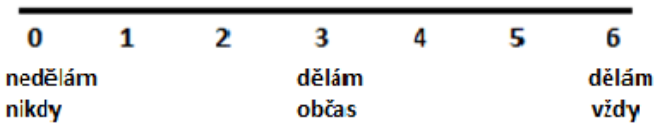
21. V duchu se přesunula do budoucna a myslela na dítě.



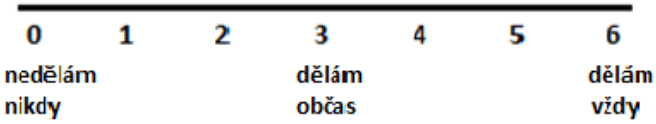
22. Říkala jsem si v duchu „ to nebolí “.



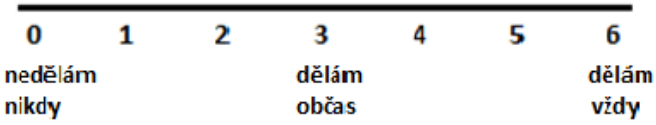
23. Pomyslela jsem si, že mi bolest nezabrání dělat to, co právě chci.



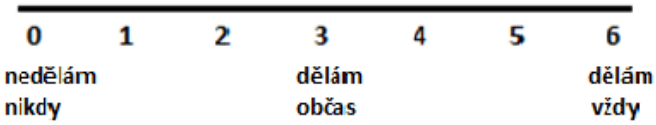
24. Snažila jsem se nevěnovat bolesti pozornost.



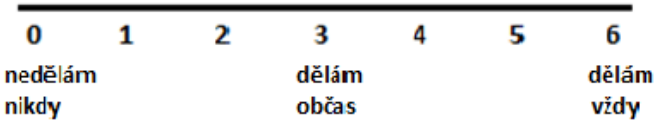
25. Věřila jsem lékařům, že mi pomohou od bolesti.



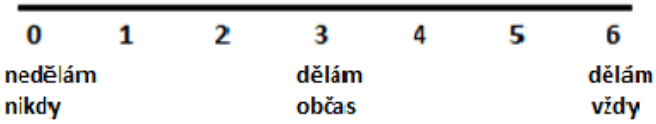
26. Bez ohledu na to, jak to bylo zlé, věděla jsem, že to mohu zvládnout.



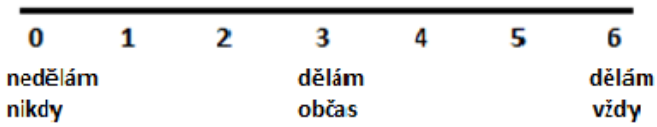
27. Předstírala jsem, že bolest tu není.



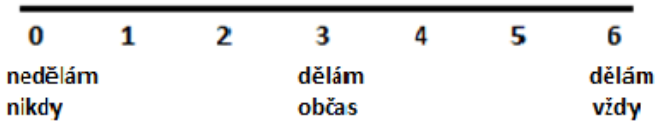
28. Po celý čas jsem se obávala, jak dlouho to bude trvat.



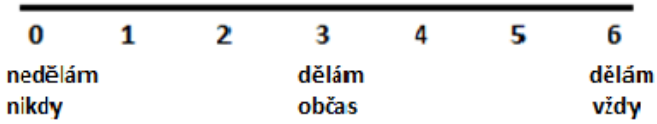
30. Vzpomínala jsem na něco příjemného z minulosti.



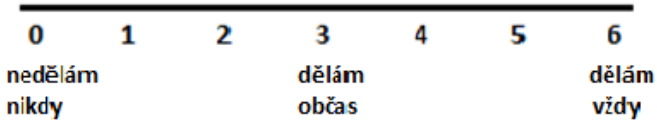
31. Myslela jsem na lidi, se kterými jsem ráda.



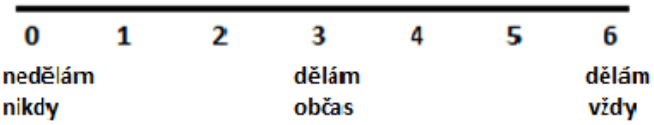
32. Modlila jsem se, aby bolest skončila.



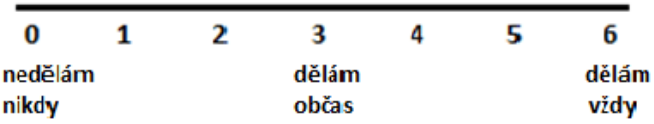
34. Představovala jsem si, že bolest je mimo moje tělo.



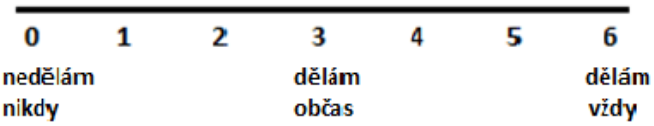
35. Snažila jsem se dělat, jako že se nic neděje.



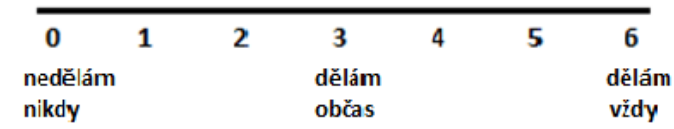
36. Chápala jsem bolest jako výzvu a nenechala se tím vyvést z míry.



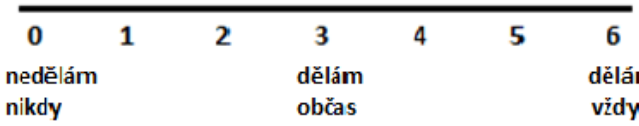
37. Ačkoliv mě to bolelo, snažila jsem se být statečná.



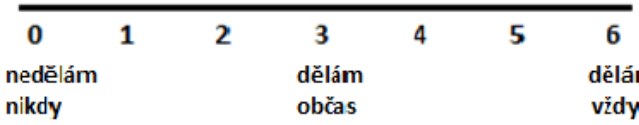
38. Cítila jsem, že to nemohu vydržet.



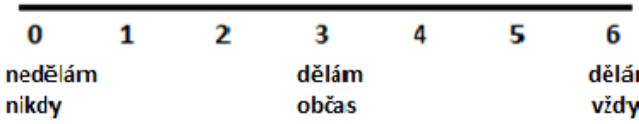
39. Snažila jsem se obklopit lidmi kolem sebe.



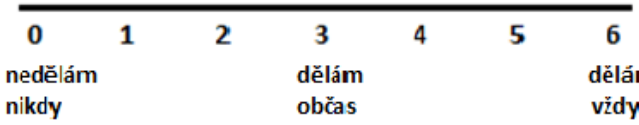
40. Bolest jsem se snažila ignorovat.



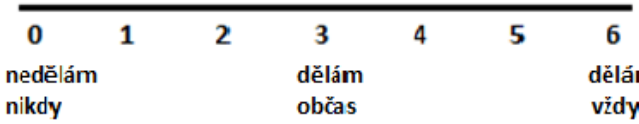
41. Spoléhala jsem na léky proti bolesti, které mi pomohou.



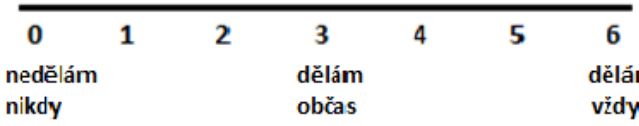
42. Cítila jsem, že s tím nemohu nic udělat.



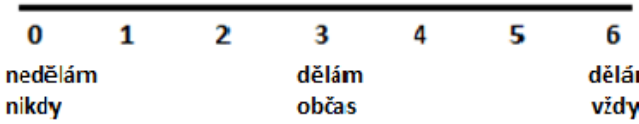
43. Myslela jsem na věci, které ráda dělám.



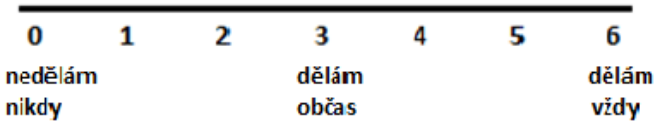
44. Dělala jsem cokoliv, abych odvedla svou mysl od bolesti.



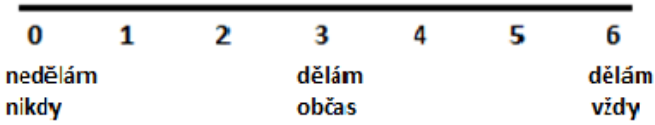
45. Dělala jsem něco, co mi je příjemné. např. poslouchala hudbu, relaxovala...



46. Předstírala jsem, že bolest není součástí mne samotné.

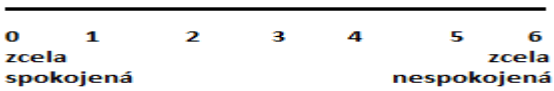


47. Plánovala jsem si, co všechno při práci s bolestí vyzkouším.

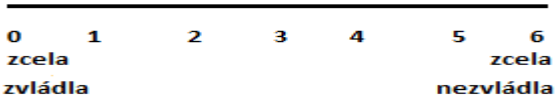


Na konec dotazníku jsem zařadila otázky retrospektivního hodnocení, tedy jak hodnotíte sama sebe po porodu a zážitky z porodu. Nejprve jsou zařazeny škály, poté otázky, na které prosím odpovězte svými slovy.

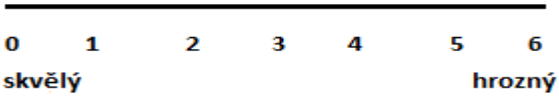
S tím, jak jsem pracovala s porodní bolestí, jsem:



Myslím si, že jsem porod :



Celkově hodnotím svůj porod jako



Prožila jste během porodu nějaký silný negativní zážitek?

a) ne

b) ano

jaký:……

Prožila jste během porodu nějaký silný pozitivní zážitek?

a) ne

b) ano

jaký:……

Příloha 3

Škála sociální readaptace dle Holmese a Rahe

K identifikaci závažných sociálních dopadů působení stresu je používána úspěšně škála sociální readaptace, původně sestavená Holmesem a Rahem. Metoda je užívána pod českým názvem Škála sociální readaptace a skládá se ze 43 položek různých životních situací, které byly vybrány na základě rozsáhlých šetření zaměřených na korelace mezi prožitím určitých životních událostí a následujícím vznikem či rozvojem určitých onemocnění. Každá položka má přiřazenu kvantifikovatelnou „váhu“, vyjádřenou počtem bodů. Klient hodnotí poslední časové údobí, nejčastěji jeden rok. V případě vícenásobného výskytu událostí se bodové hodnocení násobí počtem výskytů a celkové dosažené skóre se sečte. Za relativně bezrizikové skóre se považuje pásmo do 150 bodů, v pásmu 150 - 200 bodů již může dojít k psychosomatickému onemocnění u asi 40 % osob, v pásmu 200 - 299 u 50 % osob a konečně v pásmu nad 300 bodů až u 80 % osob.

Čím vyšší je skóre, tím intenzivnější by měla být intervence zaměřená na změnu té stránky způsobu života, která je nejvíce dotčena.

Skórování

HOLMES-RAHE SOCIAL READJUSTMENT SCALE

Méně než 150 jednotek životní změny	=	30% šance vývoje nemoci ze stresu
150 – 299 jednotek životní změny	=	50% šance nemoci
Více než 300 jednotek životní změny	=	80% šance nemoci

Škála sociální readaptace dle Holmese a Rahe	
Událost	Počet bodů
Smrt partnera	100
Rozvod	73
Rozchod s partnerem	65
Pobyt ve vězení	63
Smrt příslušníka rodiny	63
Osobní úraz nebo nemoc	53
Svatba	50
Propuštění z práce	47
Manželské usmiřování	45
Odchod do důchodu	45
Zdravotní změny příslušníka rodiny	44
Těhotenství	40
Sexuální problémy	39
Příchod nového člena rodiny	39
Změny ve finančním postavení	38
Smrt blízkého přítele	37
Přechod na nový způsob práce	36
Přibývání manželských hádek	35
Větší zadlužení	31
Ztráta velkého obnosu peněz	30
Změny odpovědnosti v práci	29
Syn nebo dcera opouštějí domov	29
Potíže s příbuzenstvem s partnerovy strany	29
Mimořádný osobní úspěch	28
Partner/ka začíná nebo končí s prací	26
Začátek nebo konec školy	26
Změny životních podmínek	25
Změny v osobních návycích	24
Potíže se šéfem	23
Změny v pracovních hodinách nebo podmínkách	20
Změna bydliště	20

Změna školy	20
Změna v rekreování	19
Změny v náboženských aktivitách	19
Změny ve společenských aktivitách	18
Zadlužení	17
Změny ve spánkových návycích	16
Velké změny v počtu rodinných příslušníků	15
Změny v návycích v jídle	15
Prázdniny, dovolená	13
Vánoce	12
Drobná porušení zákona	11

Anglická verze

Life Events	Score
1. Death of spouse	100
2. Divorce	73
3. Marital separation from mate	65
4. Detention in jail, other institution	63
5. Death of a close family member	63
6. Major personal injury or illness	53
7. Marriage	50
8. Fired from work	47
9. Marital reconciliation	45
10. Retirement	45
11. Major change in the health or behavior of a family member	44
12. Pregnancy	40
13. Sexual difficulties	39
14. Gaining a new family member (e.g., through birth, adoption, oldster moving, etc.)	39
15. Major business re-adjustment (e.g., merger, reorganization, bankruptcy)	39
16. Major change in financial status	38
17. Death of close friend	37
18. Change to different line of work	36
19. Major change in the number of arguments with spouse	35
20. Taking out a mortgage or loan for a major purchase	31
21. Foreclosure on a mortgage or loan	30
22. Major change in responsibilities at work	29
23. Son or daughter leaving home (e.g., marriage, attending college)	29
24. Trouble with In-laws	29
25. Outstanding personal achievement	28
26. Spouse beginning or ceasing to work outside the home	26
27. Beginning or ceasing formal schooling	26
28. Major change in living conditions	25
29. Revision of personal habits (dress, manners, associations, etc.)	24
30. Trouble with boss	23
31. Major change in working hours or conditions	20

32. Change in residence	20
33. Change to a new school	20
34. Major change in usual type and/or amount of recreation	19
35. Major change in church activities (a lot more or less than usual)	19
36. Major change in social activities (clubs, dancing, movies, visiting)	18
37. Taking out a mortgage or loan for a lesser purchase (e.g., for a car, TV, freezer)	17
38. Major change in sleeping habits	16
39. Major change in the number of family get-togethers	15
40. Major change in eating habits	15
41. Vacation	13
42. Christmas season	12
43. Minor violations of the law (e.g., traffic tickets, etc.)	11
TOTAL	_____

Příloha 4

Nefarmakologické metody tlumení bolesti

Nefarmakologické metody patří jistě do komplexu metod, které tiší bolest. Tyto metody by měly předcházet užitím farmakologických metod, avšak vždy je to závislé na zvážení stavu rodičky a snášení její bolesti, pokud by rodící žena nereagovala na tyto metody, v takovém případě by nemedikamentózní metody měly být alespoň součástí porodního procesu jako úlevový doplněk pro samotnou ženu. (Ratislavová, 2008, s. 68; Čech, 2006, s. 143)

Mezi nefarmakologické metody tlumící bolest řadíme především psychologické metody, tzn. předporodní příprava, sugesce, relaxace, odvedení pozornosti, vliv prostředí, dále pak také můžeme použít techniku dýchání, hydroanalgezii, aplikaci tepla a chladu, aromaterapii aj.

Předporodní příprava

V těhotenství je poskytována porodními asistentkami, které mají dlouholetou zkušenost. Tyto lekce jsou zaměřeny především na informovanost žen, dále na nácvik relaxačních a dýchacích metod, zbavení strachu a fyzické a psychické připravení ženy k porodu. V kurzu jsou zahrnuta témata jako anatomie, fyziologie těhotenství a samotný porod. (Rusová, 2010, s. 49) Základem je připravit matku na duševní a tělesné změny, které k těhotenství a pozdějšímu mateřství jistě patří. Zásadní úkol je také zmírnit nebo odbourat negativní emoce v souvislosti s porodem a snížit strach z porodních bolestí. „*Takto připravené matky se cítí na porodním sále příjemněji, lépe spolupracují a samotný porod si tím znatelně ulehčují.“* uvádí Pařízek (2009, s. 380)

Sugesce

Nakonečný (1997) definuje sugesci jako emocionální imperativní způsob přesvědčování. (in Ratislavová, 2008, s. 68). Sugesce je závislá na emocionální stránce člověka, zakládá se na vynětí logické a racionální kontroly nad daným problémem a došlo tak k převzetí určité idey dopomáhající k řešení situace. U ženy trpící bolestí je vyšší efektivita sugesce zvláště při nedirektivní formě, tzn., že žena je nabádána, přemlouvána. „mateřská forma sugesce“ – tichý a klidný hlas. Vhodná a pečlivě zvážená sugesce přináší uklidnění a uvolnění. Někdy se žena sama nabádá k lepší činnosti, nebo k lepšímu zvládání bolesti, dopomáhá si sama sugescí k lepšímu zvládnutí porodu. Takovou sugesci označujeme termínem autosugesce. Sugesce by měla mít vždy pozitivní účinek.

Relaxace

Cílem relaxace je především uvolnění napětí, odpočinutí a uklidnění. U rodící ženy, které bolest způsobuje fyzické i psychické napětí, zvyšuje srdeční frekvenci a krevní tlak, by měla relaxace dopomoct ke snížení těchto problémů, zvláště pak dodat trochu uvolnění a pocit klidu. Variací jak použít relaxační metody je mnoha:

Jacobsonova relaxační technika neboli progresivní relaxace je metoda založena na systematickém napínání a uvolnění kosterních svalů. Toto cvičení má efekt na odstranění svalového přepětí a navození příjemných pocitů. Cvičení je zaměřeno na všechny svalové struktury a skládá se ze šesti základních cviků, které mají za úkol uvolnění celého těla a tím i psychiky.

„ Schultzův autogenní trénink je relaxační metoda, při které se užívá pasivní koncentrace a autosugesce.“ (Strnadová, 2002, online) Tato metoda spočívá v navození pocitu tepla, chladu, tíže a uvolnění. Tyto pocity způsobí zvýšení činnosti krevního oběhu, které pak vysílají signál do nervového a parasympatického systému, při kterém dochází k uvolnění všech orgánů a svalů a tím pak krev může volně proudit. Tento stav má léčebné účinky jak na tělesnou stránku, tak i na psychickou stránku člověka.

Dále pak existuje dotyková relaxace, speciální dechové a meditativní relaxace, např. jógová relaxace a dále pak vizualizace, kde se využívá fantazie rodící ženy. (FitCoach, 2012, online)

Odvedení pozornosti

Tato metoda tlumení bolesti se řadí do kognitivních metod zvládání bolesti. Je zaměřená na přímou změnu myšlenek, které se vztahují k bolesti a na posílení pacienta v oblasti zvládání stresu s předpokladem, že bolest se buď zmírní, nebo zcela vymizí. (Baštěcká a kol.,2003,s.132)

Metoda odvedení pozornosti spočívá v soustředění se na jiné podněty, než je porodní bolest – např. vnímání dechu, vnímání pokynů porodní asistentky, anebo také existuje metoda řadící se do mentální stimulace, a tou je upření pozornosti na jeden bod, ať už objekt v místnosti, nebo vnímání vnitřního tzv. duševního bodu. Tato metoda je často užívaná a podporovaná.

Hydroanalgezie

Mezi nejčastějším ovlivněním bolesti patří hydroanalgezie, což je relaxace a nahřívání se v teplé vodě. Užívá se zpravidla v první době porodní, kdy bolesti jsou výraznější a více progredující. Hydroanalgezie účinkuje jako relaxace jak svalových struktur tzn. uvolnění pánevního svalstva, hráze a tím tak dopomáhá k progresi během porodu, ale také navozuje psychické uvolnění, které velice dopomáhá k nabrání dalších sil rodící ženy. Teplota vody nesmí přesahovat 37 stupňů Celsia, poté by mohlo dojít k tachykardii a dušnosti ženy, způsobené horkou vodou, což negativně ovlivňuje i plod.

Kontraindikací hydroanalgezie jsou jakékoliv infekční choroby matky včetně GBS pozitivity, dále pak porodnické či jiné patologie během první a druhé doby porodní, dále pak při podání epidurální analgezie. Proto platí, že porodní asistentka by měla zvážit, které ženy tuto metodu relaxace mohou podstoupit. Obecně platí, že pozor se musí dát na ženy kardiačky, ženy léčené na vysoký krevní tlak, ženy s kožními onemocněními nedovolující dlouhodobé ležení v teplé vodě. (Pařízek, 2009, s. 472)

Aromaterapie

Aromaterapie využívá čisté rostlinné výtažky, z nichž se vyrábějí éterické esenciální oleje a jejich směsi. Tato metoda je známá a používaná po několik staletí pro její účinky relaxace a odpočinku. Patří mezi alternativní způsob léčby.

Je to terapie pomocí vdechování bylinných extraktů přes nejcitlivější smyslový orgán a tím je čich. Její účinnost ovlivňuje limbický systém, který vyvolá emoce a citové prožitky. Existuje celá škála vůní od citrusových plodů, květin a různých aromatických a vonných látek. Žena si sama může vybrat, která ji nejvíce vyhovuje a zklidňuje. Nejlepším způsobem použití esenciálních olejů je pomocí aromalampy. Tyto látky se dostávají přibližně do 15 minut do krevního oběhu a jsou laboratorně prokazatelné. Nejznámější vůně doporučená pro uklidnění při porodu je levandule, pelargonie má antidepresivní účinek a citrusové plody osvěžují. Nutné je podotknout, že žena by si měla přečíst o aplikaci a účincích těchto látek před tím, než je začne užívat. (Víchová, 2008, online)

Prostředí

Prostředí, ve kterém by žena měla rodit, výrazně ovlivňuje psychiku žen a tím i průběh porodu. Toto prostředí by mělo být intimní, vyzařující klid, teplo a pohodu, kde žena může být se svým partnerem sama. Důležité je mít možnost volného pohybu. „Porodní pokoj by měl být vybaven tak, aby se rodička vyhnula pohledu na zdravotnickou techniku, porodnické nástroje“ uvádí Ratislavová (2008, s. 70)

Součástí prostředí, ve kterém by žena měla rodit, hraje roli i porodní asistentka, která ji v průběhu porodu doprovází. Měla by s ní navázat přátelský vztah a psychoterapeutický přístup tak, aby se na ní žena kdykoliv mohla obrátit a porodní asistentka naopak, být oporou.

Technika dýchání

Správná technika dýchání při porodu je velice důležitá pro zvládání bolesti a stresu v porodním procesu. Zpravidla se jí ženy učí na psychoprofylaktických kurzech pro těhotné v rámci výuky od porodní asistentky.

Technika spočívá ve frekvenci a hloubce dýchání. To se mění v průběhu porodu, kdy jsou kladeny jiné nároky vlivem zhoršujících se kontrakcí. V první době porodní postačí pomalé dýchání, které má relaxační a uklidňující efekt. V době začátku porodu a zvyšování kvality kontrakcí je vhodné hluboké rovnoměrné dýchání, kdy je hluboký nádech nosem a výdech pusou. Toto dýchání se uplatňuje i při panice rodící ženy, kde snižuje úzkost. Dále pak mělké rychlé dýchání označováno také jako „psí“ dýchání, které je vhodné při prodýchávání kontrakcí v poslední fázi porodu a před samotným tlačením. (naše porodnice, online)