

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **HORMONY PŘI PORODU**

**Bakalářská práce**



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence (B5349)

**Romana Kolesová**

Studijní obor: Porodní asistentka

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ V PLZNI**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Magdaléna Ezrová

PLZEŇ 2016

Zadání BP!

## Prohlášení

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

V Plzni dne

.....

vlastnoruční podpis

## Poděkování

Děkuji Mgr. Magdaléně Ezrové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Romana Kolesová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Hormony při porodu

Vedoucí práce: Mgr. Magdaléna Ezrová

Počet stran – číslované: 100

Počet stran – nečíslované: 8

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 24

Klíčová slova: hormony- porod- přirozený porod- oxytocin

### **Souhrn:**

Předmětem bakalářské práce je teoretická a praktická analýza vlivu hormonů na porod. Teoretická východiska práce tvoří poznatky z nejnovější odborné literatury. Cílem teoretické části je popsat hormonální pochody v těle ženy při oplodnění, v těhotenství, při porodu a bezprostředně po porodu. Cílem praktické části je zjistit, zda mají rodičky v České republice ideální podmínky pro vyplavování hormonů při porodu.

## **Annotation**

Surname and name: Romana Kolesová

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Hormones during childbirth

Consultant: Mgr. Magdaléna Ezrová

Number of pages – numbered: 100

Number of pages – unnumbered: 8

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 24

Keywords: hormones – birth - natural birth - oxytocin

### **Summary:**

This bachelor thesis is focused on hormones during childbirth. This thesis has two parts. First part is based on theoretical informations, second is based on practical knowledge. In the theoretical part, there is description of hormonal processes in a woman's body at fertilization, during pregnancy, at birth and immediatly after birth. This bachelor thesis describes ways, how to support natural birth. This thesis describes frequent intervations. The practical part is based on investigation, the main aim was detect, if mothers in Czech hospitals have ideal conditions for childbirth.



# OBSAH

ÚVOD .....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
Záměr bakalářské práce.....	11
Hormony.....	11
2.1 Hormonální regulace reprodukčního systému ženy .....	12
2.1.1 Hypotalamo-hypofyzární osa .....	12
2.1.2 Hormony ovarií .....	12
2.2 Hormonální změny v těhotenství.....	13
2.2.1 Změny pohlavních orgánů.....	13
2.2.2 Změny krevního oběhu.....	14
2.2.3 Změny trávicího systému .....	14
2.2.4 Změny močového traktu.....	14
2.2.5 Změny v endokrinním systému .....	14
2.2.6 Změny prsou.....	15
2.2.7 Změny na kůži .....	15
2.3 Biologická příprava k porodu.....	15
2.4 Hormony při porodu.....	15
2.4.1 Estrogen a progesteron .....	16
2.4.2 Oxytocin .....	16
2.4.3 Beta-endorfin.....	18
2.4.4 Adrenalin a noradrenalin .....	19
2.4.5 Prolaktin .....	19
Podpora porodu .....	20
3.1 Vývoj do podoby dnešního porodnictví .....	20
3.2 Definice normálního a přirozeného porodu.....	22
3.3 Filozofie přirozeného nenarušovaného porodu .....	22
3.4 Podpora nenarušovaného přirozeného porodu porodní asistentkou .....	23
3.4.1 Osobnost ženy .....	23
3.4.2 Psychoprofylaktická příprava k porodu.....	24
3.4.3 Porodní přání, porodní plán.....	24
3.4.4 Osobnost porodní asistentky.....	25
3.4.5 Výběr místa a prostředí porodu .....	25
3.4.6 Atmosféra .....	25
3.4.7 Přístup personálu .....	25
3.4.8 Přítomnost lékaře.....	26
3.4.9 Doprovázející osoba .....	26

3.4.10	Relaxace .....	26
3.4.11	Vedení porodu .....	26
3.4.12	Poloha při porodu .....	27
3.4.13	Bonding .....	27
	Přirozené metody v práci porodní asistentky .....	27
4.1	Nefarmakologické metody preindukce a indukce .....	27
4.1.1	Ricinový koktejl .....	27
4.1.2	Akupunktura .....	28
4.1.3	Masáž prsních bradavek .....	28
4.1.4	Nechráněný pohlavní styk .....	28
4.1.5	Hamiltonův hmat .....	28
4.2	Polohování .....	28
4.3	Hydroterapie .....	29
4.4	Porod do vody .....	30
4.5	Aromaterapie .....	30
4.6	Muzikoterapie .....	30
4.7	Psychologické metody tlumení bolesti .....	30
	Intervence rušící fyziologicky probíhající porod .....	31
5.1	Medikalizace porodu .....	31
5.1.1	Preindukce a indukce .....	31
5.1.2	Urychlování porodu syntetickým oxytocinem .....	32
5.1.3	Opioidní analgetika .....	33
5.1.4	Epidurální anestezie .....	33
5.2	Císařský řez .....	33
5.3	Separace matky a dítěte .....	34
	<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>35</b>
	Formulace problému .....	35
	Cíl výzkumu .....	35
	Dílčí cíle a předpoklady .....	35
	Charakteristika souboru .....	37
	Metoda sběru dat .....	37
	Organizace výzkumu .....	38
	Analýza údajů .....	39
	<b>PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ</b> .....	<b>77</b>
	<b>DISKUZE</b> .....	<b>84</b>
	Závěr .....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>
	Doporučení pro praxi .....	89

SEZNAM LITERATURY A POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	91
SEZNAM GRAFŮ .....	93
SEZNAM PŘÍLOH .....	96
Přílohy .....	97

# ÚVOD

Porod patří k nejzásadnějším událostem v životě ženy. Všichni si uvědomujeme, jak obtížná situace to může být. Ve své praxi na porodním sále jsem se setkala s různými druhy žen. Každá z těchto žen byla individuální bytostí, se svými vlastními pocity, emocemi a potřebami. V porodnici často vidím ženy, které si z porodu odnesly jen málo krásných zážitků. Vnímám proto jako velice důležité respektovat všechny druhy žen v rámci profese porodní asistentky, jejich přání, potřeby a stesky. A v případě, že vše probíhá fyziologicky a bez komplikací, těmto potřebám vyhovět v nejvyšší možné míře.

Jako téma bakalářské práce jsem si vybrala hormony při porodu. Toto téma mi připadá velice opomíjené. Mnoho porodních asistentek, nemocnic i jiných zařízení pořádají cvičení pro těhotné, předporodní kurzy. Na těchto kurzech učí ženy jak při porodu dýchat, jak a kdy tlačit, učí je o mechanismu porodu a o tom, jak by měl porod ideálně vypadat. Domnívám se však, že tyto aktivity jsou často neobjektivní. Promítají se do nich zvyklosti daných zařízení, personálu, málokdo vnímá rodičí ženu a její dítě jako hlavní účastníky komplexního procesu porodu. Hladiny hormonů jsou pro početí, těhotenství, přípravu organismu na porod, porod a poporodní období naprosto stěžejní.

Tyto od přírody nastavené procesy zdravotnický personál často přehlíží a má potřebu neustále do nich zasahovat různými intervencemi. To má často za následek rozvrat hormonální rovnováhy a narušení porodu tak, že si rodička a novorozenec odnáší z porodu mnoho negativních zkušeností a vzpomínek do dalšího života. Tyto nežádoucí jevy se pak promítají v psychické, fyzické, sociální i behaviorální stránce jejich života.

V teoretické části bakalářské práce se věnuji fyziologickým hormonálním pochodům v reprodukci. Chci seznámit čtenáře se změnami, které nastávají díky hormonům během těhotenství, s biologickou přípravou k porodu. Dále se zaměřuji na samotné hormony při porodu a v časném poporodním období, jejich funkce a vlastnosti. V předposlední kapitole teoretické části se věnuji přirozenému fyziologickému porodu a různým přístupům, kterými se dá tento proces podpořit. Zmiňuji i na alternativní metody, jako je například aromaterapie, masáže, relaxace, hydroterapie a podobně. V poslední kapitole píšou o nejčastějších intervencích a s nimi spojených komplikacích.

Praktická část bakalářské práce je věnována kvantitativnímu výzkumu formou dotazníkového šetření. V dotazníku byly použity uzavřené i otevřené formy otázek. Výzkum

probíhal v různých skupinách na sociální síti, které se věnují těhotenství, mateřství a dalším souvisejícím tématům. Výzkumné šetření mapuje zda podmínky, které k porodu ženy měly, mohou ovlivnit jeho průběh a výsledek.

Cílem této práce je zjistit, zda jsou v České republice nastaveny ideální podmínky pro fyziologicky probíhající přirozený porod.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Záměr bakalářské práce

Záměrem bakalářské práce je seznámit čtenáře s významem znalostí o fyziologických hormonálních pochodech při porodu. Na podkladě nejnovější dostupné literatury shrnout z jakého důvodu bychom měli v nemocnicích a jiných zařízeních podporovat fyziologický proces porodu, a podpořit tak jeho přirozenost. Bakalářská práce má dále za záměr nastínit, jak by měly vypadat přirozené metody vedení porodu a jak podpořit rodičku a její dítě, aby mezi sebou navázaly láskyplný vztah.

## 2. Hormony

Slovo „hormon“ pochází z řečtiny a znamená impuls. Jde o látky, které jsou produkovány v danou chvíli a v potřebném množství na základě signálů vnějšího i vnitřního prostředí. Hormony jsou vylučované specifickými tkáněmi nebo buňkami a jsou krví transportovány k cílovým buňkám či tkáním. Díky tomu vzniká specifická odpověď organismu. Některé hormony působí cíleně a naprosto specializovaně, jiné působí v rámci celého těla. Jeden hormon může mít několik funkcí a naopak jedna funkce může být regulována hned několika hormony. Hormony jsou produkovány endokrinními žlázami, což jsou malé žlázy v různých oblastech těla, které nemají vývody a jsou bohatě cévně zásobené. To umožňuje přenos jejich produktu do krevního řečiště. (Rokyta, 2015, s. 333-334)

Jednotlivé hormony můžeme dělit dle místa působení (apokrinní, endokrinní), dle chemické povahy (peptidy, deriváty aminokyselin, steroidy), dle způsobu účinku (regulační, s přímým účinkem na tkáň, působící lokálně) a dle místa vzniku (epifyzární, hormony štítné žlázy, pohlavní hormony atd.). (Trojan, 2003, s. 475)

## 2.1 Hormonální regulace reprodukčního systému ženy

Na rozdíl od reprodukčního systému muže má reprodukční systém ženy cyklickou povahu, opakuje se zhruba každých 28 dní. Jedná se o hormonální sladění hypotalamu, hypofýzy, vaječnicků a dělohy. V případě hormonální regulace reprodukčního systému ženy mluvíme o třech spolu souvisejících cyklech.

- Hypotalamo- hypofyzárním
- Ovariálním
- Menstruačním

### 2.1.1 Hypotalamo-hypofyzární osa

Hypotalamus produkuje hormon gonadoliberin. Gonadoliberin funguje jako stimulant hypofýzy k produkci luteinizačního hormonu (LH) a folikuly stimulačního hormonu (FSH). Gonadoliberin se krevní cestou dostává z hypotalamu do předního laloku hypofýzy (adenohypofýzy), kde se naváže na receptory cílových buněk, které produkují FSH a LH. (Trojan, 2003, s. 493- 494)

### 2.1.2 Hormony ovarií

Po navázání gonadoliberinu na receptory předního laloku hypofýzy je nejprve FSH transportován krví do ovarií, kde podněcuje růst skupiny folikulů společně s estrogeny, jeden z folikulů roste rychleji. Etiologie výběru je dosud neznámá. Z nejrychleji rostoucího folikulu vznikne Graafův folikul, který se vyklene na povrch ovaria, zduří, praskne a pod vlivem LH se vyplaví do břišní dutiny, kde je zachycen fimbriemi vejcovodu. Pod vlivem LH tedy dochází k ovulaci. (Rokyta 2015, s.349)

Ovariální cyklus tedy můžeme rozdělit na dvě fáze. Na fázi první folikulární a druhou luteální. Ve fázi folikulární, která je vedena FSH a estrogenem, dochází ke stimulaci růstu folikulů. V této fázi dochází v děloze k vytváření podmínek vhodných k zahnízdění oplozeného vajíčka, trvá zhruba do 14. dne cyklu. Luteální fáze začíná pod vedením LH a progesteronu, pod jejichž vlivem dochází k ovulaci. Vývoj luteální fáze záleží na oplození či neoplození. Při oplození se bavíme o vývoji těhotenství. Z buněk, které byly součástí Graafova folikulu, vznikne žluté tělísko. To je dočasná exokrinní žláza, která produkuje gestageny a relaxin. V ovariích se pod vlivem FSH a LH tvoří další pohlaví hormony.

- Estrogeny
- Gestageny
- Androgeny

**Estrogeny** jsou nejdůležitějšími pohlavními hormony ženy. Největší množství estrogenů je uvolňováno v první polovině cyklu. Mezi fyziologické účinky estrogenů patří vývoj rodidel, proliferace vaginální sliznice, děložního hrdla, myometria a endometria, stimulace růstu folikulů, ovlivnění růstu a větvení mlékovodů, vývin sekundárních pohlavních znaků. Zapříčiňují typické ženské chování, výrazně ovlivňují psychiku, chování a jednání. Ovlivňují metabolismus minerální, vodní, sacharidový, kalciový a metabolismus štítné žlázy a nadledvinek.

**Gestageny** jsou produkovány buňkami žlutého tělíska zejména v druhé polovině cyklu. Nejvýznamnějším zástupcem gestagenů je progesteron, který připravuje ženské tělo na těhotenství a umožňuje ho udržet, zpomaluje transport plodového vejce vejcovody, podporuje inhibiční účinky estrogenů, a tím zabraňuje další ovulaci.

**Androgeny**, mezi které patří testosteron, jsou mužské pohlavní hormony, u žen mají také využití, ovlivňují růst pubického a axilárního ochlupení a libido. (Čech, 2014, s. 32-36, Rokyta, 2015, s. 397-399)

## 2.2 Hormonální změny v těhotenství

Těhotenství znamená změnu pro celé tělo ženy. Musí se podřídit tomu, že pod srdcem nosí další bytost. Plod ovlivňuje téměř všechny systémy mateřského těla. Některé tkáně rostou, pod vlivem hormonů dochází k zadržování vody v některých částech těla, v jiných systémech dochází k relaxaci a celkovému funkčnímu upravení. (Čech, 2014, s. 34-36)

### 2.2.1 Změny pohlavních orgánů

Gravidní děloha vlivem estrogenů a progesteronu zbytnuje a přibývá na váze, z původních 50 gramů se dostane asi na 1 kilogram. Děložní objem se zvětšuje až 500krát a dosahuje objemu až 5 litrů. Dochází k tvorbě nových hladkosvalových vláken, děložní stěny se ztenčují. Cévní zásobení dělohy hypertrofuje. Po dvacátém týdnu těhotenství začíná vznikat dolní děložní segment, který je u netěhotné dělohy nerozeznatelný. V těhotenství zbytnuje pochva a zvětšuje svou délku, je vysoce prokrvená a prosáklá. Snižuje se poševní pH, proto jsou těhotné ženy náchylnější k vaginálním mykózám. Vlivem melanocyty



stimulujících hormonů dochází ke zvýšené pigmentaci na stydkých pyscích. (Čech, 2014, s. 34-36)

### **2.2.2 Změny krevního oběhu**

V prvním trimestru probíhají největší změny cévního systému. Zvyšuje se minutový srdeční objem, srdeční frekvence. Na konci těhotenství může docházet k útlaku dolní duté žíly těhotnou dělohou. To může vést k syndromu dolní duté žíly, která se projevuje nejčastěji nevolností. Vlivem rostoucí dělohy stoupá bránice, a dochází tak ke změně polohy srdce. (Čech, 2014, s. 34-36)

### **2.2.3 Změny trávicího systému**

Od druhého trimestru těhotné ženy často pociťují pálení žáhy. To je dáno jednak vlivem rostoucí dělohy, která snižuje obsah žaludku, jednak i vlivem progesteronu. Progesteron má relaxační účinky na kardiální žaludku, dochází tak k vracení kyselého žaludečního obsahu zpět do jícnu. Progesteron snižuje střevní motilitu, dochází tak často k zácpě. (Čech, 2014, s. 34-36)

### **2.2.4 Změny močového traktu**

Vzhledem k celkovému nárůstu průtoku krve se zvětšuje i glomerulární filtrace v těhotenství. Vlivem progesteronu může docházet ke ztrátám sodíku, za fyziologických podmínek je tento stav regulován zvýšenou produkcí reninu a angiotenzinu. Objevuje se vyšší senzitivita k urogenitálním infekcím. Vlivem rostoucí dělohy a progesteronu dochází k utlačení močového, a zvyšuje se tak riziko stagnace moči a množení bakterií. (Čech, 2014, s. 34-36)

### **2.2.5 Změny v endokrinním systému**

V těhotenství klesá produkce gonadoliberinu. Zvyšuje se produkce prolaktinu, adrenokortikotropního hormonu, tyreotropního hormonu. V kůře nadledvin se zvyšuje tvorba kortikosteroidních hormonů, to má za následek vznik strií. (Čech, 2014, s. 34-36)

### **2.2.6 Změny prsou**

Zvětšení prsů a bradavek je jedna z brzkých známek gravidity. V těhotenství jsou vlivem estrogenů prsa více vaskularizována. Následkem melanocyty stimulujícího hormonu dochází k jejich pigmentaci. (Čech, 2014, s. 34-36)

### **2.2.7 Změny na kůži**

U mnoha žen v těhotenství vznikají v obličeji chloasma gravidarum, jde o žlutohnědé skvrny. Změny pigmentace se týkají i výše zmíněných prsou. V podbřišku často vzniká linea fusca, což je pigmentovaná čára vedoucí mezi podbříškem a pupkem. Všechny změny v pigmentaci vznikají kvůli melanocyty stimulujícímu hormonu. Tyto obtíže ustanou v poporodním období. Vlivem kortikosteroidů a rozpínání kůže zvyšující se hmotností se v těhotenství často objeví strie, k jejichž tvorbě predisponují i individuální faktory. Strie jsou zpočátku narůžovělé, později zestříbí, ale už nikdy nezmizí úplně. (Čech, 2014, s. 34-36)

## **2.3 Biologická příprava k porodu**

Období biologické přípravy k porodu nastává na konci těhotenství. Jedná se o multifaktoriální děj, který se projevuje nárůstem iritability dělohy, v posledních týdnech těhotenství dochází ke snížení děložního fundu. Hrdlo děložní se zkracuje a měkne, odchází hlenová zátka. Všechny tyto okolnosti vedou k počátku rozvoje kontrakcí děložních. Na přípravě k porodu se podílejí prostaglandiny, estrogény, relaxin a oxytocin. Na konci těhotenství dochází k úbytku progesteronu. Tento pokles hladiny progesteronu snižuje blokování děložních kontrakcí. Zvýšením množství estrogenů dojde k relativnímu hyperestrinismu. Estrogény stimulují produkci prostaglandinů, oxytocinových receptorů a nárůst jejich počtu. Tlumí účinky oxytocinázy, která dosud odbourávala oxytocin. Oxytocin se podílí na vzniku děložních kontrakcí a dává popud pro začátek porodu. (Čech, 2014, s. 178-179)

## **2.4 Hormony při porodu**

Co se týče hormonální regulace přirozeného porodu, je důležité si uvědomit, co to přirozený porod je. Hlavními aktéry porodu jsou žena a její dítě. (Odent, 2013, s. 20) Přirozená hormonální regulace je velice složitý proces, o kterém toho stále mnoho nevíme. Každý zásah, který narušuje hormonální rovnováhu, je schopný způsobit negativní následky.

Hormony při porodu zahrnují estrogen, progesteron, oxytocin, beta- endorfiny a katecholaminy.

Synchronizace hormonů během porodu je velice komplexní. Stále nemůžeme s jistotou říci, které všechny faktory kromě hormonů porod spouští. Pravděpodobně jde o sdílení informací mezi matkou a dítětem, které zajišťují, že oba aktéři porodu jsou na něj připravení. Budeme se věnovat základním poznatkům o hormonech vyskytujících se při porodu, jako je oxytocin, endorfiny, katecholaminy, prolaktin, estrogen a progesteron. (Buckley, 2016, s. 139-152)

#### **2.4.1 Estrogen a progesteron**

Estrogen a progesteron jsou hormony steroidní povahy, považují se za prvotní iniciátory začátku porodu, vzájemně se ovlivňují, mění své množství a mají vliv na systém dalších hormonálních soustav.

Co se estrogenu za porodu týče, jedná se o zvýšení hladiny hormonálně aktivního estradiolu E2. Jde o primární ženský pohlavní hormon produkovaný vaječníky. Jeho funkce jsou zmíněny v kapitole číslo 2. Za porodu, hlavně v období před porodem, má ale také zásadní funkce. Několik týdnů před porodem jeho hladina stoupá, podílí se na nastavení podmínek vhodných pro porod, stimuluje syntézu prostaglandinů, proteinů, které zvyšují kontraktilitu dělohy, podněcuje vývoj a nárůst počtu oxytocinových receptorů a tlumí inhibici oxytocinu oxytocinázou. Hraje tedy zásadní roli při počátku porodu.

Progesteron má v první polovině gravidity relaxační účinky, snižuje dráždivost dělohy, udržuje těhotenství. V závěru těhotenství, kdy dochází k přípravě organismu k porodu, se jeho účinnost snižuje v důsledku relativního předporodního hyperestrinismu. (Buckley, 2016, s.139-152)

#### **2.4.2 Oxytocin**

Oxytocin je peptidový hormon, který je tvořen v hypotalamu, je uskladňován v zadním laloku hypofýzy-neurohypofýze. Z neurohypofýzy je pulzně vylučován do krevního oběhu, frekvence jeho vylučování se zvyšuje během postupování porodu. Senzitivní na oxytocin jsou oxytocinové receptory v děloze, jejichž počet se zvyšuje ke konci těhotenství a jejich četnost je nejvyšší v oblasti děložního fundu. (Buckley, 2016, s. 139-152) Účinky oxytocinu rozdělujeme na periferní a centrální. Jeho periferní účinky jsou hlavně ovlivnění děložních kontrakcí a laktace. Centrálně oxytocin působí jako neurotransmitter v různých

místech centrální nervové soustavy, kde je složitě zpětnou vazbou regulován. (Hynie, Klenerová, 2008, s.4)

Mezi periferní účinky oxytocinu patří ovlivnění děložních kontrakcí a laktace. Oxytocin má uterotonické účinky, vyvolává děložní kontrakce, je jejich hlavním spouštěčem, ale ne výhradním. Produkce oxytocinu probíhá nejen v těle matky, ale tvoří se i v hypofýze dítěte během porodu, v placentě a plodových obalech. Během porodu se zvyšuje tvorba oxytocinu také Fergusonovým reflexem. Jedná se o utero-hypofyzární reflex, kdy je hlavičkou dítěte dilatováno děložní hrdlo a pochva. Tento reflex vede nervus pudendus do centrální nervové soustavy, a vyvolává tak další tvorbu oxytocinu. V případě, že porod probíhá bez vnějších zásahů, zesílí se tento proces ještě vyplavováním adrenalinu a noradrenalinu a spustí se reflektivní vypuzení plodu. (Buckley, 2016, s.139-152)

Synonymem pro oxytocin je „hormon lásky“. Michel Odent označuje oxytocin jako hormon „zapomínám své já“, který hraje důležitou roli v zapomínání na porodní bolesti. Oxytocin navozuje mateřské chování, umožňuje tak kojení a starost o dítě. Jeho funkce je propojena se sexualitou, orgasmy, porodem, mateřstvím a kojením, ale má i behaviorální účinky, které souvisí s učením a pamětí, a tvorbou vztahu mezi lidmi. Podporuje v člověku schopnost altruismu. (Buckley, 2016, s. 139-152, Odent, 2013, s. 24-29). Mezi jeho další účinky patří vliv na kardiovaskulární soustavu, při intravenózním podání snižuje krevní tlak. (Hynie, Klenerová, 2008, s. 6)

Po porodu plodu nastává tzv. „zlatá hodinka“. Vysoká hladina oxytocinu zůstává a při přiložení dítěte k prsu, kontaktu kůže na kůži a pohledem z očí do očí ještě stoupá. Hladina hormonu je v tuto dobu nejvyšší. Oxytocin zajišťuje stahování dělohy, umožňuje tak odloučení placenty a zabraňuje poporodnímu krvácení. Novorozenec bezprostředně po porodu také produkuje oxytocin, proto je tato doba vhodná pro navázání raného vztahu mezi matkou a dítětem. Oba jsou ovlivněny „hormonem lásky“, očíhávají se a to v ženě vyvolává mateřské chování, novorozenec se cítí v bezpečí v láskyplné náruči své matky. Čich novorozence je stimulován oxytocinem, dokáže tak po porodu instinktivně nalézt prs matky a přisát se k němu. (Buckley, 2016, s. 139-152)

Oxytocin má svou funkci i při kojení, podporuje reflex vypuzování mléka. Snižuje aktivitu parasymptiku, jehož reakcí je „útok nebo útěk“. Kojící matky a kojené děti jsou tak díky oxytocinu výrazně klidnější. (Buckley, 2016, s.139-152) Změny nálad po porodu nemusí být vždy jen v kladném smyslu slova. Některé děje, které jsou vyvolány oxytocinem, mohou

způsobit psychické poruchy, jako je anxieta, deprese či autismus. (Hynie, Klenerová, 2008, s. 7-8)

Oxytocin funguje jako jakási „sociální čočka“. V závislosti na dřívějších zkušenostech zvyšuje v rodičce schopnost vycítit nebezpečí, nervozitu, stres a pocity ze strany zdravotníků. Působení oxytocinu tak může vysvětlit i význam přístupu zdravotníků k porodnímu procesu. Dřívější výzkumy se snažily potvrdit, že oxytocin zvyšuje důvěru, to se ale neprokázalo. Potvrdilo se však to, že zvyšuje důvěru v důvěryhodného partnera a naopak ji snižuje u partnera, ke kterému důvěru nemáme. Tento mechanismus je dán evolučně, jeho opak by v jedinci vyvolal slepou víru v člověka a pocit bezpečí v každém prostředí, v jakýchkoli podmínkách. Pokud nastanou podmínky, které jsou pro nastávající matku nekomfortní, cítí se pozorována, má nedostatek intimity a soukromí, produkce oxytocinu se naruší a porod se tím může zastavit. Klíčové dovednosti zdravotníků jsou tedy empatie a naslouchání potřebám rodičky a zajištění vhodného prostředí k porodu. (Kodyšová, 2009, s. 37-44)

### **2.4.3 Beta-endorfin**

Beta-endorfin je polypeptid, který se v lidském těle vyskytuje jako přirozený opiát. Je vyplavován při bolesti a stresu z hypofýzy, a funguje tak jako přirozený způsob tlumení bolesti. Aktivuje také systém odměn, který je na bázi dopaminu. Vytváří pocit odměny a potěšení například při milování, porodu a kojení. Vylučuje se při mezilidském kontaktu včetně fyzického. Beta-endorfin stejně jako syntetické opiáty umocňuje příjemné emoce. Během porodu se jeho množství zvyšuje, na původní hodnoty se dostává za jeden až tři dny po porodu.

Vysoké hodnoty beta-endorfinu za porodu pomáhají rodící ženě přemoci porodní bolesti. V případě bezzásahového porodu dostává matku do změněného stavu vědomí (podobně jako drogy), tím posiluje vzájemné působení matky a dítěte, a vzbuzuje tak příjemné pocity a emoce. Během porodu produkuje beta-endorfin i hypofýza plodu, jeho hladina je v placentě velmi vysoká. Příliš brzké přestřížení pupečníku ubírá dítěti na hladině přirozených opiátů, které napomáhají vzniku vzájemného navázání vztahu mezi matkou a dítětem. Spletitost beta-endorfinu s ostatními hormony je komplexní, zabraňuje například produkci oxytocinu. Průběh porodu se tak dokáže přizpůsobit míře stresu a bolesti rodičky. Naopak napomáhá vyplavování prolaktinu, proto je velice důležitý při kojení, jeho hladina je vyšší až čtyři dny po porodu a nízká u matek, jejichž porod byl veden císařským řezem, proto nejspíš u těchto žen dochází k pomalejšímu nástupu laktace.

Beta- endorfin zajišťuje vzájemné působení mezi matkou a novorozencem, vyvolává u nich závislost a podporuje kojení, to vyvolává v obou aktérech porodu pocity pohody, klidu a pomáhá dítěti v těžkém přechodu do mimoděložního prostředí. (Buckley, 2016, s. 139-152)

#### **2.4.4 Adrenalin a noradrenalin**

Stresové hormony adrenalin a noradrenalin patří do skupiny katecholaminů. Vyplavují se z dřeně nadledvin. Reakcí na jejich vyplavování je stimulace sympatiku a aktivují akci „útok nebo útěk“. Jsou vyplavovány v reakci na stres, který vyvolává strach, zima nebo neklid a rozrušení. Vrcholu dosahují ve vypuzovací porodní době. Pokud je jejich úroveň vysoká již v prvních stádiích porodu tlumí kontrakce děložní, a mohou tak porod zpomalit nebo zastavit. Noradrenalin snižuje krevní zásobení dělohy, placenty a tím i plodu. Tento reflex má využití v přírodě, kdy se v případě nebezpečí u zvířat zastaví porod, a umožní tak rodící samici utéci nebo bojovat. U člověka se jejich vysoká hladina spojuje s tachykardií matky i plodu a s tím souvisejícím rizikem hypoxie.

Paradoxně však mohou vysoké hodnoty katecholaminů porod také rozběhnout a urychlit. Pokud je porod již ve fázi vypuzovací, ve stádiu, kdy už není cesty zpět a porod nelze zastavit nebo zpomalit, mohou katecholaminy dodat rodící ženě náhlý přísun síly a energie. Žena dává najevo strach, často tento pocit verbalizuje slovy o smrti, někdy je spojen se zlostí a vzrušením. Ve spojení vysoké hladiny katecholaminů s Fergusonovým reflexem pak dojde k několika velice silným kontrakcím a porodu dítěte.

Tak jako předchozí hormony katecholaminy za porodu vyplavuje i organismus plodu. Informují ho tak, že se něco děje, že se něco změní. Toto vyplavování je velice důležité pro jeho poporodnímu přizpůsobení se životu mimo dělohu, mají vliv na jeho srdce, dýchání a svalové napětí. Díky stresovým hormonům má dítě po porodu ze široka otevřené oči a je bdělé. Pokud je dítě bezprostředně po porodu umístěno do náruče matky, hladina katecholaminů prudce klesne a novorozenec se zklidní. (Buckley, 2016, s.139-152)

#### **2.4.5 Prolaktin**

Prolaktin neboli luteotropní hormon je v těhotenství a během kojení vyplavován z hypotalamu. Jeho název je odvozen z jeho funkce. Stimuluje laktaci, připravuje mateřská prsa na kojení a pod jeho vlivem tělo vytváří mateřské mléko.

V těhotenství jsou jeho funkce rušeny vysokým množstvím progesteronu. Ve chvíli, kdy se jeho hladina sníží po porodu, začne se tvořit vysoká hladina prolaktinu a podněcovat k produkci mateřského mléka. Maximum množství prolaktinu se v lidském těle vyskytuje jen

pár hodin po porodu. Kromě prolaktinu lidské tělo vytváří další stimulant laktace v placentě, placentární laktogen, jeho působení má za následek přípravu ženy na mateřství.

Během laktace je hladina prolaktinu závislá na poptávce, četnosti a délce kojení. Studie zvířat prokázaly, že má na jeho hladinu vliv i přístup k rodičovské péči či nošení dětí. Na nálady kojící matky má prolaktin blahodárný vliv, uklidňuje ji a žena se cítí dobře. Prolaktin zvyšuje chuť k jídlu, snižuje stres, vyvolává vyplavování oxytocinu a beta-endorfinu, za určitých podmínek funguje jako přirozená antikoncepce. (Buckley, 2016, s.139-152)

### **3. Podpora porodu**

*„Když si žena projde porodem, je vždy jiná, než byla předtím. Je proměněná a mnohem víc rozumí životu. Přivést na svět dítě znamená vykoupit se v pramenu života.“*  
(Leboyer, 1975)

Porod je obtížná situace v životě ženy. (Ratislavová, 2008, s. 58) Jako zdravotníci, jako lidé, kteří si za poslání zvolili pomáhající profesi, máme za úkol ženu na tuto náročnou životní situaci zodpovědně připravit. Snažíme se provést ji tímto procesem tak, aby ho prožila spokojeně, bez zbytečného stresu a zásahů, aby si do dalšího svého života neodnášela traumata ve spojení s porodem. Naším cílem by mělo být podpořit ženu v jejích volbách a snažit se minimalizovat situace, ze kterých by si do dalšího života mohla odnést traumata ovlivňující její budoucí vnímání sexuality, reprodukci, fyzické zdraví a v neposlední řadě psychiku. (Štomerová, 2012, s. 20)

#### **3.1 Vývoj do podoby dnešního porodnictví**

Do 18. století byl porod považován spíše za společenskou záležitost než za lékařskou. Většina budoucích matek rodila doma za pomoci porodní báby a dalších žen, jednalo se převážně o blízké osoby z rodiny, matku, tetu. Tyto ženy měly často už několik potomků, předpokládalo se tedy, že mají samy zkušenosti s těhotenstvím a porodem. Doprovázející osoby fungovaly jako ochránci soukromí a intimity, chránily rodící ženu před muži a zvířaty a jako psychologická pomoc. Mužům bylo doslova zakázáno účastnit se procesu porodu. Zhruba v polovině 18. století se porodnictví začalo stávat součástí lékařské praxe a stále více

žen si přálo rodit v přítomnosti lékaře. Porodnictví bylo součástí všeobecného lékařství. (Marek, 2002, s.64-65)

Ve 20. století došlo k vzestupu techniky, vývoji medicíny, farmacie a do popředí se dostali muži. Ženám nebylo umožněno studovat, kontrolu porodu tedy převzali muži se svými mužskými principy, zásadami a smyslem pro logiku. Vzniká tak kontrolovaný, lékařsky vedený porod, ke kterému je přistupováno jako k vysoce rizikové záležitosti. Tento přístup přetrvává dodnes. K porodu přistupujeme jako k rizikovému aktu. Více než na přirozený proces porodu se soustředíme na rizika a patologie, které mohou nastat, a kterým se snažíme vyhnout za každou cenu. Do procesu porodu se zbytečně a uměle zasahuje a vznikají tak zbytečné iatrogenní komplikace. Zdravotnické instituce přebírají za ženu odpovědnost a staví ji do pasivní pozice. Vznikají tak intervence a doporučené postupy, které ničí ženskou sebedůvěru a víru ve schopnost porodit sama dítě. (Odent, 2013, s. 34-39)

Základ českého moderního porodnictví položil A. Ostrčil, který v roce 1929 vydal knihu *Úvod do porodnické praxe*. V této knize klade důraz na to, že porod má být někým veden, nejlépe lékařem odborníkem a porodní asistentkou a staví se k porodu jako k vysoce rizikové záležitosti. Ostrčil je autorem termínu „lékařské vedení porodu“. Na přednášce ve spolku českých lékařů roku 1934 uvedl, že v lékařství existují dva proudy, jeden, který do procesu porodu nijak nezasahuje, a druhý, stále častěji prováděný, chirurgický. Ostrčil dále uvedl: „*Moje lékařské vedení porodu spočívá nyní ve spojení mráкотného stavu za porodu s jeho urychlením.*“ (Čepický, Líbalová, 2007, s. 8-10)

Moderní porodnictví zahrnuje do lékařského vedení porodu všechna řídicí a lékařská opatření, která zajišťují vhodnou péči o nastávající matku a její dítě. Tato opatření se řídí aktuálními poznatky lékařské vědy. Tato péče je poskytována v ČR ve třech stupních. Prvním stupněm jsou zdravotnická zařízení, která poskytují primární péči, druhým stupněm intermediární perinatologická pracoviště a stupněm třetím jsou perinatologická centra. Rozdělení rodiček do různého stupně porodnické péče závisí na míře rizika, kterou její těhotenství a porod nese. (Čech, 2014, s. 189-190) Problém nastává ve chvíli, kdy i ke zdravým rodičkám přistupujeme jako k rizikovým či patologickým a snažíme se do porodu zasahovat a urychlovat ho. Tyto intervence by měly být jen pouze přísně indikovány.

Ačkoli se posouváme neustále dopředu, dnešní dobu ovládají technologie, v porodnictví se toho příliš nezměnilo, až na pár výjimek. Stále se snažíme porod urychlovat



nežádoucími intervencemi a stavíme ho na pozici vysoce rizikového procesu, což je v rozporu s poznatky, které o fyziologickém porodu a jeho hormonech máme. (Odent, 2013, s. 34-39)

### **3.2 Definice normálního a přirozeného porodu**

Přirozený porod je takový, který se spontánně rozbíhá a samovolně probíhá bez intervencí zvenčí a žena si o jeho průběhu rozhoduje sama a instinktivně. Porod není rušen žádnými zásahy, které by mohly jeho průběh změnit nebo zkomplikovat a probíhá v prostředí, kde se žena sama rozhodla, že bude rodit, v prostředí bezpečném, teplém a dostatečně intimním. Při přirozeném porodu se neprovádí žádné rutinní intervence, žena se může dle svých potřeb volně pohybovat a zaujímat polohy, které jí vyhovují. Používají se pouze přírodní metody tišení bolesti a ženě a dítěti je po porodu umožněno rané navázání vztahubonding. (Odent, 1995, s. 63- 143)

### **3.3 Filozofie přirozeného nenarušovaného porodu**

Filozofie přirozeného porodu vychází z poznatku o schopnostech ženy porodit dítě bez nezbytnosti intervencí a aplikace léků. Vychází z poznatků respektování přirozeného mechanismu porodu. Přirozený porod se ničím neruší, žena musí mít pocit tepla, klidu, intimity a bezpečí, tak aby byla v atmosféře, kde její tělo je schopno vyplavit dostatečné množství přirozených hormonů, aby mohla sama přivést na svět své dítě. Při přirozeném průběhu porodu respektujeme instinktivní a pudové chování rodičky. Do průběhu porodu nezasahujeme direktivním přístupem. Dohlížíme na celý proces, fungujeme jako partneři rodící ženy a respektujeme její rozhodnutí a potřeby. Žena se musí během porodu cítit bezpečně a dobře „jako doma v soukromí“, pudy, instinkty a intuice jí podněcují k chování takovému, které je pro nás v jiných situacích kulturně nepřipustné, ale pro porod je velice důležité. (Štromerová, 2010, s. 14- 17)

Přirozený porod za pomoci porodní asistentky může probíhat pouze po proběhlém fyziologickém těhotenství, není zde důvod přítomnosti lékaře, medikace a lékařských intervencí. Porodní asistentka musí znát dokonale průběh přirozeného porodu, aby včas rozpoznala situace, kdy průběh přestává být fyziologickým, v tuto chvíli je správná doba na přivolání lékaře. Zdravotnický personál zasahuje do porodu pouze v případě, že si to žena

sama žádá nebo jsou přítomny nějaké komplikace. Pokud je žena správně naladěna a hormonálně připravena, přestává za porodu používat neokortex a jedná převážně instinktivně a pudově. (Štromerová, 2010, s. 20-27, Odent, 2013, s. 15-29)

Hormony důležité pro spontánní porod si zdravé tělo dokáže v potřebném množství vyprodukovat samo, tyto hormony řídí naše pudové chování, které nelze vůlí ovlivnit. Pod vlivem těchto fyziologických pochodů se tak žena ocitá ve výjimečném stavu vědomí, často je přirovnáván k sexuálnímu vzrušení, milování. Tento stav je velice citlivý na narušení, pokud tedy do porodu budeme zasahovat a ženu rušit, probouzet v ní stres a strach, může se stát, že spontánně sama neporodí. (Štromerová, 2010, s. 54)

Hlavním aspektem, který predisponuje přirozený a fyziologicky probíhající porod, je fyziologické těhotenství. Ne všechny rodičky jsou stavěné na nenarušovaný a naprosto přirozený porod, každá žena je individuum. Měli bychom respektovat jak ženy toužící po přirozeném porodu, tak ženy, které dobrovolně vyžadují lékařské intervence jako například aplikace analgetik, epidurální analgezie atd. (Buckley, 2016, s. 87)

### **3.4 Podpora nenarušovaného přirozeného porodu porodní asistentkou**

Přirozený porod má několik aspektů, které by se měly dodržovat, proto aby ženě bylo umožněno optimálně, bezpečně porodit. Těmito aspekty jsou porodní asistentka a s tím související předporodní příprava a edukace nastávající matky, prostředí místa, kde se žena rozhodla родit, nálada nebo atmosféra tohoto místa, lékař, léky, přítomnost doprovázející osoby, vedení porodu, polohování při porodu a pohyb a také důraz na velice důležité období bezprostředně po porodu. (Štromerová, 2010, s. 95- 135)

#### **3.4.1 Osobnost ženy**

Už na začátku kapitoly bylo zmíněno, že každá žena je zcela individuální bytost. Porod je náročná situace, důležitý mezník v životě ženy. Proto by každá budoucí matka měla samostatně a individuálně nahlížet na porod. Udělat si o něm představu sama pro sebe, bez ohledu na názory druhých. Pokud se žena cítí dobře v rukou porodní asistentky, uvítá alternativní metody, měla by si podle toho vybrat místo porodu. To stejné platí u žen, které se cítí bezpečně v prostředí s nejnovější přístrojovou technikou a v přítomnosti vysoce erudovaných odborníků. Tyto poznatky o výběru místa porodu platí opět pro fyziologicky těhotnou ženu, u které se předpokládá fyziologický porod. V případě komplikací by žena měla dát na doporučení lékaře. Jako zdravotníci bychom měli ženu podporovat v každém případě a

její přání respektovat a pokud je to možné, poskytovat jí péči na míru jejím potřebám. (Štomerová, 2010, s. 57-61)

### **3.4.2 Psychoprofylaktická příprava k porodu**

V dnešní době je psychoprofylaktická příprava k porodu pro většinu těhotných žen samozřejmostí. Informace jsou všeobecně dostupné jak v literatuře, tak na internetu. Porodnice a jiné organizace nabízejí těhotným ženám kurzy přípravy k porodu. Obecně se v těchto kurzech ženy dozví o průběhu těhotenství, o přítomnosti partnera při porodu, o porodu, o základní péči o miminko. Součástí těchto kurzů jsou často nácviky dýchání a různá cvičení. Porodní asistentka Ivana Königsmarková se však domnívá, že tyto kurzy jsou neobjektivní. Těhotné ženy se na nich dozvídají jak funguje dané zdravotnické zařízení, neinformuje již o možnostech jiných alternativ, které se týkají místa porodu a způsobu jeho vedení. Předpokládá, že nejlepším lektorem psychoprofylaktické přípravy k porodu je lektor nezávislý. (Doležalová, Königsmarková, 2006, s. 62-64)

Obecně by psychoprofylaktická příprava měla být „ušíta na míru“ nástávající matce. Každá žena je individuum, každá má jiné priority, preferuje jiné věci, každé ženě nevyhovuje to samé. Přání některých rodiček ohledně porodu mohou být nesplnitelná či neslučitelná s průběhem porodu nebo s možnostmi zdravotnického zařízení. Tato příprava vychází z navázání důvěry mezi těhotnou a porodní asistentkou. Porodní asistentka pracuje s informacemi a stesky své klientky a tomu přizpůsobuje i přípravu k porodu. Pokud se jedná o skupinovou přípravu nebo kurz, měly by být informace spolehlivé.

### **3.4.3 Porodní přání, porodní plán**

V dnešní době je moderní si před porodem sestavit porodní plán. Porodní plán je vyjádřením představ a přání rodičky o porodu. Výstižnější název pro porodní plán, je porodní přání, vzhledem k tomu, že porod se příliš naplánovat nedá. Sepsání porodního plánu je jednoznačně přínosem. Žena si rozšíří vědomosti a udělá si názor na to, jak ideálně by měl její porod probíhat. Nejčastěji se ženy v porodních plánech zmiňují o lécích za porodu, doprovázející osobě, nástřihu hráze, klystýru, možnosti dotepání a přestřihnutí pupečnicku a bondingem. Některé ženy mají i přání specifická. Aby šlo porodnímu plánu vyhovět, musí porod probíhat fyziologicky, bez komplikací a po vzájemné domluvě, nejlépe předem.

#### **3.4.4 Osobnost porodní asistentky**

K profesi porodní asistentky se může přistupovat různě. Porodní asistentka si může vybrat tento přístup sama. Osobnost porodní asistentky se formuje už při vzdělávání a má na ni vliv bezpočet vnějších i vnitřních faktorů, jako je vliv sociální, psychika, vlastní zkušenosti atd.

Obecně by porodní asistentka měla být osobou zodpovědnou, s otevřenou myslí a vlastním názorem. Správná porodní asistentka by měla umět dobře naslouchat a respektovat požadavky žen a utvářet si komplexní názor na danou situaci. Porodní asistentka by měla být schopna vyhodnocovat rizika vzniklá za porodu, improvizovat, jednat pohotově, pracovat v jakékoli situaci na jakémkoli místě, měla by být odvážná, nemít strach, ale přistupovat k porodu s respektem. (Štomerová, 2010, s. 9-23)

Je to osoba vzdělaná, která získala potřebnou kvalifikaci pro výkon povolání, pracuje jako partnerka žen, poskytuje péči a rady ohledně těhotenství, porodu a péče o dítě. Má svou úlohu také v oblasti prevence a předává informace nejen ženám, ale i rodinám a celým komunitám. (Štomerová, 2010 s. 9-19)

#### **3.4.5 Výběr místa a prostředí porodu**

Prostředí porodu si vybírá žena sama. Nejčastěji se jedná o místo, ve kterém se žena cítí bezpečně, intimně, a kde má zajištěn dostatek soukromí. Všechny faktory týkající se prostředí porodu závisí na rodičce, každá žena je individuum. Někdo se cítí dobře v prostředí podobném domovu, které je příjemné, teplé, útulné, které nevyvolává v ženě strach a stres. Některé rodičky upřednostňují porodnice vybavené nejmodernějšími technologiemi. Žena si v dnešní době může vybrat porodnici takovou, která vyhovuje jejím potřebám. (Odent, 1995, s. 143-147)

#### **3.4.6 Atmosféra**

Atmosféru či náladu prostředí místa porodu tvoří žena, její partner a porodní asistentka nebo jiný zdravotnický personál. Porodní asistentka by měla umět vytvořit vlnnou a důvěrnou atmosféru. (Štomerová, 2000)

#### **3.4.7 Přístup personálu**

Personál funguje pro ženu jako partner. Měli bychom být trpěliví, pozorní a schopni empatie, porozumění a ženu podporovat, a to hlavně psychicky. Velmi důležité je vytvoření důvěrné vazby s rodičkou. Výhodou je se s rodičkou setkávat už během těhotenství,

navazovat důvěrný vztah s ženou, kterou vidíme poprvé až na porodním sále může být těžké. (Štomerová, 2000)

### **3.4.8 Přítomnost lékaře**

Jak už bylo zmíněno, při fyziologicky probíhajícím přirozeném porodu není přítomnost lékaře nutná. Lékař přichází na scénu pouze v případě takové změny porodu, kterou není schopna zvládnout porodní asistentka přírodními či alternativními prostředky. Pokud rodička vyžaduje výhradní péči lékaře, je vhodné si najít k porodu takové zařízení, které toto umožňuje. (Štomerová, 2000)

### **3.4.9 Doprovázející osoba**

V dnešní době jsou ženy doprovázeny nejčastěji otci dítěte, ale doprovod doulou, sestrou, kamarádkou či jinou blízkou osobou není už tak výjimečný. Ženy si tyto osoby volí jako ochránce, jako osoby, kterým plně důvěřují. Doprovod se často zapojuje aktivně do procesu porodu například pomocí při zaujímání poloh, emoční a psychickou podporou atd. (Štomerová, 2000) Je důležité zvolit si jako doprovázející osobu člověka, o kterém si je žena jistá, že nebude narušovat průběh porodu. Ne vždy je otec u porodu pro rodičící ženu přínosem, i když si jeho přítomnost přála. Měla by mít proto možnost, změnit svůj názor v průběhu porodu. (Štomerová, 2000)

### **3.4.10 Relaxace**

Relaxace napomáhá zvládnání bolestí. Je důležitá především v první době porodní, kdy je potřeba šetřit energii na porod samotný. Zmírnit porodní bolesti může teplá voda, masáže, aromaterapie. Jednotlivé metody budou probrány v další kapitole.

### **3.4.11 Vedení porodu**

Fyziologicky probíhající porod se nemusí vést, scénář si volí rodička sama. Personál jí pouze umožňuje volný pohyb a jednání dle jejích potřeb. Popřípadě doporučuje rodičce vhodné polohy, metody tlumení bolesti, pokud si to žádá. Není potřeba do porodu zasahovat rutinními intervencemi jako je kontinuální CTG, příliš časté vyšetřování a další, které ženu ruší, traumatizují a porod zpomalují. Zasahováním do přirozeného porodu můžeme vyvolat riziko nutnosti dalších zásahů. Tlačení ženy nemusíme nijak řídit, ani jeho začátek. Sama žena při fyziologickém porodu vycítí vypuzovací reflex a pozná, kdy má začít tlačit a jak. Předčasným a řízeným tlačáním bychom mohli vyvolat vznik rizik, jako je například hypoxie plodu, dystokie ramének atd. (Štomerová, 2000)

### **3.4.12 Poloha při porodu**

Zaujímání správné a vyhovující polohy rodičkou podle její intuice je základem přirozeného porodu. Žena dle potřeby stojí, leží, klečí, používá úlevové polohy a sama si vybírá polohu k porodu dítěte. Nejlepší poloha pro ženu je taková, kterou si sama najde, samozřejmě porodní asistentka může ženě některé polohy doporučit dle jejích potřeb. (Štomerová, 2010, s. 102-108)

### **3.4.13 Bonding**

Po přirozeném porodu se novorozenec ihned položí na břicho matky nebo do náruče. Spojení matky a dítěte po porodu je důležité pro navázání raného vztahu. Matka novorozence svým tělem zahřívá, novorozenec se v její náruči cítí v bezpečí, očichává ji, vyhledává její bradavku. (Mrowetz, 2011, s. 13-14)

## **4. Přirozené metody v práci porodní asistentky**

Porodní asistentka musí detailně znát přirozeně probíhající porod. Dle svých zkušeností je schopna pouhým pozorováním určit, v jaké fázi porodu se rodička nachází. Základem její práce jsou znalosti o normálním porodu, k tomu samozřejmě patří i přirozené metody tlumení bolesti. Mezi přirozené metody v práci porodní asistentky patří všechny prostředky, které alternují farmakologické metody tlumení bolesti. Využívají přírodních a dostupných pomůcek, jejichž využitím se snažíme podpořit přirozený porod.

### **4.1 Nefarmakologické metody preindukce a indukce**

Spousta žen se chce vyhnout farmakologickým metodám vyvolání porodu, proto se snaží vyvolat ho vlastními a přirozenými prostředky. Technik vyvolání porodu je mnoho. Michel Odent však uvedl, že žádná technika vyvolání porodu neexistuje, protože nezohledňuje připravenost dítěte na porod, pokud je dítě již připravené, vydává určité signály. (Odent, 2016, s.5-8)

#### **4.1.1 Ricinový koktejl**

Ricinový koktejl je směs ricinového oleje, meruňkového džusu a sektu. Existuje mnoho receptů na tento koktejl s dalšími různými přísadami, tyto tři jsou hlavní. Alkohol se do koktejlu přidává, protože v samotném džusu by se ricinový olej nerozpustil. Německá porodní asistentka Ingeborg Stadelmann uvádí, že koktejl má mírné projímavé účinky a během několika hodin po vypití se zpravidla dostavují děložní kontrakce, upozorňuje na toxicitu ricinového oleje a klade důraz na správné dávkování. (Stadelmann, 2009, s. 265)

Bezpečnost a účinnost této metody je dosud neobjasněná, avšak koktejl se hojně využívá například v nemocnicích v Německu jako jedna z možností před farmakologickou metodou vyvolání porodu. (Stadelmann, 2009, s. 266) Požití ricinového oleje může mít silné nežádoucí účinky a rizika, měl by být užíván pod kontrolou. (Buckley, 2013, s. 99)

#### **4.1.2 Akupunktura**

Akupunktura je stará terapeutická metoda tradiční čínské medicíny. Léčba spočívá v napichování speciálních bodů na těle malými akupunkturními jehličkami. V roce 2010 a 2011 proběhla studie na 80 těhotných ženách v 38. týdnu těhotenství. Nebyly zjištěny významné rozdíly v nástupu porodu mezi ženami s akupunkturou a bez. (Zrubecká, Ašenbrennerová, 2008, s. 153-156)

#### **4.1.3 Masáž prsních bradavek**

Masáž prsních bradavek vede k vyplavování endogenního oxytocinu. Pod jeho vlivem dozrává děložní hrdlo. (Roztočil, s. 345)

#### **4.1.4 Nechráněný pohlavní styk**

Výzkumy uvádějí, že nechráněný pohlavní styk má vliv na zrání děložního hrdla. Mužský ejakulát přirozeně obsahuje 0,5 mg prostaglandinů, které se užívají při farmakologické preindukci. Pohyby při koitu navíc dráždí děložní hrdlo a tím dochází k další produkci prostaglandinů a oxytocinu. (Čech, 2014, s. 206)

#### **4.1.5 Hamiltonův hmat**

Hamiltonův hmat je mechanická a velmi bolestivá metoda preindukce. Dá se však považovat za více šetrnou než farmakologické metody. Jedná se o odloučení deciduy a choria za vnitřní brankou děložního hrdla. Provádí se kruhovým pohybem prstu. Vede ke stimulaci tvorby endogenních prostaglandinů a urychlení procesů zrání děložního hrdla. (Čech, 2014, s. 206)

### **4.2 Polohování**

Polohy můžeme rozdělit na polohy úlevové, které jsou vhodné pro první dobu porodní, kdy se děložní hrdlo otevírá, a polohy, které žena zaujímá při aktivním tlačení ve druhé době porodní.

V latentní fázi první porodní doby je výhodné rodičku nevysilovat, proto pokud to jde, zaujímá takovou polohu, aby mohla odpočívat. V aktivní fázi první doby porodní jsou pak vhodnější polohy vertikální, které využívají přirozené gravitace a jsou vhodnější pro snazší

progresi hlavičky dítěte do porodních cest. Do polohování se často zapojují různé pomůcky jako míče, žebřiny, různé opory včetně partnera, když je u porodu přítomen. (Štromerová, 2010, s. 95-106) Přítomnost partnera ve smyslu milované blízké osoby a jeho pomoc při polohování a fyzický kontakt s ní navíc podporuje přirozené vyplavování „hormonu lásky“ oxytocinu. (Odent, 2013, s. 43-44) Porodní asistentka Zuzana Štromerová uvádí, že žena nevydrží v jedné poloze déle než 20 až 30 minut.

Některá nemocniční zařízení v České republice už dnes nabízejí i možnost tlačit v poloze, kterou si žena sama vybere. Výhodou je pohodlí pro ženu, která si vybere polohu, v které se jí tlačí nejlépe. Často se jedná o polohy v dřepu, na porodní stoličce nebo na závěsném zařízení, které je v České republice již také dostupné. Většina zařízení však stále upřednostňuje při tlačení polohu v polosedu či v poloze na zádech, kdy je hráz rodičky při porodu chráněna rukou lékaře nebo porodní asistentky, aby se nenatrhla. (Štromerová, 2010, s. 20-28)

### **4.3 Hydroterapie**

Teplá voda dělá porod pro některé ženy mnohem snesitelnější. Na počátku porodu má na ženu uvolňující účinky a děložní stahy se díky ní stanou snesitelnějšími. Prohřátí organismu vodou pomáhá snadnějšímu otevírání porodních cest. Teplota vody by neměla být vyšší než 37 °C, aby se rodička nepřehřála. Přehřátí způsobuje únavu matky i dítěte. Čím má žena k dispozici větší vanu, tím je pro ni snadnější i polohování. Pokud není vana k dispozici, je výhodou použít alespoň sprchu. (Štromerová, 2010, s. 106-109) Voda rodičku relaxuje a přirozeně tlumí vyplavování katecholaminů při porodu. Koupel se nedoporučuje na počátku porodu, tzn. do porodnické branky 4 až 5 cm. Hrozí, že by zpomalila děložní kontrakce. V aktivní fázi první doby porodní je vhodná a efektivní pro otevírání porodních cest. Teplá voda se používá i v podobě obkladů nebo termoforů, které si rodičky přikládají na podbřišek nebo křížovou oblast. (Pařízek, 2012, s. 325- 326) Terapie vodou se dá při porodu požívat mnoha způsoby, například v kombinaci s aromaterapií jako koupel s příměsí éterických olejů z rostlin. Sprcha se dá používat k masáži rodící ženy. Voda rodičku nadnáší, pomáhá jí zaujímat pro ni vhodné polohy, snižuje odpor pánve, napomáhá iniciální flexi hlavičky dítěte. (Mander, 2014, s. 166)



#### **4.4 Porod do vody**

Porod do vody je porod, kdy dojde k vytažení dítěte pod vodní hladinou. Voda má relaxační účinek na hladké svalstvo a cévní systém, dělá bolesti pro rodičku snesitelnějšími, dokonce snižuje psychické napětí. V České republice je stanoven doporučený postup pro porod do vody. Důraz je kladen především na to, aby rodička, která se pro tento způsob porodu rozhodne, byla zdravá a její těhotenství fyziologické, včetně porodnického nálezu a vstupního CTG záznamu. Při porodu do vody se nesmí v žádné fázi vyskytnout jakékoli patologie, včetně infekce nastávající matky či dítěte. (Pařízek 2012, s. 326- 330)

#### **4.5 Aromaterapie**

Aromaterapie je přírodní terapeutická metoda, která záměrně používá extrakty různých rostlin ke zlepšení fyzického i psychického stavu. Při aromaterapii se využívají květové vody, éterické oleje a rostlinné silice. Způsoby využití aromaterapie jsou inhalace, masáže, dají se aplikovat na kůži, do koupele, jako globule nebo čípky při různých potížích nebo při potřebě relaxace. Před porodem je doporučeno používat éterické oleje z levandule a jasmínu smíchané s jakýmkoli základním nosným olejem, dochází tak k přípravě hladkého svalstva dělohy k porodu. Šest až osm týdnů před porodem je doporučováno provádět masáž hráze směsí nosného oleje s levandulovým, šalvějovým, muškátovým a růžovým olejem. Pro první dobu porodní je vhodná masáž křížové oblasti směsí éterických olejů z muškátové šalvěže, kadidla a levandule. Další příklady aromaterapie jsou například směs grepu, pepře, skořice a geránia na porod, který trvá dlouho. (Zrubecká, Ašenbrenerová, 2008, s. 153-156)

#### **4.6 Muzikoterapie**

Muzikoterapie je metoda tlumení bolesti, kdy žena při porodu poslouchá příjemnou hudbu. Odent uvádí, že při porodu dochází ke změnám v mozkové kůře, žena jedná pudově. (Odent, 2013, s. 21-23) Díky hudbě může rodička lépe vnímat porodní bolesti. Doporučit můžeme například relaxační hudbu, která navodí příjemnou atmosféru. Muzikoterapie nebo audioanalgezie je vhodná v kombinaci s jinými prostředky tlumení bolesti například s masáží nebo hydroterapií. (Pařízek, 2012, s. 327 )

#### **4.7 Psychologické metody tlumení bolesti**

K nefarmakologickým způsobům tlumení bolesti patří i psychologické metody, které mohou snižovat bolest při porodu, metody volíme individuálně dle potřeb ženy. Mezi tyto

metody patří například metoda sugesce, kdy se snažíme rodičce vmluvit určitou myšlenku. Relaxace je další ze způsobů, spadá sem Jacobsonova progresivní relaxace, kdy dochází k zatínání a uvolňování různých svalů, relaxace využívá také dýchání, doteků, vizualizace a podobně. Kognitivní metody tišení bolesti vycházejí z vědomí, které máme o myšlení a vnímání samotné rodící ženy, některé ženy i při porodu potřebují racionální vysvětlení vzniklých situací a jejich objasnění. Další faktory, které mohou ovlivnit bolest při porodu, je empatie ze strany zdravotníků, informovanost, ochota zdravotníků pomoci a porozumět ženě, brát ženu jako sobě rovného partnera a navození důvěrného vztahu. (Ratislavová, 2008, s. 68-70)

## **5. Intervence rušící fyziologicky probíhající porod**

Ideální porod je zajištěn hormonální výbavou a instinkty matky. Přestože poznatky o přirozeně probíhajícím porodu jsou stěžejní, mnoho dnešních porodníků a porodních asistentek na ně nebere zřetel. (Odent, 2013, s. 56)

### **5.1 Medikalizace porodu**

Medikalizace porodu vznikla s dobrým úmyslem, aby se snížila mateřská a novorozenecká úmrtnost, porod byl rychlejší a co nejméně bolestivý. Dnes je již prokázáno, že medikalizací porodu, jež není přísně indikována ve specifických situacích, mohou vznikat iatrogenní komplikace, které vyžadují opět další intervence.

Mezi farmakologické zásahy do porodu patří preindukce, indukce, urychlování porodu syntetickým oxytocinem, aplikace spazmolytik, analgetik, epidurální analgezie. (Buckley, 2016, s. 209)

#### **5.1.1 Preindukce a indukce**

Preindukce a indukce porodu jsou preventivní metody, neodstraňují patologie v souvislosti s těhotenstvím. Jde o předčasné vyvolání porodu, kterým se předchází negativním následkům, rizikům a možným komplikacím, které by mohly nastat při pokračování v těhotenství.

Preindukcí porodu se rozumí příprava nezralého děložního hrdla. Jde o metodu, která vede k jeho dozrání, zkrácení a prosáknutí. Preindukcí se zvýší citlivost dělohy k působení

preparátu, který je používán k indukci porodu. Indukce porodu je umělé vyvolání kontrakcí děložních, jejím následkem je ukončení těhotenství.

Indikace k preindukci a indukci jsou potermínová gravidita, předčasný odtok plodové vody, diabetes mellitus jakéhokoli typu, Rh- izoimunizace, preeklampsie, chronická hypertenze, chronická glomerulonefritida, pyelonefritida, nitroděložní růstová retardace plodu, gemini, makrosomie plodu, poloha koncem pánevním, chorioamnitida, zatížená porodnická anamnéza. (Čech, 2014, s. 492-493)

V České republice je indukováno 9-20% porodů (Kopřivová, 2008) , pouze ve 4% těchto těhotenství se jedná o pravé přenášení, kdy se dítěti už opravdu v děloze nedaří. Jako potermínové těhotenství dle FIGO i WHO můžeme označit těhotenství, které trvá 42 týdnů a více. Etiologie vzniku potermínové gravidity je dosud nejasná. Výzkumy uvádí, že vyšší výskyt potermínových gravidit je u prvorodiček a u žen, které již prožily prodloužené těhotenství. Všechny výše uvedené indikace k pre/indukci jsou z patologických či rizikových faktorů. Dle WHO by rizika indukce neměla převýšit rizika prodloužené gravidity. (Kopřivová, 2008) Nezasahováním do prodloužené gravidity se můžeme vyhnout rizikům, která jsou spojená s farmakologickou preindukcí či indukci. American College of Obstetricians and Gynecologists uvádí, že k nízkému počtu komplikovaných porodů vede vyvolání porodu i čekání na jeho spontánní začátek. Vyvolání porodu v období kolem 41. týdne těhotenství je však dnešní rutina. Záleží především na rozhodnutí každé ženy zvážit negativa a pozitiva této metody, pokud se nejedná o pravé přenášení nebo nemají v anamnéze jiný rizikový faktor. (Buckley, 2016, s. 96-114) V případě podezření na prodloužené těhotenství je důležité správně spočítat termín porodu, nejlépe dle prvního ultrazvukového vyšetření. (Levret, 2009)

### **5.1.2 Urychlování porodu syntetickým oxytocinem**

Aplikace syntetického oxytocinu při porodu může být užitečné, ovšem za předpokladu, že je porod opravdu komplikovaný. Pokud je průběh porodu fyziologický, převažují negativa podání syntetického oxytocinu pozitivy. Syntetický oxytocin se podává intravenózně. Tato forma hormonu působí pouze periferně, nikoli centrálně, jako „hormon lásky“, který tělo rodičky vyplavuje přirozeně. Rodící žena tedy nemůže čerpat výhody, které jí umožňuje endogenní oxytocin. Děložní kontrakce vyvolané syntetickým oxytocinem jsou jiné a bolestivější než kontrakce přirozené. Rizika nastávají pro dítě v děloze, děložní stahy jsou delší a silnější. Může tak vzniknout stres plodu a jeho hypoxie. Umělý oxytocin zvyšuje

základní tonus dělohy a snižuje její schopnost odpočinku mezi kontrakcemi, svalovina dělohy je tak více vyčerpaná. Navíc při použití vyšších dávek umělého oxytocinu hrozí rezistence dělohy na oxytocin a tím riziko nepostupujícího porodu, které vyžaduje další nepříjemné a rizikové intervence. (Buckley, 2016, s. 152-158)

### **5.1.3 Opioidní analgetika**

Užívání opioidních analgetik výrazně snížilo zavedení epidurální anestezie do praxe. Výhodou oproti epidurální anestezii je jejich snadná aplikace. Všechny druhy těchto léků mají své vedlejší účinky. Mezi nejčastější nežádoucí účinky patří nevolnost, zvracení, snížení krevního tlaku, útlum centrální nervové soustavy. Tato farmaka snadno prostupují placentou, mohou u ještě nenarozeného dítěte způsobit dechovou tíseň, změnu srdeční frekvence, znesnadnění laktace. Použitím opioidních analgetik může dojít ke snížení tvorby přirozených endogenních opiátů, přirozeného beta-endorfinu. (Buckley, 2016, s. 181-193)

### **5.1.4 Epidurální anestezie**

Epidurální anestezie má negativní vliv na všechny přirozené hormony porodu. Tlumí tvorbu přirozeného beta-endorfinu, snižuje produkci oxytocinu tím, že snižuje senzitivitu receptorů v pochvě a dolním děložním segmentu, které jsou přirozeně drážděny hlavičkou dítěte a podněcují tak tělo k dalšímu vytváření oxytocinu. V první době porodní se může zdát příjemné, že epidurální anestezie tlumí tvorbu stresových hormonů, adrenalinu a noradrenalinu. V závěrečné fázi, kdy se blíží vypuzení dítěte z porodních cest, však může nepříznivě ovlivňovat reflex vypuzení a tím značně prodloužit druhou dobu porodní. Mezi nejznámější důsledky epidurální anestezie patří prodloužení porodu, 2x vyšší riziko natržení hráze, vyšší riziko nutnosti použití syntetického oxytocinu a instrumentálního a operativního porodu. (Buckley, 2016, s. 181- 193)

## **5.2 Císařský řez**

Císařský řez patří mezi nejčastější operace, kterou se ukončuje těhotenství. V České republice není možné podstoupit císařský řez na přání. Tato operace nese své výhody, v akutních stavech v porodnictví se jedná o operaci život zachraňující. Má však i svá negativa. V České republice bylo v roce 2010 provedeno 23,1% císařských řezů, z toho 10,4% akutních a 12,7% plánovaných. Do indikací k císařskému řezu patří různá pánevní zúžení a deformity, překážky ve vaginální cestě, stavy po operacích dělohy, vcestné lůžko, předčasné odlučování placenty, některá celková onemocnění rodičky, nepravidelná uložení plodu, akutní a chronická tíseň plodu atd. (Čech, 2014, s. 492) Veřejnost často věří, že se jedná o operaci

bezpečnou, neuvědomují si, že jde však o poměrně rozsáhlou břišní operaci, která si nese svá rizika včetně až 4x vyšší mateřské mortality. (Buckley, 2016, s. 255-268)

Při plánovaném císařském řezu se žena vůbec nebo jen minimálně účastní přirozených hormonálních pochodů. Nedochází k vylučování oxytocinu, endorfinů a katecholaminů. To samé se děje v těle dítěte. Přichází na svět nepřipravené, hůře se adaptuje na prostředí mimo dělohu. U dětí narozených císařským řezem dochází ke změnám ve funkci střev, jsou náchylnější k astmatu, alergiím a obezitě. (Odent, 2016, s. 35-41) To je dáno mimo jiné tím, že dítě nemělo příležitost osídlit se vaginální mikroflórou matky. Další problém nastává v otázce laktace, která se rozbíhá po císařském řezu déle než po vaginálním porodu. U císařského řezu je ztížené navázání raného vztahu s novorozencem, v některých porodnicích je ale možné. Rizika a negativa císařského řezu předčí jeho výhody. Je však důležité si uvědomit, že některé stavy tuto operaci vyžadují. (Buckley, 2016, s. 255-268) Provedení porodu císařským řezem je však lepší než porod kleštěmi. (Odent, 2016, s. 101)

### **5.3 Separace matky a dítěte**

Po porodu dochází k vyplavování nejvyšší hladiny oxytocinu, tato zvýšená hladina způsobuje stah dělohy, kterým se snižuje riziko poporodního krvácení a snadnější porod placenty. Oxytocin v třetí době porodní je však součástí směsi hormonů, které jsou po porodu důležité především v otázce vztahu mezi matkou a jejím čerstvě narozeným dítětem. Je více než vhodné, aby se matka a dítě cítily nerušeně, bezpečně a v teple. Potřebují cítit vzájemný kontakt své pokožky, společně se seznamovat, v tuto chvíli rodička zapomíná na celý svět. Vlivem kombinace oxytocinu a prolaktinu vzniká mateřská láska, tyto dva hormony se vzájemně doplňují. V těle matky i dítěte kolují beta-endorfiny, tělu vlastní opiáty, které je oba uklidňují. V této době dochází i k vyplavování katecholaminů, udržují matku bdělou. Takto to příroda nastavila pro případ možného nebezpečí. Katecholaminy produkuje i organismus novorozence, usnadňují mu lepší adaptaci na vnější prostředí mimo dělohu.

Jakékoli rušení v této fázi porodu může mít hluboké negativní následky pro budoucí vztah matky a jejího dítěte, na jejich psychické, sociální a behaviorální vlastnosti. (Odent, 2013, s. 91-95)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 6. Formulace problému

Bakalářská práce se zabývá hormony při porodu. Na přirozené vyplavování hormonů působí mnoho vnitřních i vnějších vlivů. K faktorům ovlivňujícím přirozené vyplavování hormonů při porodu patří prostředí porodu, přítomnost blízkých a doprovázejících osob, vliv zdravotnického personálu, psychika rodičky, informovanost rodičky o přirozeném porodu, vzájemný respekt nastávajících matek a zdravotnického personálu atd. Porod je jedna z nejnáročnějších situací v životě ženy, po porodu se kompletně změní její život. Prožitek porodu tedy může být determinantem jak pozitivních, tak negativních změn v životě ženy po porodu.

Ve většině porodnic v České republice je porod veden lékařsky, dnešním trendem však je, že stále více rodiček se zabývá tím, jak by měl jejich porod ideálně vypadat a s jakým prožitkem chtějí z porodnice odcházet. Mým cílem bylo zjistit, zda jsou ženám v porodnicích poskytovány ideální podmínky pro porod dle jejich individuálních potřeb. Pro spokojenost žen v českém porodnictví je potřeba si klást následující otázku.

*Mají rodičky v České republice ideální podmínky pro porod?*

## 7. Cíl výzkumu

Zjistit, zda mají ženy v ČR nastaveny ideální podmínky pro porod.

## 8. Dílčí cíle a předpoklady

**Cíl 1:** Zjistit, zda se ženy připravují na porod

**Předpoklad 1:** Předpokládám, že ženy po vaginálním porodu se na porod připravovaly více než ženy po operativním nebo instrumentálním porodu.

Otázky č.: 6, 7, 8, 9, 11, 14

**Cíl 2:** Analyzovat, zda jsou obě skupiny žen spokojeny s místem porodu, prostředím a atmosférou.

**Předpoklad 2:** Domnívám se, že většina žen se v porodnici cítí bezpečně.

- Kritérium pro většinu = alespoň 70%

**Předpoklad 3:** Lze předpokládat, že většina porodnic v ČR má přizpůsobený porodní sál pouze pro jednu rodičku.

- Kritérium pro většinu = alespoň 70%

Otázky č. : 15, 16, 17, 23, 24, 25

**Cíl 3:** Zjistit, zda personál respektuje porodní přání a potřeby rodičky během fyziologicky probíhajícího porodu.

**Předpoklad 4:** Domnívám se, že častěji nebyla plněna přání žen, jejichž porod byl ukončen instrumentálně nebo operativně.

Otázky č.: 10,12, 13, 18, 19, 20, 21, 27, 28

**Cíl 4:** Analyzovat, zda ženy v místě porodu cítily dostatečně uvolněně a mohly jednat dle svých pocitů.

**Předpoklad 5:** Domnívám se, že polohu při tlačení u obou skupin žen určoval častěji personál než samy ženy.

**Předpoklad 6:** Předpokládám, že personál zasahoval do volby polohy v II. době porodní častěji u žen po operativním nebo instrumentálním porodu

**Předpoklad 7:** Předpokládám, že u žen po vaginálním porodu byla v I. době porodní umožněna větší volnost pohybu než u žen po operativním či instrumentálním porodu.

Otázky č.: 5, 26, 29, 35, 37

**Cíl 5:** Zjistit, které intervence jsou nejčastěji prováděny rodičkám.

**Předpoklad 8:** Předpokládám, že episiotomie je prováděna častěji prvorodičkám než víceroedičkám.

**Předpoklad 9:** Domnívám se, že s aplikací léků za porodu, častěji souhlasí ženy po operativním nebo instrumentálním porodu.

Otázky č.: 30, 31, 32, 33, 34, 38a

**Cíl 6:** Zjistit, zda jsou ženám nastaveny ideální podmínky pro navázání vztahu s novorozencem.

**Předpoklad 10:** Předpokládám, že bonding je častěji umožněn ženám po vaginálním porodu než po operativním nebo instrumentálním.

**Předpoklad 11:** Domnívám se, že ve většině porodnic v ČR dochází k separaci matky a dítěte.

Kritérium pro většinu = 70%

**Předpoklad 12:** Lze předpokládat, že ženám po operativním či instrumentálním porodu není většinou umožněn bonding s novorozencem.

Kritérium pro většinu = 70%

Otázky č.: 38b, 39, 40, 41,

**Cíl 7:** Analyzovat celkovou spokojenost s porodním procesem.

**Předpoklad 13:** Domnívám se, že ženy po operativním nebo instrumentálním porodu jsou spokojenější než ženy po porodu vaginálním.

Otázky č.: 39b, 40b, 42, 43,

## **9. Charakteristika souboru**

Pro výzkum v této bakalářské práci byly vytvořeny dva dotazníky. Jeden dotazník byl určen pro ženy, které po fyziologickém těhotenství prožily vaginální porod. Druhý dotazník byl vytvořen pro ženy, které sice prožily fyziologické těhotenství a předpokládal se u nich fyziologický porod, ale nakonec porod proběhl operativně nebo instrumentálně. Výzkum probíhal na internetu, dotazníky jsem šířila pomocí sociální sítě na různých skupinách, které se věnují těhotenství, porodům, rodičovství, výchově apod.

## **10. Metoda sběru dat**

Pro získání dat, která jsem potřebovala k výzkumu ve své bakalářské práci, jsem si vybrala metodu kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření. Dotazníky jsem vytvořila dva. První dotazník byl určen pro ženy po vaginálním porodu. Druhý dotazník byl



sestaven pro ženy, které očekávaly, že porod proběhne vaginálně, ale z nějakého důvodu byl ukončen operativně nebo instrumentálně. Dotazníky se liší pouze v několika otázkách, pro přehlednost tyto otázky odlišuji písmeny „a“ a „b“. Písmeno „a“ patří k dotazníku pro ženy po vaginálním porodu, písmeno „b“ k dotazníku pro ženy po operativním nebo instrumentálním porodu.

První dotazník se skládá s celkem 43 otázek. Otázky jsou uzavřené i otevřené. V úvodu dotazníku jsou filtrující otázky o jednotlivých respondentkách, ptám se na jejich věk, paritu, nejvyšší dosažené vzdělání, místo porodu a formu ukončení porodu. V první části dotazníku jsou otázky, které se týkají přípravy rodiček k porodu a výběru místa porodu. Následující otázky se věnují spokojenosti s přístupem personálu při porodu a nejčastěji prováděným zásahům do porodního procesu. V předposlední části jsou v dotazníku otázky směřované na kontakt matky s novorozencem. Poslední dvě otázky se týkají celkové spokojenosti s porodem.

Druhý dotazník pro ženy s operativním nebo instrumentálním porodem se skládá z 40 otázek. Otázky jsou stejné jako v prvním dotazníku. Omezeny jsou pouze otázky, které se týkají kontaktu s novorozencem, tuto otázku obsahuje dotazník pouze jednu. Dotazy na kontakt s novorozencem jsem v tomto dotazníku omezila, protože si uvědomuji, že pro některé ženy by toto téma mohlo být velmi citlivé.

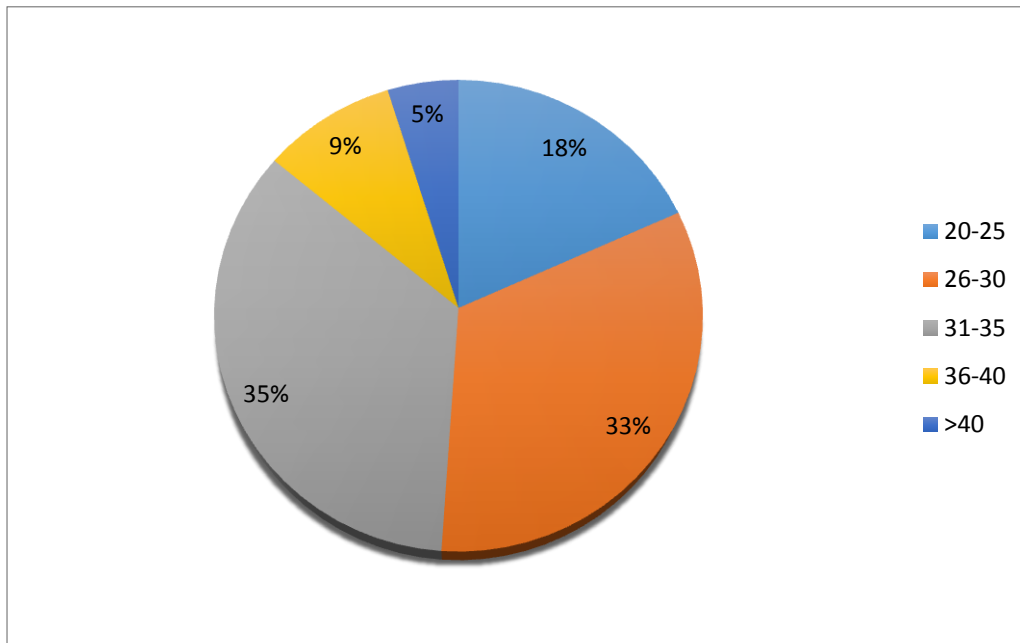
## **11. Organizace výzkumu**

Dotazníky byly vytvořeny a šířeny elektronicky. Zveřejnění dotazníku proběhlo 1. 2. 2017 v různých skupinách na sociální síti. Skupiny byly celkem čtyři. Jedna se zabývala přirozeným porodem, druhá skupina sdružovala ženy, které rodily v roce 2016, třetí skupina se věnovala výchově a rodičovství a čtvrtá skupina sdružovala ženy po císařském řezu. Výběr skupin byl cílený, aby byly zastoupeny různé názory a výzkum byl vyvážený. Počet potřebných respondentů byl vzhledem k velikosti skupin naplněn rychle. Vyhodnocování probíhalo vytvořením souhrnné analýzy. Odeslaných dotazníků bylo celkem 347.

## 12. Analýza údajů

Demografická otázka: *Doplňte prosím svůj věk.*

**Graf č. 1: Věk respondentek.**

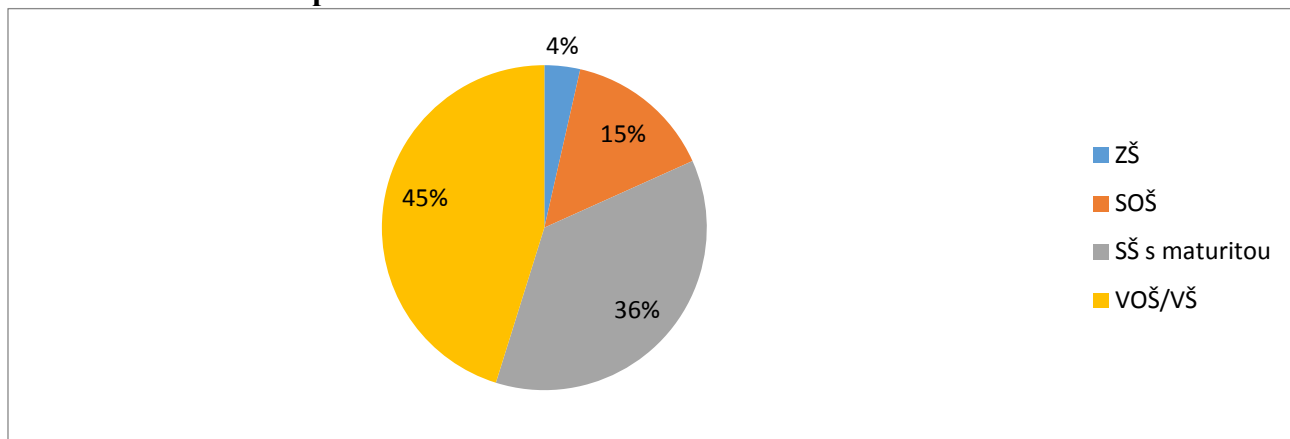


Zdroj: vlastní

Graf č. 1 znázorňuje věk respondentek, nejméně respondentek bylo ve věku 20 let a méně, v tomto věku na dotazník neodpověděla žádná rodička. Žen ve věku 40 a více bylo 5%, Respondentek ve věku 20 až 25 let bylo 18%. 33% respondentek bylo ve věku 26 až 30 let. Nejvíce odpovídajících žen bylo ve věku 31 až 35 let, celkem 35% ze všech dotazovaných.

Demografická otázka: *Uved'te prosím Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.*

**Graf č. 2: Vzdělání respondentek**

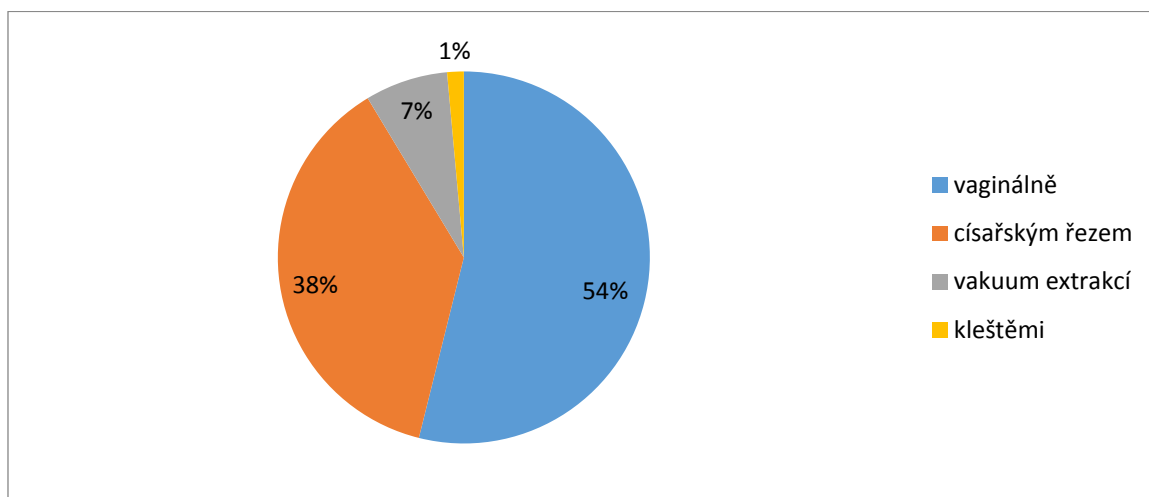


Zdroj: vlastní

Druhá demografická otázka číslo se zabývala tím, jakého nejvyššího vzdělání dotazované ženy dosáhly. 45% respondentek mělo vysokoškolské nebo vyšší odborné vzdělání. 36% respondentek označilo za své nejvyšší dosažené vzdělání střední s maturitou. 15% žen bylo vyučeno v oboru. Nejméně respondentek, celkem 4%, mělo vzdělání základní.

Demografická otázka: *Jak byl ukončen Váš porod?*

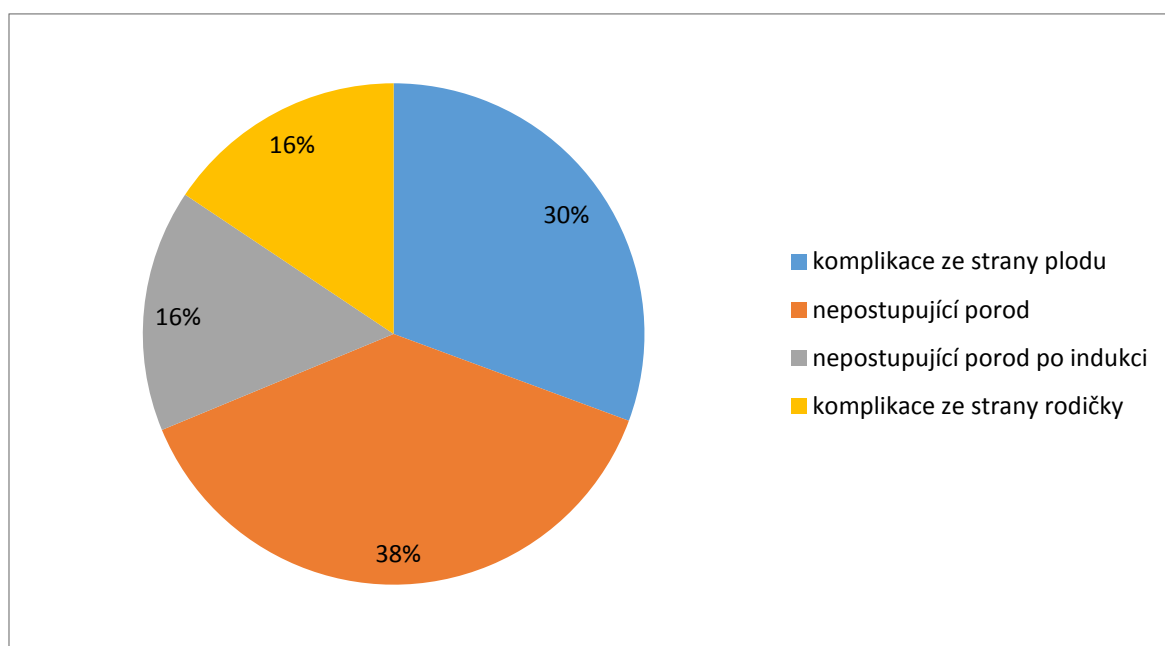
**Graf č. 3: Ukončení porodu**



Zdroj: vlastní

Graf č. 3 znázorňuje poměr žen s různým druhem ukončení porodu. Nejvíce porodů proběhlo vaginálně, bylo jich 54%. Na druhém místě byly císařské řezy, celkem 38%. Porodů vakuum extrakcí proběhlo 7% a kleštěmi 1%.

**Graf č. 4: Důvod operativního ukončení porodu**



Zdroj: vlastní

Graf č. 4 zobrazuje důvody ukončení porodů operativně nebo instrumentálně. Nejčastější indikací byl nepostupující porod (38%). Nepostupujících porodů po předchozí indukci bylo 16%. Komplikací ze strany plodu bylo 30% a ze strany rodiček 16%.

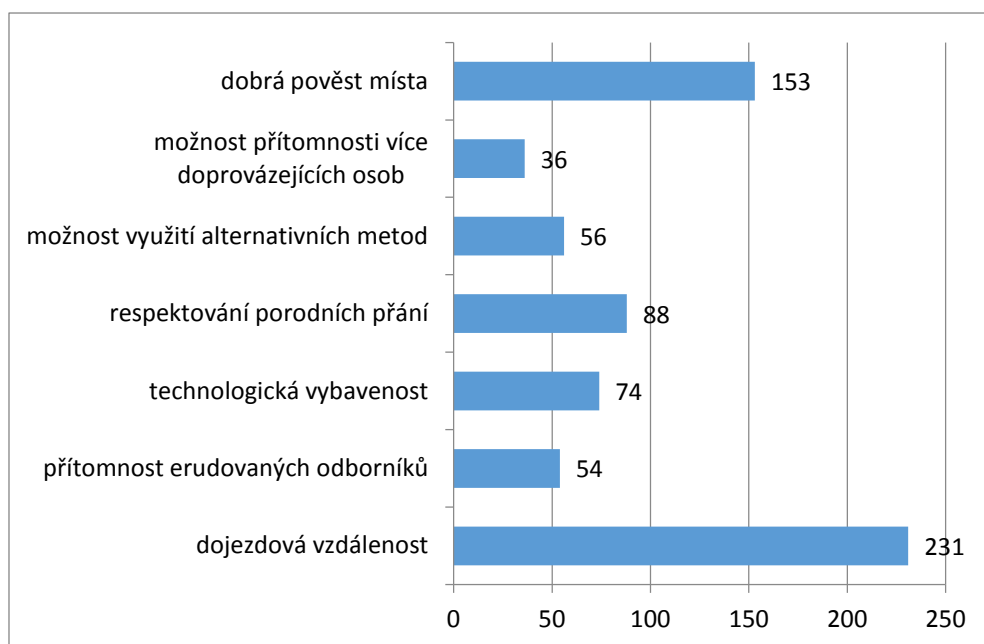
**Cíl 1:** Zjistit, zda se ženy připravují na porod

**Předpoklad 1:** Předpokládám, že ženy po vaginálním porodu se na porod připravovaly ve větší míře než ženy po porodu operativním nebo instrumentálním.

(Otázky č.: 6, 7, 8, 9, 11, 14)

Otázka č. 6: *Zaškrtněte, co vše jste při výběru místa porodu preferovala.*

**Graf č. 5: Preference při výběru místa**

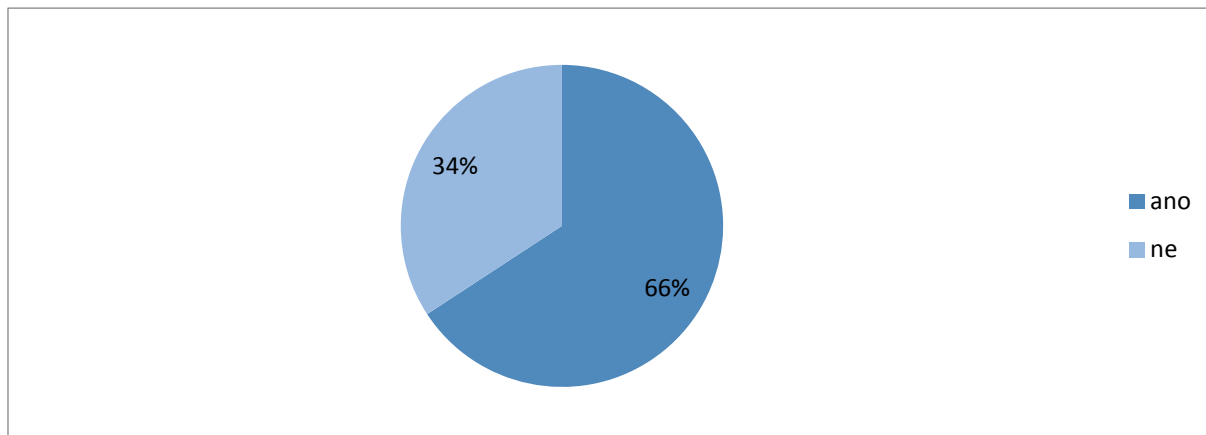


Zdroj: vlastní

Otázka č. 5 zkoumala preference žen při výběru místa porodu. Otázka měla libovolný počet možných odpovědí. V největším zastoupení, a to celkem 231krát ženy označily dojezdovou vzdálenost. Jako druhou v pořadí ženy preferují dobrou pověst místa, byla označena 153krát. Respektování porodních přání bylo označeno 88krát, technologická vybavenost 74krát. Celkem 56krát byla označena možnost využití alternativních metod a 54krát přítomnost erudovaných odborníků. Nejméně při výběru místa porodu ženy preferují možnost mít při porodu více doprovázejících osob, označilo ji 36 žen.

Otázka číslo 7: *Seznámila jste se předem se zvyklostmi a prostředím místa porodu?*

**Graf č. 6: Seznámení s místem porodu**

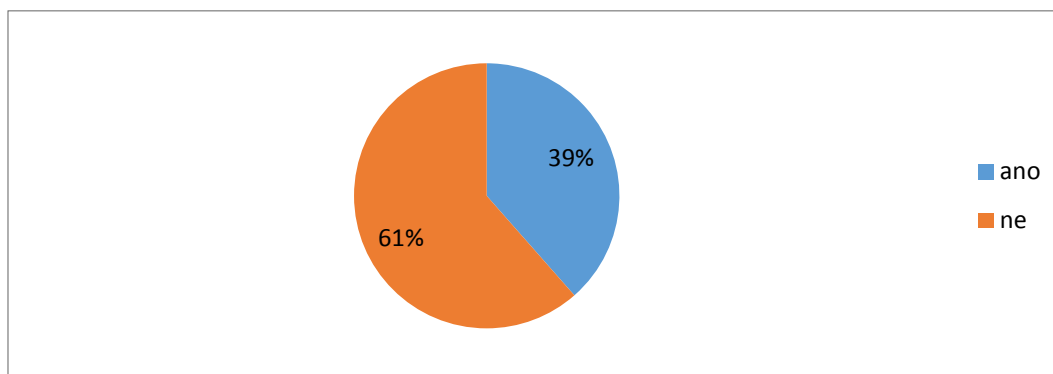


Zdroj: vlastní

Graf č. 6 znázorňuje odpovědi žen na otázku číslo 7. Ukazuje, že 66 % žen se s místem porodu předem seznámily. 34 % žen se se zvyklostmi a místem porodu předem neseznámily.

Otázka číslo 8: *Navštěvovala jste předporodní kurz?*

**Graf č. 7: Účast na předporodním kurzu**

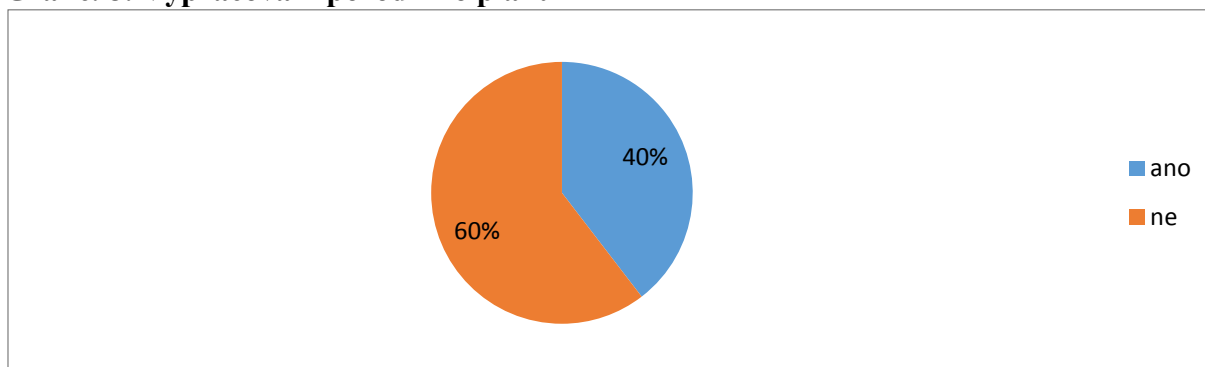


Zdroj: vlastní

Grafické znázornění číslo 7 ukazuje, kolik procent žen se účastnilo předporodního kurzu. 61% z celkového počtu se předporodního kurzu účastnilo, 39 % předporodní kurz navštěvovaly.

Otázka č. 9: *Měla jste vypracovaný porodní plán?*

Graf č. 8: Vypracování porodního plánu

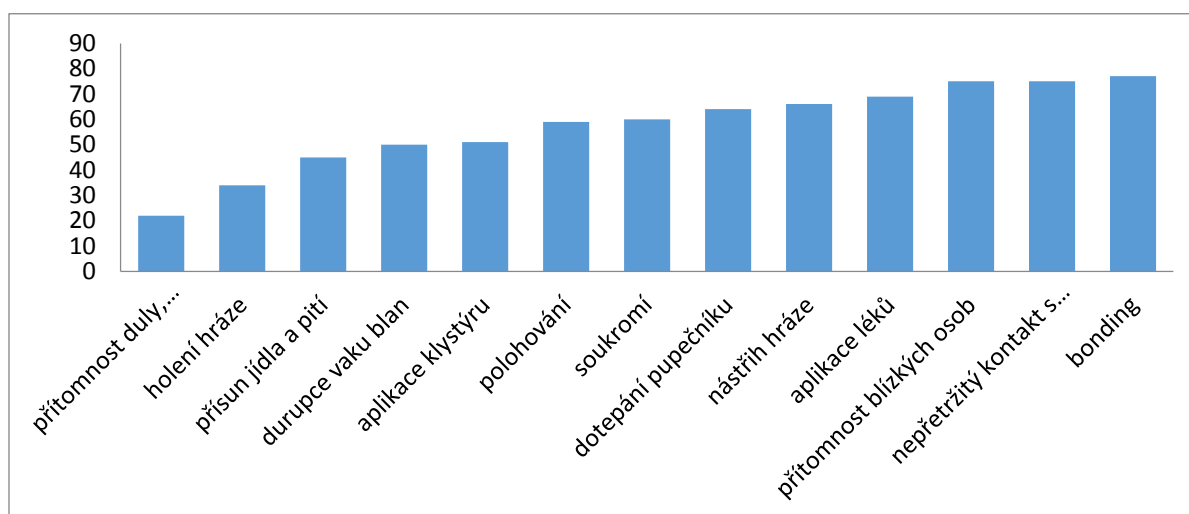


Zdroj: vlastní

Na grafu číslo 8 je znázorněno, kolik procent žen se věnovalo přípravě porodního plánu. 40% žen si před porodem připravilo porodní plán, 60% si porodní plán nepřipravilo.

Otázka č. 10: *Pokud jste na předchozí otázku odpověděla kladně, zaškrtněte vše, čím jste se v porodním plánu zabývala.*

Graf č. 9: Obsah porodního plánu

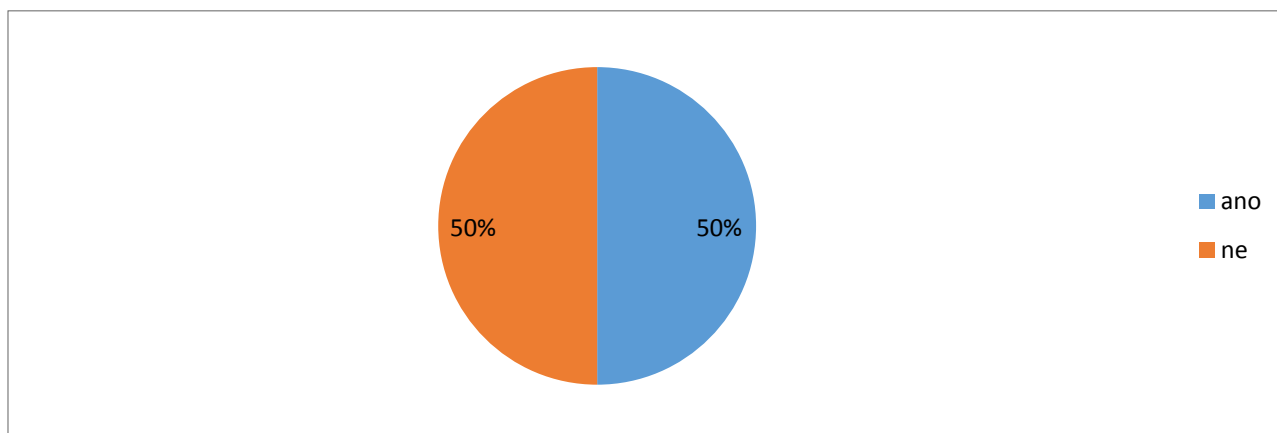


Zdroj: vlastní

Otázka číslo 10 se týkala pouze žen, které měly připravený porodní plán. V otázce bylo možné označit více možností odpovědi. Nejvíce žen se v porodním plánu věnuje tématům bonding, přítomnosti blízkých osob, nepřetržitému kontaktu s novorozencem a aplikaci léků při porodu. Méně často nástřihu hráze, dotepání pupečnicku, soukromí při porodu, dirupci vaku blan a aplikaci klystýru. Nejméně žen v porodním plánu věnuje pozornost přísunu jídla a pití, holení hráze a přítomnosti duly nebo porodní asistentky při porodu.

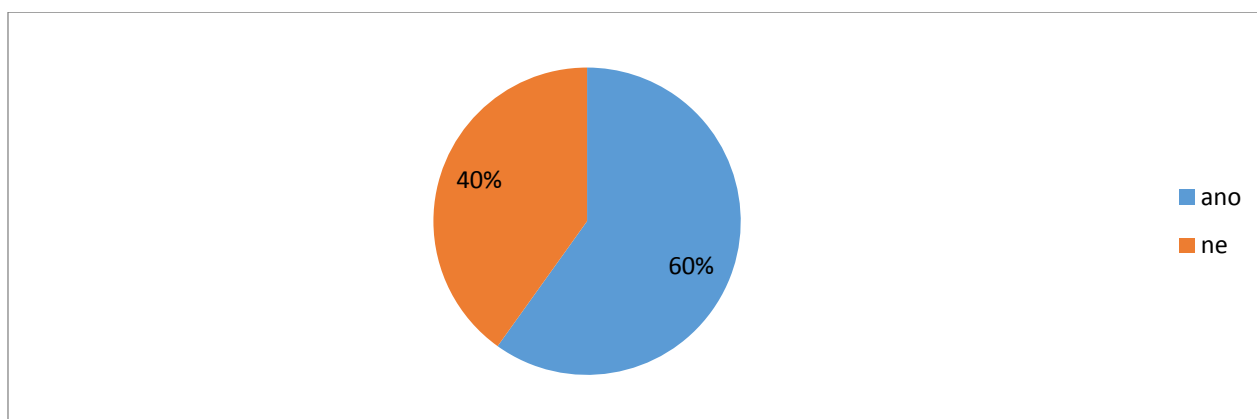
Otázka č. 11: *Celkově máte pocit, že jste se na porod připravovala?*

**Graf č. 10: Celková příprava žen – operativní porod**



Zdroj: vlastní

**Graf č. 11: Celková příprava žen - vaginální porod**



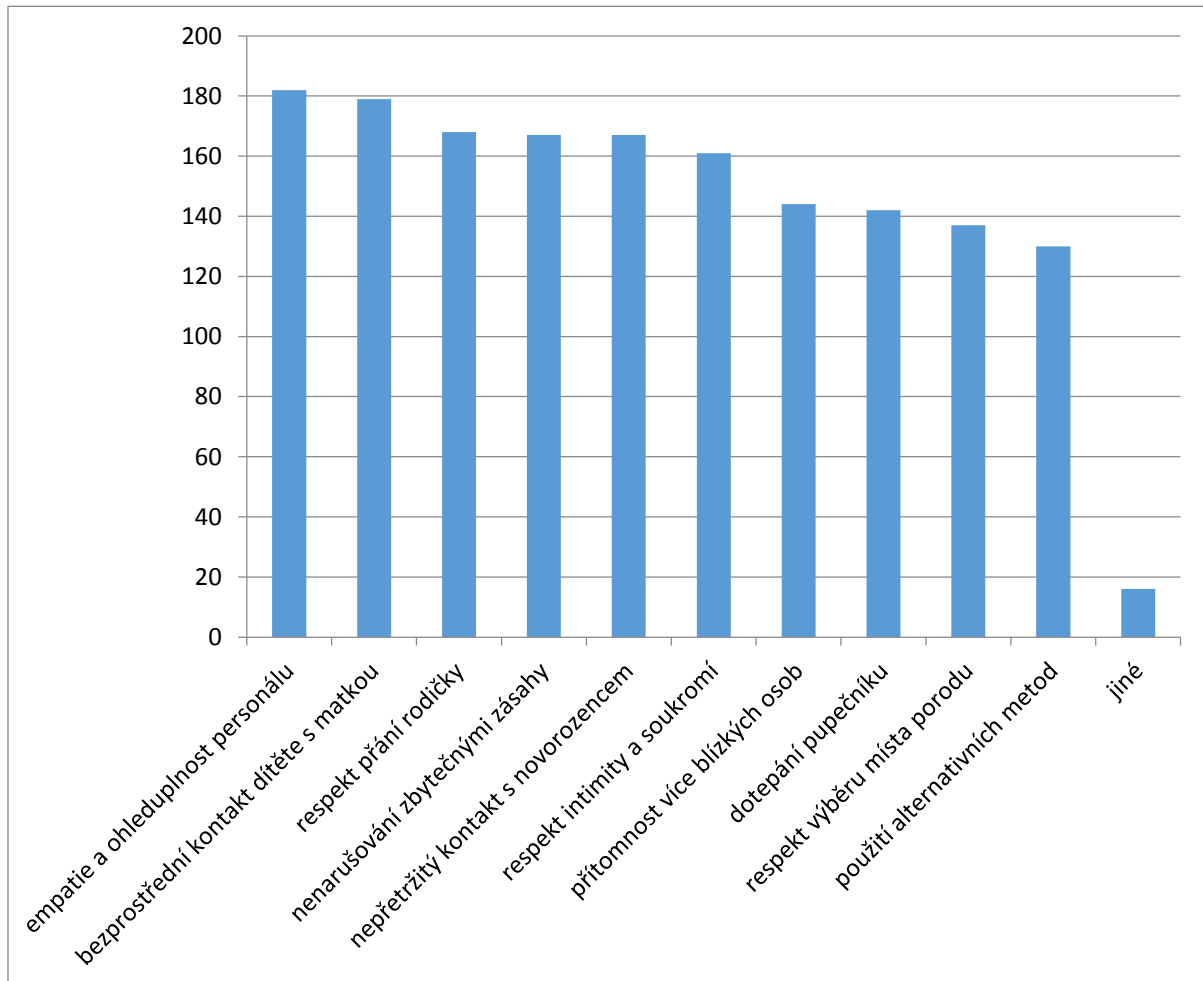
Zdroj: vlastní

Grafy číslo ukazují, kolik procent žen má pocit, že se na porod nějakým způsobem připravovaly. Zatímco u žen, jejichž porod byl ukončen operativně nebo instrumentálně, se na porod připravovalo 50% respondentek a 50% nikoliv, u žen, jejichž porod byl ukončen vaginálně, je četnost přípravy na porod vyšší, celkem se na porod připravovalo 60% žen.



Otázka č. 14: *Vyberte všechny body, o kterých myslíte, že by měly být u fyziologicky a přirozeně probíhajícího porodu dodrženy.*

**Graf č. 12: Představy o přirozeném porodu**



Zdroj: vlastní

Na otázku číslo 14 odpovídaly všechny respondentky, měly možnost vybrat více možností odpovědí. Graf číslo 12 zobrazuje, jaké představy mají ženy o fyziologickém přirozeném porodu. Nejvíce označení měly možnosti empatie, bezprostřední kontakt s novorozencem, respekt přání rodičky, nenarušování zbytečnými zásahy, respektování intimity a soukromí. O něco málo méně ženy označovaly přítomnost blízkých osob, dotepání pupečníku, respekt výběru místa porodu, použití alternativních metod. Nejméně byla označována možnost „jiné“.

**Cíl 2:** Analyzovat, zda jsou obě skupiny žen spokojeny s místem porodu, prostředím a atmosférou.

**Předpoklad 2:** Domnívám se, že většina žen se v porodnici cítí bezpečně.

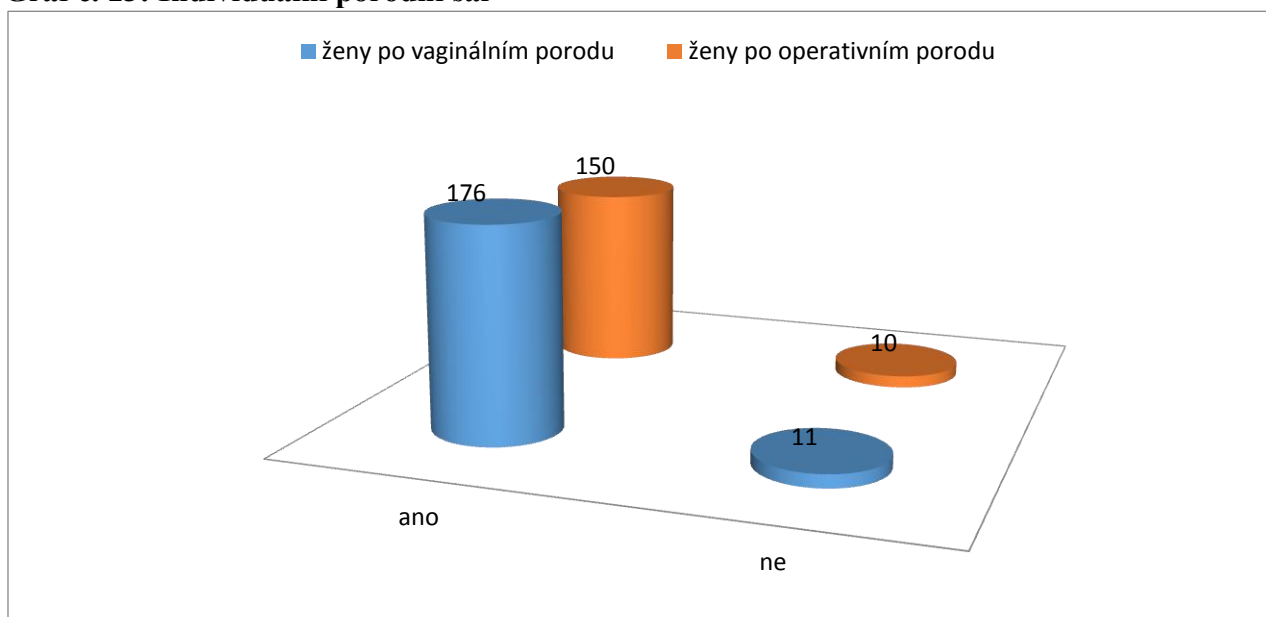
**Předpoklad 3:** Lze předpokládat, že většina porodnic v ČR má přizpůsobený porodní sál pouze pro jednu rodičku.

Kritérium pro většinu = 70%

(Otázky č. 15, 16, 17, 23, 24, 25)

Otázka č. 15: *Měla jste porodní sál k dispozici sama pro sebe, byl sál přizpůsobený pouze pro jednu rodičku?*

**Graf č. 13: Individuální porodní sál**



Zdroj: vlastní

Graf číslo 13 zobrazuje, že 94% všech žen mělo porodní sál pouze samy pro sebe. V 6 % byly porodní sály vybaveny pro více rodiček.

Otázka č. 16: *Bylo pro Vás prostředí vybraného místa porodu příjemné?*

**Graf č. 14: Příjemnost prostředí**

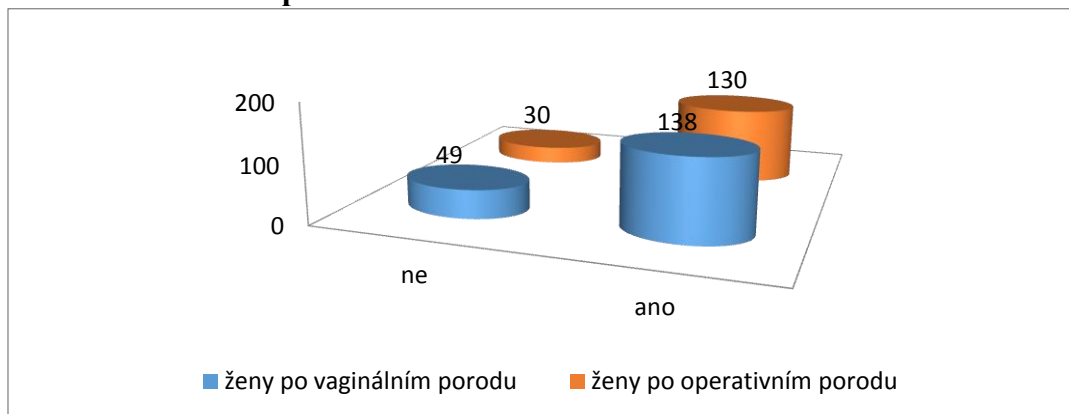


Zdroj: vlastní

Graf číslo 14 znázorňuje, že zastoupení rodiček po vaginálním porodu, které se cítily v prostředí místa příjemně, bylo 70 %. Žen, které se na tomto místě příjemně necítily, bylo 30%. 81% procent žen po operativním porodu se cítilo příjemně, 19% nepříjemně.

Otázka číslo 17: *Cítila jste se v místě porodu bezpečně?*

**Graf č. 15: Pocit bezpečí**

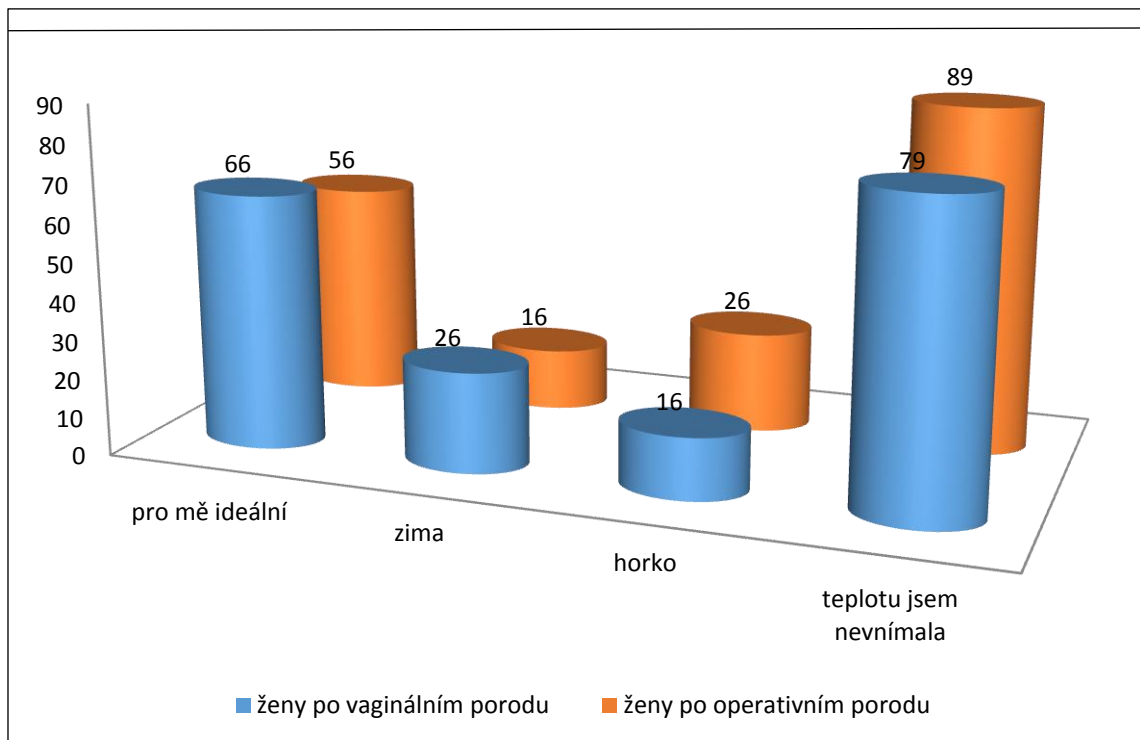


Zdroj: vlastní

Na grafu číslo 15 je vyobrazeno, že 74 % žen po vaginálním porodu se cítilo na místě porodu bezpečně. 26 % respondentek se bezpečně necítily. Ženy po operativním porodu se cítily bezpečně v 81%, bezpečí necítily 19% z nich.

Otázka č. 23: *Jaká byla na místě porodu teplota?*

**Graf č. 16: Teplota na porodním sále**

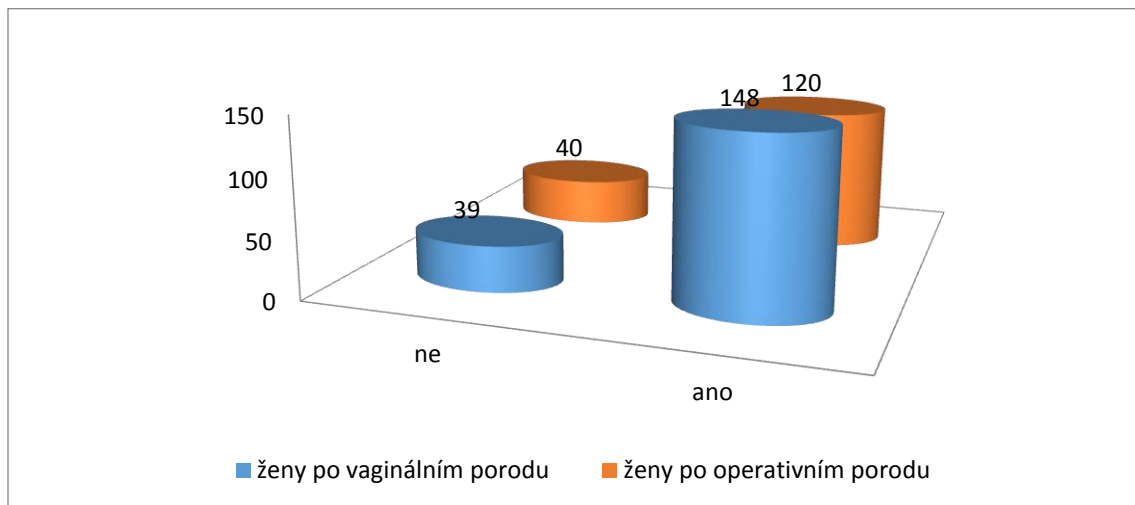


Zdroj: vlastní

Na grafu číslo 16 je uvedeno, že teplotní podmínky ženy nejčastěji nevnímaly. Jako druhá nejčastější odpověď byla označována „pro mě ideální“. Nejméně časté odpovědi byly „horko“ a „zima“.

Otázka č. 24: *Vyhovovaly Vám světelné podmínky místa?*

Graf č. 17: Světelné podmínky



Zdroj: vlastní

Na grafu číslo 17 je, že světelné podmínky vyhovovaly 148 ženám po vaginálním porodu a 120 ženám po operativním porodu. Z celkového počtu nevyhovovaly světelné podmínky 79 ženám.

Otázka číslo 25: *Pokud jste na předchozí otázku odpověděla „ne“, popište blíže prosím.*

Na otázku číslo 25 odpovídaly pouze respondentky, které u otázky číslo 24 odpověděly „ne“. V této otázce měly blíže specifikovat, co jim na světelných podmínkách nevyhovovalo. Všechny tyto ženy, tedy 100%, odpověděly, že na porodním sále bylo moc světla. Své odpovědi nejčastěji formulovaly jako: „moc světla, málo, přitmní, ostré světlo“.

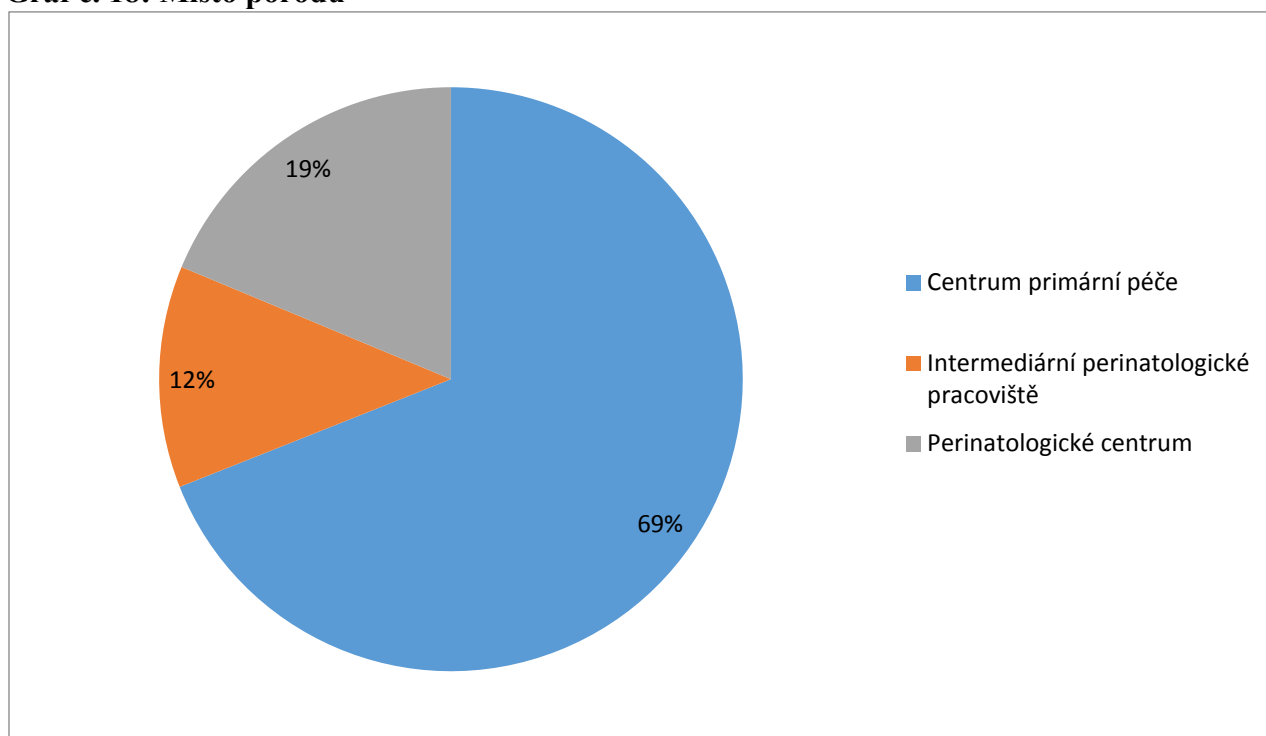
**Cíl 3:** Zjistit, zda personál respektuje porodní přání a potřeby rodičky během fyziologicky probíhajícího porodu.

**Předpoklad 4:** Domnívám se, že častěji nebyla plněna přání žen, jejichž porod byl ukončen instrumentálně nebo operativně.

(Otázky č.: 12, 13, 18, 19, 20, 21, 22, 27, 28)

Otázka č. 4: *V jaké porodnici Váš porod proběhl.*

**Graf č. 18: Místo porodu**

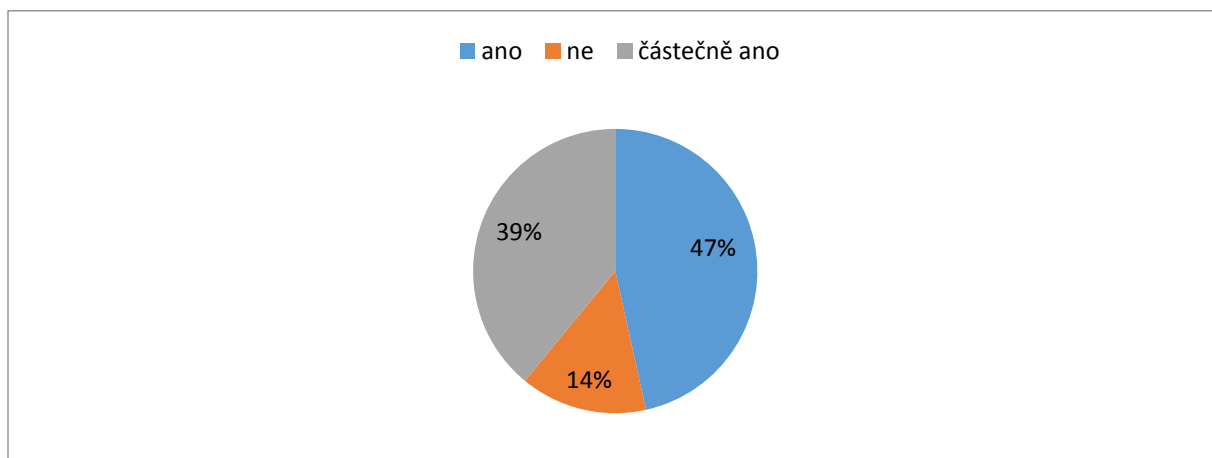


Zdroj: vlastní

Graf číslo 18 zobrazuje, v jakých porodnicích ženy rodily. Nejvíce zastoupená byla centra primární péče, zde rodilo celkem 69% dotazovaných rodiček. 19% rodiček rodilo v perinatologických centrech. Nejméně respondentek rodilo v intermediárních perinatologických pracovištích, a to celkem 12%.

Otázka číslo 12: *Bylo Vaším porodním přáním vyhověno?*

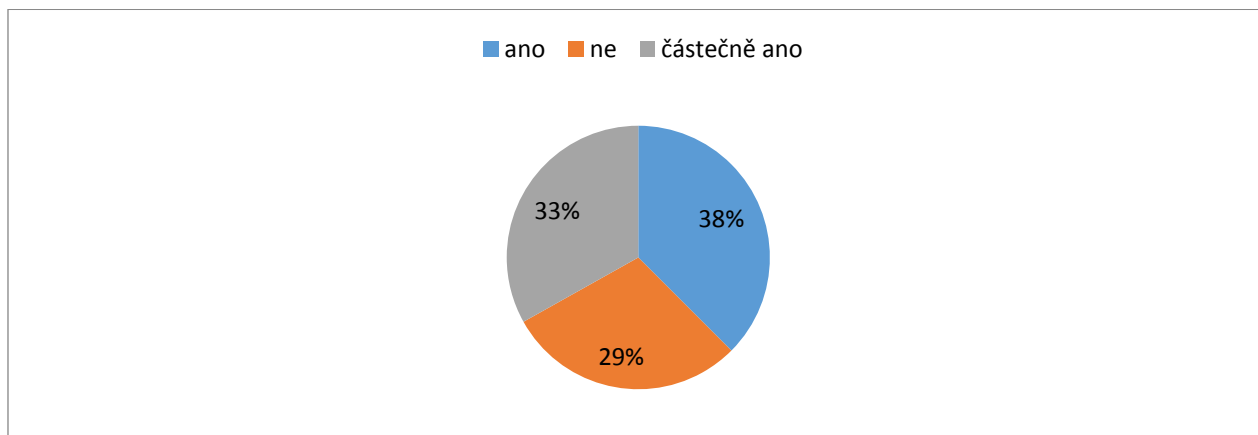
**Graf č. 19: Vyhovění přáním rodiček - vaginální porod**



Zdroj: vlastní

Graf č. 19 se týká žen po vaginálním porodu a znázorňuje, v jaké míře bylo ženám s porodním plánem vyhověno v jejich přáních. Ve 47 % bylo porodním plánům v plné míře vyhověno. V 39 % bylo přáním vyhověno pouze částečně a ve 14 % přání nebylo vyhověno vůbec.

**Graf č. 20: Vyhovění přání u rodiček- operativní porod**

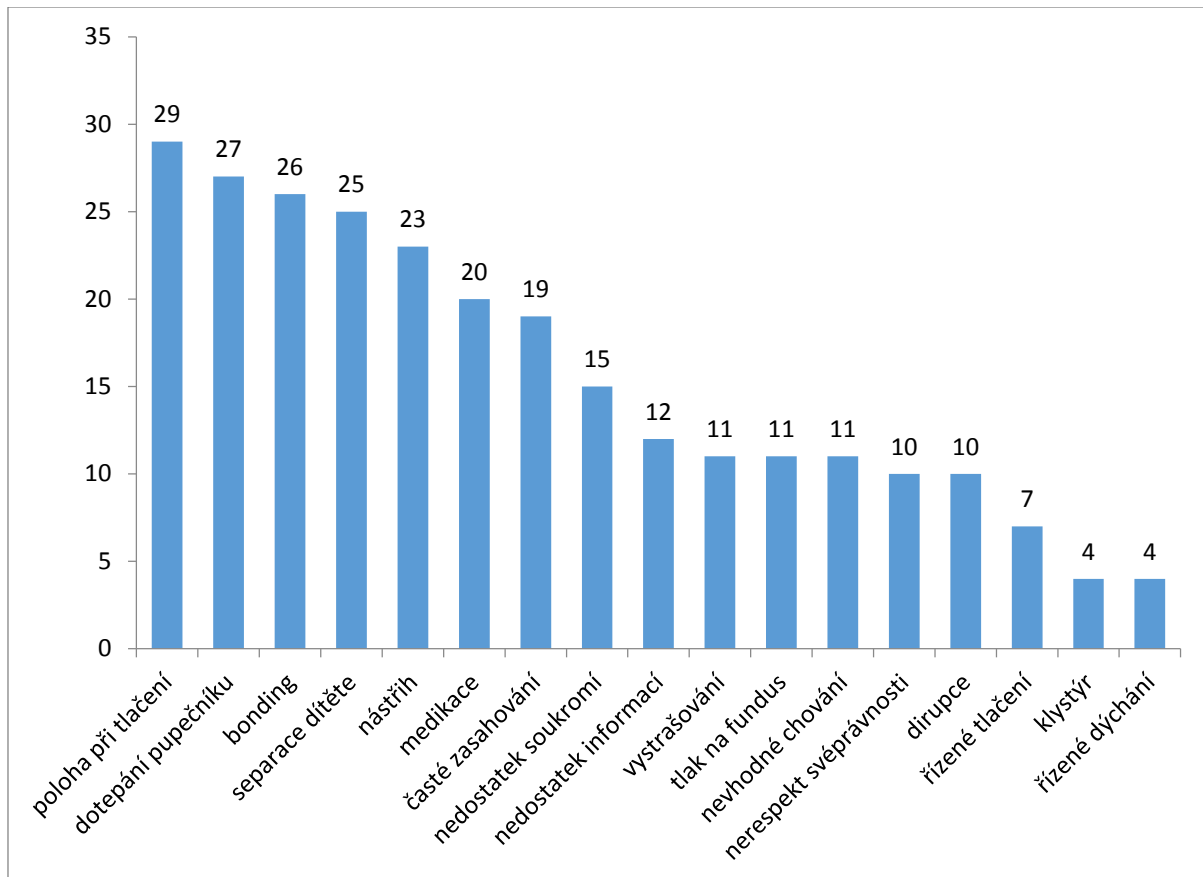


Zdroj: vlastní

Graf číslo 20 zobrazuje vyhovění přáním žen, které prožily operativní nebo instrumentální porod. V 38% bylo vyhověno, v 33% bylo vyhověno pouze částečně. 29% žen odpovědělo, že jejich přáním nebylo vyhověno vůbec.

Otázka číslo 13: *Pokud jste na předchozí otázku odpověděla „ne“ nebo „částečně ano“, napište prosím, kterým přáním nebylo vyhověno.*

**Graf č. 21: Nesplněná přání**



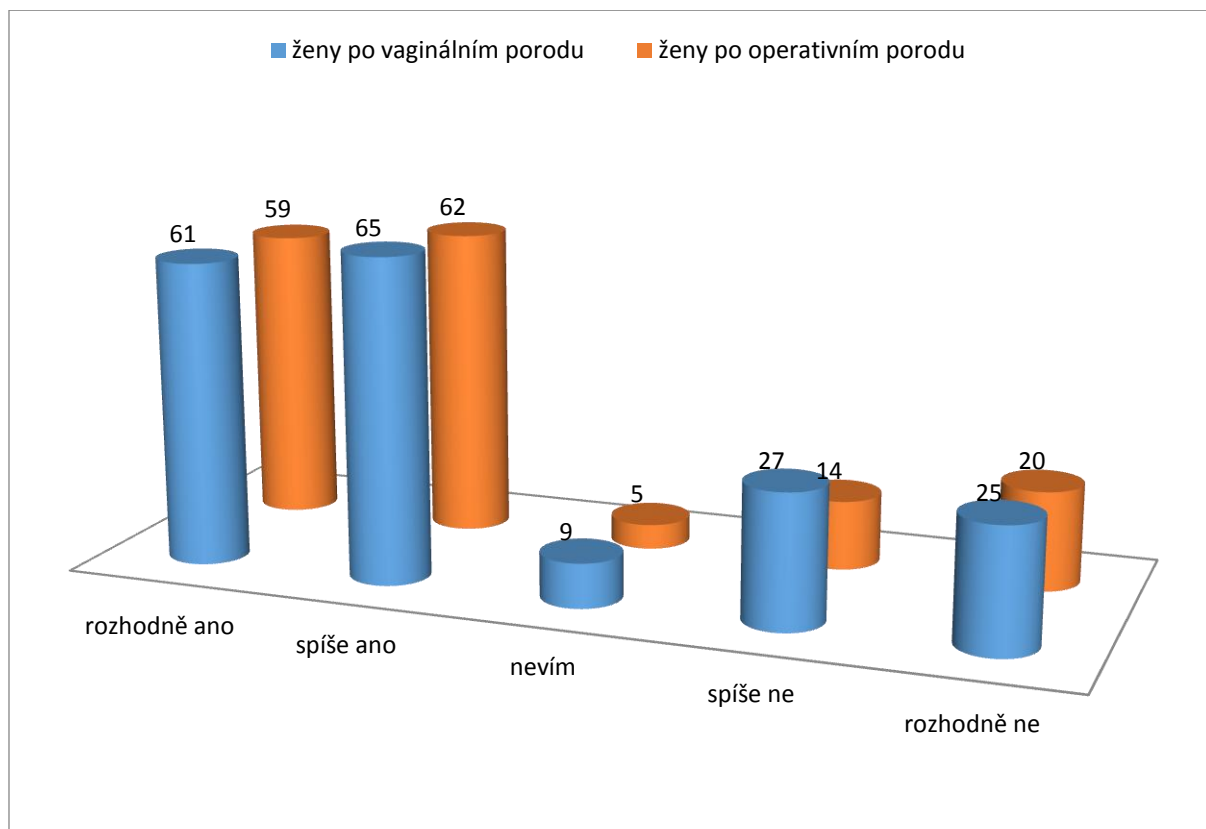
Zdroj: vlastní

Graf číslo 21 znázorňuje odpovědi na otázku č. 13. Odpovídaly na ni pouze ženy, kterým v porodních přáních bylo vyhověno pouze částečně nebo vůbec. Nejčastěji se na porodních sálech nevyhovuje poloze, dotepání pupečníku, bondingu. Často se separují novorozenci od matek, provádějí se nástřihy, aplikuje se medikace a často se do průběhu porodu zasahuje. Ženy si dále stěžovaly na nedostatek soukromí, vystrašování, tlak na fundus, nevhodné chování personálu. Personál v některých případech nerespektoval svěprávnost rodiček a prováděl dirupci vaku blan. Méně často si ženy stěžovaly na řízené tlačení, aplikaci klystýru a řízené dýchání.



Otázka číslo 18: *Cítíte, že je personálem dostatečně respektována Vaše intimita a soukromí?*

**Graf č. 22: Respektování intimity a soukromí**

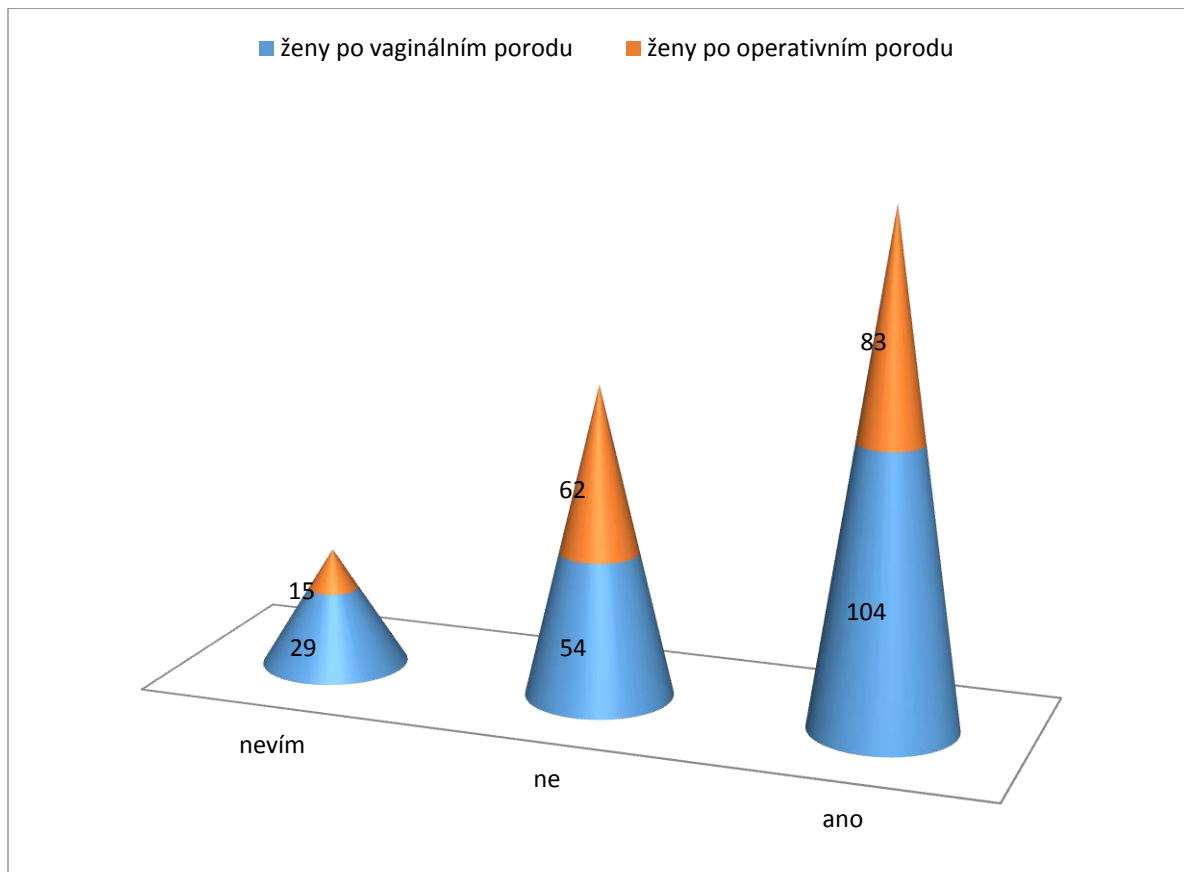


Zdroj: vlastní

Na grafu číslo 23 je zobrazeno, zda byly rodičky spokojené s respektováním soukromí a intimity ze strany personálu. Obě skupiny žen nejčastěji odpovídaly „spíše ano“ nebo rozhodně ano“. 14 rodiček neumělo spokojenost zhodnotit. „Spíše nespokojených“ žen bylo více ve skupině po vaginálním porodu. „Rozhodně nespokojených žen“ bylo po vaginálním porodu 25, po operativním 20.

Otázka číslo 19: *Respektoval personál průběh porodního procesu, přistupoval k němu trpělivě?*

**Graf č. 23: Respekt porodního procesu**

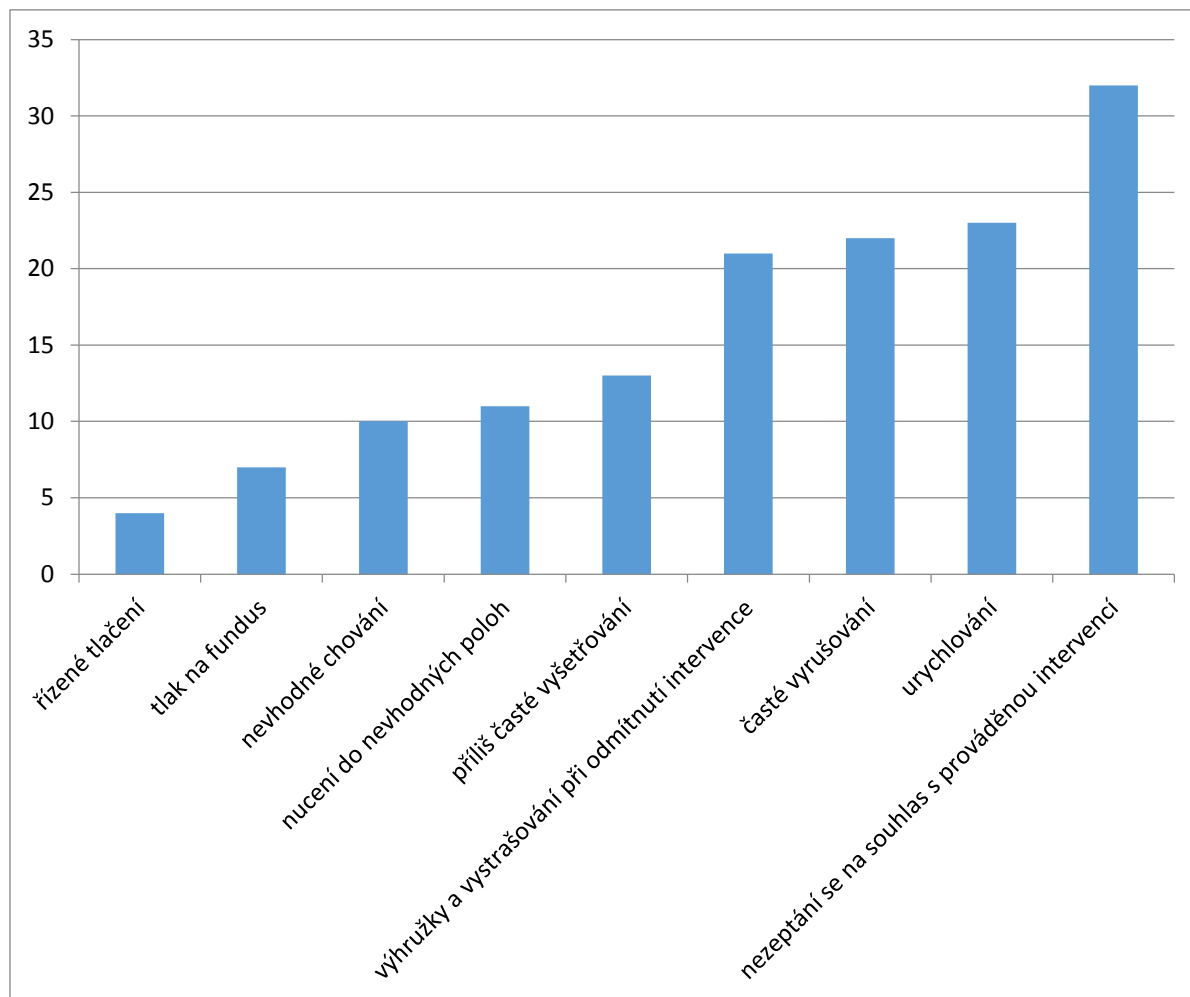


Zdroj: vlastní

Na grafu číslo 23 je zobrazeno, že 104 respondentek po vaginálním porodu a 83 po operativním uvedlo, že personál respektoval porodní proces. 54 žen po vaginálním porodu a 62 žen po porodu operativním nebylo spokojeno s respektem porodního procesu ze strany personálu. Z celkového počtu nevědělo jak odpovědět 44 žen.

Otázka číslo 20: *Pokud jste na předchozí otázku odpověděla „ne“, svou odpověď prosím zdůvodněte.*

**Graf č. 24: Pocit nerespektu**

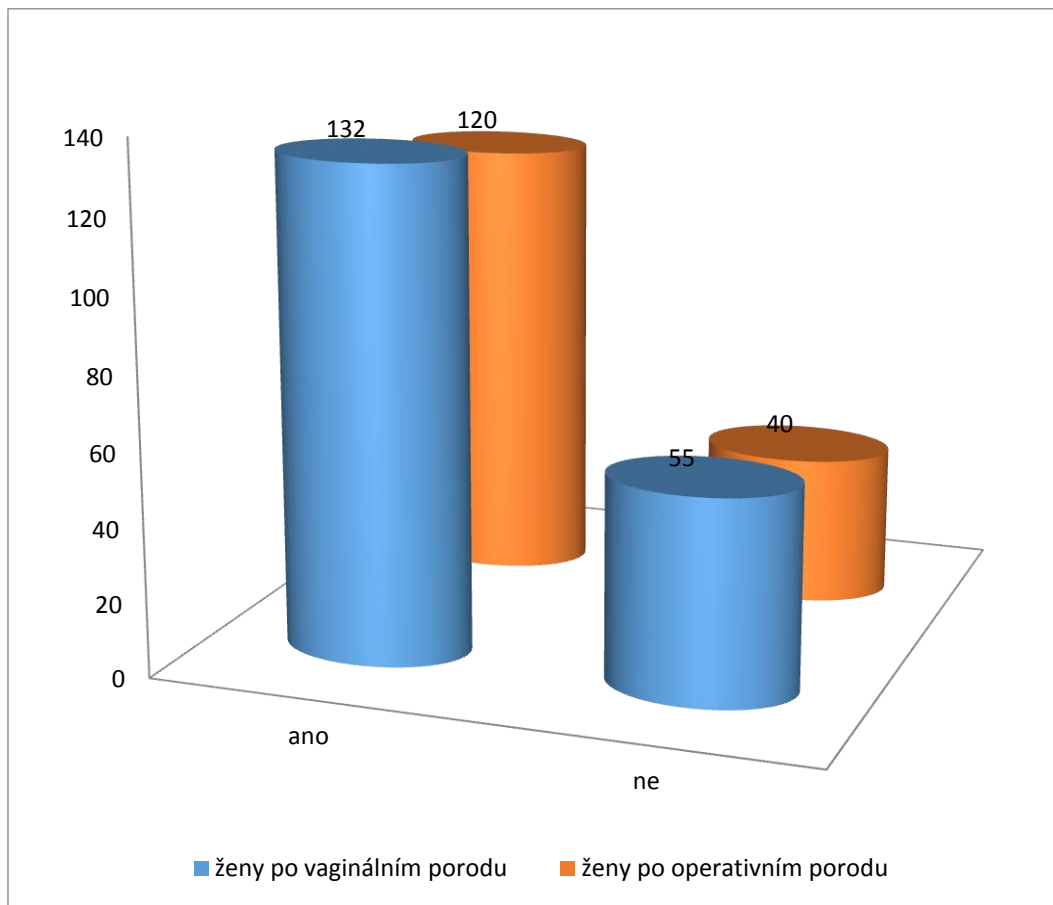


Zdroj: vlastní

Na otázku 20 odpovídalo celkem 29% všech dotázaných. Jednalo se o ženy, které v otázce číslo 19 odpověděly záporně. Tato otázka byla otevřená, proto rodičky mohly uvést hned několik důvodů. Na prvním místě uvedly 32krát, že personál se nezeptal na jejich souhlas s intervencí, kterou provedl. Na druhém místě bylo urychlování porodu, to uvedly celkem 23krát. Ve 22 případech rodičkám vadilo příliš časté vyrušování. 21krát bylo u této otázky uvedeno, že pokud rodičky odmítly nějakou intervenci, bylo jim vyhrožováno dalšími nepříjemnými intervencemi nebo je personál zastrašoval ztrátou zdraví jejich nebo dítěte. 13krát byla uvedena odpověď týkající se častého vyšetřování, 11krát vynucování nevhodných poloh a 10krát nevhodné chování personálu. Na předposledním místě, celkem 7krát rodičky uvedly tlak na fundus. Na posledním místě bylo řízené tlačení, takto odpověděly 4 rodičky.

Otázka číslo 21: *Cítila jste empatii ze strany personálu?*

**Graf č. 25: Empatie**

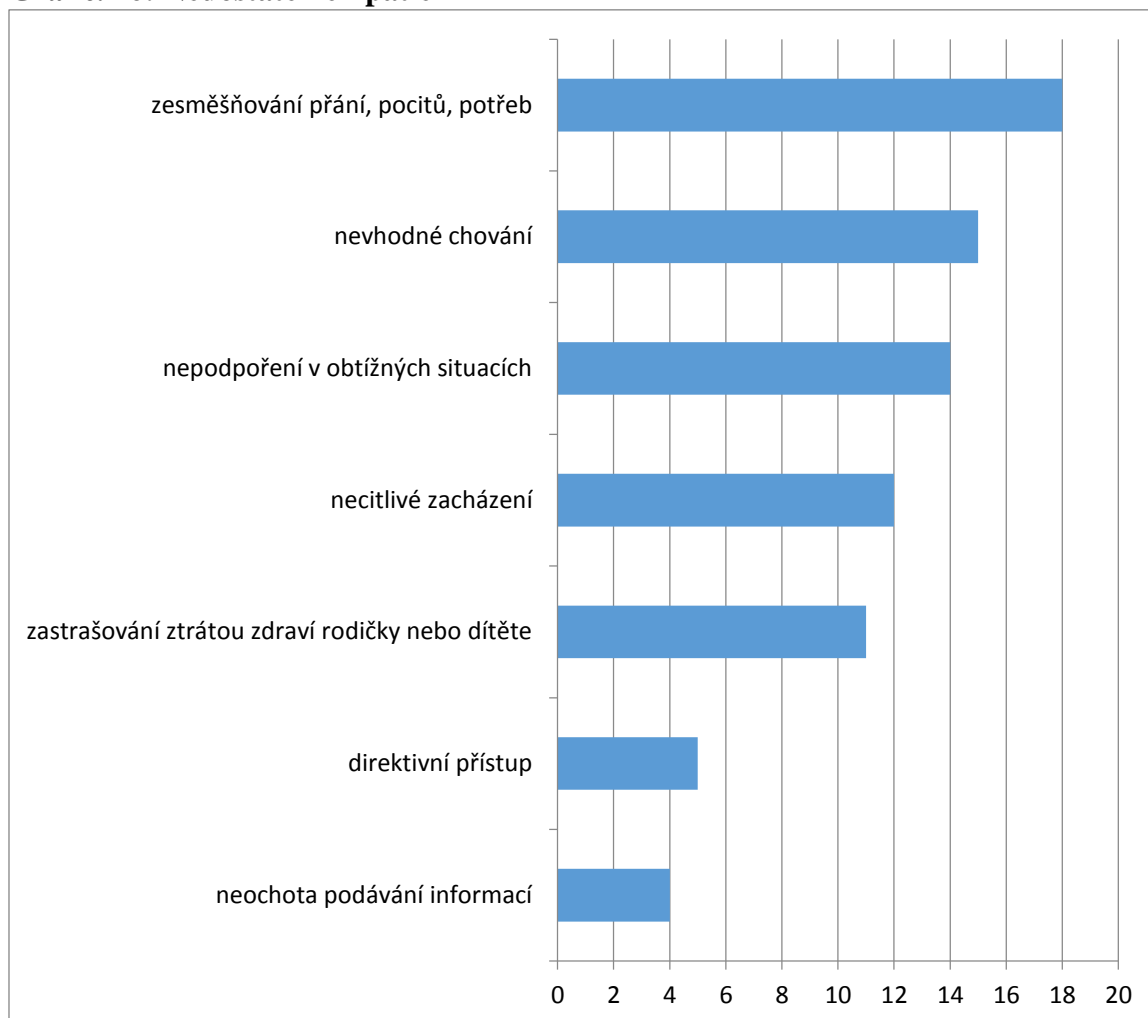


Zdroj: vlastní

Graf číslo 25 znázorňuje, jestli rodičky vnímaly, ze strany personálu, empatii. V 71 % případů vaginálních porodů se personál choval dostatečně empaticky. 29% respondentek připadal personál nedostatečně empatický. V případě operativních porodů se personál choval empaticky v 75% a 25% nikoliv.

Otázka číslo 22: *Pokud jste na předchozí otázku odpověděla „ne“, upřesněte prosím svoji odpověď.*

**Graf č. 26: Nedostatek empatie**

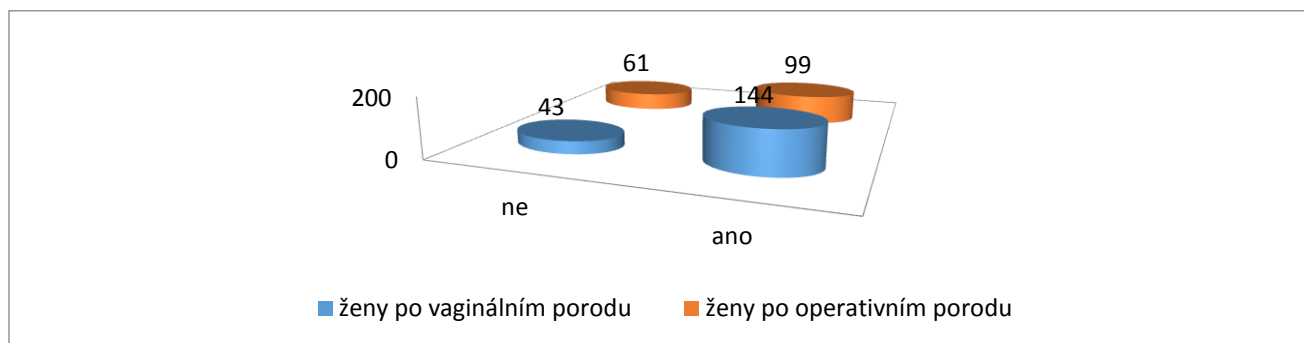


Zdroj: vlastní

Otázka číslo 22 se týkala pouze žen, které v otázce 11 odpověděly záporně. Takto odpovědělo 29% ze všech dotazovaných žen. Tato otázka byla otevřená a respondentky mohly uvést několik odpovědí. Nejvíce ženy uváděly, že personál zesměšňoval jejich přání, pocity a potřeby, to uvedly 18krát. 15krát bylo označeno nevhodné chování, 14krát nepodpora v obtížných situacích. Necitlivé zacházení bylo uvedeno 12krát. Předposlední místo obsadil direktivní přístup, ten uvedlo 5 žen. 4 ženy uvedly, že personál nebyl ochoten podávat informace, i když si to žádaly.

Otázka číslo 27: *Byly Vám nabídnuty nějaké alternativní metody tlumení bolesti?*

**Graf č. 27: Nabídka alternativních metod**

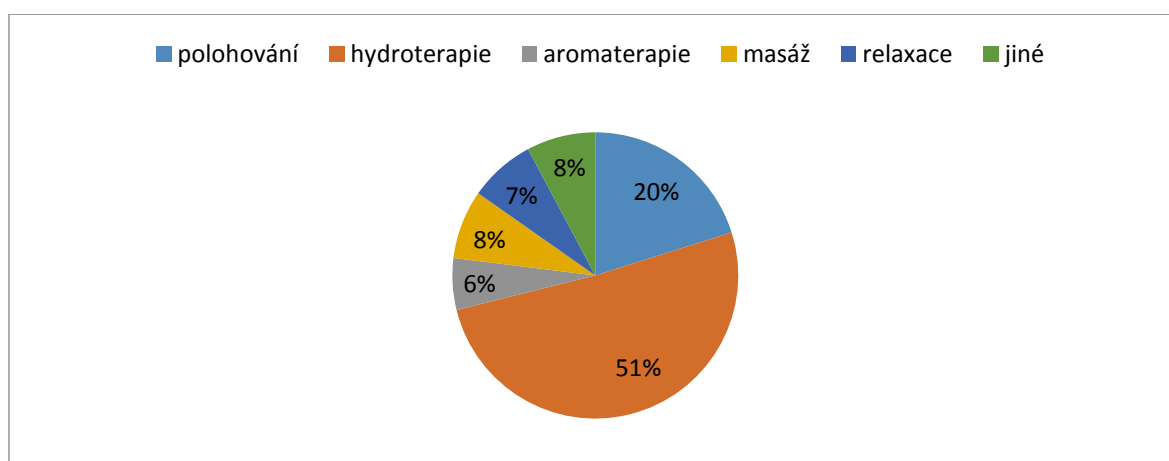


Zdroj: vlastní

Na grafu číslo 27 je uvedeno, že 77% žen po vaginálním porodu, byly nabídnuty nějaké alternativní metody tlumení bolesti. 23% respondentek nebyly nabídnuty alternativní metody na tlumení bolesti. U operativních porodů byly alternativní metody nabídnuty u 63%, u 37% nabídnuty nebyly

Otázka číslo 28: *Pokud jste na předchozí otázku odpověděla „ano“, zaškrtněte prosím všechny alternativní metody, které Vám byly nabídnuty.*

**Graf č. 28: Druhy alternativních metod**



Zdroj: vlastní

Na otázku 28 odpovídaly respondentky, které v otázce 27 uvedly, že jim byly nabídnuty alternativní metody tlumení bolesti. Celkem tedy 23% účastnic výzkumu odpovídalo na tuto otázku. Hydroterapie byla nabídnuta 51% žen. 20 % uvedlo, že měly možnost polohování.

Stejné množství žen, 8%, uvedlo masáž a jiné metody nezmíněné v otázce. Předposlední místo obsadila relaxace s 7% a poslední aromaterapie s 6%.

**Cíl 4:** Analyzovat, zda ženy v místě porodu cítily dostatečně uvolněně a mohly jednat dle svých pocitů.

**Předpoklad 5:** Domnívám se, že polohu při tlačení v obou skupinách žen určoval častěji personál než samy ženy.

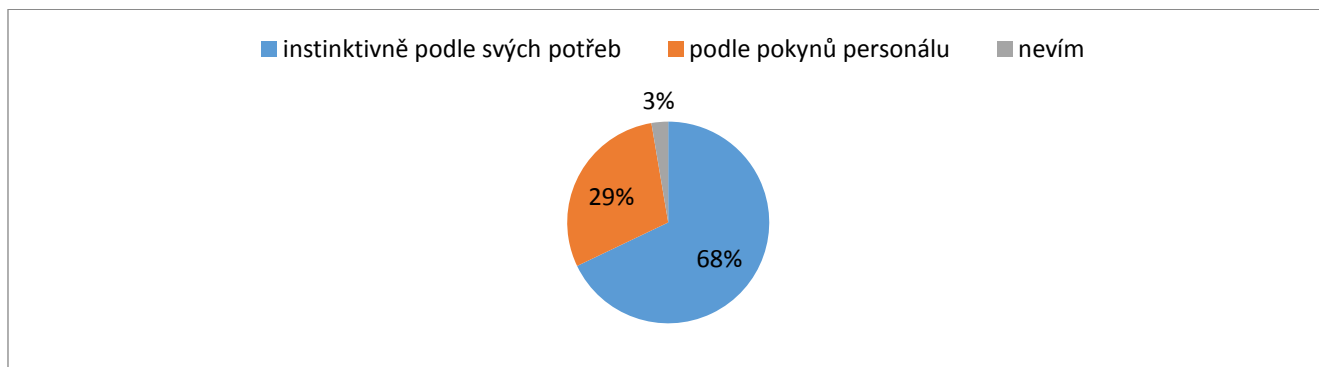
**Předpoklad 6:** Předpokládám, že personál zasahoval do počátku tlačení v II. době porodní častěji u žen po operativním nebo instrumentálním porodu.

**Předpoklad 7:** Předpokládám, že u žen po vaginálním porodu byla v I. době porodní umožněna větší volnost pohybu než u žen po operativním nebo instrumentálním porodu.

(Otázky č.: 5, 26, 29, 35, 36, 37)

Otázka číslo 26: *Jakou polohu jste zaujímala v otevírací fázi porodu?*

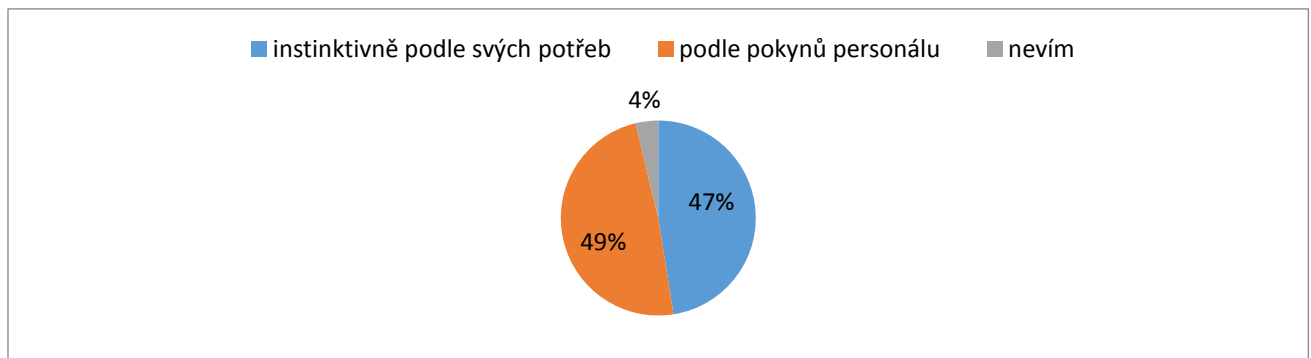
**Graf č. 29: Poloha v I. době porodní - vaginální porod**



Zdroj: vlastní

Graf číslo 29 zobrazuje, jakým způsobem ženy po vaginálním porodu zaujímaly polohu v I. době porodní. 68% žen uvedlo, že polohu zaujímaly samy podle svých potřeb. 29 % zaujímalo polohu podle pokynů personálu. 3 % nevěděly, jak na otázku odpovědět.

**Graf č. 30: Poloha v I. době porodní - operativní porod**

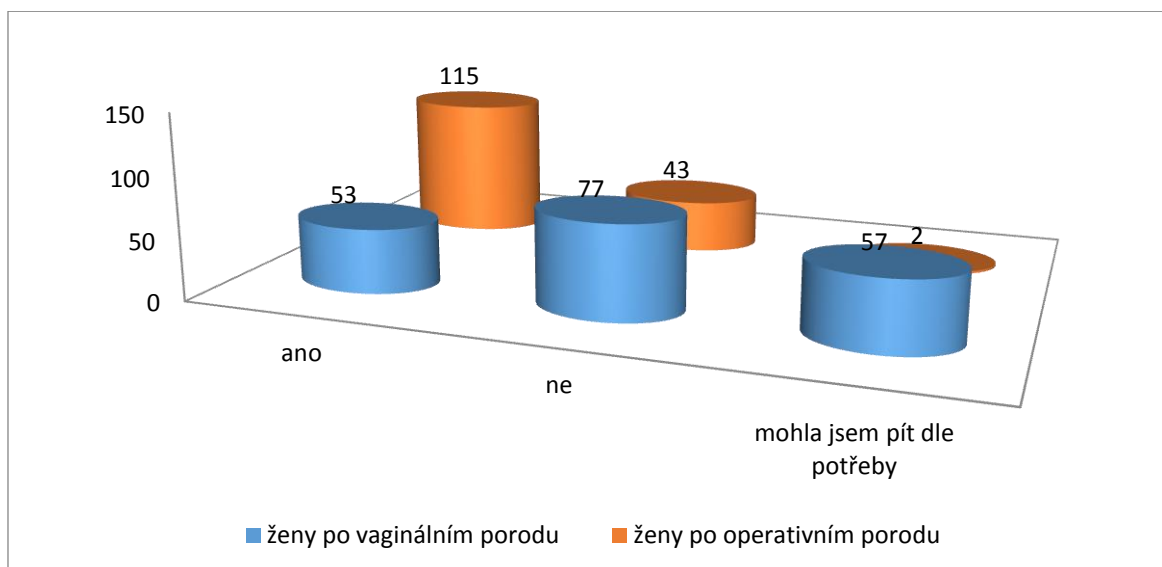


Zdroj: vlastní

Graf č. 30 zobrazuje, jakým způsobem zaujímaly polohu v I. době porodní ženy, které byly po operativním nebo instrumentálním porodu. 47% žen zaujímalo polohu podle svých potřeb. 49% postupovalo dle pokynů personálu. 4% respondentek nevěděla jak odpovědět.

Otázka číslo 29: *Byl Vám omezen přístup jídla a pití?*

**Graf č. 31: Omezení jídla a pití**



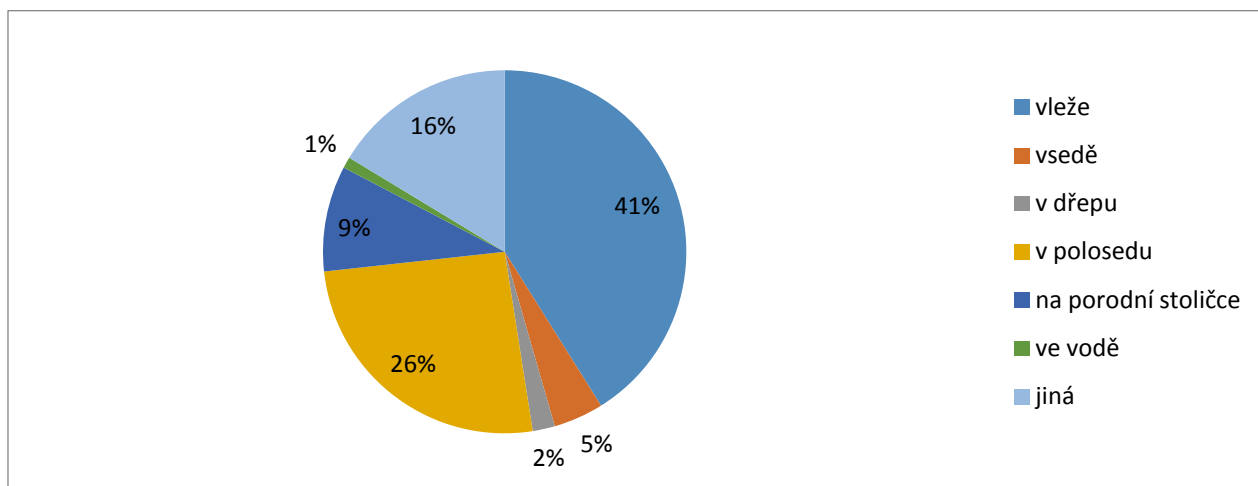
Zdroj: vlastní

V otázce číslo 27 mne zajímalo, jestli byl ženám preventivně omezen přísun jídla a pití, Co se týče vaginálních porodů, v 41% omezen nebyl, 31% uvedlo, že mohly pouze pít dle potřeby a ve 28% jim byl úplně omezen přísun jídla i pití. U operativních porodů bylo jídlo a pití plně omezeno u 72% žen, 27% žen mohlo jíst a pít a 1% mohlo pouze pít.



Otázka číslo 35: *Označte polohu, kterou jste zaujímala ve fázi tlačení.*

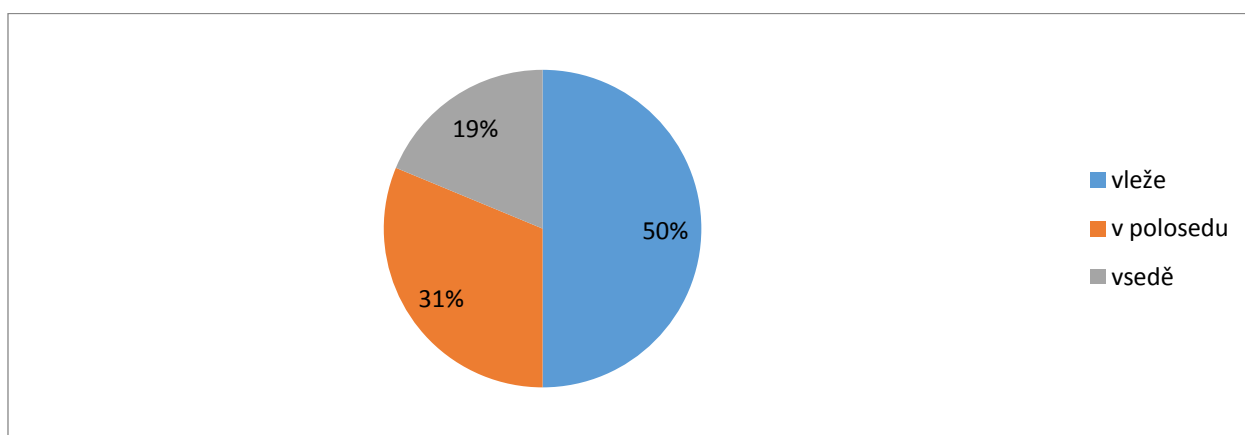
**Graf č. 32: Poloha v II. době porodní vaginální porod**



Zdroj: vlastní

Na otázku číslo 35 odpovědělo 41% žen, že v II. době porodní zaujímaly polohu vleže, 26% v polosedu. V dřepu rodily 2% respondentek, 9% na porodní stoličce. 5% žen uvedlo, že tlačily vsedě. 1 % rodilo ve vodě. 16 % zaujímalo jinou polohu, která nebyla v možnostech odpovědí.

**Graf č. 33: Poloha v II. době porodní - operativní porod**

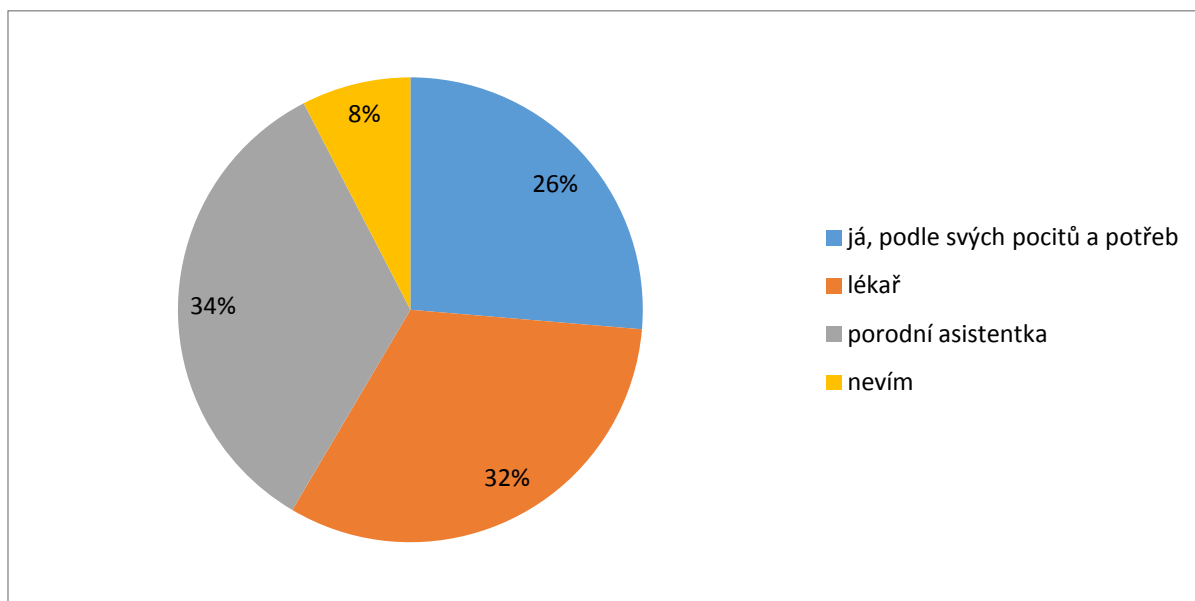


Zdroj: vlastní

Pouze 3% žen po operativním nebo vaginálním porodu se dostalo do fáze tlačení. Nejvíce žen zaujímalo polohu vleže, jedná se o 50%. 31% žen bylo v polosedu a 19% vsedě.

Otázka číslo 36: *Označte, kdo zvolil polohu, v které jste tlačila.*

**Graf č. 34: Volba polohy v II. době porodní**

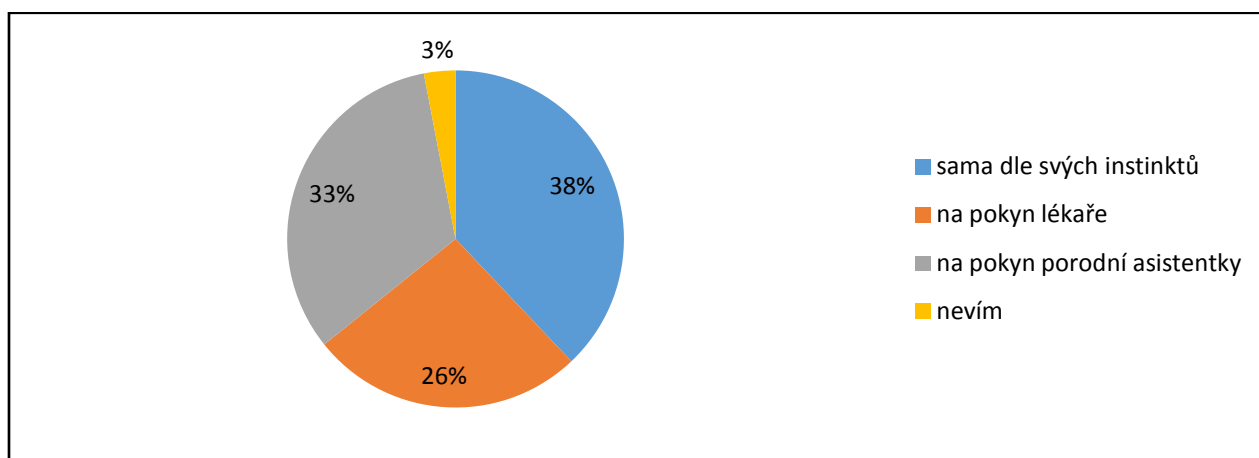


Zdroj: vlastní

Na grafu číslo 35 je zobrazeno, kdo nejčastěji určoval polohu při tlačení. 34% respondentek uvedlo, že polohu určila porodní asistentka. 32% odpovědělo, že polohu zvolil lékař. 26% respondentek si zvolilo polohu podle svých pocitů a potřeb a 8% rodiček nevědělo, kdo polohu určil.

Otázka číslo 37: *Tlačit jste začala.*

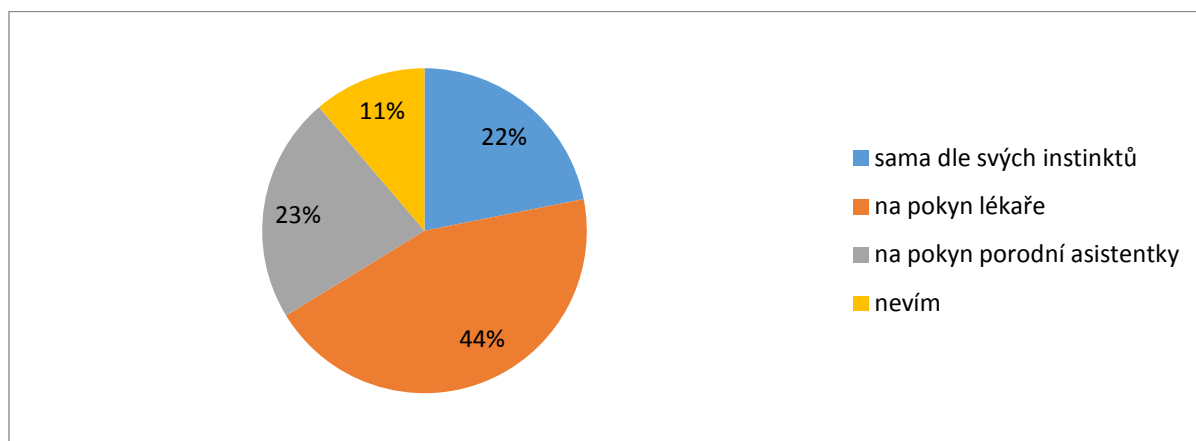
**Graf č. 35: Začátek tlačení - vaginální porod**



Zdroj: vlastní

Graf číslo 35 zobrazuje, kdy rodičky začaly tlačit. 38% žen uvedlo, že začátek tlačení si určily dle svých instinktů. O tlačení rozhodla v 33% porodní asistentka, v 26% lékař. 3% žen, nevěděly.

**Graf č. 36: Začátek tlačení - operativní porod**



Zdroj: vlastní

Graf 36 znázorňuje počátek tlačení u žen s operativním nebo instrumentálním porodem. 44% žen začalo tlačit na pokyn lékaře, 23% na pokyn porodní asistentky. 22% rodiček tlačilo dle své potřeby a 11% nevědělo.

**Cíl 5:** Zjistit, které intervence jsou nejčastěji prováděny rodičkám.

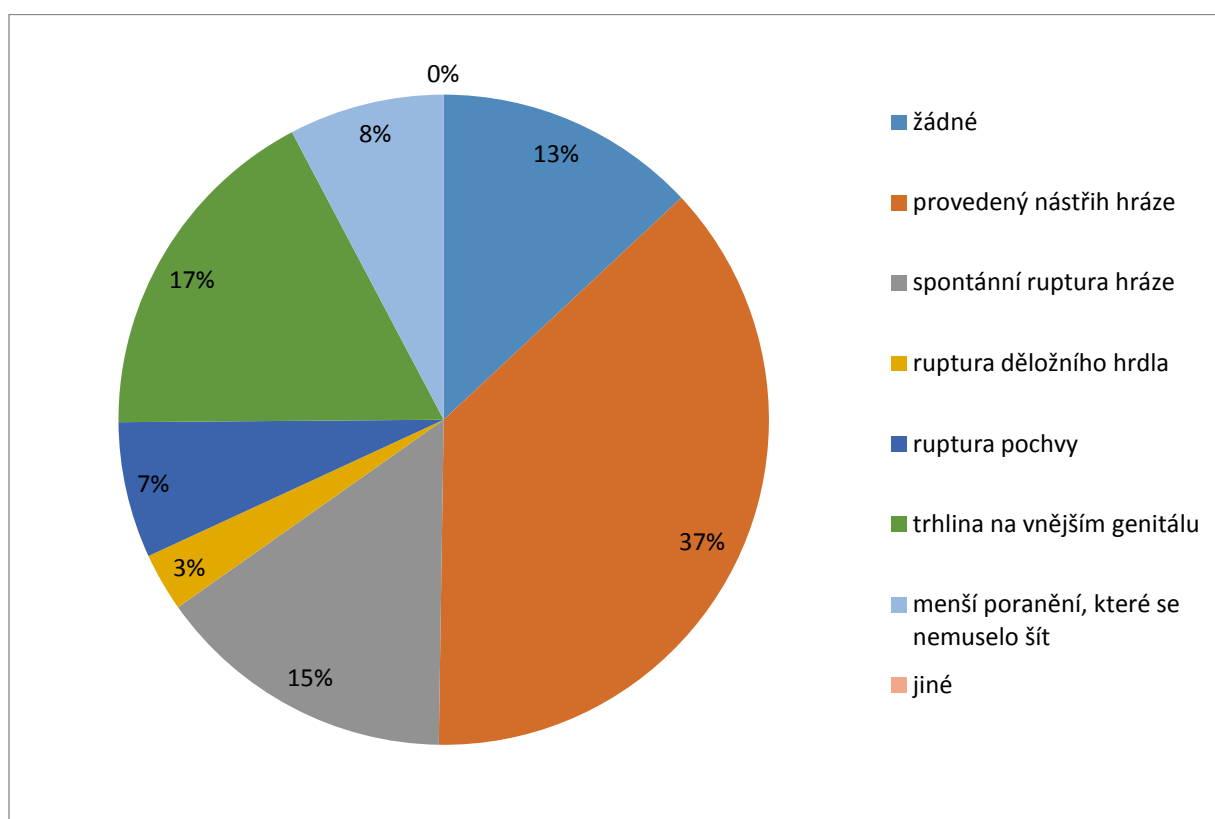
**Předpoklad 8:** Předpokládám, že episiotomie je prováděna častěji prvorodičkám než vícerodičkám.

**Předpoklad 9:** Domnívám se, že s aplikací léků za porodu, častěji souhlasily ženy po operativním nebo instrumentálním porodu.

(Otázky č.: 30, 31, 32, 33, 34, 38a)

Otázka číslo 38a: *Jaké jste měla porodní poranění?*

**Graf č. 38: Četnost porodních poranění**

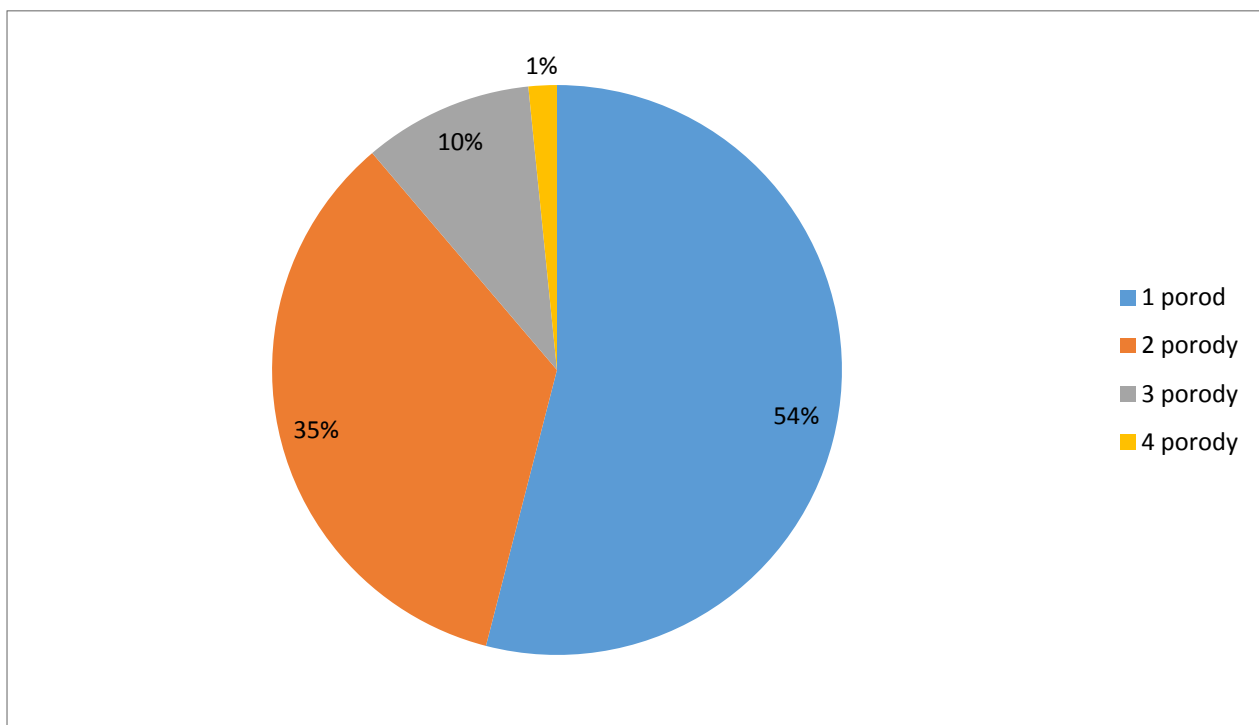


Zdroj: vlastní

Otázka č. 38a byla mířena pouze na ženy po vaginálním porodu. Graf číslo 38 uvádí četnost porodních poranění. Nejčastějším poraněním byla episiotomie, označilo ji 37% žen, druhé nejčastější poranění byla se 17% trhlina na vnějším genitálu. 15% žen označila spontánní rupturu hráze, 13% žen neprodělalo žádné poranění. 8 % žen utrpělo jen malá poranění, která nevyžadovala šití. K ruptuře pochvy došlo v 7 % případů. Na posledním místě je ruptura

Otázka číslo 2: *Uved'te prosím počet porodů, které máte za sebou.*

**Graf č. 38: Parita respondentek**

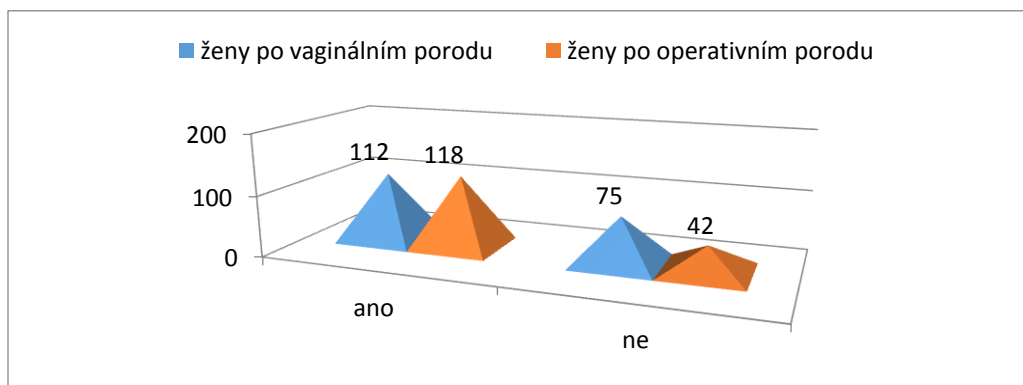


Zdroj: vlastní

Graf č. 38 zobrazuje, kolikrát dotazované ženy rodily. Nejméně respondentek rodilo 4krát, bylo jich 1%. Nejvíce dotazovaných žen rodilo 1krát, z celkového počtu to dělá 54% žen. Na druhém místě byly ženy, které rodily 2x, byly zastoupeny 35% respondentek. Předposlední byly respondentky, které prožily 3 porody, bylo jich 10%.

Otázka číslo 30 : *Byl Vám aplikován klystýr jako příprava k porodu?*

**Graf č. 39: Klystýr**

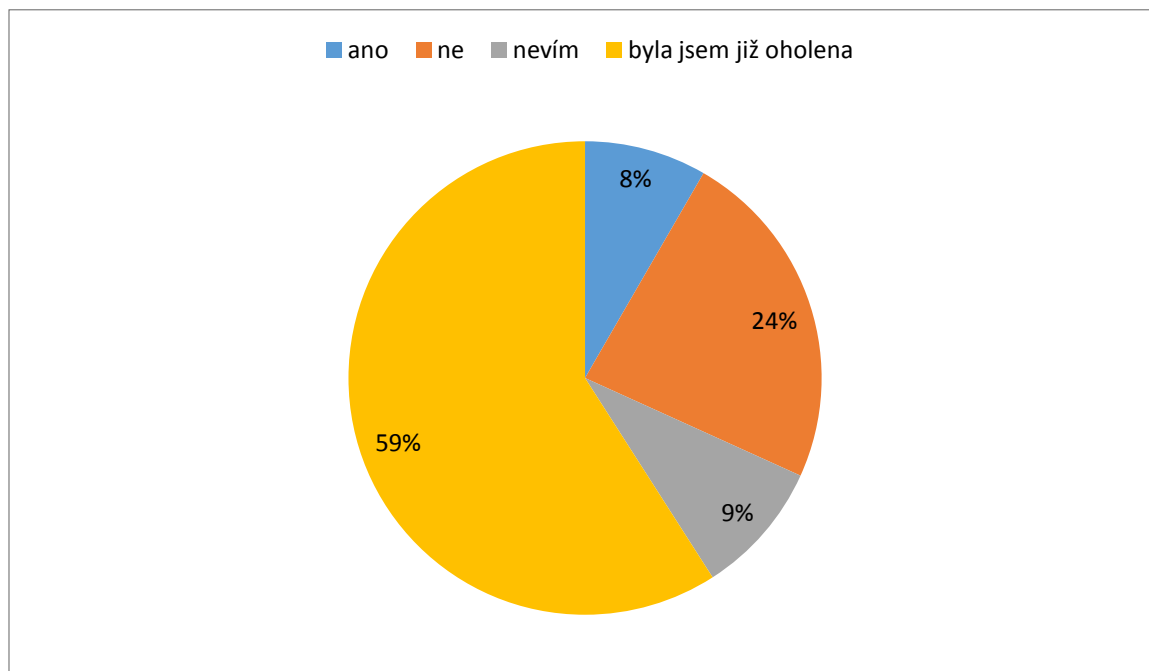


Zdroj: vlastní

Graf číslo 39 znázorňuje, že 60% žen po vaginálním porodu byl aplikován klystýr a 40% proveden nebyl. U 74% žen po operativním porodu aplikován byl, u 26% nikoliv.

Otázka číslo 31: *Byla Vám oholena hráz v rámci přípravy k porodu?*

**Graf č. 40: Holení**

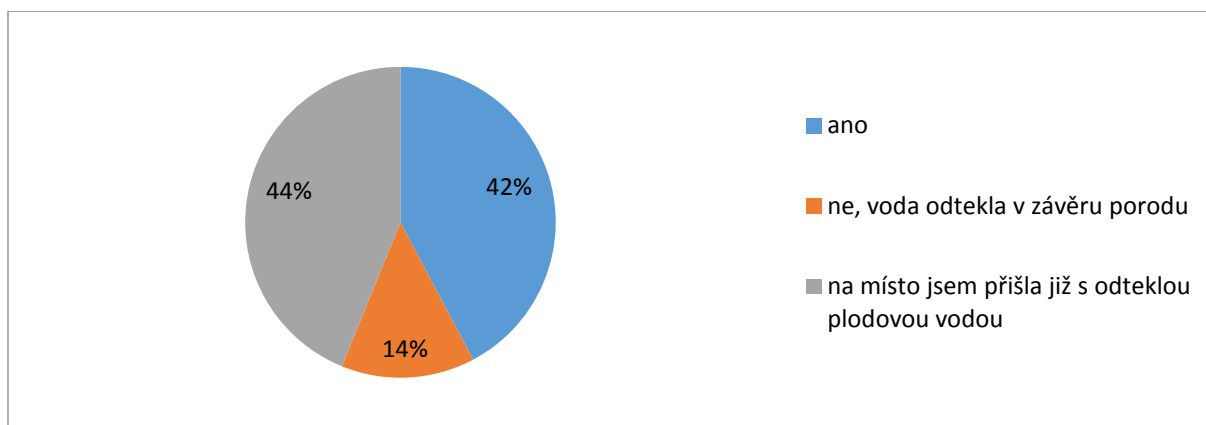


Zdroj: vlastní

Na grafu číslo 40 je uvedeno, že 59% žen přišlo do porodnice již s oholenou hrází. Preventivní holení hráze nebylo provedeno u 24%. 9% žen nevědělo, zda jim byla hráz oholena. 8% hráz oholena byla.

Otázka číslo 30: *Byla Vám provedena dirupce vaku blan?*

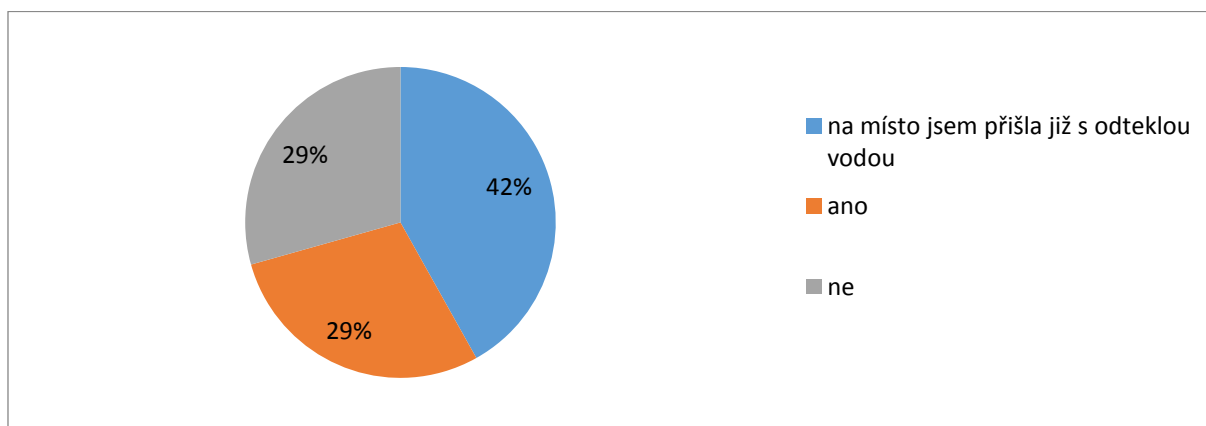
**Graf č. 41: Dirupce vaku blan - vaginální porod**



Zdroj: vlastní

Ve 44% případů přijely ženy po vaginálním porodu již s odteklou plodovou vodou. U 42% žen byla provedena dirupce. U 14% odtekla voda spontánně během porodu.

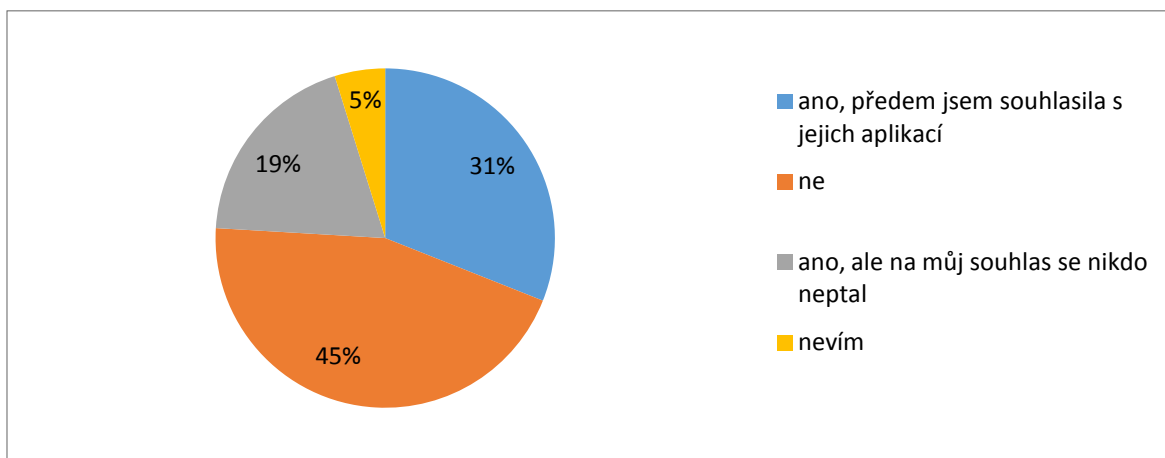
**Graf č. 43: Dirupce vaku blan - operativní porod**



U žen po operativním porodu byla dirupce provedena ve 29% případů. S odteklou vodou přijelo do porodnice 42% rodiček. U 29% dirupce provedena nebyla.

Otázka číslo 33: *Byly při porodu použity léky? (Na tíšení bolesti, urychlující porod atd.)*

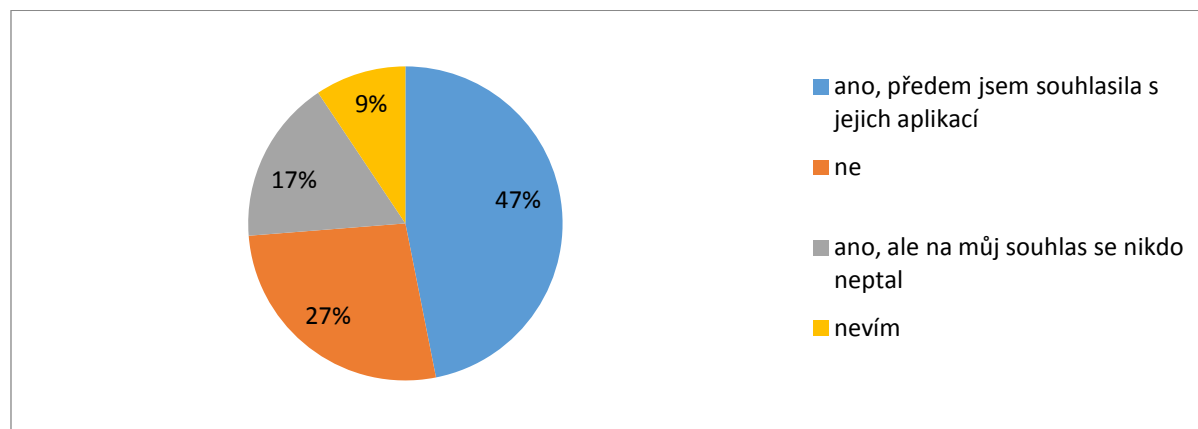
**Graf č. 43: Aplikace léků - vaginální porod**



Zdroj: vlastní

Léky byly použity se souhlasem 31% žen. U 45% léky aplikovány nebyly. 19% žen uvedlo, že léky použity byly, ale bez jejich souhlasu. 5% respondentek nevědělo, zda jim byly podány nějaké léky.

**Graf č. 44: Aplikace léků - operativní porod**



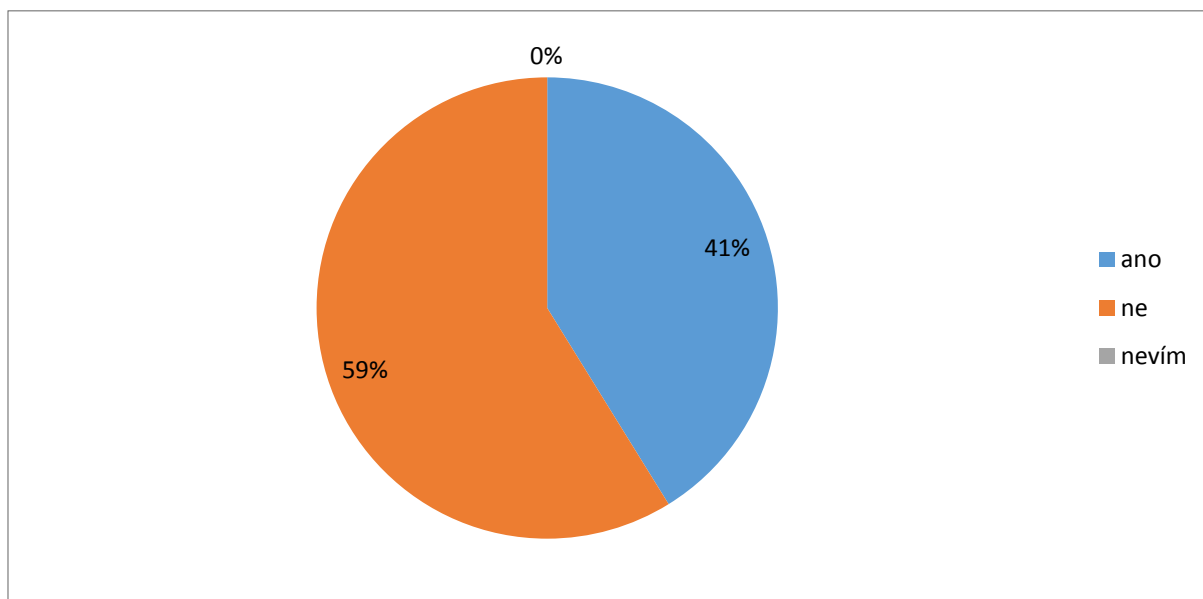
Zdroj: vlastní

S aplikací léků souhlasilo 47% žen po operativním nebo instrumentálním porodu, 27% žen léky aplikovány nebyly. V 17% proběhla aplikace léků bez souhlasu rodičky. 9% nevědělo jak na otázku odpovědět.



Otázka číslo 32: *Byl Vám proveden nástřih hráze?*

**Graf č. 45: Epiziotomie**



Zdroj: vlastní

Na grafu číslo 45 je znázorněno, u kolika žen byla provedena epiziotomie. 59% rodiček uvedlo, že provedena nebyla. Nástřih hráze byl proveden u 41% dotazovaných. Žádná rodička nevedla, že neví, zda byl nástřih proveden. V případě žen po operativním nebo instrumentálním porodu, byla provedena epiziotomie u žen, které rodily pomocí vakuum extraktoru nebo kleští, tzn. u 8% z celkového počtu respondentek.

**Cíl 6:** Zjistit, zda jsou ženám nastaveny ideální podmínky pro navázání vztahu s novorozencem.

**Předpoklad 10:** Předpokládám, že bonding je častěji umožněn ženám po vaginálním porodu.

**Předpoklad 11:** Domnívám se, že ve většině porodnic v ČR dochází k separaci matky a dítěte na několik hodin po porodu.

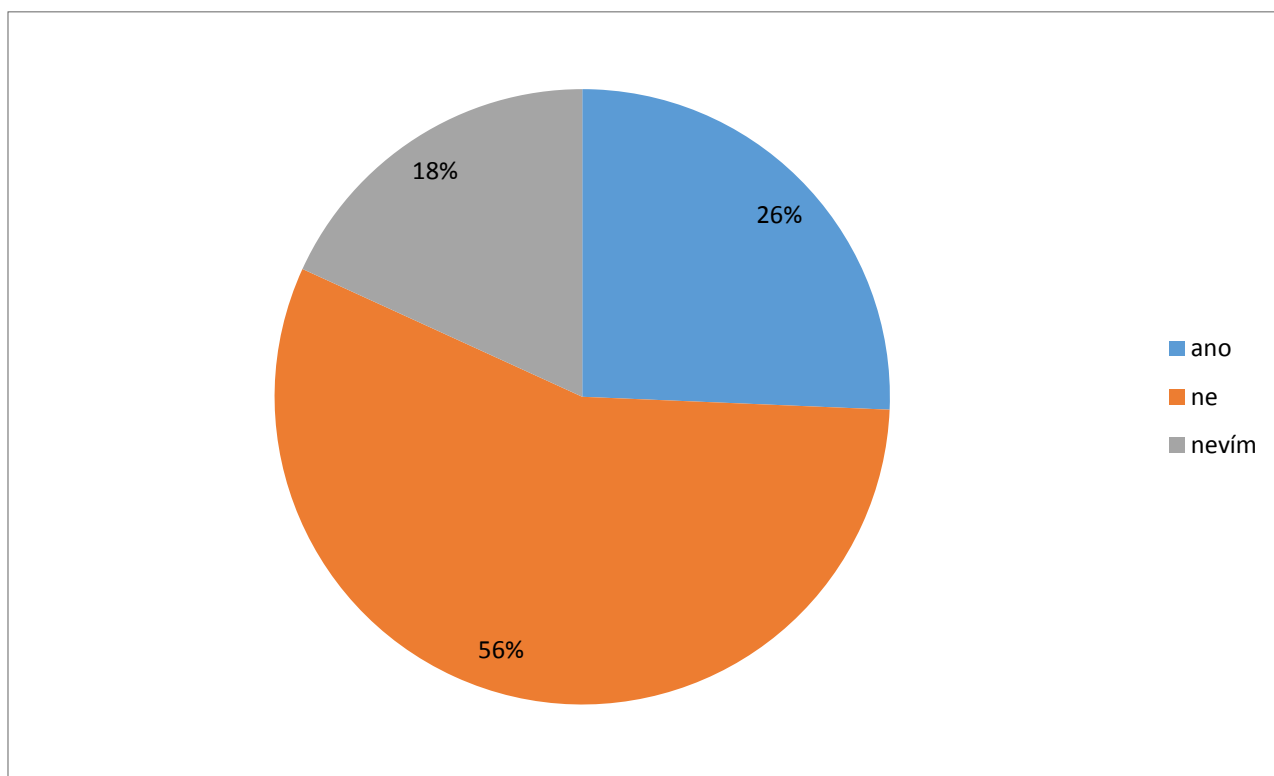
**Předpoklad 12:** Lze předpokládat, že ženám po operativním nebo instrumentálním porodu není většinou umožněn bonding s novorozencem.

Kritérium pro většinu = 70%

(Otázky č.: 39a, 40a, 41a, 38b)

Otázka číslo 39a: *Bylo Vám umožněno dotepání pupečnicku?*

**Graf č. 46: Dotepání pupečnicku**



Zdroj: vlastní

Graf číslo 47 zobrazuje, kolika respondentkám, bylo umožněno dotepání pupečnicku. 56% odpovědělo, že ne. 26% bylo umožněno, 18% nevědělo jak na otázku odpovědět.

Otázka číslo 40b, 38a: *Byl Vám umožněn bonding s novorozencem bezprostředně po porodu?*

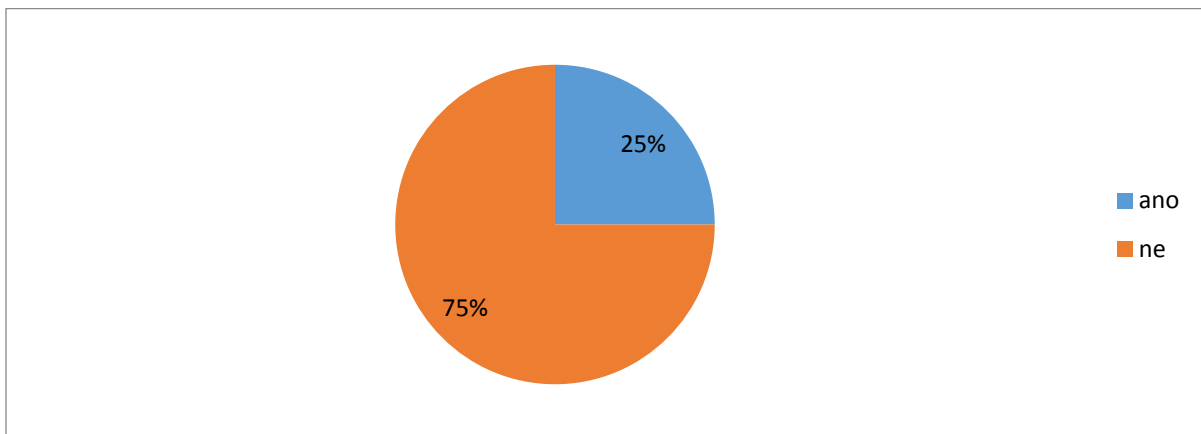
**Graf č. 47: Bonding – vaginální porod**



Zdroj: vlastní

Graf číslo 47 uvádí, v kolika procentech byl novorozenec ihned po porodu přiložen na kůži matky. 70 % respondentek uvedlo, že kontakt skin to skin byl u jejich porodu umožněn. Ve 30% kontakt kůže na kůži umožněn nebyl.

**Graf č.48: Bonding - operativní porod**

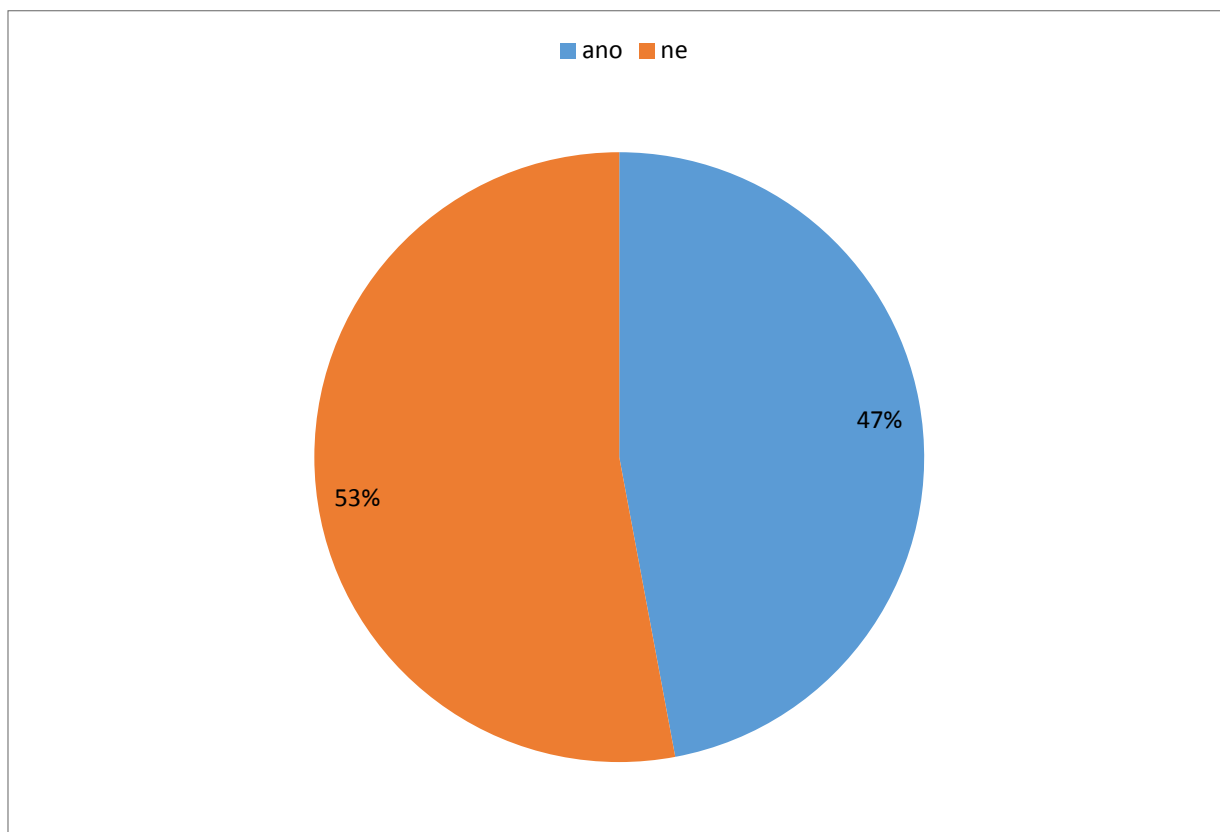


Zdroj: vlastní

Graf č. 48 znázorňuje, že 75% žen po operativním porodu nebyl umožněn bonding. 25% rodiček umožněn byl.

Otázka číslo 41: *Byl Vám umožněn nepřetržitý kontakt s novorozencem?*

**Graf č. 49: Nepřetržitý kontakt s novorozencem**



Zdroj: vlastní

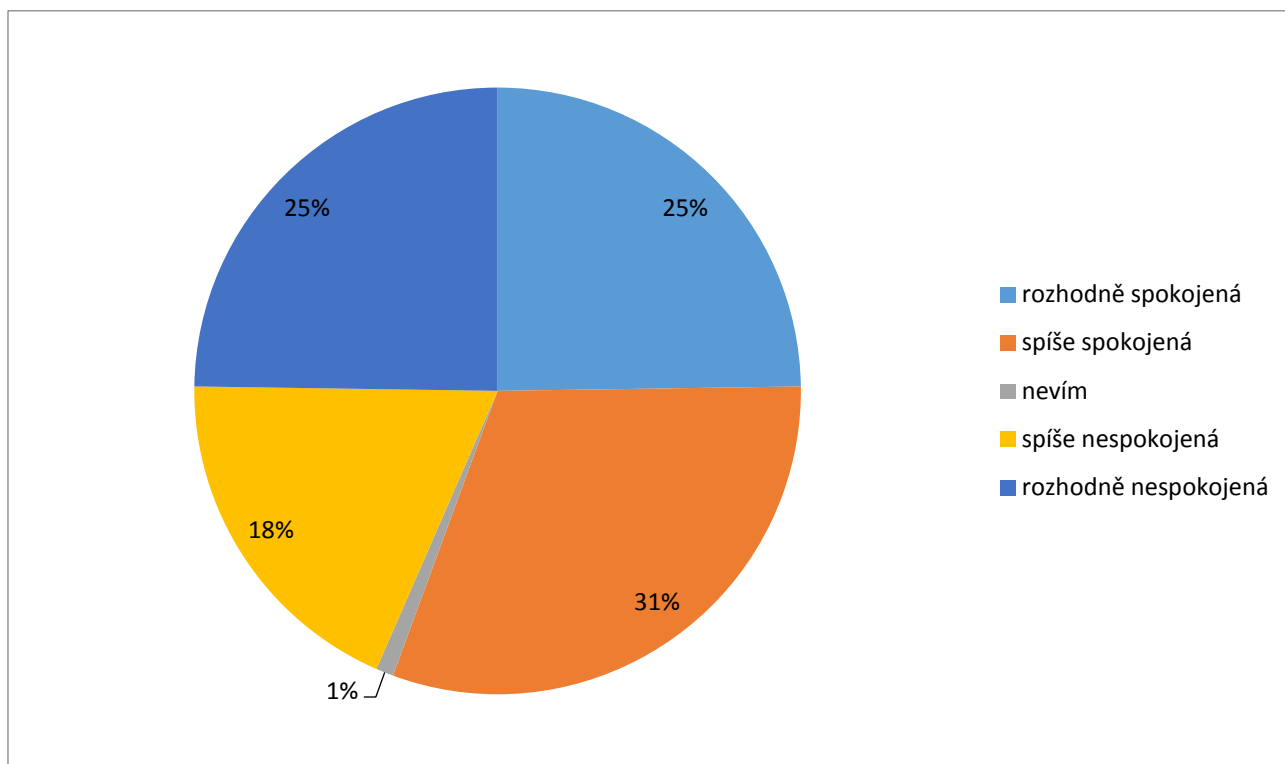
Graf číslo 50 ukazuje, že v 53% došlo k separaci dítěte a matky po porodu. Ve 47% došlo k nepřetržitému kontaktu s novorozencem při porodu.

**Cíl 7:** Analyzovat celkovou spokojenost s porodem.

**Předpoklad 13:** Domnívám se, že ženy po operativním porodu jsou s porodem spokojenější než ženy po vaginálním.

Otázka číslo 42: *Celkově jste s porodem:*

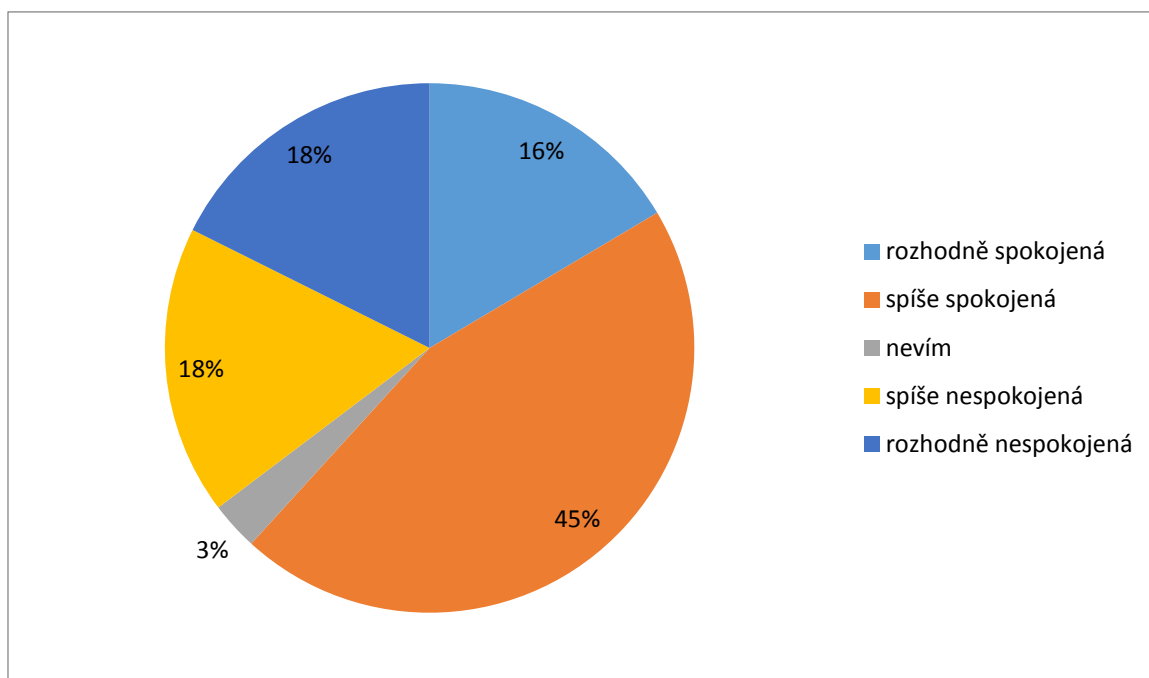
**Graf č. 50: Celková spokojenost s porodem - vaginální porod**



Zdroj: vlastní

V grafu číslo 50 je uvedeno, že 31% žen označilo, že s porodem jsou spíše spokojené. 25% je rozhodně spokojeno a 25% rozhodně nespokojeno. Spíše nespokojených rodiček bylo 18%. 1% žen odpovědělo, že neví.

**Graf č. 51: Celková spokojenost s porodem – operativní porod**

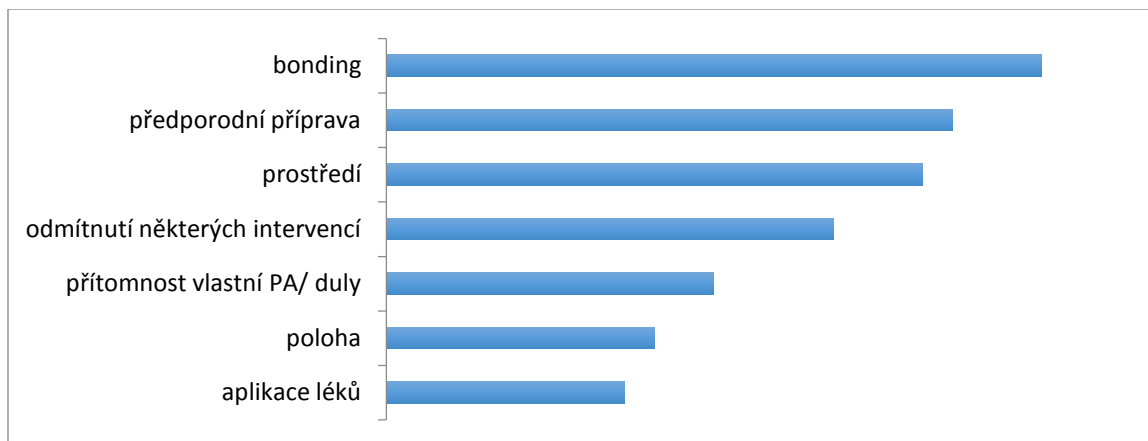


Zdroj: vlastní

Graf číslo 51 uvádí, že 16% rodiček po operativním porodu je s porodem rozhodně spokojeno. 45% žen označilo odpověď 'spíše spokojená'. 3% rodiček nevěděla. 18% procent rodiček je spíše nespokojeno a stejný počet je rozhodně nespokojeno.

Otázka číslo 41: ***Pokud byste na svém porodu, přístupu k němu nebo na své přípravě mohla něco změnit, co by to bylo?***

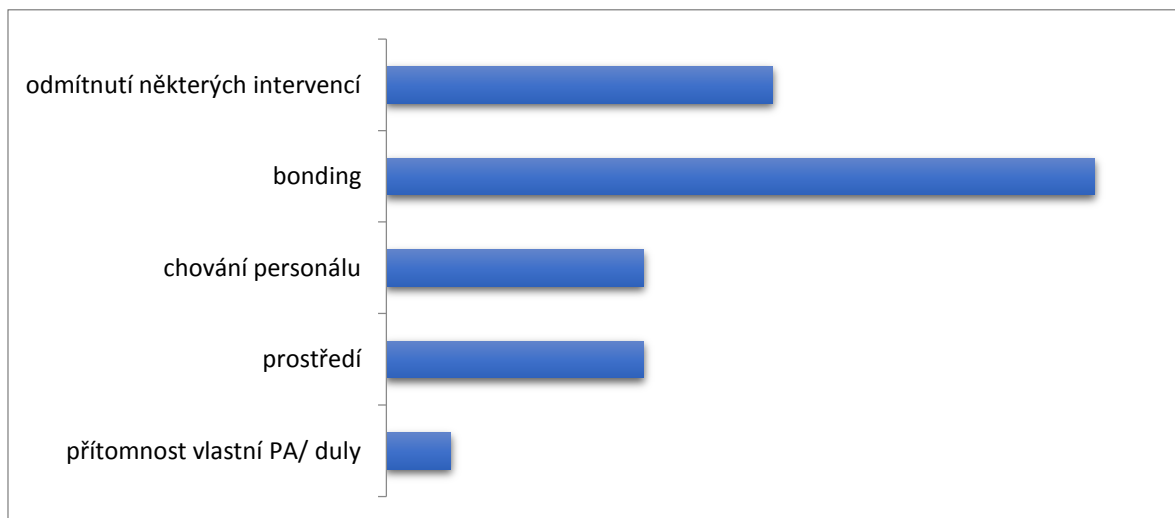
**Graf č. 52: Změny na porodu - vaginální porod**



Zdroj: vlastní

Na otázku 41 odpovědělo 65% dotazovaných. Nejčastěji by na svém porodu změnily možnost bondingu a kontaktu s novorozencem, odmítly by některé intervence a předporodní přípravu. Méně často by rodičky změnily prostředí porodu, přítomnost vlastní porodní asistentky nebo duly. Nejméně respondentek by chtělo změnit polohu při porodu a aplikaci léků.

**Graf č. 53: Změny u žen – operativní porod**



V případě žen po operativním porodu byly nejčastěji zmiňovány bonding, odmítnutí některých intervencí, místo porodu a chování personálu. Nejméně bylo zmíněno, že by si ženy vzaly jako doprovod k porodu vlastní porodní asistentku nebo dulu.

## **13. PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ**

### **Cíl 1: Zjistit, zda se ženy připravují na porod.**

K cíli číslo 1 se vztahovaly otázky č.6, 7, 8, 9, 11 a 14. Otázky č. 6 a 7 se týkaly výběru místa porodu a preferencím rodiček při jeho výběru. Otázka 8 se týkala navštěvování předporodního kurzu. Porodní plán rodičky řešily v otázce 9. V dotazu číslo 11 mne zajímalo, zda mají rodičky pocit, že se na porod připravovaly. Poslední otázkou spadající k prvnímu cíli, byla otázka s číslem 14, zde měly rodičky vyjádřit, co si představují pod pojmem fyziologický a přirozeně probíhající porod.

**Předpoklad 1:** Předpokládám, že ženy po vaginálním porodu se na porod připravovaly více než ženy po operativním nebo instrumentálním porodu.

Předpoklad 1 jsem ověřovala otázkou číslo 11. V této otázce jsem se rodiček ptala, zda mají pocit, že se na porod připravovaly. Na porod se připravovalo 60% žen po vaginálním porodu, 40% těchto žen uvedlo, že se na porod nijak nepřipravovaly. V případě žen po operativním nebo instrumentálním porodu, jsem došla k výsledku 50:50, polovina žen se na porod připravovala a polovina nikoliv. Žen po vaginálním porodu, které se připravovaly na porod bylo tedy více.

**Předpoklad 1 se mi potvrdil.**



## **Cíl 2: Analyzovat, zda byly obě skupiny žen spokojeny s místem porodu.**

K cíli 2 se vztahovaly otázky číslo 15, 16, 17, 23, 24, 25. Tyto otázky se týkaly místa porodu. V otázce číslo 15 jsem se ptala, zda byl porodní sál uzpůsoben pouze jedné rodičce, valná většina žen, 94%, měla pro porodní sál sama pro sebe. Otázky číslo 16 a 17 se týkaly pocitů z místa porodu, konkrétně, zda ženám místo připadalo příjemné a bezpečné. Místo připadalo příjemné 130 ženám po vaginálním porodu a 131 ženám po porodu operativním., Bezpečné připadalo 138 ženám po vaginálním porodu a 130 respondentkám po operativním. V otázkách 23 a 24 jsem se ptala na teplotní a světelné podmínky porodního sálu. Nejčastější odpovědi u obou skupin žen bylo, že teplotu na porodním sále nevnímaly. Na druhém místě byla odpověď, že teplota na porodním sále byla ideální. Zima byla celkem 42 ženám z obou skupin a horko také 42 ženám. Světelné podmínky vyhovovaly 78% rodiček. Na otázku číslo 25 odpovídaly pouze respondentky, které v otázce 22 odpověděly, že jim nevyhovovaly světelné podmínky. Měly blíže popsat, co jim nevyhovovalo. Na 100% se shodly, že na porodním sále bylo příliš mnoho světla.

**Předpoklad 2:** Lze předpokládat, že většina žen se v porodnici cítila bezpečně. (Kritérium pro většinu je 70%)

Tento předpoklad jsem ověřovala otázkou číslo 17. V porodnici se cítilo bezpečně 74% rodiček po vaginálním porodu a 81% po porodu operativním.

**Předpoklad 2 se potvrdil.**

**Předpoklad 3:** Domnívám se, že ve většině porodnic v ČR jsou porodní sály přizpůsobeny pouze pro jednu rodičku. (Kritérium pro splnění je 70%)

Tento předpoklad jsem ověřovala otázkou číslo 15, kde 94% žen odpovědělo, že mělo porodní sál pro sebe.

**Předpoklad 3 se potvrdil.**

### **Cíl 3: Zjistit, zda personál respektuje porodní přání a potřeby rodičky během fyziologicky probíhajícího porodu.**

Cíl 3 zkoumaly otázky číslo 10, 12, 13, 18, 19, 20, 21, 22, 27 a 28. Otázka číslo 10 zjišťovala, co nejčastěji obsahoval porodní plán, v případě, že si ho ženy sestavily. Otázka číslo 12 se týkala opět porodních přání, ptala jsem se respondentek, zda jim v jejich přáních bylo vyhověno. 47% rodiček vyhověno bylo, 39% bylo vyhověno částečně a 14% žen nebylo vyhověno vůbec. Na otázku 13 odpovídaly pouze ženy, jejichž porodním přáním bylo vyhověno částečně nebo vůbec, tzn. 40% žen. Otázka 13 byla otevřená, ženy mohly odpovídat několika možnostmi.

Otázky 18 a 19 se týkaly personálu a jeho respektu intimity, soukromí a porodního procesu. Personál respektoval soukromí a intimitu v 68%, 5% žen nevědělo jak odpovědět. 27% rodiček odpovědělo, že intimita a soukromí nebyly dostatečně respektovány. Proces porodu byl personálem respektován v 56%. 29% žen odpovědělo záporně, 15% nevědělo jak odpovědět. Na otázku číslo 20 odpovídaly ženy, které měly pocit, že intimita, soukromí a proces porodu, nebyly ze strany personálu respektovány. Nejčastěji personál chyboval tím, že se neptal na souhlas s prováděnými intervencemi, urychloval porod, často ženy vyrušoval, ženám vyhrožoval a vystrašoval je. Ženy si dále stěžovaly na příliš časté vaginální vyšetřování, nucení do nepříjemných poloh a nevhodné chování personálu. Méně často ženy upozorňovaly na tlak na fundus ve fázi tlačení a na řízené tlačení.

V otázce 21 jsem se ptala, zda byl personál empatický, 79% žen odpovědělo, že ano. Otázka 22 odkazovala na neempatii personálu, odpovídaly pouze ženy s negativní odpovědí v otázce číslo 21. Objevovaly se obdobné odpovědi jako v otázce číslo 20. Personál často zesměšňoval přání, pocity a potřeby rodiček, nevhodně se choval, nepodporoval psychicky ženy, nezacházel s nimi dostatečně citlivě, zastrašoval. Dále měl personál direktivní přístup a neochotně podával potřebné informace.

Otázky 27 a 28 se týkaly nabídky alternativních metod a jakých. V 77% byly alternativní metody ženám nabídnuty, nejčastěji hydroterapie a polohování.

**Předpoklad 4:** Domnívám se, že častěji nebyla plněna přání žen, jejichž porod byl ukončen operativně nebo instrumentálně.

Tohoto předpokladu se týkala otázky číslo 12. V případě vaginálních porodů bylo plně vyhověno ženám ve 47% a částečně bylo vyhověno 39% žen. U operativních porodů bylo plně vyhověno 38% žen a částečně 33%.

#### **Předpoklad 4 se mi potvrdil.**

#### **Cíl 4: Analyzovat, zda ženy v místě porodu cítily dostatečně uvolněně a mohly jednat dle svých pocitů.**

Tomuto cíli vyhovovaly otázky číslo 5, 26, 29, 35, 36, 37. V otázce číslo 5 jsem se ptala na ukončení porodu. 54% porodů bylo ukončeno vaginálně, 38% císařským řezem, 7% vakuum extrakcí a 1% kleštěmi. V otázce číslo 26 jsem se ptala, jakou polohu zaujímaly ženy v I. době porodní. 68% žen rodících vaginálně zaujímalo polohu dle svých pocitů, 29% se řídilo pokyny personálu, 3% nevěděla. U žen rodících operativně se dle svých pocitů řídilo 47% žen, o poloze 49% žen rozhodl někdo z personálu, 4% těchto žen nevěděla. Otázka 29 se týkala preventivního omezení jídla a pití. Ve 41% porodnic není toto omezeno, ve 28% se jídlo i pití omezují, v 31% porodnic se smí při porodu pít. Otázka 35 se zabývala polohou v II. době porodní. Nejčastěji vaginálně rodící ženy rodily v poloze vleže nebo v polosedu. Tuto polohu nejčastěji, a to z 66% určoval personál porodnice, 8% žen nevědělo, 26% zaujímalo polohu dle svých potřeb. Na volbu polohy jsem se ptala otázkou číslo 36. V otázce číslo 37 jsem se ptala, kdo rozhodl o počátku tlačení v II. době porodní. O tlačení u vaginálních porodů rozhodovaly ženy v 38% a personál v 59%. U operativních porodů rozhodoval personál o počátku tlačení v 67% porodů. Samy ženy potom ve 22%. Nejčastějším poraněním u vaginálně vedených porodů byla preventivní episiotomie, dále trhlina vnějšího genitálu a spontánní ruptura hráze.

**Předpoklad 5:** Domnívám se, že polohu při tlačení u obou skupin žen určoval častěji personál, než ony samy.

Tento předpoklad se vztahuje k otázce číslo 35. Polohu zvolil personál v 66% porodů.

#### **Předpoklad 5 se mi potvrdil.**

**Předpoklad 6:** Předpokládám, že personál zasahoval do počátku tlačení v II. době porodní častěji u žen po operativním nebo instrumentálním porodu.

Tento předpoklad potvrdily odpovědi na otázku číslo 37. U vaginálních porodů rozhodl personál o tlačení v 59% porodů, u operativně vedených porodů v 67% případech.

### **Předpoklad 6 se potvrdil.**

**Předpoklad 7:** Předpokládám, že u žen po vaginálním porodu byla v I. době porodní umožněna větší volnost pohybu.

K tomuto předpokladu se vztahuje otázka číslo 26. Volnost v pohybu mělo 68% žen, které rodily vaginálně a 47% žen, které rodily operativně.

### **Předpoklad se potvrdil**

### **Cíl 5: Zjistit, které intervence jsou nejčastěji prováděny rodičkám.**

Tento cíl zkoumaly otázky číslo 2, 30, 31, 32, 33, 34,38a. Otázka číslo 30 se ptala, zda byl ženám aplikován klystýr, 60% odpovědělo, že ano. Otázka číslo 31 se týkala holení hráze. 59% žen je oholena již před příchodem do porodnice, 24% žen oholeno nebylo ani na porodním sále, 9% žen nevědělo. 8% žen byla hráz na porodním sále oholena. Otázka číslo 32 se věnovala dirupci vaku blan. 44% žen přišlo do porodnice již s prasklou plodovou vodou, 42% byla provedena dirupce vaku blan. 14% odtekla voda spontánně během porodu. V otázce číslo 33 jsem se ptala na aplikaci léků za porodu.

### **Předpoklad 8: Předpokládám, že episiotomie je prováděna častěji prvorodičkám než vícerođičkám.**

Předpokladu se týkaly otázky číslo 2 a 33. V 41% případech byla episiotomie provedena, z toho 80% respondentek rodilo poprvé.

### **Předpoklad se mi potvrdil.**

**Předpoklad 9:** Domnívám se, že s aplikací léků za porodu častěji souhlasí ženy po operativním nebo instrumentálním porodu.

K předpokladu 9 se vztahovala otázka 33. S aplikací léků souhlasilo 31% žen rodících vaginálně a 47% žen rodících operativně.

### **Předpoklad se potvrdil.**

**Cíl 6: Zjistit, zda jsou ženám nastaveny ideální podmínky pro navázání vztahu s novorozencem.**

Tohoto cíle se týkaly otázky číslo 39, 40, 41 a 38b.. Otázka číslo 39 se týkala dotepání pupečníku. 56% rodiček odpovědělo, že pupečník nebyl dotepaný před přestřížením, 26% dotepaný byl, 18% žen nevědělo. Otázka číslo 40 se ptala na bezprostřední bonding po porodu. V 70% porodnic byl tento kontakt umožněn. Nepřetržitý kontakt s novorozencem, kterým jsem se zabývala v otázce číslo 41, byl umožněn ve 47 % porodnic.

**Předpoklad 10: Předpokládám že bonding je častěji umožněn ženám po vaginálním porodu**

Tohoto předpokladu se týkaly otázky 40 a 38b. Po vaginálním porodu byl bonding umožněn u 70 % porodů. Po operativním porodu pouze v 25%

Tento předpoklad se týkal otázek 38 a 39.

**Předpoklad 10 se mi potvrdil.**

**Předpoklad 11:Domnívám se, že ve většině porodnic dochází k separaci matky a dítěte. (Kritérium pro většinu je 70%.)**

Tento předpoklad měla potvrdit otázka číslo 41. Nepřetržitý kontakt s novorozencem byl umožněn v 47% porodnic.

**Předpoklad se nepotvrdil.**

**Předpoklad 12:** Lze předpokládat, že ženám po instrumentálním porodu nebo operativním, většinou není umožněn bonding.

(Kritérium pro většinu je 70%)

Bonding nebyl umožněn u 75% žen po operativním porodu.

**Předpoklad se potvrdil.**

### **Cíl 7: Analyzovat celkovou spokojenost s porodním procesem.**

Tohoto cíle se týkaly otázky číslo 42, 43, 39b a 40 b. V otázce 40 a 39b jsem se ptala na celkovou spokojenost s porodem. Otázka číslo 43 a 40b byly otevřené a rodičky se mohly vyjádřit, co by na svém porodu změnily, co se jim nelíbilo.

**Předpoklad 13:** Domnívám se, že ženy po operativním nebo instrumentálním porodu jsou spokojenější než ženy po vaginálním.

Spokojených žen po vaginálním porodu bylo 56%, po operativně vedeném porodu 61%.

**Předpoklad 13 se mi potvrdil.**

## 14. DISKUZE

V praktické části této bakalářské práce se zabýváme spokojeností rodiček s podmínkami pro porod v ČR. Zajímá nás, zda jsou tyto podmínky pro porod ideální tak, aby mohl probíhat fyziologicky, přirozeně a podle poznatků o hormonálních pochodech, které porod provázejí. Faktorů, které mohou ovlivnit průběh porodu je mnoho.

Jedním faktorů, které mohou ovlivnit průběh porodu je příprava. V teoretické části této práce uvádíme, že pro většinu žen je psychoprofylaktická příprava k porodu samozřejmostí. Zajímalo nás tedy nejprve, zda se rodičky na porod jakýmkoli způsobem připravují. Zjišťovaly jsme, zda dochází na předporodní kurzy, zda navštěvují porodnice před porodem a seznamují se s jejich zvyklostmi a personálem. Do přípravy na porod patří také sestavování porodního plánu. Předpokládá se, že rodička si při sestavování takového plánu třídí své myšlenky a priority o ideálním porodu, že sbírá informace. Mapovaly jsme, jaké množství žen si porodní plán připravuje, čím se v nich zabývají a zda je jim v porodních přáních vyhověno či nikoliv. Množství žen, které se na porod nepřipravuje nás překvapilo. U operativně vedených porodů se připravovalo pouze 50% žen, u vaginálně vedených porodů se připravovalo 60% žen. Domnívaly jsme se, že procento žen, připravujících se na porod, bude větší. Druh předporodní přípravy je také důležitý. Ivana Königsmarková uvádí, že vhodná příprava je ženě ušitá na míru a vede ji nezávislý lektor. Tyto předpoklady splňují soukromé porodní asistentky, u nich však předporodní přípravu absolvovalo pouze 36% žen.

Dalším faktorem, který může ovlivnit průběh přirozeného porodu je jeho místo, prostředí a atmosféra. Nároky žen na tyto faktory jsou zcela individuální a mohou se razantně lišit. Nejčastěji si ženy vybírají k porodu místa, kde se cítí bezpečně, dostatečně intimně a příjemně. Každá žena se cítí dobře v jiném prostředí. Některé ženy si vybírají porodnice, kde se prostředí podobá spíše tomu domácím, jiné ženy upřednostňují technologickou vybavenost a přítomnost odborníků v daném oboru. Proto jsme se ptaly na bezpečí místa, jeho atmosféru, světelné a teplotní podmínky. Zajímalo nás, zda měly ženy při porodu dostatek soukromí a intimity, zda nebyly rušeny. Respondentky v této části výzkumu se shodovaly na tom, že se většinou v porodnicích cítí bezpečně a příjemně. Bezpečně se cítilo 74% žen po vaginálním porodu a 81% žen po operativním porodu. Příjemné prostředí ocenilo 70% žen po vaginálním porodu a 81% žen po porodu operativním. S respektováním soukromí a intimity výzkum dopadl o něco málo hůře, v tomto ohledu bylo rozhodně spokojených a spíše spokojených bylo po vaginálním porodu 68% rodiček. U žen, po operativním porodu, byly

výsledky obdobné. Rozhodně nebo spíše spokojených bylo 76% rodiček a spíše spokojených nebo rozhodně nespokojených celkem 33%.

Sociální okolnosti porodu jsou také velice důležité. Personál by se měl k ženám chovat empaticky, respektovat je i porodní proces, být trpělivý a do porodu zbytečně nezasahovat, pokud to není nezbytně nutné. Sociální stránka porodu jde ruku v ruce s prostředím a jeho atmosférou. Porodní asistentky v porodnicích by měly ženě dokázat vytvořit vlivnou a důvěrnou atmosféru. Personál porodnic byl dalším tématem, které nás v praktické části zajímalo, toto téma se týkalo druhého dílčího cíle Ženy, které si stěžovaly na nerespektování procesu porodu, nejčastěji uváděly jako důvod „nezeptání se na souhlas s prováděnou intervencí“. Personál porody často urychloval a ženy při porodu vyrušoval. Nemile nás překvapilo zjištění, že v porodnicích se stává, že jsou ženy při odmítnutí nějaké intervence často zastrášovány. Jedná se o strašení ztrátou zdraví jejich či dítěte, některé ženy uváděly i hrozbu smrti. Dalším velkým tématem ve výzkumu byla empatie ze strany personálu. Personál se choval dostatečně empaticky v 71 % vaginálních porodů a u 75% operativních. Rodičky, které patřily mezi nespokojené, nejčastěji uváděly, že personál často zesměšňoval jejich přání, pocity a potřeby. Dále se personál nevhodně choval, nepodpořil ženy v obtížných situacích a necitlivě s nimi zacházel. Alternativní metody tlumení bolesti byly nabídnuty v 70 % všech porodů. Nejčastější alternativou tlumení bolesti je hydroterapie, a to koupel nebo sprcha.

Michel Odent uvádí, že při přirozeně běžícím porodu, žena vypne svůj neokortex a jedná na základě svých pocitů a instinktů. Zuzana Štromerová uvádí, že fyziologicky probíhající porod se nemusí vést, jeho průběh si žena určuje sama. To však v porodnicích často není možné, z důvodu nesouladu s doporučenými postupy a vnitřními řády. Snažily jsme se zjistit, zda ženy jednájí instinktivně alespoň, co se týká zaujímání poloh při porodu, což Zuzana Štromerová uvádí jako základ přirozeného porodu. 68% žen z našeho výzkumu uvedlo, že zaujímalo v I. době porodní polohu instinktivně. V I. době porodní si volilo polohu instinktivně tedy relativně velká část žen. V II. době porodní už to bylo méně žen, pouze 26% z nich zaujímalo polohu instinktivně. Domníváme se, že to může být způsobeno tím, že při porodu se stále užívají techniky jako řízené dýchání, řízené tlačení a personál má do porodu v II. době porodní tendence více zasahovat, především do výše zmíněné polohy, která pro tlačení není příliš výhodná, ale lépe se tak personálu manipuluje s rodičkou a chrání se její hráz. Velké rozdíly zde byly u otázky na přísun jídla a pití. Zatímco u žen po vaginálním porodu bylo jídlo a pití omezeno u 28%. U porodů, které sice skončily operativně, ale



původně se předpokládal vaginální porod, bylo jídlo a pití omezeno u 72 % žen. Vzhledem k tomu, že nejčastějšími důvody pro ukončení porodu operativní cestou byl nepostupující porod. Lze předpokládat, že tento faktor zde mohl hrát roli, přísun energie je při porodu pro ženu velmi důležitá. Nevíme však, v jaké fázi porodu bylo jídlo a pití omezeno. Mohlo se tak stát, že v době, kdy k tomuto došlo, už u těchto žen byl předpoklad komplikací a preventivně jim tak bylo nařízeno lačnit.

Zajímaly nás nejčastěji prováděné intervence při porodu. Klystýr jako příprava k porodu byl aplikován v 60 % porodů. Holení hráze v českých porodnicích se tak často neděje, hráz byla oholena v 8 % porodů. Předpokládáme, že to může být způsobené dnešním trendem mezi ženami, tím je holení zevního genitálu. Pokud ženy nepřijely do porodnice s již odteklou plodovou vodou, byla jim provedena dirupce vaku blan, a to v 42% vaginálních porodů. Episiotomie byla provedena u 41 % rodiček, nejčastěji byla prováděna u prvorodiček. Dle *World Health Organisation* je doporučený počet episiotomií prováděných při vaginálním porodu 10 %. U většího množství porodů je tento zákrok považovaný za zbytečný. Náš výsledek výzkumu toto doporučení výrazně převyšuje. V teoretické části jsme se zmiňovaly o medializaci porodu, ať už syntetickým oxytocinem, preparáty na vyvolání porodu nebo spasmolytiky a jinými látkami, které mají porod urychlit. S aplikací léků souhlasilo 31% žen po vaginálním porodu a 47% žen po operativním porodu. Srovnaly jsme tyto dvě skupiny, protože jsme předpokládali, že medikace u žen po operativním porodu bude používána ve větší míře. Soudily jsme tak, dle názoru Michela Odenta, který uvádí, že čím více do porodu nepřirozeně zasahujeme, tím si přiděláváme více komplikací. Tato domněnka se nám v souvislosti s medikací potvrdila. U 19 % žen po vaginálním porodu, byly podány léky, aniž by se jich někdo zeptal na souhlas. Zeptání na souhlas a informování pacientky patří mezi základní úkony, který by měl zdravotnický pracovník provádět.

V teoretické části jsme se zabývaly alternativními metodami v práci porodní asistentky a jak podpořit přirozený porod přírodní cestou, pokud to žena vyžaduje. Nejčastější alternativou tlumení bolesti v ČR byla hydroterapie. Je prokázáno, že teplá voda dělá kontrakce snesitelnějšími, navíc prohrátí organismu podporuje jeho uvolnění, to je při porodu žádoucí. V našem výzkumu samotný porod do vody prožila pouze jedna rodička. Aromaterapie je v českých porodnicích využívána po málu. Byla nabídnuta pouze šestnácti ženám z celkového počtu respondentek.

Předposledním dílčím cílem praktické části bylo zjistit, zda mají ženy ideální podmínky pro navázání vztahu s novorozencem. Po vaginálním porodu byl bonding umožněn 70% respondentek. U operativně vedených porodů byl výsledek výrazně nižší, pouze 25%. Vzhledem k tomu, že ženy často uváděly jako důvod k ukončení porodu per S. C., VEX nebo forceps, náhlé komplikace ze strany plodu nebo nepostupující porod, dá se předpokládat, že novorozenci v těchto případech mohli být ve stavu, kdy bezprostředně po porodu potřebovali ošetřit, odsát či resuscitovat. Některé ženy uváděly, že porod vedený císařským řezem byl v celkové anestezii, a že dítě viděly často až druhý den. V tomto případě je pochopitelné, že neproběhl bezprostřední bonding po porodu. Bonding se však může praktikovat i s otcem dítěte, pokud to stav novorozence dovoluje. Domnívaly jsme se, že často dochází v českých porodnicích také k následné separaci matky a dítěte na několik hodin po porodu, bylo tomu tak v 53% vaginálních porodů. To není v souladu s poznatky o kontaktu matky a novorozence. Odent uvádí, že po porodu nastává takzvaná „zlatá hodinka“, vzácná chvíle, která se nebude opakovat a dítě by v tuto chvíli mělo být na blízku své mamince. V České republice je však trendem dítě odnášet na observaci do vyhřevného lůžka, ačkoli výzkumy ukazují, že nejlepší pro zklidnění a zahřátí dítě po porodu, je zůstat nahé na nahém těle své matky.

Poslední část výzkumu byla věnována celkové spokojenosti rodiček, dále se rodičky mohly rozprávět o tom, co by rády na porodu změnily, pokud by měly tu možnost. Po vaginálním porodu bylo spokojených 56% žen, po porodu operativním 61%. Vyšší spokojenost žen po operativním porodu jsme očekávaly. Tato domněnka vznikla z předpokladu, že ženy považují akutně provedený císařský řez jako život zachraňující operaci, což bez pochyby je. V některých případech je však akutní císařský řez pouze následkem příliš častého zasahování do procesu porodu, jak uvádí Michel Odent. Mezi nejčastější změny, které by si ženy přály, patřil u obou skupin bezprostřední kontakt s novorozencem. Ženy po vaginálním porodu by dále změnily předporodní přípravu, prostředí, odmítly by některé intervence, polohu a aplikaci léků. U žen po operativním porodu by ženy odmítly některé intervence, prostředí, chování personálu a přivedly by si jako doprovod vlastní dudu nebo porodní asistentku.

Výsledky našeho výzkumu potvrzují poznatky autorů jako je Sarah Buckley, Michel Odent a Zuzana Štormerová, z jejichž děl bylo čerpáno v teoretické části této bakalářské práce.

## 15. ZÁVĚR

Porod je přirozený děj, který je řízen určitými zákonitostmi. Stěžejní pro průběh porodu je znalost o hormonálních procesech, které ho doprovázejí. Tyto hormonální pochody jsou ovlivňovány vnějšími faktory, jako je psychika a osobnost ženy, vnější prostředí, nebo personál porodnic. To jak tyto faktory působí na ženu a její dítě, jsou individuální, je však důležité tyto individuální potřeby podpořit, tak aby bylo ženě umožnit porodit v ideálních podmínkách. O těchto aspektech, které ovlivňují porodní proces, pojednává teoretická část této bakalářské práce. Znalost těchto faktorů je velmi důležitá, protože může ovlivnit kladně nebo záporně další život ženy a novorozence.

Praktická část je zaměřena na analýzu uspokojení potřeb rodičích žen. Na jejich přípravu k porodu, výběr místa porodu a preference při tomto výběru. Dále se zabývá přístupem personálu k rodičím ženám, zda je personál dostatečně empatický, respektuje přirozený proces porodu a je ženám nápomocný v jejich přáních a potřebách, které se mohou u jednotlivých rodiček lišit.

Ve výzkumu jsme srovnávaly dvě skupiny žen. První skupina byla skupina žen, které prožily vaginální porod. V druhé skupině byly ženy, u kterých se očekávalo, že porod bude vedený vaginálně, ale skončil operativně císařským řezem, vakuem extrakcí nebo kleštěmi. Tyto dvě skupiny jsme porovnávaly v závislosti na vnějších faktorech, které mohou porod ovlivnit. Nejstěžejnější z těchto faktorů byla příprava žen na porod, prostředí porodu a přístup personálu včetně nejčastěji prováděných intervencí.

Z výzkumu vyplývá, že ženy, které se na porod připravovaly, porodily častěji vaginálně než ženy, které přípravu k porodu opomíjely. Dále potvrzuje, že pokud bylo do porodu jakýmkoli způsobem zasahováno, častěji se objevovaly komplikace.

I přestože jsme předpokládaly, že v otázkách týkajících se prostředí, budou větší rozdíly mezi těmito skupinami. Z výzkumu nevyplývaly žádné markantní rozdíly. Usuzujeme tedy, že prostředí v českých porodnicích vnímají ženy jako příznivé pro porod.

V otázkách na personál obě skupiny žen odpovídaly velmi podobně. U obou skupin žen však často vyšlo, že o poloze při tlačení v II. době porodní, se ženy ve většině případů přizpůsobují pokynům personálu. Tento poznatek je pochopitelný u žen, které rodily operativně, a to vzhledem k tomu, že v průběhu porodu u těchto žen se objevovaly komplikace, které vyžadovaly častější monitoring stavu plodu atd. U žen, které porodily

vaginálně však personál do polohy v II. době porodní také často zasahoval, to vnímáme jako aktivitu personálu, která je při fyziologickém průběhu porodu zbytečná. Tyto otázky by mohly být předmětem dalšího výzkumu.

V předposlední části jsme se věnovaly navázání vztahu mezi matkou a novorozencem. U skupiny žen po operativním porodu jsme otázky omezily pouze na bonding, vzhledem k citlivosti tématu. Bonding byl umožněn u 70% vaginálních porodů a pouze u 25% těch operativních. Domníváme se, že pokud není rodička uvedena do celkové anestezie a nejsou přítomny žádné další komplikace ze strany její nebo novorozence, může bonding proběhnout i na operačním sále, popřípadě bonding může provádět i otec, což je součástí běžné praxe v západních zemích. Kde však shledáváme nedostatky je nepřetržitý kontakt s novorozencem po vaginálním porodu. Ten byl umožněn pouze 47% žen, a to i přestože je dokázáno, že kontakt s matkou je pro novorozence největším přínosem.

Poslední dílčí cíl byl zaměřen na celkovou spokojenost. Většina rodiček z obou skupin byla s porodem celkově spokojena.

Z našeho výzkumu vyplývá, že ženy jsou v českých nemocnicích spokojené, což je určitě dobře. Pozitivním faktem také je, že v České republice se potřebami žen při porodu a důrazem na přirozenost porodu, zabývá čím dál více lidí. Objevují se dokonce porodnice, které se snaží čím dál více svým rodičkám vycházet vstříc. V některých porodnicích jsou plně respektována porodní přání, upravuje se jejich prostředí, tak aby bylo podobné tomu domácímu, častěji jsou umožňovány ambulantní porody. To dává prostor i ženám, které příliš spokojené nejsou.

## **Doporučení pro praxi**

V porodnicích by měl být stále kladen důraz na prostředí a atmosféru pracoviště. I přestože z výzkumu vyplývá, že ženy byly spokojené, vždy je něco, co se dá zlepšovat. Ze strany porodnic by měla vzejít snaha o příjemné, bezpečné a intimní prostředí. Velký důraz by měl být kladen na znalosti o přirozeném fyziologickém porodu, ne pouze na jeho rizika a patologie, která jsou sice potřeba včas rozpoznat, ale často se do porodu zasahuje, aniž by bylo nezbytně třeba.

Mělo by se apelovat i na ženy a jejich předporodní přípravu. Do předporodní přípravy by měly být zahrnuty i vědomosti o přirozených procesech, které ho doprovázejí. Nemusel by

se klást tak velký důraz na nácvik dýchání a tlačení. Důležitá je i psychická příprava, mnohdy důležitější než fyzická.

Důležité je zaměřit se na špatně hodnocené aspekty poskytované péče. Více ženy informovat o jejich zdravotním stavu, ptát se jich na souhlasy s medikací. Vysvětlovat jim rizika spojená s některými intervencemi. Umět s ženami pracovat po psychologické stránce. Personál by se měl stát oporou a ochráncem ženy, ne pouze vykonavatelem zdravotnické péče. Respektování přání a potřeb žen by se mělo stát naprostou samozřejmostí. Porod je náročná situace, je potřeba, aby žena měla dostatek energie, proto je důležité nezatěžovat ji zásahy do porodu. Samozřejmostí by mělo být respektování porodních přání. Dále by měl personál dopřát ženám více volnosti v pohybu, a to nejen v I. době porodní, ale i ve fázi tlačení. Preventivní lačnění by se mělo omezit pouze na ženy, u kterých se předpokládají komplikace při porodu.

Personál by se měl vzdělávat v poznacích o kontaktu matky a novorozence. Zavést bonding do běžné praxe. Inspirovat se v zahraničí, kde je běžnou praxí, že dítě zůstává s matkou po celou dobu pobytu v porodnici, protože je to tak přirozené.

## SEZNAM LITERATURY A POUŽITÝCH ZDROJŮ

BUCKLEY, Sarah J. *Jemný porod, jemné mateřství: lékařský průvodce přirozeným porodem a rozhodováním v raném rodičovství*. Přeložil Iva MICHALIKOVÁ. Praha: Maitrea, 2016. ISBN 978-80-7500-164-1.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

KÖNIGSMARKOVÁ, Ivana a Jana DOLEŽALOVÁ. *Hovory s porodní bábou: rozhovor Jany Doležalové s registrovanou porodní asistentkou Ivanou Königsmarkovou*. Vydání druhé. Praha: Argo, 2016. ISBN 978-80-257-1796-7.

*LF1 - Laboratoř neurofarmakologie [online]. Copyright ©p [cit. 29.03.2017]. Dostupné z: [http://neurofarm.lf1.cuni.cz/teaching/2008/03\\_hynie\\_2008.pdf](http://neurofarm.lf1.cuni.cz/teaching/2008/03_hynie_2008.pdf)*

*LEVRET s.r.o. [online]. Copyright © [cit. 29.03.2017]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2009-17/?pdf=1%20-%20page=5>*

*LEVRET s.r.o. [online]. Copyright ©W [cit. 29.03.2017]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-14/?pdf=20>*

MAREK, Vlastimil. *Nová doba porodní: život před životem; porod jako zázrak; první tři minuty a jak dál; přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí*. Praha: Eminent, 2002. ISBN 80-7281-090-1.

MANDER, Rosemary. *Těhotenství, porod a bolest: [základní problematika pro porodní asistentky a budoucí matky]*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-810-8.

MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ. *Bonding - porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. Praha: DharmaGaia, 2011. Šťastné dítě (DharmaGaia). ISBN 978-80-7436-014-5.

ODENT, Michel. *Porod a budoucnost homo sapiens: první kniha o evoluci člověka v souvislosti s tím, jak přicházíme na svět*. Praha: Maitrea, 2014. ISBN 978-80-7500-052-1.

ODENT, Michel. *Přirozené funkce orgasmů při milování, porodu a kojení: přímé cesty k transcenci*. Praha: Maitrea, 2013. ISBN 978-80-87249-43-7.

ODENT, Michel. *Císařský řez: co je dobré vědět o císařském řezu a jak souvisí se schopností milovat*. Přeložil Klára MEISSNEROVÁ. Praha: Maitrea, 2016. ISBN 978-80-7500-227-3.

ODENT, Michel. *Znovuzrozený porod*. Přeložil Jakub FLORIAN. Praha: Argo, 1995. ISBN 80-85794-69-1.

ODENT, Michel. *Childbirth in the age of plastic*, London: Pinter and Martin Ltd, 2011. ISBN 978-1-905177-54-7.

PAŘÍZEK, Antonín a Tomáš HONZÍK. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-213-8.

PAŘÍZEK, Antonín. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-893-3.

*Psychologie porodu: chiméra nebo realita? - Deník Referendum. Deník Referendum [online]. Copyright © Vydavatelství Referendum s.r.o. 2017 [cit. 29.03.2017]. Dostupné z: <http://denikreferendum.cz/clanek/423-psychologie-porodu-chimera-nebo-realita>*

RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.

ROKYTA, Richard. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4867-2.

SADÍLKOVÁ, přeložil Barbora TOMEČKOVÁ. Praha: One Woman Press, 2009. ISBN 978-80-86356-50-1.

STADELMANN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů*. 3., přeprac. vyd. Přeložil Barbora SADÍLKOVÁ, přeložil Barbora TOMEČKOVÁ. Praha: One Woman Press, 2009. ISBN 978-80-86356-50-1.

ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Praha: Argo, 2010. ISBN 978-80-257-0324-3.

TROJAN, Stanislav. *Lékařská fyziologie*. Vyd. 4., přeprac. a dopl. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0512-5.

ZRUBECKÁ, Adéla a Ivana AŠENBRENEROVÁ. *Aromaterapie v životě ženy*. Praha: Mladá fronta, 2008. Maminka (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-1938-5.

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. Věk respondentek	40
Graf č. 2 Vzdělání respondentek	41
Graf č. 3 Způsob ukončení porodu	41
Graf č. 4 Důvod operativního ukončení porodu	42
Graf č. 5 Preference při výběru místa	43
Graf č. 6 Seznámení s místem porodu	44
Graf č. 7 Účast na předporodním kurzu	44
Graf č. 8 Vypracování porodního plánu	45
Graf č. 9 Obsah porodního plánu	45
Graf č. 10 Celková příprava žen- vaginální porod	46
Graf č. 11 Celková příprava žen operativní porod	46
Graf č. 12 Představy o přirozeném porodu	47
Graf č. 13 Individuální porodní sál	48
Graf č. 14 Příjemnost prostředí	49
Graf č. 15 Pocit bezpečí	49
Graf č. 16 Teplota na porodním sále	50
Graf č. 17 Světelné podmínky	51
Graf č. 18 Místo porodu	52
Graf č. 19 Vyhovění přání rodiček- vaginální porod	53
Graf č. 20 Vyhovění přání rodiček- operativní porod	53
Graf č. 21 Nesplněná přání	54



Graf č. 22 Respekt intimity a soukromí	55
Graf č. 23 Respekt porodního procesu	56
Graf č. 24 Pocit nerespektu	57
Graf č. 25 Empatie	58
Graf č. 26 Nedostatek empatie	59
Graf č. 27 Nabídka alternativních metod	60
Graf č. 28 Druhy alternativních metod	60
Graf č. 29 Poloha v I.d.p.- vaginální porod	61
Graf č. 30 Poloha v I.d.p.- operativní porod	62
Graf č. 31 Omezení jídla a pití	62
Graf č. 32 Poloha v II.d.p.- vaginální porod	63
Graf č. 33 Poloha v II.d.p.- operativní porod	63
Graf č. 34 Volba polohy v II.d.p	64
Graf č. 35 Začátek tlačení- vaginální porod	65
Graf č. 36 Začátek tlačení- operativní porod	65
Graf č. 37 Četnost porodních poranění	66
Graf č. 38 Parita respondentek	67
Graf č. 39 Klystýr	68
Graf č. 40 Holení	68
Graf č. 41 Dirupce vaku blan- vaginální porod	69
Graf č. 42 Dirupce vaku blan- operativní porod	69
Graf č. 43 Aplikace léků- vaginální porod	70
Graf č. 44 Aplikace léků- operativní porod	70

Graf č. 45 Epiziotomie	71
Graf č. 46 Dotepání pupečníku	72
Graf č. 47 Bonding- vaginální porod	73
Graf č. 48 Bonding- operativní porod	73
Graf č. 49 Nepřetržitý kontakt s novorozencem	74
Graf č. 50 Celková spokojenost- vaginální porod	75
Graf č. 51 Celková spokojenost- operativní porod	76
Graf č. 52 Změny na porodu- vaginální porod	77
Graf č. 53 Změny na porodu- operativní porod	77

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas

Příloha č. 2 – Dotazník pro ženy po vaginálním porodu

Příloha č. 3 – Dotazník pro ženy po operativním porodu

## **Přílohy**

### **Příloha č. 1: Informovaný souhlas**

#### INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE: Hormony při porodu

#### STUDENT

Jméno: Romana Kolesová

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e- mail: [kolesovaromana@seznam.cz](mailto:kolesovaromana@seznam.cz)

#### VEDOUCÍ BP

Jméno: Mgr. Magdaléna Ezrová

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií

e-mail: [ezrova.magda@gmail.com](mailto:ezrova.magda@gmail.com)

#### CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit, zda mají rodičky v ČR ideální podmínky pro porod.

S Vaším svolením budou výsledky dotazníku prezentovány v praktické části bakalářské práce. Pořízený materiál nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Dotazníky jsou anonymní a ihned po kompletaci budou skartovány

#### SOUHLAS S VÝZKUMEM

Podpis:

Datum:

**Příloha č. 2: Dotazník pro ženy po vaginálním porodu.**

1. Uveďte prosím Váš věk:
  
2. Uveďte prosím počet porodů, které máte za sebou.
  
3. Uveďte prosím Vaše nejvyšší dosažené vzdělání
  
4. Uveďte prosím, v jaké porodnici jste rodila
  
5. Jak byl Váš porod ukončen?
  - a. Vaginálně
  - b. Císařský řez
  - c. Vakuum extrakce
  - d. kleště
  
6. Zaškrtněte, co vše jste preferovala při výběru místa porodu.
  - a. Dojezdová vzdálenost
  - b. Přítomnost erudovaných odborníků
  - c. Technologická vybavenost
  - d. Respekt porodních přání
  - e. Možnost využití alternativních metod
  - f. Možnost přítomnosti více doprovázejících osob
  - g. Dobrá pověst místa
  - h.
  
7. Seznámila jste se předem se zvyklostmi a prostředím místa porodu?
  - a. Ano
  - b. Ne
  
8. Navštěvovala jste předporodní kurz?
  - a. Ano
  - b. Ne
  
9. Měla jste vypracovaný porodní plán?
  - a. Ano
  - b. Ne

10. Pokud jste na předchozí otázku odpověděla kladně, zaškrtněte vše, čím jste se v porodním plánu zabývala.

- a. Přítomnost blízkých osob
- b. Přítomnost doly/ porodní asistentky
- c. Soukromí a intimita
- d. Aplikace léků
- e. Přísun jídla a pití
- f. Hráze
- g. Aplikace klystýru
- h. Dirupce vaku blan
- i. Polohování
- j. Nástřih hráze
- k. Dotepání pupečníku
- l. Bonding
- m. Nepřetržitý kontakt s novorozencem

11. Celkově jste se na porod připravovala?

- a. Ano
- b. Ne

12. Bylo vyhověno Vaším porodním přáním?

- a. Ano
- b. Ne

13. Napište prosím, kterým přáním nebylo vyhověno:

14. Vyberte všechny body, o kterých si myslíte, že by měly být u fyziologicky a přirozeně probíhajícího porodu dodrženy.

- a. Respekt přání rodičky
- b. Respekt výběru místa porodu
- c. Empatie a ohleduplnost personálu
- d. Respekt intimity a soukromí
- e. Použití alternativních metod
- f. Nenarušování zbytečnými zásahy
- g. Bezprostřední kontakt dítěte s matkou
- h. Dotepání pupečníku
- i. Nepřetržitý kontakt s novorozencem
- j. Přítomnost více blízkých osob
- k. Jiné.....

15. Měla jste porodní sál sama pro sebe?

- a. Ano
- b. Ne

16. Bylo pro Vás prostředí vybraného místa příjemné?

- a. Ano
- b. Ne

17. Cítila jste se v místě porodu bezpečně?

- a. Ano
- b. Ne

18. Byla personálem respektována Vaše intimita a soukromí?

- a. Ano
- b. Ne

19. Byl personálem respektován porodní proces?

- a. Ano
- b. Ne

20. Pokud proces porodu respektován nebyl, napište jak:

21. Byl personál dostatečně empatický?

- a. Ano
- b. Ne

22. Pokud máte pocit, že empatický nebyl, napište jak?

23. Jaká byla v místě porodu teplota?

- a. Pro mě ideální
- b. Zima
- c. Horko
- d. Teplotu jsem nevnímala

24. Vyhovovaly Vám světelné podmínky?

- a. Ano
- b. Ne

25. Pokud Vám nevyhovovaly světelné podmínky, napište jak:

26. Jakou polohu jste zaujímala v otevírací fázi porodu?

- a. Instinktivně podle svých potřeb
- b. Podle pokynů personálu
- c. Nevím

27. Byly Vám nabídnuty nějaké alternativní metody tlumení bolesti?

- a. Ano
- b. Ne

28. Pokud Vám byly nabídnuty alternativní metody, zaškrtněte jaké:

- a. Polohování
- b. Hydroterapie
- c. Aromaterapie
- d. Masáž
- e. Relaxace
- f. Jiné

29. Byl Vám omezen přístup jídla a pití?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Mohla jsem pít dle potřeby

30. Byl Vám aplikován klystýr jako příprava k porodu?

- a. Ano
- b. Ne

31. Byla Vám oholena hráz v rámci přípravy k porodu?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Nevím
- d. Byla jsem již oholena

32. Byla Vám provedena dirupce vaku blan?

- a. Ano
- b. Ne, voda odtekla v průběhu porodu
- c. Na místo jsem přišla s již odteklou plodovou vodou



33. Byly při porodu použity léky? (tišení bolesti, urychlující porod apod.)

- a. Ano
- b. Ne

34. Byl Vám proveden nástřih hráze?

- a. Ano
- b. Ne

35. Označte polohu, kterou jste zaujímala ve fázi tlačení:

- a. Vleže
- b. Vsedě
- c. V dřepu
- d. V polosedu
- e. Na porodní stoličce
- f. Ve vodě
- g. Jiná

36. Označte, kdo zvolil polohu, v které jste tlačila:

- a. Já, podle svých pocitů a potřeb
- b. Lékař
- c. Porodní asistentka
- d. Nevím

37. Tlačit jste začala:

- a. Sama dle svých instinktů
- b. Na pokyn lékaře
- c. Na pokyn porodní asistentky
- d. Nevím

38. Jaké jste měla porodní poranění?

- a. Žádné
- b. Provedený nástřih hráze
- c. Spontánní ruptura hráze
- d. Ruptura děložního hrdla
- e. Ruptura pochvy
- f. Trhlina na vnějším genitálu
- g. Menší poranění, které se nemuselo šít

39. Bylo Vám umožněno dotepání pupečníku?

- a. Ano

b. Ne

40. Byl Vám přiložen novorozenec bezprostředně po porodu na tělo?

- a. Ano
- b. Ne

41. Byl Vám umožněn nepřetržitý kontakt s novorozencem?

- a. Ano
- b. Ne

42. Celkově jste s porodem:

- a. Rozhodně spokojená
- b. Spíše spokojená
- c. Nevím
- d. Spíše nespokojená
- e. Rozhodně nespokojená

43. Pokud byste na svém porodu mohla něco změnit, co by to bylo?

### **Příloha 3: Dotazník pro ženy po operativním porodu**

1. Uveďte prosím Váš věk:

2. Uveďte prosím počet porodů, které máte za sebou.

3. Uveďte prosím Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

4. Uveďte prosím, v jaké porodnici jste rodila

5. Jak byl Váš porod ukončen?

- a. Vaginálně
- b. Císařský řez
- c. Vakuum extrakce
- d. kleště

6. Zaškrtněte, co vše jste preferovala při výběru místa porodu.

- i. Dojezdová vzdálenost
- j. Přítomnost erudovaných odborníků

- k. Technologická vybavenost
- l. Respekt porodních přání
- m. Možnost využití alternativních metod
- n. Možnost přítomnosti více doprovázejících osob
- o. Dobrá pověst místa
- p.

7. Seznámila jste se předem se zvyklostmi a prostředím místa porodu?

- a. Ano
- b. Ne

8. Navštěvovala jste předporodní kurz?

- a. Ano
- b. Ne

9. Měla jste vypracovaný porodní plán?

- a. Ano
- b. Ne

10. Pokud jste na předchozí otázku odpověděla kladně, zaškrtněte vše, čím jste se v porodním plánu zabývala.

- a. Přítomnost blízkých osob
- b. Přítomnost doly/ porodní asistentky
- c. Soukromí a intimita
- d. Aplikace léků
- e. Přísun jídla a pití
- f. Hráze
- g. Aplikace klystýru
- h. Dirupce vaku blan
- i. Polohování
- j. Nástřih hráze
- k. Dotepání pupečníku
- l. Bonding
- m. Nepřetržitý kontakt s novorozencem

11. Celkově jste se na porod připravovala?

- a. Ano
- b. Ne

12. Bylo vyhověno Vaším porodním přáním?

- a. Ano

b. Ne

13. Napište prosím, kterým přáním nebylo vyhověno:

14. Vyberte všechny body, o kterých si myslíte, že by měly být u fyziologicky a přirozeně probíhajícího porodu dodrženy.

- a. Respekt přání rodičky
- b. Respekt výběru místa porodu
- c. Empatie a ohleduplnost personálu
- d. Respekt intimity a soukromí
- e. Použití alternativních metod
- f. Nenarušování zbytečnými zásahy
- g. Bezprostřední kontakt dítěte s matkou
- h. Dotepání pupečníku
- i. Nepřetržitý kontakt s novorozencem
- j. Přítomnost více blízkých osob
- k. Jiné.....

15. Měla jste porodní sál sama pro sebe?

- a. Ano
- b. Ne

16. Bylo pro Vás prostředí vybraného místa příjemné?

- a. Ano
- b. Ne

17. Cítila jste se v místě porodu bezpečně?

- a. Ano
- b. Ne

18. Byla personálem respektována Vaše intimita a soukromí?

- a. Ano
- b. Ne

19. Byl personálem respektován porodní proces?

- a. Ano
- b. Ne

20. Pokud proces porodu respektován nebyl, napište jak:

21. Byl personál dostatečně empatický?

- a. Ano
- b. Ne

22. Pokud máte pocit, že empatický nebyl, napište jak?

23. Jaká byla v místě porodu teplota?

- a. Pro mě ideální
- b. Zima
- c. Horko
- d. Teplotu jsem nevnímala

24. Vyhovovaly Vám světelné podmínky?

- a. Ano
- b. Ne

25. Pokud Vám nevyhovovaly světelné podmínky, napište jak:

26. Jakou polohu jste zaujímala v otevírací fázi porodu?

- a. Instinktivně podle svých potřeb
- b. Podle pokynů personálu
- c. Nevím

27. Byly Vám nabídnuty nějaké alternativní metody tlumení bolesti?

- a. Ano
- b. Ne

28. Pokud Vám byly nabídnuty alternativní metody, zaškrtněte jaké:

- a. Polohování
- b. Hydroterapie
- c. Aromaterapie
- d. Masáž
- e. Relaxace
- f. Jiné

29. Byl Vám omezen přístup jídla a pití?

- a. Ano
- b. Ne
- c. Mohla jsem pít dle potřeby

30. Byl Vám aplikován klystýr jako příprava k porodu?
- Ano
  - Ne
31. Byla Vám oholena hráz v rámci přípravy k porodu?
- Ano
  - Ne
  - Nevím
  - Byla jsem již oholena
32. Byla Vám provedena dirupce vaku blan?
- Ano
  - Ne, voda odtekla v průběhu porodu
  - Na místo jsem přišla s již odteklou plodovou vodou
33. Byly při porodu použity léky? (tišení bolesti, urychlující porod apod.)
- Ano
  - Ne
34. Byl Vám proveden nástřih hráze?
- Ano
  - Ne
35. Označte polohu, kterou jste zaujímala ve fázi tlačení:
- Vleže
  - Vsedě
  - V dřepu
  - V polosedu
  - Na porodní stoličce
  - Ve vodě
  - Jiná
36. Označte, kdo zvolil polohu, v které jste tlačila:
- Já, podle svých pocitů a potřeb
  - Lékař
  - Porodní asistentka
  - Nevím

37. Tlačít jste začala:

- a. Sama dle svých instinktů
- b. Na pokyn lékaře
- c. Na pokyn porodní asistentky
- d. Nevím

38. Byl Vám umožněn bonding s novorozencem?

- a. Ano
- b. Ne

39. Celkově jste s porodem:

- a. Rozhodně spokojená
- b. Spíše spokojená
- c. Nevím
- d. Spíše nespokojená
- e. Rozhodně nespokojená

40. Pokud byste na svém porodu mohla něco změnit, co by to bylo?