

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Petra Kodešová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Petra Kodešová

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

INFORMOVANOST ŽEN O PRŮBĚHU PORODU

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Kristina Janoušková

PLZEŇ 2020

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Petra KODEŠOVÁ**
Osobní číslo: **Z17B0016P**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Téma práce: **Informovanost žen o průběhu porodu**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce

Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- MANDER, Rosemary. Těhotenství, porod a bolest. 1. vydání. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2014. 313 stran. ISBN 978-80-7387-810-8.
- HUDÁKOVÁ, Zuzana a KOPÁČIKOVÁ, Mária. Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. 136 stran. ISBN 978-80-271-0274-7.
- SIMKIN, Penny. Partner u porodu: vše, co potřebujete vědět, abyste mohli ženě při porodu pomoci. Vyd. 1. Praha: Argo, 2000. 245 s. ISBN 80-7203-308-5.
- BAŠKOVÁ, Martina. Metodika psychofyzické přípravy na porod. Vydání první. Praha: Grada Publishing, 2015. 112 stran. ISBN 978-80-247-5361-4.
- GASKIN, Ina May. Ina May's guide to childbirth. New York: Bantam Books, 2003. ISBN 0553381156.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Kristina Janoušková**
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2020**



PhDr. Lukáš Štich
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2020

Prohlášení

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

V Plzni dne 30. 4. 2020.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Kodešová Petra

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Informovanost žen o průběhu porodu

Vedoucí práce: PhDr. Kristina Janoušková

Počet stran – číslované: 64

Počet stran – nečíslované: 29

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 28

Klíčová slova: předporodní příprava – porodní plán – porod – doby porodní – klyzma – epiziotomie – kardiokografie – bonding – vedení porodu

Souhrn:

Tato bakalářská práce je zaměřena na rozsah znalostí těhotných žen o průběhu porodu. V teoretické části je definován porod, jeho rozdělení a intervence prováděné v průběhu celého porodu. Jednotlivé kapitoly se zabývají nejen jednotlivými částmi porodu, ale také předporodní přípravou, možnostmi tlumení porodních bolestí a osobami, které jsou oprávněné vést porod. Znalosti žen jsou důležité pro pokud možno hladký průběh porodu a zároveň následný průběh poporodní adaptace dítěte. Cílem praktické části je zjistit, zda si ženy zjišťují informace o průběhu porodu před začátkem těhotenství či až v jeho průběhu. Nebo zda si ženy nezjišťují informace o porodu vůbec. Závěrem lze říct, že i přes značnou informovanost žen, lze sledovat nedostatečnou informovanost o průběhu porodu.

Abstract

Surname and name: Kodešová Petra

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: The women's awareness of the course of childbirth

Consultant: PhDr. Kristin Janoušková

Number of pages – numbered: 64

Number of pages – unnumbered: 29

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 28

Keywords: prenatal classes – birth plan – childbirth – time of labor – enema – episiotomy – cardiotocography – bonding – childbirth management

Summary:

This bachelor thesis is focused on the extent of knowledge of pregnant women about the birth process. The theoretical part defines childbirth, its division and interventions performed during the whole childbirth. Individual chapters include every single parts of childbirth but also with prenatal preparation, possibilities of pain relief and authorized persons to lead childbirth. Women's knowledge is important for easier process childbirth and for the following course of postpartum baby adaptation. The goal of the practical part is to find out whether women look for information about the course of childbirth before or during pregnancy or not at all. At the end of bachelor thesis we can declare that despite the considerable awareness of women, awareness of childbirth is very low.

Předmluva

V současné době je mnoho možností, jak si ženy mohou získat informace o porodu. Ovšem ne všechny zdroje jsou pravdivé. Pouze skutečné informace o porodu mohou ženám pomoci se na něj připravit. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, v jakém rozsahu jsou ženy informované o průběhu porodu. Odpovědi dotazovaných respondentek by měly vést k zaměření se na nedostatky informovanosti v určitých oblastech porodu, které vyplývají z jejich odpovědí. Čím více budou ženy informované, tím lépe budou na porod připravené.

Poděkování

Chtěla bych poděkovat PhDr. Kristině Janouškové za odborné vedení práce, poskytování rad, za její trpělivost a ochotu. V neposlední řadě také děkuji všem respondentkám, které mi poskytly potřebné informace. A také děkuji své rodině za jejich podporu při studiu.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ.....	11
SEZNAM ZKRATEK.....	12
ÚVOD	13
TEORETICKÁ ČÁST	15
1 POROD.....	15
1.1 Definice	15
1.2 Klasifikace.....	15
1.3 Předporodní příprava	16
1.3.1 Úloha a význam psychofyzické přípravy na porod	16
1.3.2 Obsah psychofyzické přípravy na porod.....	17
1.4 Porodní plán	17
2 PRŮBĚH PORODU.....	19
2.1 Falešné známky počínajícího porodu.....	19
2.2 Cesta do porodnice.....	19
2.3 Příjem rodičky na porodní sál.....	20
2.4 První doba porodní (otevírací).....	21
2.4.1 Monitorování srdeční frekvence plodu v I. době porodní.....	22
2.4.2 Měření fyziologických funkcí během I. doby porodní	22
2.4.3 Příprava	23
2.4.4 Polohy během I. doby porodní	23
2.4.5 Jídlo a pití během porodu.....	24
2.4.6 Plod během I. doby porodní	25
2.5 Metody tlumení porodních bolestí.....	25
2.5.1 Nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí.....	25
2.5.2 Farmakologické metody tlumení porodních bolestí	26
2.6 Druhá doba porodní (vypuzovací)	28
2.6.1 Monitorování srdeční frekvence plodu v II. době porodní	30
2.6.2 Polohy ve II. době porodní.....	30
2.6.3 Epiziotomie	31
2.6.4 Bonding.....	32
2.6.5 Doprovod u porodu.....	32
2.7 Třetí doba porodní (doba k lůžku)	33
2.7.1 Popis placenty.....	35
2.7.2 Funkce placenty	36
2.8 Čtvrtá doba porodní	36

2.9 Vedení porodu	37
PRAKTICKÁ ČÁST.....	38
3 FORMULACE PROBLÉMU	38
4 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY	38
5 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU.....	40
6 METODIKA PRÁCE.....	40
7 ORGANIZACE VÝZKUMU	40
8 ANALÝZA ÚDAJŮ.....	42
9 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	64
10 DISKUZE	72
ZÁVĚR	76
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	76
SEZNAM PŘÍLOH.....	80

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Věk dotazovaných žen	42
Graf č. 2 – Vzdělání dotazovaných žen	43
Graf č. 3 – Znalost pojmu klyzma	43
Graf č. 4 – Provedení nástřihu hráze	44
Graf č. 5 – Realizace nástřihu hráze	44
Graf č. 6 – Důležitost bezprostředního kontaktu s dítětem po porodu	45
Graf č. 7 – Názory na bezprostřední kontakt s dítětem po porodu	46
Graf č. 8 – Význam kardiokografie	47
Graf č. 9 – Znalost pojmu epiziotomie	47
Graf č. 10 – Znalost bondingu	48
Graf č. 11 – Využití předporodní přípravy	49
Graf č. 12 – Význam předporodní přípravy	49
Graf č. 13 – Vědomosti o porodním plánu	50
Graf č. 14 – Znalost porodního plánu	50
Graf č. 15 – Počet osob u porodu	51
Graf č. 16 – Cesta do porodnice	52
Graf č. 17 – Doby porodní	52
Graf č. 18 – Znalosti o začátku porodu	53
Graf č. 19 – Začátek porodu	54
Graf č. 20 – Význam polohy v 1. době porodní	54
Graf č. 21 – Znalosti provedení klyzmatu	55
Graf č. 22 – Nefarmakologické tlumení porodních bolestí	56
Graf č. 23 – Farmakologické tlumení porodních bolestí	57
Graf č. 24 – Vypuzovací doba porodní	58
Graf č. 25 – Význam tlaku na konečník	58
Graf č. 26 – Otevření děložního hrdla	59
Graf č. 27 – Ovlivnění délky porodu	60
Graf č. 28 – Hlavní funkce placenty	60
Graf č. 29 – Konec porodu	61
Graf č. 30 – Vedení porodu	62
Graf č. 31 – Nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí	63

SEZNAM ZKRATEK

BWR – Bordetova – Wassermannova reakce

CTG – kardiokografie

Rh – rhesus

TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation) – transkutánní elektrická nervová stimulace

WHO (World Health Organization) – Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Porod patří mezi náročné životní situace ženy, kterou každá žena zvládá odlišně. Proto by se na něj ženy měly připravit, aby věděly, co porod obnáší a co je čeká. Měly by být informované o možnosti předporodní přípravy, která ženám pomůže připravit se na porod a naučí je, jak danou životní situaci zvládat. Také je důležité, aby věděly, kdy porod začíná a za jakých okolností je vhodný čas vyrazit do porodnice. Nebo naopak vědět, čím porod končí. Nepostradatelnou součástí znalostí žen jsou také vědomosti o případných intervencích během porodu, které jsou nezbytné a jakým se lze vyhnout. Jak je možné zvládat porod a porodní bolesti. Jaké jsou možnosti tlumení porodních bolestí, ať už nefarmakologické či farmakologické a také kdo je oprávněn k vedení porodu.

Je znát, když se ženy o průběh porodu nezajímají. Často to následně ovlivní jeho průběh a spolupráci rodičky s personálem porodnice. V průběhu porodu ženy neví, jak na určité situace reagovat a jaké jsou možnosti řešení. Proto je vhodné, aby se ženy, které jsou poprvé těhotné a nemají dostatečné znalosti o průběhu porodu, zúčastnily předporodních kurzů a dozvěděly se, co všechno porod obnáší a na co je potřeba se připravit. Většina žen, které otěhotní, si zjišťují informace o těhotenství na internetu a od žen, které si již těhotenstvím prošly. Jenže tyto informace nemusí být vždy zcela pravdivé. Poté dochází k situacím, kdy těhotné ženy mají mylné představy o porodu oproti skutečnosti a nejsou na porod dostatečně připraveny.

Téma „Informovanost žen o průběhu porodu“ jsme zvolili, protože jsme chtěli touto cestou zjistit, jak moc jsou ženy o průběhu porodu informované. Zda si ženy zjišťují informace o porodu už před početím, v průběhu těhotenství nebo zda si informace o porodu nezjišťují vůbec. Jak jsou ženy informované, jsme zjišťovali pomocí dotazníků. Dotazovali jsme se dvou skupin žen. První skupinou byly těhotné ženy, které se nacházely v I. trimestru těhotenství a druhou skupinou byly těhotné ženy ve III. trimestru těhotenství. Obě skupiny žen dostaly dotazník, který byl totožný s výjimkou jedné otázky. Ženy v I. trimestru těhotenství jsme se dotazovali, zda plánují využít možnost předporodní přípravy a ženy ve III. trimestru těhotenství jsme se dotazovali, zda možnost předporodní přípravy využily.

Zdroje k bakalářské práci jsme si opatřili ve Studijní a vědecké knihovně Plzeňského kraje a také v Knihovně zdravotnických studií v Plzni. Některé zdroje jsme také získali pomocí bádání z klíčových slov vztahující se k tématu na internetových stránkách. Nenechali jsme si vytvořit rešerši, nýbrž jsme si potřebné zdroje hledali sami.

TEORETICKÁ ČÁST

1 POROD

Porod je náročný proces, při kterém je důležitá příprava těhotné na tuto situaci a seznámení ženy s funkčními, morfologickými a psychosociálními procesy související s porodem. Tento proces lze ovlivnit přípravou, která ulehčí průběh porodu a sníží riziko komplikací. Pokud bude žena umět rozpoznat příčiny subjektivních pocitů a změn, docílí díky tomu ke snížení strachu a úzkosti, což podstatně vede k lepší spolupráci ženy při porodu a celkově k ulehčení procesu děje. (Bašková 2015, s. 63)

1.1 Definice

O porod (partus) se jedná vždy, kdy je ukončené těhotenství, při kterém se narodí živý či mrtvý plod. Při úplném vypuzení či vynětí plodu z matčiny dělohy se jedná o narození živého dítěte, kdy se nebere v potaz délka trvání těhotenství, ale podmínkou pro splnění je minimálně jeden projev známek života. Dech, srdeční akce, aktivní pohyby svalstva a pulzace pupečníku jsou považovány za složky známek života novorozence. O mrtvě narozeném dítěti se hovoří v případě, že se narodí bez známek života a jeho hmotnost přesahuje 500 g. V případě, kdy není možno stanovit porodní hmotnost dítěte, se bere v potaz dokončený 22. týden těhotenství a pokud není možno stanovit ani délku těhotenství, pak je rozhodující délka plodu a to nejméně 25 cm od temene hlavy k patě. (Hájek, Čech, Maršál 2014, s. 175)

1.2 Klasifikace

Předčasný porod (partus praematurus) je porod do začátku 37. týdne těhotenství (tedy do 37 + 0). (Moravcová, Petržílková 2018, s. 26) Porod v termínu (partus maturus) je porod od začínajícího 37. do 39. týdne těhotenství (tedy od 37 + 1 do 39 + 6). O potermínovou graviditu (partus serotinus) se jedná v případě, že porod probíhá od 40. do 42. týdne těhotenství (tedy od 40 + 0 do 42 + 6). V dnešní době by těhotenství mělo být ukončeno do 42. týdne těhotenství (do 42+0) za účelem snížení perinatální mortality bez nárůstu počtu císařských řezů. (ČGPS ČLS JEP 2019, s. 1 – 2)

1.3 Předporodní příprava

Do porodnice by měly přijít rodičky připravené, jak po stránce fyzické, tak i psychické. To především vedlo ke vzniku kurzů psychoprofylaktické přípravy, které dodávají ženám odvalu během porodu a navozují klid a pocit bezpečí. Předporodní přípravou se snižují, případně odstraňují negativní emoce související s porodem, dochází k uvolnění a celkově zlepšuje fyzickou i psychickou kondici. (Bašková 2015, s. 36) Předporodní příprava je edukační program, který poskytuje informace, posiluje vědomosti a připravuje těhotné ženy a jejich partnery na úspěšné zvládnutí těhotenství, porodu, šestinedělí a rodičovství. Na předporodní přípravě se uplatňují i metody, díky kterým se žena naučí zmírňovat porodní bolesti a to zejména odvedením pozornosti na jiné vjemy či činnosti. A především to usnadňuje lepší zvládnutí porodu. (Bašková 2015, s. 32) Kurzy předporodní přípravy mohou probíhat v gynekologických ambulancích, v gynekologicko-porodnických zařízeních, v nemocnicích či v mateřských centrech. Prospěšné jsou předporodní přípravy probíhající v zařízení spojeném s porodním sálem, který si mohou rodičky prohlédnout a zároveň se s prostředím seznámit. U rodiček to upevňuje jistotu a důvěru v dané prostředí. Předporodní přípravu vedou vzdělané porodní asistentky, které k tomu získaly určené kompetence a pracují se skupinou těhotných žen včetně jejich partnerů. (Bašková 2015, s. 36) Při vedení předporodní přípravy by mělo být edukátorem zvoleno vhodné prostředí bez negativně ovlivňujících faktorů, vhodně zvolené metody přípravy, optimální čas na edukaci a veškeré informace vysvětlovány jasně a zřetelně. (Hudáková, Kopáčiková 2017, s. 19)

1.3.1 Úloha a význam psychofyzické přípravy na porod

Psychofyzická příprava je řazena mezi psychologické metody porodnické analgezie, kdy se žena učí, jak zvládat bolest. Dělíme ji na přípravu psychickou a fyzickou. Psychická příprava ovlivňuje zvyšování informovanosti těhotných žen, případně jejich partnerů o těhotenství, porodu, šestinedělí a péči o dítě. Dále posiluje jejich sebedůvěru, zmírňuje obavy, strach a úzkosti z nejistoty. Nezbytnou součástí psychické přípravy je také prostor pro diskuse. Fyzická příprava připravuje organismus ženy zvládat zátěžové situace pomocí relaxačních technik. Těhotné ženy se učí porozumět porodním bolestem a porodnímu ději tréninkem relaxačních a polohových technik pro zmírňování bolesti. (Bašková 2015, s. 37) Důležité je podat informace tak, aby byly přesné, srozumitelné a ve vyvážené míře. Informovat také o možných komplikacích, jejich řešení, lékařských postupech a zákrocích. Těhotné ženy či páry se mohou také od sebe vzájemně učit,

vyměňovat si své znalosti a zkušenosti a může mezi nimi vzniknout i přátelství, které přetrvá i po porodu. (Murkoff, Eisenberg, Hathaway 2012, s. 258 – 259)

1.3.2 Obsah psychofyzické přípravy na porod

Předporodní příprava může být vedena buď individuálně, nebo skupinově. Je rozdělena do několika lekcí, záleží ovšem na volbě ženy a možnostech porodní asistentky. Do skupin se ideálně doporučuje 8 – 12 těhotných žen a návštěvnost kurzů se doporučuje od 3. – 4. měsíce těhotenství až do porodu. Záleží pochopitelně na ženě, kdy si zvolí s kurzem začít a v jakém rozmezí ho bude absolvovat. Délka lekcí obvykle trvá 45 – 90 minut, bývají většinou formou přednášek, diskuse a cvičení s těhotnými. Osnova lekcí je sestavována samotnými porodními asistentkami, dle jejich uvážení. Zaměřuje se především na přípravu žen na fyziologický průběh těhotenství, porodu, šestinedělí a péče o novorozence. V prvních lekcích probíhá představení a seznámení účastnic kurzu a zjišťují se očekávání žen od předporodní přípravy na porod. Dále se zaměřuje na průběh těhotenství, předporodní období, jak poznat začátek porodu a kdy je čas vyrazit do porodnice. Seznámení žen s jednotlivými porodními dobami a jejich činnostmi, učí ženy, jak ovládat svou bolest, jaké jsou přirozené metody tlumení a jaké jsou možnosti farmakologických metod tlumení bolestí. Patří sem i těhotenské cvičení, které vede k relaxaci ženy a dechovým cvičením a následné aplikaci naučených technik při porodu. Obeznamuje přítomné partnery s jejich rolí při porodu, seznamuje ženy s obdobím šestinedělí, možným výskytem emocionálních a psychických změn, jak navázat vazbu s novorozencem, jak o něj pečovat. A také naučí ženy správné techniky kojení. (Bašková 2015, s. 40 - 42)

1.4 Porodní plán

Porodní plán umožňuje těhotným ženám sepsat písemný seznam bodů, ve kterých jsou uvedeny požadavky, které by si přály, aby byly během porodu dodrženy. Ženy své požadavky mohou kdykoliv změnit. K sepsání porodního plánu dochází mezi 34. - 36. týdnem těhotenství, ale může být sepsán i v jakémkoliv jiném období. Jsou v něm zaznamenávány požadavky o průběhu porodu, které se zaměřují na jednotlivé fáze porodu. Sepisují se údaje o průběhu první doby porodní, průběhu druhé doby porodní, přání týkající se anestezie, nástřihu hráze, následné péče, včetně preferencí v případě komplikací. Je vhodné seznámit se svými požadavky také partnera, který díky těmto znalostem bude moci během porodu interpretovat přání rodičky zdravotnickému personálu, zatím co se rodička bude soustředit na jednotlivé části porodu. Do porodního plánu se zaznamenávají

preferované činnosti ženy během 1. doby porodní, zda si přeje během této doby pít a jíst, jaké má požadavky na hudbu, fotografování či filmování při porodu. (Bašková 2015, s. 28) Uvádí se, jaké osoby budou přítomny u porodu, které formy tišení bolesti žena upřednostňuje, postoje ženy ke klyzmatu, holení a vnitřnímu vyšetření. Preferované polohy během 2. doby porodní, které by žena chtěla zaujmout, zvolení techniky tlačení, zda bude žena raději tlačit pomocí vlastních pocitů nebo podle instrukcí porodníka. Přístup ženy k epiziotomii, přestřížení pupečníku, jeho doba přestřížení například na základě dotepání pupečníku a osoba, která pupečník přestříhne. (Bašková 2015, s. 29) Také se do porodního plánu zaznamenává stanovisko k bondingu, výživě a péči o dítě, také zda si rodička přeje podílet se na spoluúčasti při rozhodování řešení případných komplikací. Porodní plán se svými požadavky je vhodné zkontrolovat s porodní asistentkou či porodníkem a případně společně přehodnotit. (Bašková 2015, s. 30)

2 PRŮBĚH PORODU

Průběh porodu se dělí na období přípravné a čtyři doby porodní, přesněji řečeno tři doby porodní a jedna doba poporodní, která už patří do období raného šestinedělí. (Moravcová, Petržílková 2018, s. 26 – 27)

2.1 Falešné známky počínajícího porodu

Před začátkem porodu, přesněji řečeno poslední 4 týdny těhotenství dochází k takzvanému předporodnímu neboli přípravnému období. V tomto období se v těle matky odehrávají dokončující přípravy na porod. Ovšem u vícerodiček toto období nastává až těsně před začátkem porodu, kdy jsou zaznamenávány známky blížícího se porodu. Mezi tyto známky patří Braxtonovy-Hicksovy kontrakce čili Doloros praesagientes také známé jako poslíčci, které jsou charakterizované jako nepravidelné děložní stahy. Ženy je vnímají jako bolesti v podbřišku šířící se do křížové oblasti a mají tak dojem, že se jedná o začátek porodu. Tyto děložní stahy mají nepravidelné intervaly, nemají vliv na otevírání dolního segmentu dělohy a intenzita bolesti ustupuje, na rozdíl od porodních kontrakcí. Ovšem tyto nepravidelné děložní stahy připravují děložní čípek na dilataci za porodu a upravují polohu plodu tak, aby hlavička plodu byla vedena do pánevního vchodu. (Hudáková, Kopáčiková 2017, s. 37) Tyto falešné kontrakce neohrožují matku ani plod, ale patří mezi nepříjemné a psychicky náročné vjemy těhotné ženy, které ji nenechají v klidu spát. Vedou k vyčerpání ženy, a proto je vhodné snažit se je minimalizovat a pokud možno odpočívat, kdykoli to bude možné. (Weiss a Pietrantonio 2010, s. 272) Mezi známky blížícího se porodu patří také odchod hlenové zátky s možnou příměsí krve z natržených kapilár hrdla. Hlenová zátka po celou dobu těhotenství chránila dělohu a její odloučení naznačuje, že dochází k otevírání cervikálního kanálu a zároveň k rozvoji dolního děložního segmentu. K tomuto procesu dochází několik dní před začátkem porodu, nikoliv v den začátku porodu. (Hudáková, Kopáčiková 2017, s. 37)

2.2 Cesta do porodnice

Žena by měla vyrazit do porodnice při známkách signalizujících začátek porodu, do kterých patří pravidelné kontrakce po 5 minutách, odtok plodové vody, krvácení a tlak na konečník. Nebo v případě, že žena necítí pohyby plodu nebo se objeví případné komplikace. (Behinová 2012, s. 122) Děložní kontrakce, díky kterým dochází ke spuštění porodního děje, jsou ty, které mají vliv na otevírání dolního děložního segmentu, děložního hrdla a branky. (Hájek, Čech, Maršál 2014, s. 179) Při skutečných děložních kontrakcích

dochází ke zkracování intervalů mezi kontrakcemi, intenzita bolesti se stupňuje, kontrakce přichází po stejných intervalech a už nějakou dobu trvají. Nelze je ovlivnit odpočinkem nebo jsou doprovázeny i jinými známkami porodu, například krvácením, které je známkou otevírání porodních cest. (Gregora a Velemínský 2013, s. 271) Odtok plodové vody nemusí být vždy na první pohled zřetelný, může odtékat pouze v malém množství a žena může mít dojem, že se jedná o únik moče. Únik moče je ke konci těhotenství vzhledem k útlaku močového měchýře hlavičkou plodu zcela normální a běžný. Pokud si tedy žena není zcela jistá, zda se jedná o odtok plodové vody, vezme s sebou do porodnice vložku. V porodnici tekutinu vyšetří a zjistí, zda se jedná o odtok plodové vody. Ujistí se také tím, že plodová voda odtéká v průběhu celého porodu až do jeho konce, na rozdíl od úniku moče. Plodová voda může také odtéci ve velkém množství, které nelze přehlédnout. Odtok plodové vody neovlivňuje fyzická námaha. Barva plodové vody by měla být čirá, někdy bývá i narůžovělá s příměsí mázku. Pokud žena zaznamená zbarvenou plodovou vodu do zelena, je třeba na nic nečekat a hned vyrazit do porodnice. (Behinová 2012, s. 122) Při odtoku plodové vody je třeba vyrazit do porodnice bez ohledu na přítomnost kontrakcí a týdne těhotenství, ve kterém se žena nachází. Žena i plod by mohli být ohroženi případnými porodnickými komplikacemi a to zejména infekcí. (Gregora a Velemínský 2013, s. 102) Při příjmu rodičky se spontánním odtokem plodové vody je důležité zjistit informace, kdy přesně plodová voda odtekla a její barvu. Následně je rodička informována o dalších postupech. V případě, že se po odtoku plodové vody nedostaví děložní kontrakce, čeká se 24 hodin na jejich spontánní nástup. Po 12 až 18 hodinách se nasazuje antibiotická léčba jako prevence vzniku infekce. Ovšem pokud je u ženy prokázána pozitivní kultivace z pochvy streptokoky skupiny B, odtéká zkaleně zbarvená plodová voda nebo se jedná o předčasný odtok plodové vody, antibiotika se podávají ihned. Způsob podání je ve formě nitrožilní aplikace a jedná se o lék Penicilin, který se aplikuje dle příslušného schématu. Za předpokladu, že je žena na tento lék alergická, aplikuje se jiný lék. (Dušová a kolektiv 2019, s. 72)

2.3 Příjem rodičky na porodní sál

Příjem rodičky na porodní sál zajišťuje porodní asistentka společně s lékařem, kdy porodní asistentka má za úkol sepsat s rodičkou porodopis pomocí těhotenské dokumentace, kde jsou sepsány veškeré výsledky z vyšetření a průběh těhotenství. Porodní asistentka dále kontroluje fyziologické funkce rodičky, tedy tělesnou teplotu, krevní tlak a puls. Zjišťuje hmotností přírůstek, vyšetří moč k případné detekci bílkoviny, cukru či

ketolátek a provádí vstupní kardiokardiografii. Přičemž lékař má za úkol zhodnotit porodnickou anamnézu, provést zevní a vnitřní vyšetření a zhodnotit kardiokardiografický záznam. Také informuje rodičku o možnostech postupu porodu, které rodička stvrdí podpisem souhlasu. Dále lékař také určuje způsob vedení a rozsah přípravy porodu a v případě anomálních nálezů a rizik rodičky, lékař informuje vedoucího lékaře služby. (Procházka a kolektiv 2016, s. 122) Po sepsání porodopisu a veškerých potřebných vyšetření při příjmu se rodička převlékne do vlastního oblečení, případně dostane k zapůjčení nemocniční prádlo a je odvedena porodní asistentkou na porodní pokoj, kde bude následně rodit. (Dušová a kolektiv 2019, s. 69) V případě, že porod ještě neběží, je rodička přesunuta na čekací nebo standardní pokoj. (Gregora a Velemínský 2013, s. 103)

2.4 První doba porodní (otevírací)

První doba porodní vyznačuje začátek porodu, kdy dochází k pravidelným děložním stahům neboli kontrakcím vznikajících pomocí děložního svalu, který nelze ovládnout vůlí ženy. (Pařízek 2015, s. 95 – 96) Pravidelné děložní kontrakce na začátku porodu nastupují nejdříve po 10 – 15 minutách, poté se interval zkracuje a na konci první doby porodní nastupují po 2 – 3 minutách. Délka pravidelných děložních kontrakcí trvá přibližně 20 – 30 sekund a v průběhu I. doby porodní se prodlouží i na 30 – 40 sekund. (Gregora a Velemínský 2013, s. 106) Zároveň tyto děložní stahy mají vliv na otevírání a zánik děložního hrdla, proto se první doba porodní nazývá také jako otevírací, která rozvíjí porodní cesty. Můžeme také hovořit o takzvaných porodních bolestech, které postupně krátí děložního hrdlo a vznikne děložní neboli porodnická branka. (Pařízek 2015, s. 86) O porodnické brance hovoříme tehdy, kdy dojde ke zkrácení děložního hrdla přibližně na půl centimetru a zároveň je děložní hrdlo otevřené na tři až osm centimetrů, poté hovoříme o lemu. Děložní branka se rozvíjí postupně, až prakticky splyne s pochvou a v konečné fázi I. doby porodní dochází k tomu, že je branka zašlá. Poté dochází k sestupu hlavičky plodu k rodidlům a rodičky začínají pociťovat silný tlak na konečník jako při potřebě na toaletě. (Gregora a Velemínský 2013, s. 106 – 107) Není vždy snadné rozpoznat počátek porodu, protože některé ženy mohou pociťovat bolestivé děložní stahy již několik týdnů před porodem, které mohou postupně začít otevírat děložní hrdlo. Proto jsou nezbytné znalosti zkušených porodníků rozpoznat nepravé známky počátku porodu od porodu skutečného. A z tohoto důvodu je také nezbytné vnitřní neboli vaginální vyšetření, pomocí kterého lékař zjistí změny na děložním hrdle. (Pařízek 2015, s. 86) Délka první doby porodní je u každé rodičky individuální a je ovlivněna zejména

paritou ženy. U prvorodiček bývá první doba porodní dlouhá 10 až 12 hodin a u vícerodiček trvá přibližně 6 až 8 hodin. (Pařízek 2015, s. 95 – 96) Délku první doby porodní také ovlivňuje psychická i tělesná příprava ženy na porod. Pozitivní přístup rodící ženy může vést k příznivému průběhu porodu. (Gregora a Velemínský 2013, s. 107)

2.4.1 Monitorování srdeční frekvence plodu v I. době porodní

V průběhu porodu je nezbytné sledování srdeční činnosti, frekvence a charakteru srdečních úderů plodu v děloze. Srdeční činnost plodu může být sledována pomocí stetoskopu, jeho používání v současné době je ovšem ojedinělé a v České republice nyní převládá elektronické sledování, které podává přesnější informace o stavu plodu. (Pařízek 2015, s. 92) Srdeční frekvence plodu je zaznamenávána pomocí přístroje zvaného kardiokografie neboli CTG, který zároveň zaznamenává děložní stahy a lze hodnotit, jak na ně plod reaguje. Těhotná žena má na břicho připevněné dvě sondy pomocí pasů, které tyto činnosti zaznamenávají a to ve formě grafického záznamu. Grafický záznam je poté zhodnocen lékaři a to buď jako záznam fyziologický, suspektní nebo patologický. (Pařízek 2015, s. 90) Kardiokografický záznam lékaři hodnotí pomocí doporučených postupů intrapartálního fetálního kardiokogramu - FIGO 2015. (Měchurová a kol. 2016, s. 89) Umožňuje lékařům včas zachytit poruchy nedostatku kyslíku u plodu tedy hypoxii plodu a zahájit vhodné intervence, aby nedošlo k poškození či úmrtí plodu. Tato vyšetřovací metoda je bezpečná a nemá negativní vliv na plod ani těhotnou ženu. (Pařízek 2015, s. 90) Během I. doby porodní probíhá monitorování v určitých časových intervalech. U fyziologických porodů se plod monitoruje obvykle po 2 – 3 hodinách a mezitím jsou ozvy plodu poslouchány v patnáctiminutových intervalech. V případě, že se jedná o rizikové porody, se plod obvykle monitoruje kontinuálně nebo po hodině. Pravidelné sledování srdeční frekvence plodu za porodu je jedním z nejbezpečnějších metod, proto lze říci, že jsou dnes porodnice nejbezpečnějším místem pro porod. (Pařízek 2015, s. 91)

2.4.2 Měření fyziologických funkcí během I. doby porodní

Mezi nezbytné úkony během porodu patří měření fyziologických funkcí rodičky, které mohou předpovídat celkový průběh porodu. Zaměřujeme se na měření tělesné teploty, krevního tlaku a pulzů. Zvýšená tělesná teplota může značit infekci či nedostatek tekutin a proto její měření probíhá každé čtyři hodiny. Krevním tlakem lze kontrolovat tělesný a duševní stav rodičky a vysoké hodnoty mohou vést k potřebě urychlit porod či zvýšit úroveň sledování stavu rodičky. V případě nefyziologických hodnot je třeba zahájit vhodnou léčbu. (Pařízek 2015, s. 95)

2.4.3 Příprava

V první době porodní bývá ženám navrhována takzvaná příprava, do které je zahrnuto očistné klyzma, koupel a případné oholení rodidel. K navrhnutí přípravy obvykle dochází při otevírání porodních cest a u průměru branky přibližně 3 cm. Veškeré tyto výkony probíhají po domluvě s rodičkou a záleží především na ní, zda si přeje tyto procedury podstoupit. Nezbytné je rodičku informovat o významu přípravy. (Feyereisl, Křepelka 2015, s. 166) Klystýr spočívá v tom, že se do konečníku zavede rektální rourka, kterou se pouští vlažná voda do střev. Díky naplnění střev vlažnou vodou poté dochází k jejich vyprázdnění. Klystýr je doporučován především díky tomu, že vyprázdnění střev dává miminku více místa a lépe tak může sestupovat do porodních cest. Výhodou také je, že rodičce během druhé doby porodní neuniká velké množství stolice, což by jí mohlo být nepříjemné. (Chmel 2008, s. 35 - 36) Také v případě, že by vaginální porod musel skončit císařským řezem, vyprázdnění střev před porodem napomáhá k lepšímu pooperačnímu hojení. Pokud by si chtěla rodička zvolit jinou metodu vyprázdnění než je klystýr, může si říct svému lékaři, který jí předepíše Yalgel a rodička si ho vezme s sebou do porodnice. Rodička si ho může aplikovat sama nebo za pomoci porodní asistentky. Ovšem vyprázdnění po Yalgelu nemusí být tak účinné jako po klystýru. Ženám je také doporučována koupel, která může rodičkám dodat lepší pocit čistoty. A v souvislosti s klystýrem také dochází k prohřátí pánve a může ulevit od porodních bolestí. (Feyereisl, Křepelka 2015, s. 167) V souvislosti s přípravou je rodičkám také doporučováno oholení ochlupení a to především v oblasti hráze, kde nejčastěji dochází k porodnímu poranění. V případě porodního poranění je třeba následné sešití, které je snadnější po oholení a snižuje tak riziko, že by se šití mohlo rozpadnout. (Chmel 2008, s. 36)

2.4.4 Polohy během I. doby porodní

Je důležité, aby si žena sama vyzkoušela různé polohy a zjistila tak, jaká poloha jí je nejpohodlnější a která jí případně pomáhá ulevit od bolestí. Žena může během první doby porodní využít chůzi, lůžko, porodní míč, vanu, polohu na čtyřech nebo polohy s využitím partnera či jiné osoby. Ideální jsou vertikální polohy, které gravitací napomáhají miminku vstupovat do porodních cest a tlakem hlavičky plodu dochází k silnějším a účinnějším kontrakcím. (Fenwick 2012, s. 58 – 59) Některé rodičky si volí porodní míč, na kterém se mohou povalovat ze strany na stranu a výhodou také je, že si ho mohou vzít s sebou do sprchy. (Hanáková a kolektiv 2015, s. 136) Jiné rodičky upřednostňují polohy ve stoje, kdy se mohou volně pohybovat po místnosti, využívají opírání se o stehna při rozkročení, opírají se třeba o zeď a využívají polohy v podřepu. Vhodná poloha během

první doby porodní je také poloha na čtyřech, kdy rodička roznoží nohy a ruce. (Hanáková a kolektiv 2015, s. 137) První doba porodní je nejvhodnější doba pro zapojení partnera, kdy se rodička o partnera může opírat nebo být v jeho objetí při různých polohách. (Hanáková a kolektiv 2015, s. 138) V období mezi kontrakcemi je nezbytný odpočinek rodičky, aby nabrala síly na další kontrakce a na celkový průběh porodu. (Fenwick 2012, s. 58 – 59)

2.4.5 Jídlo a pití během porodu

Názory na jídlo a pití během porodu jsou odlišné a každá nemocnice k tomu přistupuje jinak. Pití a jídlo během porodu není doporučováno z toho důvodu, kdyby nastala situace, kdy se rodička bude muset uvést do celkové anestezie. Tehdy je vysoké riziko vdechnutí odborně aspirace žaludečního obsahu. Při vdechnutí kyselého žaludečního obsahu je riziko vzniku poškození plic a následné ohrožení života ženy. Většina žen během porodu nemá ani pomyslení na jídlo, ale většina má potřebu se napít. V případě, že rodička potřebuje přísun energie, je možnost ji doplnit pomocí nitrožilního podání glukózy. Pokud je rodičce dovoleno pít během porodu, tak většina porodnic povoluje pouze pití po doušcích a nápoje, které nezvyšují kyselost žaludečních šťáv. (Pařízek 2015, s. 96 – 97) Stravování během porodu u nízkorizikových žen může způsobit, že ženy budou šťastnější a také může zkrátit porod. V průzkumu kanadských nemocnic ženy mohly během porodu pít pouze čistou vodu nebo jíst ledové kostky. I přesto, že celkovou anestezii potřebuje pouze asi 5% rodících žen, nutriční omezení nadále přetrvává. Současné vedení americké vysoké školy gynekologů a porodníků omezuje příjem stravy pouze na čisté tekutiny během porodu u nízkorizikových žen. A to také u žen, které mají zvýšené riziko aspirace, které mají navíc další omezení. Phelps a kol. (2018, s. 379 – 380) uvádí že, byly porovnány skupiny žen, které během porodu přijímaly nízkotučné potraviny, další pouze ledové kostky, vodu nebo jen doušky vody. Hlavní výsledek této studie poukázal na rozdíl délky porodu. U žen, které během porodu měly nějaký příjem, došlo ke zkrácení délky porodu o 16 minut. Co se týče způsobu ukončení porodu a stavu novorozence po porodu, byly výsledky podobné. Během metaanalýzy nebyl objeven ani žádný případ aspirační pneumonitidy. U nízkorizikových žen, které se po dobu porodu stravovaly s nutričním omezením, se také nenašlo žádné poškození. Závěrem lze říci, že nutriční omezení u nízkorizikových žen během porodu nejsou na základě současných údajů odůvodněná. Tato studie by mohla vést ke změně praxe a názorů souvisejících s absolutním omezením příjmu tekutin u nízkorizikových žen během porodu.

2.4.6 Plod během I. doby porodní

Plod na konci těhotenství a během první doby porodní zaujímá v děloze nejmenší možný objem a je stočen do klubička. Nejdůležitější částí plodu je hlava, která má nejobjemnější rozměry. Nejdříve dochází k flexi hlavy, aby vstupovala do porodních cest co nejmenším průměrem. Během první doby porodní vlivem děložní činnosti vstupuje hlava plodu do pánve, a protože části ženské pánve nemají stejné rozměry, dochází k takzvané vnitřní rotaci plodu. Důležité je postavení plodu, na kterém závisí délka vnitřní rotace. Pokud se jedná o přední postavení plodu, vnitřní rotace plodu je pouze o 45°. V případě, že se jedná o zadní postavení plodu, musí plod zrotovat o 135° a první doba porodní tak trvá déle. (Pařízek 2015, s. 97)

2.5 Metody tlumení porodních bolestí

Pro používání metod tlumení porodních bolestí, tedy analgezií jsou dnes stanoveny podmínky: „*nesmí ovlivnit zdraví matky ani dítěte, nesmí podstatným způsobem ovlivnit činnost dělohy a musí být dostatečně analgeticky účinná.*“ Rodičky by se měly seznámit s možnostmi tlumení porodních bolestí už před porodem a měly by si ujasnit, kterou metodu by zvolily v případě potřeby tišení porodních bolestí. (Hájek, Čech, Maršál 2014, s. 198) Každá žena vnímá porodní bolesti individuálně a každé ženě vyhovuje jiná metoda tlumení porodních bolestí. (Pařízek 2015, s. 114)

2.5.1 Nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí

Jsou ženy, které chtějí porod zvládnout bez užití léků a tak mají možnost využít alternativní metody tlumení porodních bolestí. (Chmel 2008, s. 63) Mezi nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí řadíme metody psychologické, jako je předporodní příprava, viz kapitola předporodní příprava. A také hypnóza, která je založená na silné sugesci a izolaci od bolesti. Žena se soustředí na jiný, vnesený a příjemnější zážitek. Jedná se o časově náročnou metodu, kterou provádí pouze vyškolený odborník- hypnotizér. Další metody tlumení porodních bolestí jsou fyzikální, kam patří audioanalgezie, kdy si žena pustí relaxační či jinou hudbu, která je jí příjemná. Audioanalgezie ovlivňuje změny aktivity v mozkové kůře a díky ní se žena tolik nesoustředí na bolest. (Pařízek 2015, s. 118) Patří sem také akupunktura a akupresura, jejich principem je ovlivňování energie, která proudí v těle vnitřních orgánů, propojených pomocí dvanácti kanálů. Dochází k uvolňování vlastních endorfinů v organismu spojených s vlastním ovlivňováním bolestí. Další možností je elektroanalgezie (TENS), kdy je bolest ovlivňována pomocí elektrických stimulů připojených na kůži v oblasti páteře a to zejména na dolní hrudní a horní bederní

části. Nástup účinku nastává do 40 minut po jeho připojení. Elektroanalgezie je vhodná především na křížové bolesti. (Pařízek 2015, s. 119) Další významnou metodou je hydroanalgezie, což je terapie vodou. Podle vybavení porodnic rodičky mohou využívat relaxační sprchu či koupel. Mohou také využívat termofory a různé obklady s horkou nebo studenou vodou, dle přání ženy. (Pařízek 2015, s. 172) Do hydroanalgezie se také řadí kožní obstríky vodou, kdy se aplikuje sterilní voda do kůže křížové oblasti ve 4 pupencích. Metoda je vhodná při křížových bolestech, ale velmi bolestivá a proto se příliš neprovádí. (Pařízek 2015, s. 173) Rodičky si také jako nefarmakologickou metodu tlášení bolesti mohou zvolit masáže, ať už celého těla, nohou, rukou či zad a tím tak může dojít ke snížení bolesti či uvolnění. (Mander 2014, s. 172) Další významnou metodou pro tlumení porodních bolestí jsou alternativní polohy při porodu, kdy si žena najde polohu či polohy, které jí ulevují od porodních bolestí. (Pařízek 2015, s. 153) Mezi alternativní metody tlumení porodních bolestí patří také aromaterapie, jejímž základem je vůně příjemná rodičce. Při užití aromaterapie je nezbytné, aby porodní asistentka znala průběh porodu a aktuální stav ženy k podání vhodné aromaterapie. Nejčastěji jsou používány éterické oleje, které se ředí s nosnými oleji a je třeba je správně naředit pro docílení správného účinku. Rodička má možnost si vybrat jakou aromaterapii by si přála, které vůně jí jsou příjemné a dělají jí dobře. Nebo si rodička nechá poradit od porodní asistentky, která aromaterapie by pro ni byla v danou chvíli vhodná. Porodní asistentka nachystá vhodnou aromaterapii a informuje rodičku o složkách, které jsou v preparátech obsaženy. Rodička si zvolí, zda jí je vůně příjemná a vybere si, jaká aplikace jí vyhovuje nejvíce. Aromaterapii je možno využít k provonění místnosti, k masážím či do koupele. Využívají se například nosné oleje s levandulí, heřmánkem a citronem, které jsou vhodné na silné a bolestivé kontrakce. Naopak při slabých děložních kontrakcích využíváme pro jejich podporu směs nosného oleje s levandulí a jasmínem. A na křížové bolesti jsou vhodné směsi nosných olejů s levandulí, rozmarýnem a pepřem. (Dušová a kolektiv 2019, s. 76)

2.5.2 Farmakologické metody tlumení porodních bolestí

Farmakologické metody tlumení bolesti jsou rozděleny na analgezii systémovou a analgezii regionální. Systémová analgezie znamená vpravení analgetika do těla, které ovlivňuje vnímání bolesti přímo v centrální nervové soustavě a lék působí na celé tělo. Je aplikována pomocí injekcí nebo inhalací a může ji aplikovat porodník i porodní asistentka. Injekční aplikace je možná do podkoží, do svalu nebo do žíly. Mezi injekční aplikaci patří opiátová analgetika jako je Nalbuphin, Tramadol a Petidin dodáván pod

názvem Dolsin. Největší analgetická účinnost byla prokázána u Nalbuphinu, poté u Tramadolu a nejmenší u Dolsinu. (Pařízek 2015, s. 123, 154) Další možností systémové analgezie je analgezie inhalační, kdy rodička dýchá plyn, díky kterému dochází ke sníženému vnímání prahu bolesti. Užívá se dýchací plyn zvaný Eutonox, který obsahuje směs kyslíku a oxidu dusného, což je takzvaný rajský plyn. Směs je v tlakové láhvi v poměru 1:1, který rodička dýchá pomocí náustku přes ventilový systém. Výhodou Eutonoxu je rychlý nástup účinku a zároveň jeho rychlé odbourání a také jeho možné užití v každé době porodní. Nemá negativní vliv na zdraví dítěte ani matky a je možné ho kombinovat společně s ostatními farmakologickými i nefarmakologickými metodami tlumení porodních bolestí. Nevýhodou je, že účinek je u každé rodičky velmi individuální. Inhalace plynů navodí také pocit euforie a teplo v těle, kdy tento stav nemusí být každé rodičce příjemný. (Pařízek 2015, s. 125) Další variantou farmakologických metod tlumení bolestí je analgezie regionální, kdy je analgetikum podáváno lokálně. V nervových vláknech dochází k zastavení bolesti, která je přenášena z periferie do centrálně nervové soustavy, tedy z porodních cest do mozku. Patří sem obštrik neboli infiltrace pochvy a hráze, který nemá vliv na porodní bolesti, ale slouží k jejich znecitlivění při následující epiziotomii a při ošetření porodního poranění. (Pařízek 2015, s. 127) Další lokální analgezie je pudendální, kdy se injekcí aplikuje účinná látka ke stydkému nervu, který se odborně nazývá nervus pudendus. Pudendální analgezie přeruší vedení bolestivých vzruchů do míchy a pomáhá ulevit od bolesti hráze a zevní třetiny pochvy. Jedná se však o analgezií užívanou pouze ve druhé době porodní. Dále sem patří paracervikální analgezie, kdy je injekcí aplikována účinná látka do oblasti vedle děložního hrdla. Analgetický účinek působí především na oblast děložního hrdla, významnou část dutiny břišní a horní část pochvy. Paracervikální analgezií provádí pouze velmi zkušený porodník a je používána velmi zřídka. (Pařízek 2015, s. 129 – 130) Mezi nejznámější a také nejčastěji užívanou regionální i farmakologickou metodu tlumení porodních bolestí patří Epidurální analgezie. Spočívá v injekční aplikaci analgetické látky do epidurálního prostoru, který se nachází vedle vnějšího obalu míchy, který se nazývá dura mater, v překladu tvrdá plena, která chrání míchu a mozek. Aplikaci provádí pouze zkušený anesteziolog. Výhodou epidurální analgezie je její vysoká účinnost a možnost přechodu do anestetického účinku v případě komplikací vyžadujících ukončení porodu císařským řezem. (Pařízek 2015, s. 131) Další možností regionální analgezie je subarachnoidální, kdy se injekcí aplikuje účinná látka přímo do mozkomíšního moku a pomáhá ulevit od bolestivých vzruchů v nervových drahách a v míše. Rodičky mají také možnost využít

kombinovanou subarachnoidální a epidurální analgezií. (Pařízek 2015, s. 140) Každá analgezie má svá rizika a proto je nezbytná znalost průběhu porodu a aktuálního stavu rodičky a plodu před aplikací jakékoli analgezie. Je důležité zvolit vhodnou volbu analgezie. Porodní asistentka nebo lékař vždy seznámí rodičku s danou analgetickou metodou. (Procházka a kolektiv 2016, s. 187)

2.6 Druhá doba porodní (vypuzovací)

Druhá doba porodní je charakterizována úplným rozvinutím děložní branky po porod dítěte. Dochází k silnějším a častějším děložním kontrakcím, které mají delší průběh. Jelikož v této době porodní dochází k vypuzení plodu z matčiny dělohy pomocí síly děložních kontrakcí a zapojení břišního lisu ženy, hovoříme o době vypuzovací. Během zašlé branky se u žen může objevit nauzea až zvracení. (Pařízek 2015, s. 101) Plod sestupuje porodními cestami a vzniká takzvaný porodní mechanismus. Porodní mechanismus je určován děložními kontrakcemi, břišním lisem, vzájemnými odlišnostmi pánevních rovin a specifiky stavby kostěné pánve, konkavitou porodních cest a tvarem hlavičky plodu. Parametry mechanismu porodu při poloze hlavičky záhlavím je prostupující obvod subokcipitobregmatický, vedoucím bodem je malá fontanela, hypomochlion tvoří subokciput a dochází ke konfiguraci hlavičky, která je dolichocefalická. Mechanismus porodu hlavičky lze rozdělit do pěti fází. Počáteční fázi dochází k iniciální flexi a vstupu hlavičky plodu do pánevního vchodu. Za standartních podmínek se jedná o indiferentní, centrické a synklitické naléhání hlavičky plodu. Při vstupu hlavičky plodu do pánevního vchodu zároveň dochází k iniciální flexi hlavičky plodu tak, že se sníží okciput a vedoucím bodem se stává malá fontanela. U rodiček probíhá iniciální flexe odlišně, a to v závislosti na paritu ženy. U primipar se často objevuje iniciální flexe a parciální vstup hlavičky plodu do pánevního vchodu již na konci těhotenství. Zatímco u multipar k tomuto ději dochází až během začátku druhé doby porodní. Při sestupu hlavičky plodu v poloze záhlavím do pánevního vchodu je typický vstup švem šípovým dle postavení plodu buď v příčném či šikmém průměru. Dále dochází k progresi hlavičky plodu do prostorné pánevní šíře a následně do pánevní úžiny, kde hlavička naráží na pánevní dno. (Hájek, Čech, Maršál 2014, s. 185) Následuje vnitřní rotace hlavičky plodu, kdy vedoucí bod, tedy malá fontanela rotuje pod sponu stydkou. V době, kdy hlavička plodu dokončí vnitřní rotaci, vstupuje v přímém průměru švem šípovým do pánevního východu. V další fázi porodního mechanismu dochází k deflexi hlavičky plodu, kdy se opře subokcipitem o dolní okraj stydké spony a tento děj se nazývá

hypomochlion. V poslední fázi porodního mechanismu dochází k zevní rotaci hlavičky na stranu dle postavení hřbetu plodu a zároveň k vnitřní rotaci ramének, kdy raménka naráží na pánevní dno. Raménka vstupují do pánevního vchodu už v době, kdy se hlavička plodu nachází před pánevním východem. Biakromiální průměr vstupuje do pánevního vchodu obvykle v opačném šikmém průměru než šev šípový. Raménko, které je níže uložené neboli více vepředu se stává raménkem vedoucím a rotuje pod dolní okraj stydké spony. V době, kdy raménka procházejí pánevním východem je biakromiální průměr v příčném průměru. Přední raménko se porodí po úpon musculus deltoideus na humeru, který se opře o dolní okraj stydké spony a vzniká druhý hypomochlion. Kolem tohoto opěrného místa dochází k tomu, že trup laterálně flektuje a přes hráz se porodí i zadní raménko. Po porodu ramének se následně porodí trup plodu bez zvláštního mechanismu. (Hájek, Čech, Maršál 2014, s. 187 – 188) Když hlavička dosáhne pánevního dna, žena cítí tlak na konečník a má pocit nucení na tlačení jako při stolici. Porodní asistentka během druhé doby porodní ženu vaginálně vyšetřuje, aby věděla, zda hlavička dokončila vnitřní rotaci. V případě, že hlavička plodu nedokončila vnitřní rotaci, žena nesmí tláčit a snaží se kontrakce pouze prodýchat, aby nedošlo k rozsáhlejšímu poranění. (Pařízek 2015, s. 101) Žena může začít tláčit tehdy, kdy je děložní hrdlo úplně otevřeno a to na 10 cm a je dokončena vnitřní rotace hlavičky plodu. (Bašková 2015, s. 67) V této fázi porodu si porodní asistentka připravuje nástroje, které bude potřebovat k porodu. Při definitivním zaujetí polohy ženy k tlačení si porodní asistentka připraví sterilní roušky, dezinfikuje rodidla a perineum a během úkonů komunikuje se ženou a vysvětluje prováděné intervence. Dále porodní asistentka vysvětlí ženě správnou a efektivní techniku tlačení. Ženy běžněji používají spíše hrudní dýchání než břišní, a tak porodní asistentka vysvětluje, jak správně se má žena nadechnout do břicha, aby bylo tlačení při porodu plodu efektivní. Pro lepší představu ženy, jí může porodní asistentka položit ruku na břicho, aby si uvědomila, kam přesně je třeba nádech směřovat. (Dušová a kolektiv 2019, s. 77 – 78) Dále ženu edukuje o nutnosti zavřených očí, aby nedošlo k popraskání žilek a také o nutnosti zavřených úst, aby nedocházelo k úniku vzduchu během intenzivního tlačení na konečník. Tlačení bývá přirovnáváno k intenzivnímu tlačení jako při zácpě. Aby došlo k maximálnímu využití síly břišních svalů, je vhodné, aby se žena stočila jakoby do klubička a přitlačila bradu a hrudník. Žena by měla také vědět, že je důležité využít celou kontrakci k tlačení. Během jedné kontrakce by žena měla tlačení zopakovat dvakrát až třikrát. Během tlačení je důležité, aby žena spolupracovala s porodní asistentkou nebo porodníkem, kteří porod vedou. Pokud by žena nespolupracovala, mohlo by dojít

k rychlému průchodu plodu porodními cestami a zároveň k většímu poranění porodních cest. (Gregora a Velemínský 2013, s. 108) Porodní asistentka nebo porodník při porodu chrání hráz, aby pokud možno došlo k co nejmenšímu poranění. Chránění hráze se provádí dlaní s rouškou a mírným tlakem, který brání rychlému postupu hlavičky plodu. Po provedení zevní rotace hlavičky, porodník sklání hlavičku plodu směrem dolů, což napomáhá k porodu předního raménka pod sponu stydkou. V momentě, kdy se přední raménko dostane pod sponu stydkou, porodník zvedá hlavičku plodu směrem nahoru k břichu ženy a napomáhá tak ke snadnějšímu porodu zadního raménka a paže. Po porodu ramének, porodník mírně sklání hlavu plodu opět směrem dolů a trup plodu se snadno porodí a odtéká zbytek plodové vody. (Feyereisl, Křepelka 2015, s. 193) Délka druhé doby porodní je u každé rodičky individuální a je také ovlivněna zejména paritou ženy stejně jako u první doby porodní a schopností ženy tlačit. U prvorodiček může být první doba porodní dlouhá až okolo 1 hodiny a u vícerodiček může trvat přibližně 20 – 30 minut. (Pařízek 2015, s. 102) V průměru však trvá druhá doba porodní u prvorodiček kolem 15 – 20 minut a u vícerodiček kolem 5 – 10 minut. (Hájek, Čech, Maršál 2014, s. 188)

2.6.1 Monitorování srdeční frekvence plodu v II. době porodní

I ve druhé době porodní je nutné sledovat srdeční frekvenci plodu. Při vypuzování plodu z dutiny děložní dochází k silnějším stahům dělohy a snižuje se její prokrvení a také prokrvení placenty. Vlivem silných děložních kontrakcí a usilovného tlačení ženy může nastat ještě větší omezení krevního oběhu v placentě. Hlavička plodu je sevřená v pánevních kostech, proto je také zhoršené prokrvení mozku plodu. Díky těmto vlivům porodního mechanismu ve druhé době porodní je plod více ohrožen nedostatkem kyslíku než v první době porodní. Ve druhé době porodní se srdeční frekvence monitoruje po každé děložní kontrakci a v některých porodnicích se provádí monitorování kontinuální. Pro některé ženy je slyšitelný zvuk tlukotu srdce svého dítěte motivací k zapojení svých posledních sil k dokončení porodu plodu. (Pařízek 2015, s. 102)

2.6.2 Polohy ve II. době porodní

Většinou se poloha rodičky odvíjí především od zvyklostí konkrétního pracoviště a také potřebou monitorování srdeční frekvence plodu při tlačení, které je při některých polohách obtížné monitorovat. (Chmel 2008, s. 52) Nejčastější poloha při tlačení ve druhé době porodní je poloha v polosedu se zapřenými dolními končetinami na polohovatelném gynekologickém lůžku. (Dušová a kolektiv 2019, s. 77) V této fázi porodu jsou ženy často fyzicky i psychicky vyčerpané a většina z nich je ráda, že mohou při tlačení ležet. (Chmel

2008, s. 52) K dokončení porodu plodu může dojít v různých polohách ženy, jako například vleže, v polosedě, vsedě, na boku, v kleče, ve dřepu či na porodní stoličce. Žena má možnost vybrat si polohu, která jí bude pro porod nejpohodlnější. Nejdůležitější je domluva mezi ženou a porodní asistentkou či porodníkem, které porod povedou. Nezbytnou součástí jsou porodní zkušenosti personálu, aby porod probíhal bez potíží, bez ohrožení plodu a s co možným nejmenším porodním poraněním ženy. (Pařízek 2015, s. 102, 104)

2.6.3 Epiziotomie

Pojem epiziotomie představuje nástřih hráze, který je indikován ve druhé době porodní. Nástřih hráze pomáhá především urychlit závěr porodu. V současnosti probíhá snaha omezit nástřih hráze a provádět ho pouze ve specifikovaných indikovaných případech. A to v případě, kdy hrozí samovolné roztržení hráze velkého rozsahu nebo v situaci, kdy je nutno porod rychle ukončit. V případě hrozící ruptury, tedy roztržení, se napíná hráz a dochází k blednutí kůže, která se zároveň leskne. Epiziotomií lze také zabránit poranění rodidel v případě příliš velkého plodu či velmi úzkého poševního vchodu. Epiziotomie se provádí během kontrakce, kdy hlavička plodu svým tlakem znecitliví hráz a dochází k jejímu maximálnímu napětí. Výkon by tedy pro ženu neměl být bolestivý. V případě, že je nutné provést epiziotomii dříve, než začne kontrakce, provádí se nejprve znecitlivění tkáně. Porodní asistentka a porodník musí být schopni zhodnotit situaci a neprovádět nástřih hráze zbytečně. Žena by měla být obeznámena s možností vzniku a důvody provedení této intervence již před porodem. (Feyereisl, Křepelka 2015, s. 193 – 194) Vždy by měla dát žena k provedení epiziotomie slovní souhlas a výkon by měl být vždy proveden v co nejmenším rozsahu. V případě, že žena ani přes vysvětlení nutnosti provedení s epiziotomií nesouhlasí, neměla by se provádět, pokud není ohroženo zdraví plodu. Ženě však může hrozit rozsáhlé porodní poranění až roztržení svěrače konečníku. Poranění svěrače konečníku se ošetřuje sešitím, které provádí pouze zkušený lékař. Poranění svěrače konečníku se může špatně zahojit a vést až k budoucí inkontinenci ženy. (Pařízek 2015, s. 104 – 105) V případě, kdy by došlo k samovolnému roztržení hráze, se toto poranění hojí většinou hůře než chirurgický nástřih hráze. Z hlediska hojení je vždy výhodnější provést epiziotomii před samotným roztržením hráze, které odpovídá stejnému rozsahu poranění jako při epiziotomii. (Hájek, Čech, Maršál 2014, s. 468)

2.6.4 Bonding

Bonding jinak řečeno „připoutání“, „nalepení se“ k matce. Bonding pomáhá vytvořit vztah mezi matkou a dítětem během prvních hodin a dnů po porodu. Do značné míry také ovlivňuje, jakým způsobem se bude matka o dítě v budoucnu starat. (Hanáková a kolektiv 2015, s. 154) V období po porodu přetrvávají vzájemné tělesné a emoční potřeby matek a dětí. Čím více společného času spolu dvojice tráví, tím dříve dochází k vzájemnému poznání. U matek, které se svými dětmi tráví hodně času, a to i v noci, vzniká silnější vazba k dítěti. Pomocí stráveného času matky s dítětem se snadněji naučí rozpoznat potřeby dítěte a zjišťuje, jak jej uklidnit. Nepřetržitý kontakt s dítětem po porodu se nazývá „rooming-in“. (Mrowetz, Chrastilová, Antalová 2011, s. 244) Bonding po porodu se podporuje položením dítěte na nahou kůži matky „skin to skin“. Tento kontakt dítě uklidňuje, pomáhá mu poznat matku všemi smysly a udržuje jeho teplotu. (Hanáková a kolektiv 2015, s. 154) Díky doteku holou kůží se dítě dostává do kontaktu s normálními bakteriemi, které jsou součástí matčiny kůže a chrání jej před napadením choroboplodných zárodků. Bezprostřední kontakt dítěte s matkou také dítěti ulehčuje dýchání, zvyšuje a stabilizuje hladiny glukózy v krvi a usnadňuje přirozený přechod ke kojení. (Mrowetz, Chrastilová, Antalová 2011, s. 244) V prvních minutách života ničím nerušený novorozenec nepláče, prožívá stav poklidné bělosti, olizuje si ručičky, dívá se matce do očí, tulí se k ní, přesouvá se k matčině prsní bradavce, kterou očichává, olizuje a postupně dochází k samopřisátí. Samopřisátí novorozence k prsu trvá různou dobu a může trvat až hodinu. Dítě poté obvykle usíná. (Hanáková a kolektiv 2015, s. 154) Při samopřisátí se vyplavuje oxytocin, který napomáhá ke stahování dělohy a zabraňuje krvácení. Také napomáhá k podpoře kojení a bondingu. (Mrowetz, Chrastilová, Antalová 2011, s. 271) Pro podporu bondingu je vhodné po porodu poskytnout matce a dítěti soukromí a odložit rutinní postupy, jako jsou měření, vážení a očištění dítěte. A poté tyto činnosti provádět v blízkosti matky tak, aby matka a dítě nebyly od sebe odděleny. Nezbytný je pro dítě také hlas jeho matky, který novorozenec dokáže odlišit a uklidňuje ho. (Hanáková a kolektiv 2015, s. 154) Pokud si matka v případě porodu ukončeného císařským řezem přeje provádět bonding, je možný jej provést i u otce dítěte. Provádí se také pomocí kontaktu „skin to skin“. (Dušová a kolektiv 2019, s. 79)

2.6.5 Doprovod u porodu

Rozhodnutí žen o tom, zda si přejí mít partnera u porodu, jsou individuální. Některé ženy si přejí projít porodem samy a v soukromí. Je nezbytné, aby personál respektoval jejich rozhodnutí. Většina žen si však volí možnost přítomnosti blízké osoby

u porodu. Doprovázenou osobou bývá často partner, tedy otec ještě nenarozeného dítěte. Jsou situace, kdy si partner nepřeje být přítomen u porodu, a tak si žena volí přítomnost nějaké blízké osoby, jako je např. matka nebo sestra. Žena si může k porodu také zvolit doprovod porodní asistentky nebo duly. Doprovodná osoba u porodu pomáhá ženě zvládat porod jak po stránce fyzické, tak po stránce psychické. Samotná přítomnost blízké osoby u porodu přispívá k příznivému psychickému stavu ženy. (Dušová a kolektiv 2019, s. 70 – 71)

2.7 Třetí doba porodní (doba k lůžku)

Počátek třetí doby porodní je charakterizován od porodu plodu a končí porodem placenty. (Hájek, Čech, Maršál 2014, s. 188) Po porodu plodu následuje podvázání a přerušování pupečnicku. Pupečník může být přerušen ihned po porodu plodu nebo až po jeho dotepání, které trvá několik minut po porodu. Přestřížení pupečnicku může provést otec, matka, porodní asistentka nebo porodník. (Pařízek 2015, s. 105) Pokud se přerušuje pupečník příliš brzy, může být novorozenec ochuzen až o 30 – 50% objemu krve. Také může dojít k poruchám poporodní adaptace a hypovolemickému a hypoxickému poškození u citlivého novorozence. Mezi hlavní zdravotní problémy malých dětí na celém světě patří nedostatek železa a chudokrevnost, které mají vliv na rozvoj nervové soustavy. Před přerušením pupečnicku dochází ke zlepšení hodnot železa a snižuje se tím tak výskyt novorozenecké anémie. Ovšem aby došlo k tomuto procesu, musí se přerušování pupečnicku odložit po dobu nejméně tří minut. Přerušování pupečnicku až po jeho dotepání nemá žádné vedlejší účinky na zdraví a je doporučováno i Českou neonatologickou společností a Evropskou radou pro resuscitaci. Proto je lepší, odložit přerušování pupečnicku až po jeho dotepání. (Mrowetz, Peremská, 2013, s. 201) Poté následuje odběr pupečnickové krve, která se dále vyšetřuje. U žen s Rh negativním faktorem se stanovuje krevní skupina, Rh faktor a protilátky u novorozence. U žen, které mají krevní skupinu 0, se odebírá pupečnicková krev na vyšetření bilirubinu. Z venózní pupečnickové krve se u všech rodiček odebírá vzorek na BWR, tedy na screening syfilisu u novorozence. A z arteriální pupečnickové krve se odebírá vzorek na Astrup. (Moravcová, Petržílková 2018, s. 46, 54) V děloze je snížený objem a dochází k výrazné retrakci, tedy stahování dělohy, která probíhá v celé děložní stěně kromě místa inserce placenty. Děloha má nyní kulovitý tvar, děložní fundus je zaoblený a nachází se v úrovni pupku. Po porodu plodu se mohou zastavit kontrakce, které se po určité klidové fázi opět dostaví a probíhají celou děložní stěnou včetně místa inserce placenty. V děloze dochází k přetrhání deciduálních sept, vzniká uteroplacentární

hematom, který je podmiňován uteroplacentárními cévami a placenta se začíná odlučovat. Po odloučení placenty se děloha předozadně oploští a děložní fundus je špičatý. (Hájek, Čech, Maršál 2014, s. 188) Již ve druhé době porodní dochází k přípravě třetí doby porodní, kdy se provádí tzv. aktivní vedení třetí doby porodní. Při porodu hlavičky plodu se ženě aplikuje do loketní žíly látka, která způsobuje stažení dělohy, obvykle se jedná o oxytocin. Aktivní vedení třetí doby porodní pomáhá urychlit odloučení placenty a současně snižuje krevní ztrátu. (Gregora a Velemínský 2017, s. 38) Bylo provedeno šetření aktivního vedení třetí doby porodní a vzhledem k dostupným novým důkazům, WHO stanovila příslušná doporučení. Všem rodícím ženám by měla být nabídnuta aplikace uterotonik k prevenci poporodního krvácení. Pokud nejsou podána uterotonika a třetí doba porodní trvá déle než 30 minut, měl by být aplikován oxytocin. Je vydáno také doporučení o aplikaci uterotonik k prevenci závažného poporodního krvácení během třetí doby porodní u císařského řezu. (WHO 2012, s. 4) V České republice se ženám po porodu dítěte aplikuje oxytocin do žíly automaticky. Pokud si však ženy aplikaci oxytocinu nepřejí, mohou ho odmítnout. (Hanáková a kolektiv 2015, s. 144) K podpoře odloučení placenty lze také využít přiložení dítěte k prsu matky, kdy dochází k dráždění bradavky a vyplavování vlastního oxytocinu matky z podvěsku mozkového. (Gregora a Velemínský 2017, s. 38) Odlučování placenty má tři druhy mechanismu, které lze identifikovat dle způsobu odlučování a porodu placenty. První typ odlučování placenty je podle Baudelocquea-Schultze-ho, kdy se placenta odlučuje centrální částí směrem k periférii a tvoří se retroplacentární hematom. Při odlučování placenty není viditelné krvácení a při porodu placenty dochází k porodu fetální části, která s sebou povytahuje i obaly. Druhým typem odlučování placenty je podle Duncana, v tomto případě se placenta odlučuje od jedné periferie přes centrum k druhé periférii. Od začátku odlučování placenty je viditelné mírné krvácení a placenta se rodí hranou mateřské části. Třetím typem odlučování placenty je podle Gessnera, kdy se placenta odlučuje od periferie, ale při porodu dochází k jejímu kornoutovitému sbalení a rodí se napřed fetální částí. Od začátku odlučování placenty je viditelné mírné krvácení. Tento mechanismus je kombinací mechanismu Duncana a Baudelocquea-Schultze-ho. (Hájek, Čech, Maršál 2014, s. 188) V době, kdy žena začne opět pociťovat slabé děložní kontrakce, lékař nebo porodní asistentka posoudí, zda došlo k odloučení placenty. Pokud je placenta odloučená, žena je vyzvána k zatlačení a porodí se placenta i s plodovými obaly. (Gregora a Velemínský 2017, s. 38) Po porodu placenty je důležité pečlivé zhodnocení placenty, plodových obalů a pupečníku. U placenty se hodnotí její velikost, tvar a barva. Důležité je zhodnocení

mateřské i fetální části placenty. Na mateřské části se hodnotí okraje, zda je úplná a celistvá a zda proběhly degenerativní změny. Na fetální části je důležitá kontrola cév a umístění úponu pupečníku. U plodových obalů se kontroluje jejich celistvost, úplnost, barva, zápach a možná přítomnost vcepných cév a přídatné placenty. Dále se hodnotí úpon pupečníku, jeho délka, průměr, počet cév, přítomnost uzlů a degenerativních změn. (Moravcová, Petržílková 2018, s. 54) Pokud nedojde k odloučení placenty přibližně do 45 minut po porodu plodu po provedených možných intervencích, přistupuje se k tzv. manuální lysi placenty. Jedná se o výkon, kdy je žena uvedena do celkové anestezie a provádí se vybavení placenty z dutiny děložní a její následné vyčištění. Tento výkon trvá přibližně 15 – 30 minut. (Gregora a Velemínský 2017, s. 48) Délka třetí doby porodní je u každé ženy individuální a trvá obvykle do deseti 10 minut, neměla by však být delší než 1 hodinu. (Gregora a Velemínský 2017, s. 38)

2.7.1 Popis placenty

Placenta je orgán, který se vyvíjí během prvního trimestru těhotenství a již od 12. týdne těhotenství je plně funkční pro veškeré zajišťování potřeb vyvíjejícího se plodu. Její obvyklé umístění je na zadní nebo horní části děložní dutiny. Typický tvar placenty je kruhovitý až oválný o průměru 15 – 20 centimetrů s tloušťkou kolem 3 centimetrů a s hmotností kolem 500 – 700 g. (Gregora a Velemínský 2017, s. 26) Placenta má dvě strany. První je fetální strana, která směřuje do nitra plodového vejce tzv. pars fetalis placentae. A druhá strana je mateřská, která je přirostlá ke stěně děložní dutiny tzv. pars materna placentae. Fetální strana placenty má hladký povrch a je pokryta amniovou blánou. Pod amniovou blánou se rozvětvují pupečnickové cévy, které probíhají choriovou deskou do periferie placenty a dělí se do jednotlivých kotyledonů. Pupečnickové cévy končí v placentárních klcích. Každá část placenty je zásobena jednou ze dvou pupečnickových arterií. V blízkosti úponu pupečníku mezi arteriemi se nachází anastomózy, které vyrovnávají tlak krve v obou arteriálních systémech. Na povrchu placenty amniová blána přechází na pupečník a tvoří jeho obal. Pupečník se upíná na fetální část placenty a nejčastěji se jedná o úpon centrální. Běžný může být také úpon marginální. Mateřská strana placenty má nerovný povrch naředle rudé barvy a jedná se o houbovitou strukturu. Na povrchu mateřské části placenty se nachází tenká vrstva decidua basalis, jejíž povrch má 1 mm. Dále se tu nachází kotyledony, jedná se o oběhové jednotky, které jsou stanoveny konečnými větvemi umbilikálních arterií. Kotyledony lze identifikovat pomocí ploch, které jsou odděleny placentárními septy. Na placentě se nachází 15 – 20 kotyledonů,

z čehož se každý z nich skládá z 10 – 20 lobulů, které odpovídají vývodům mateřských uteroplacentárních cév. Přičemž dochází k jejich otevírání se do intervilózního prostoru. Vlastní tkáň placenty je tvořena pomocí choriových klků, které se rozvětvují z choriové desky a v intervilózním prostoru dochází k jejich smáčení se v mateřské krvi. Jedna spirální arterie odpovídá intervilóznímu prostoru a vzniká tak funkční jednotka placenty, která je na mateřské části ohraničena bazální deciduou a na fetální části choriovou deskou. V deciduální vrstvě jsou otvory pro mateřské cévy, kterými proudí krev do intervilózního prostoru. (Hájek, Čech, Maršál 2014, s. 37) Součástí placenty jsou plodové obaly, ve kterých je uložen plod. Označují se jako amnion a chorion. Plodové obaly jsou průsvitné a neobsahují žádné cévy. Amnion představuje vnitřní plodový obal a chorion zevní plodový obal. (Hájek, Čech, Maršál 2014, s. 39)

2.7.2 Funkce placenty

Placentou proudí krev matky, díky které získává plod především výživu a kyslík. Pomocí placenty se plod zbavuje oxidu uhličitého a dalších zplodin metabolismu. Placenta také tvoří bariéru proti některým infekčním původcům. Placenta produkuje velké množství hormonů a enzymů nezbytných pro běžný průběh těhotenství. Placenta s plodem jsou považovány za funkční fetoplacentární jednotku, protože plod se také podílí na tvorbě některých hormonů. (Hájek, Čech, Maršál 2014, s. 37)

2.8 Čtvrtá doba porodní

Čtvrtá doba porodní vymezuje dvě hodiny po porodu, kdy žena zůstává na porodním sále. V této době porodní probíhá také vyšetření ženy gynekologickými zrcadly, které slouží k posouzení přítomnosti porodního poranění a případnému ošetření. (Gregora a Velemínský 2017, s. 38 – 39) Po kontrole porodních cest a případném ošetření porodního poranění porodní asistentka očistí zevní rodidla ženy pomocí dezinfekčního roztoku a sterilních roušek či vložek. Dále porodní asistentka přiloží ženě na zevní rodidla hygienické vložky a v případě potřeby obstará výměnu osobního a ložního prádla. Žena je uložena do polohy na zádech s lehce podloženou hlavou a horní končetiny jdou souběžně s osou těla. Porodní asistentka podporuje odpočinek ženy v teplém a klidném prostředí. (Moravcová, Petržílková 2018, s. 57) V této době porodní je žena nejvíce ohrožena možnými komplikacemi a to především krvácením, proto porodní asistentka sleduje její celkový stav, krevní tlak, pulz, zavínování dělohy a krvácení z rodidel. Žena, má možnost mít u sebe partnera na porodním boxu i během celé této části porodu. Pokud je zdravotní stav dítěte v pořádku, mají také rodiče možnost mít dítě na pokoji. Po uplynutí dvou hodin

po porodu je za normálních okolností žena společně s dítětem převezena na oddělení šestinedělí. (Gregora a Velemínský 2017, s. 38 – 39)

2.9 Vedení porodu

Ve většině porodnic v České republice se účastní porodů lékař – porodník. Lékař porod buď vede, nebo na něj pouze dohlíží. (Feyereisl, Křepelka 2015, s. 182) Pokud se jedná o fyziologický porod, měla by ho vést porodní asistentka, patří to mezi její základní kompetence. V případě komplikací či odchylek od fyziologie zajišťuje péči o ženu lékař s pomocí porodní asistentky. Veškeré intervence během porodu by měly být prospěšné a neměly by vést k rizikovému průběhu porodu plodu, placenty a plodových obalů. Nejdůležitějším účastníkem porodu je rodička. Úkolem zdravotníku je pomoc ženě, odborné vedení, kontrola a asistence při porodu. (Moravcová, Petržílková 2018, s. 53)

PRAKTICKÁ ČÁST

3 FORMULACE PROBLÉMU

Jsme si vědomi skutečnosti, že si ženy vyhledávají různé informace z internetu, ne odborných článků nebo předáváním zkušeností od žen, které si porodem prošly. Častým zdrojem informací pak bývají internetové diskuse, které jsou ne odborné, a tím dochází k šíření mylných informací o porodu. Předpokládáme, že si mnoho budoucích rodiček shání informace až na poslední chvíli, a proto budeme prostřednictvím dotazníků jejich znalost ověřovat. Existuje několik možností, jak jsou ženy s těhotenstvím konfrontovány. Některé ženy si nejdříve těhotenství naplánují, jiné ovšem otěhotní neplánovaně. Podle toho se často odvíjí i jejich informovanost. Nemyslíme si, že si nejdříve zjišťují informace o porodu, jak celý proces probíhá, co vše porod obnáší, jaké mohou nastat komplikace a zda jsou na danou situaci připraveny. Bylo by vhodné, aby všechny těhotné ženy věděly, bez ohledu na plánovanost těhotenství, kdy je čas vyrazit do porodnice, jak porod probíhá, co se při porodu koná za intervence a proč je to důležité. Čím více toho žena bude vědět, tím lépe bude na porod připravená. Bude více připravena na to, co ji čeká, na co se má v dané situaci připravit a vyhne se mylným představám a pochybám o porodu. Znalosti o průběhu porodu a možných intervencí také snižují stres, strach a ulehčuje rozhodnutí v určité situaci. Proto jsme se rozhodli existující problematikou zabývat.

„Jak jsou ženy informované o průběhu porodu? Mají dostatek znalostí o porodu?“

4 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY

Hlavním cílem je zjistit, jak jsou ženy informované o průběhu porodu.

Cíl 1: Zjistit, zda má vzdělání a věk žen vliv na znalosti o průběhu porodu.

Výzkumný problém: Znájí ženy definice pojmů související s porodem? Ovlivňuje tyto znalosti jejich věk a vzdělání?

Otázka č. 1, 2, 13, 20, 21, 23, 24, 27, 28, 29

Cíl 2: Zmapovat znalosti žen o předporodní přípravě.

Výzkumný problém: V jakém rozsahu se ženy zajímají o předporodní přípravu a porodní plán?

Otázka č. 3, 4, 5, 6, 7

Cíl 3: Charakterizovat úroveň znalostí žen o začátku porodu.

Výzkumný problém: Ví ženy, jak poznají začátek porodu?

Otázka č. 8, 9, 10, 11

Cíl 4: Charakterizovat úroveň vědomostí žen o I. době porodní.

Výzkumný problém: V jakém rozsahu jsou ženy informované o I. době porodní?

Otázka č. 12, 13, 14, 15, 16

Cíl 5: Charakterizovat úroveň vědomostí žen o II. době porodní.

Výzkumný problém: V jakém rozsahu jsou ženy informované o II. době porodní?

Otázky č. 17, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 26, 28, 30

Výzkumný problém: Jaké znalosti mají ženy o epiziotomii?

Otázka č. 20, 21, 28

Cíl 6: Zanalyzovat úroveň znalostí o bondingu.

Výzkumný problém: Znájí ženy pojem bonding?

Otázky č. 24, 29

Cíl 7: Zaměřit se na porovnání znalostí žen o průběhu porodu v I. a III. trimestru těhotenství.

Výzkumný problém: Budou znalosti žen v I. a III. trimestru rozdílné?

Otázka č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24,

25, 26, 27, 28, 29, 30

5 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Výběr respondentů byl záměrný. Do výzkumu jsme jako cílovou skupinu zahrnuli dvě skupiny žen. V první skupině byly zahrnuty ženy v I. trimestru těhotenství a ve druhé skupině ženy ve III. trimestru těhotenství. V obou skupinách byly zahrnuty ženy, které budou rodit poprvé. Zvolili jsme dvě skupiny, abychom zjistili, jaký je vývoj znalostí o porodu na začátku a na konci těhotenství.

6 METODIKA PRÁCE

K vypracování mé bakalářské práce jsme zvolili kvantitativní výzkum. Dalo by se říci, že lidské chování lze do jisté míry měřit a také předpovídat. Pomocí kvantitativního výzkumu je možné využít sběr dat pomocí dotazníků. Koncepce dotazovaných zjišťujeme pomocí měření, poté následuje získaná data analyzovat statistickými metodami a cílem je explorovat a popisovat pravdivost našich představ o vztahu sledovaných proměnných. Metody je důležité podrobně zpracovat takovým způsobem, aby odpovídaly co nejvíce předmětu zkoumání. Nezbytná je především validita a spolehlivost měření. Výhodou zvolené metody je relativně rychlá analýza dat. (Hendl, 2005, str. 46, 49)

Ke sběru dat jsme si zvolili polostrukturovaný dotazník, který obsahoval 30 otázek. Skládal se z 27 uzavřených otázek u kterých byla možná pouze 1 správná odpověď a ze 3 otázek otevřených, kde měly respondentky možnost rozepsat své znalosti. Vyplnění dotazníku trvalo přibližně 20 minut. První otázky v dotazníku se zaměřují na demografické údaje. Pomocí těchto otázek bychom chtěli zjistit, zda má věk a vzdělání respondentek vliv na znalosti o porodu. Další otázky jsou zaměřené na informovanost žen o průběhu porodu.

7 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal od 19. října 2019 do 3. listopadu 2019. Dotazníky obsahující 30 otázek byly rozdány pacientkám v gynekologické ordinaci LoGyn s.r.o. v Žatci, kde byl výzkum povolen pomocí informovaného souhlasu, který je přiložen v příloze. Dále byly dotazníky zveřejněny na internetových stránkách www.facebook.com. Prostřednictvím sociální sítě jsem oslovila těhotné ženy v uzavřených skupinách „Rodíme 2019/2020 – maminka a miminka <3“, „Rodiny 2019/2020“.

Cílem bylo oslovit minimálně 200 respondentů. V gynekologické ordinaci jsme rozdali 20 dotazníků a vrátilo se nám 15 řádně vyplněných dotazníků. Na internetových stránkách bylo řádně vyplněno 185 dotazníků.

8 ANALÝZA ÚDAJŮ

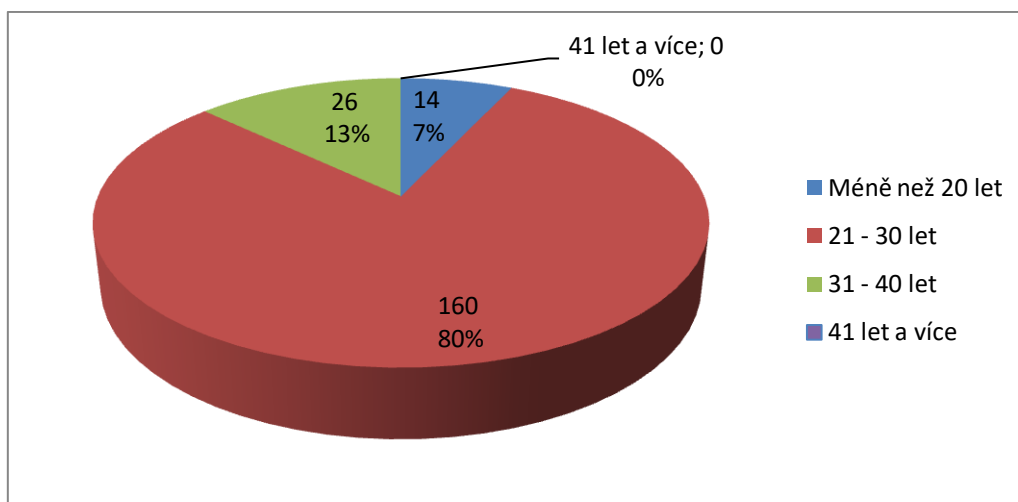
Cíl 1: Zjistit, zda má vzdělání a věk žen vliv na znalosti o průběhu porodu.

Výzkumný problém: Znají ženy definice pojmů související s porodem? Ovlivňuje tyto znalosti jejich věk a vzdělání?

Otázka č. 1, 2, 13, 20, 21, 23, 24, 27, 28, 29

Otázka č. 1 – **Kolik je Vám let?**

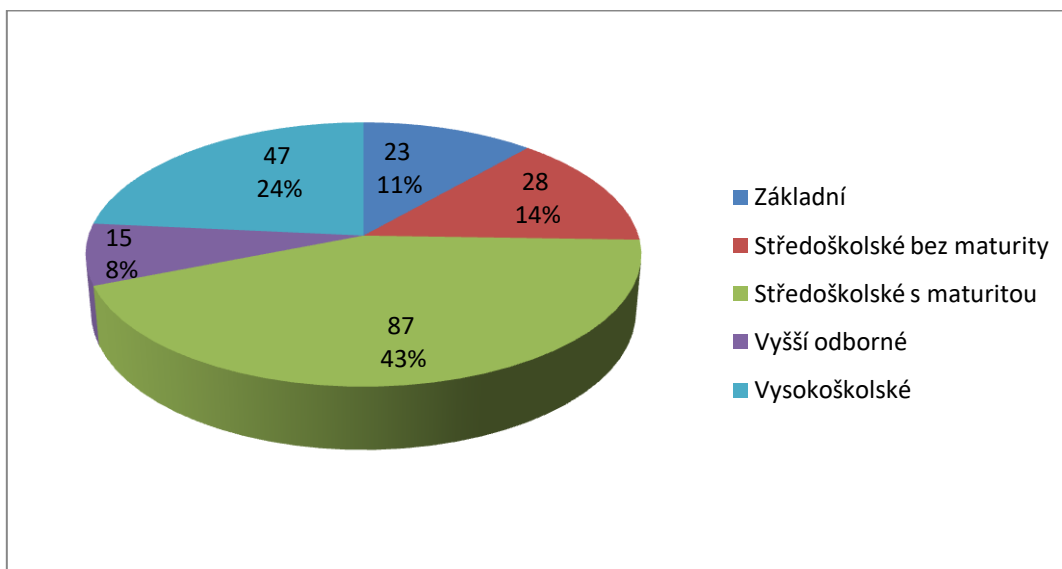
Graf č. 1 – Věk dotazovaných žen



Bylo osloveno 200 respondentek a nejčastěji se jednalo o ženy ve věku 21 – 30 let, kterých bylo 160 (80 %). Další skupinou byly ženy ve věku 31 – 40 let, kterých bylo 26 (13 %) a 14 žen (7 %), kterým bylo méně než 20 let. Nevyskytují se zde odpovědi žen ve věku 41 let a více (0 %).

Otázka č. 2 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

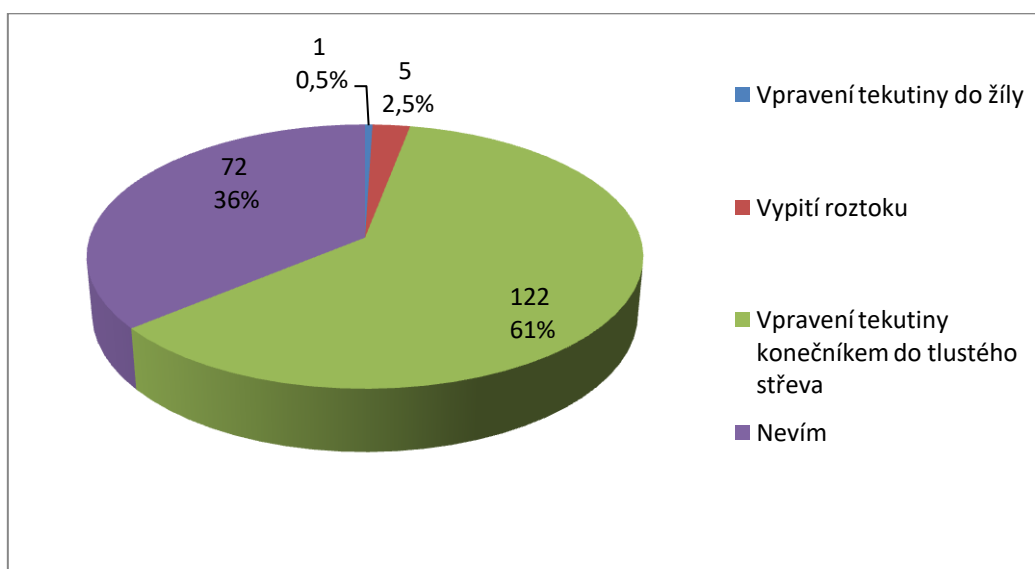
Graf č. 2 – Vzdělání dotazovaných žen



Z 200 dotazovaných žen má 87 žen (43 %) středoškolské vzdělání s maturitou, 47 žen (24 %) vysokoškolské vzdělání, 28 žen (14 %) středoškolské vzdělání bez maturity, 23 žen (11 %) základní vzdělání a 15 žen (8 %) vyšší odborné vzdělání.

Otázka č. 13 – Co znamená pojem klyzma?

Graf č. 3 – Znalost pojmu klyzma

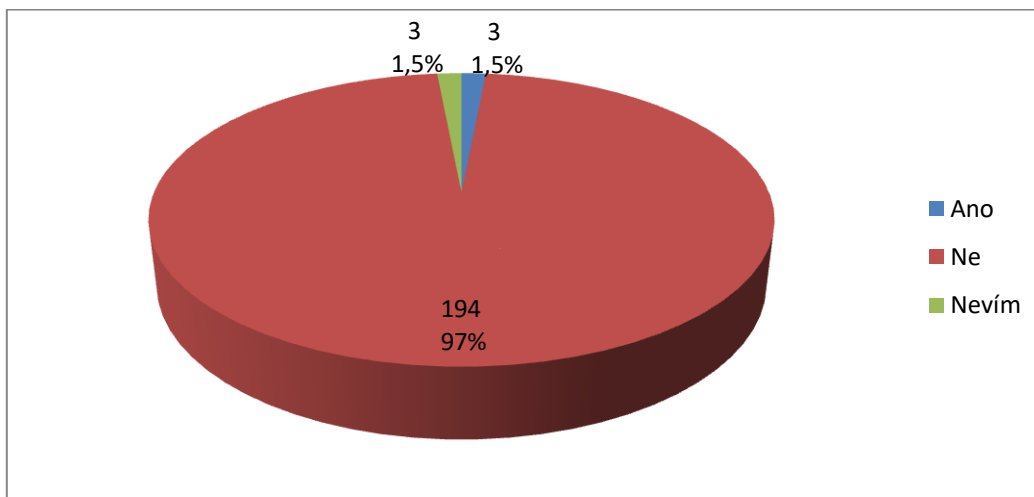


Z celkového počtu 200 žen jich 122 (61 %) uvádí, že pojem klyzma znamená vpravení tekutiny konečníkem do tlustého střeva. 72 žen (36 %) neví, co pojem klyzma znamená.

Některé ženy si myslí, že klyzma spočívá ve vypití roztoku a to přesněji 5 žen (2,5 %). A 1 žena (0,5 %) si myslí, že klyzma je vpravení tekutiny do žíly.

Otázka č. 20 – **Myslíte si, že se nástřih hráze provádí při každém porodu?**

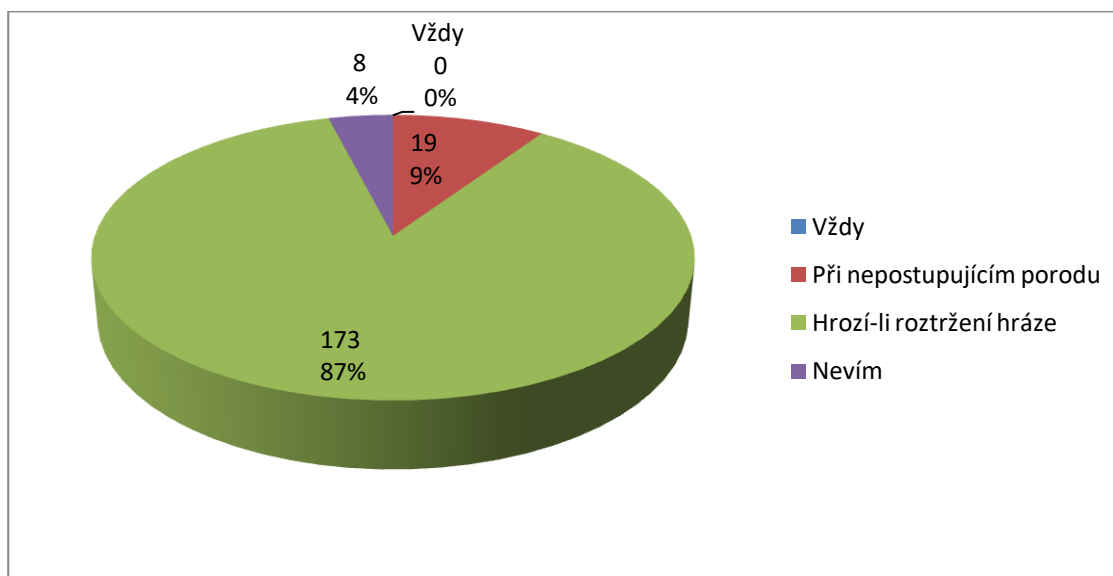
Graf č. 4 – Provedení nástřihu hráze



Nejvíce žen a to 194 (97 %) z 200 dotazovaných si myslí, že se nástřih hráze neprovádí při každém porodu. Pouze 3 ženy (1,5 %) si myslí, že se nástřih hráze provádí při každém porodu a další 3 ženy (1,5 %) neví.

Otázka č. 21 – **Víte, kdy je třeba provést nástřih hráze?**

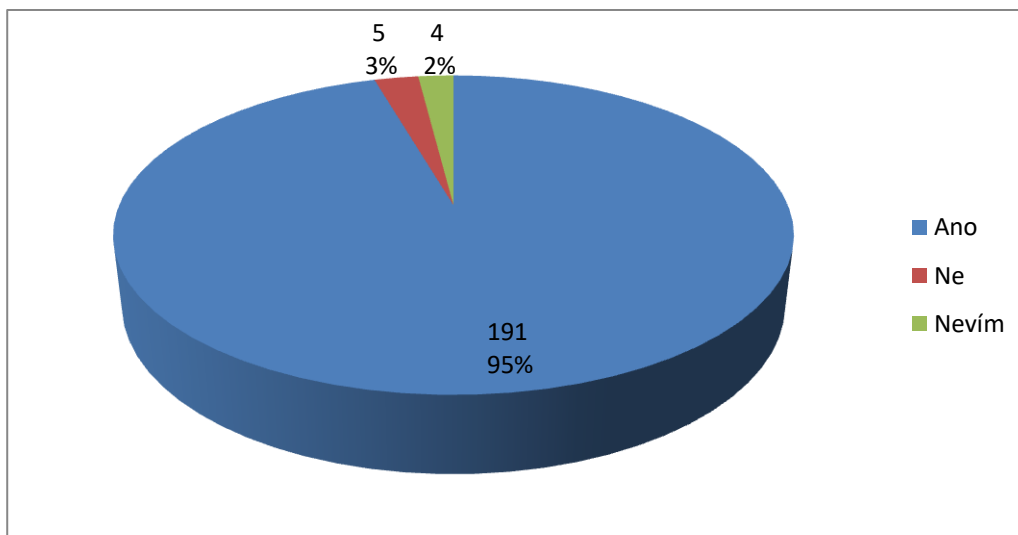
Graf č. 5 – Realizace nástřihu hráze



Většina žen a to 173 (87 %) ví, že se nástřih hráze provádí v situaci, kdy hrozí roztržení hráze. Dalších 19 žen (9 %) si myslí, že se nástřih hráze provádí při nepostupujícím porodu a 8 žen (4 %) neví, kdy se provádí nástřih hráze. Žádná z 200 dotazovaných žen si nemyslí, že se nástřih hráze provádí vždy (0 %).

Otázka č. 23 – **Myslíte si, že je důležitý bezprostřední kontakt s dítětem po porodu?**

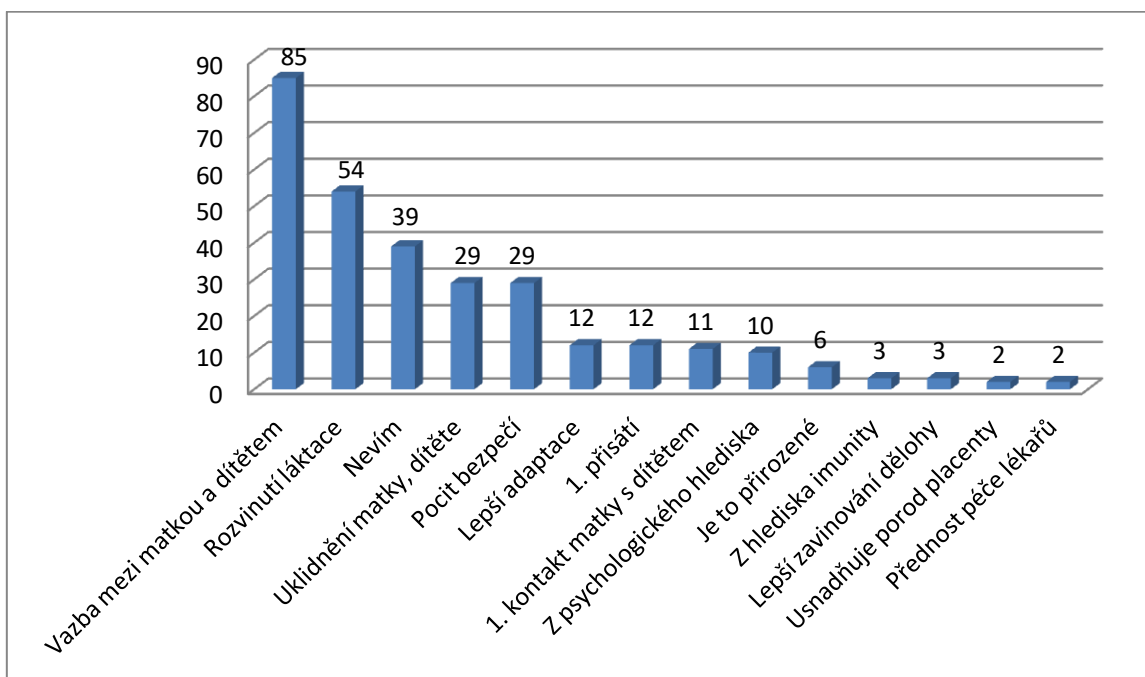
Graf č. 6 – Důležitost bezprostředního kontaktu s dítětem po porodu



Z grafu vyplývá, že pro 191 žen (95 %) je důležitý bezprostřední kontakt s dítětem po porodu a pro 5 žen (3 %) důležitý není. Další 4 ženy (2 %) neví, zda je důležitý bezprostřední kontakt s dítětem po porodu. Odpovědi vyplývají z 200 dotazovaných respondentek.

Otázka č. 24 – Proč si myslíte, že je nebo není důležitý bezprostřední kontakt s dítětem po porodu?

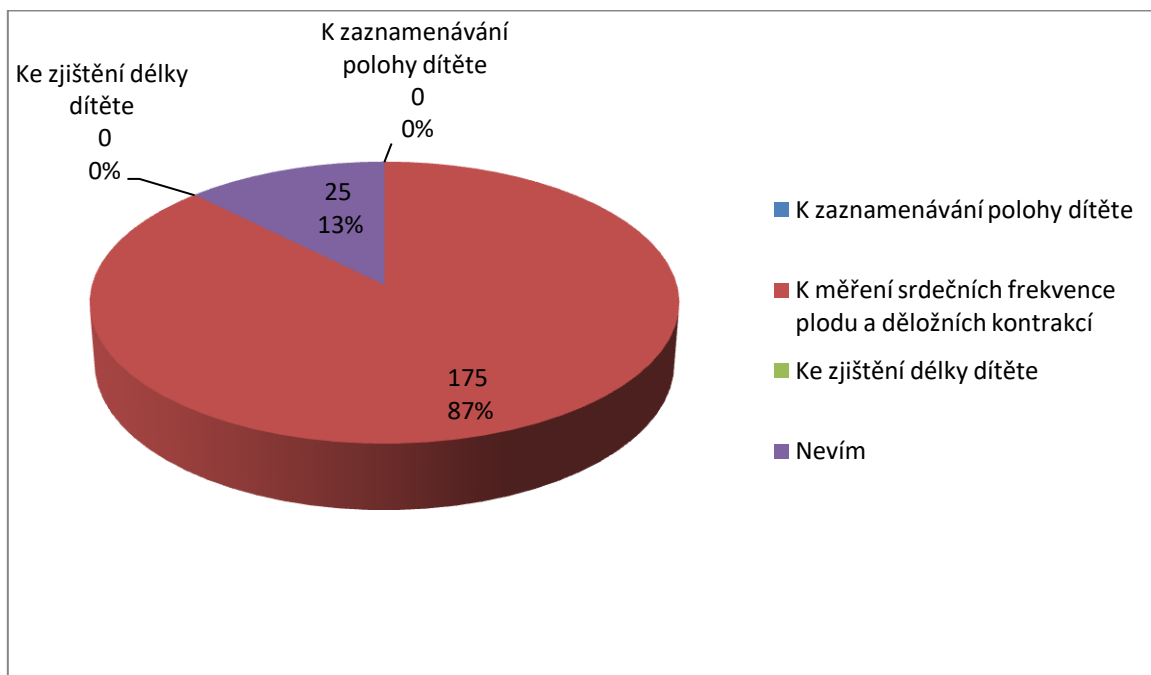
Graf č. 7 – Názory na bezprostřední kontakt s dítětem po porodu



Nejčastější odpovědí na otázku byla, že bonding je důležitý z důvodu vzniku vazby mezi matkou a dítětem. Jednalo se o 85 odpovědí z celkových 297 a to od 200 dotazovaných žen. Další nejčastější odpovědí bylo, že je bonding důležitý z důvodu rozvinutí laktace, takto odpovědělo 54 žen. 39 žen neví proč bezprostřední kontakt s dítětem po porodu je nebo není důležitý. Další skupina 29 žen si myslí, že je bonding důležitý z důvodu uklidnění matky a dítěte. Dalších 29 žen udává důležitost bondingu kvůli pocitu bezpečí. Pro 12 žen je důležitý z důvodu lepší adaptace dítěte, pro stejný počet tedy 12 žen je důležitý také ohledně 1. přísátí. Pro 11 žen je důležitý také kvůli 1. kontaktu matky s dítětem. Pro 10 žen je bezprostřední kontakt důležitý z psychologického hlediska. Pro 6 žen je to přirozený proces. 3 odpovědi se přiklání k důležitosti z hlediska imunity a další 3 odpovědi pro lepší zavinování dělohy. 2 odpovědi udávají důležitost kontaktu z důvodu snazšího porodu placenty. Pouze pro 2 ženy není bezprostřední kontakt matky s dítětem po porodu důležitý, upřednostňují péči lékařů.

Otázka č. 27 – K čemu slouží kardiokografie?

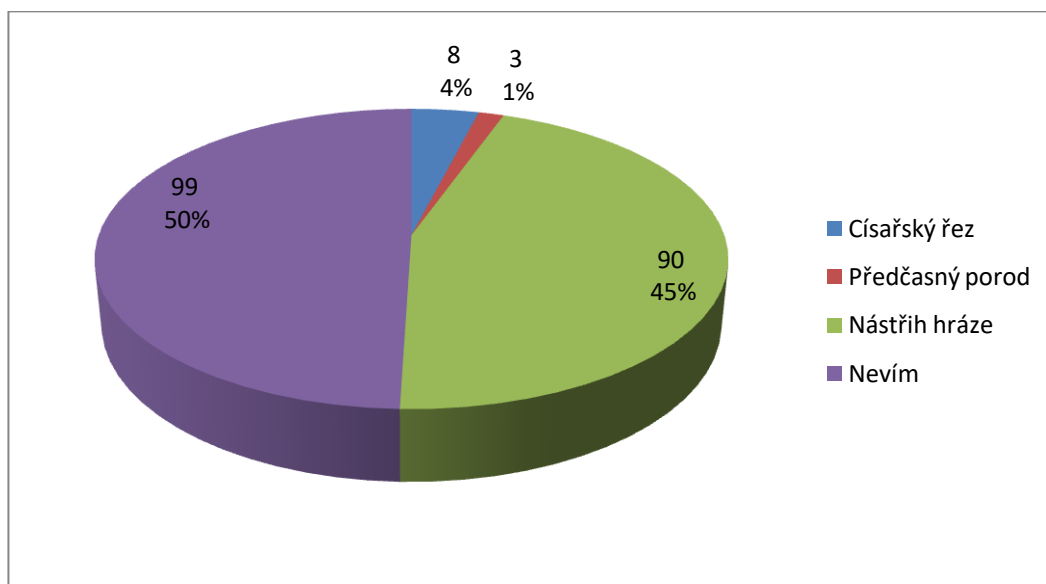
Graf č. 8 – Význam kardiokografie



Z celkového počtu 200 žen, většina z nich ví, k čemu slouží kardiokografie. Kardiokografie slouží k měření srdeční frekvence plodu a děložních kontrakcí, což ví 175 dotazovaných žen (87 %). Zbývá část 25 žen (13 %) nezná využití kardiokografie.

Otázka č. 28 – Co znamená pojem epiziotomie?

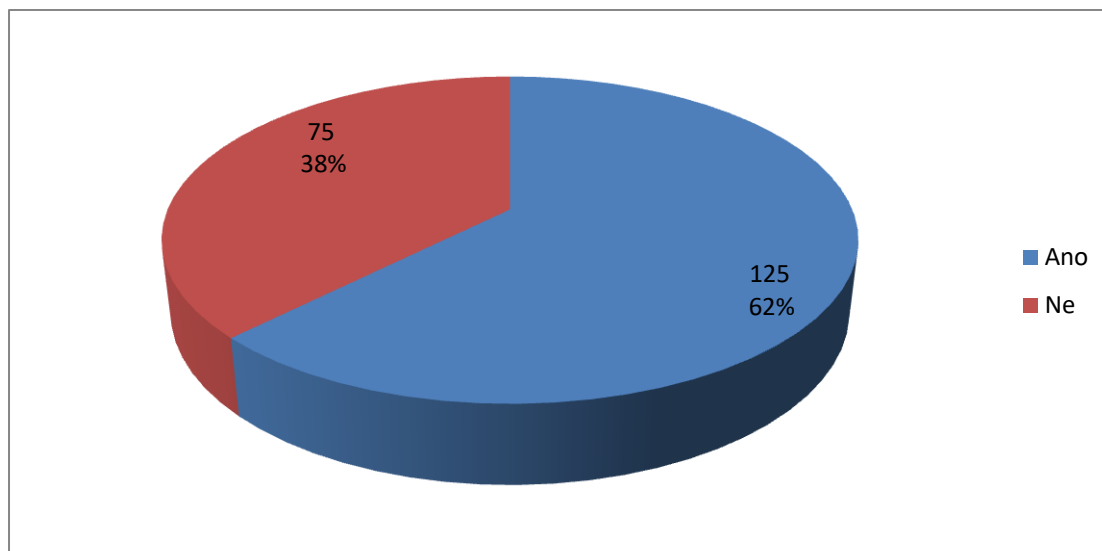
Graf č. 9 – Znalost pojmu epiziotomie



Na otázku, co znamená pojem epiziotomie odpovědělo 200 žen. Polovina z nich, tedy 99 žen (50 %) neví, co tento pojem znamená. Pouze 90 žen (45 %) ví, že se jedná o nástřih hráze. Dalších 8 žen (4 %) si myslí, že se jedná o císařský řez. A 3 ženy (1 %) si pojem epiziotomie spojují s předčasným porodem.

Otázka č. 29 – Víte, co znamená bonding?

Graf č. 10 – Znalost bondingu



Z 200 dotazovaných žen 125 (62 %) ví, co bonding znamená. Zbýlých 75 žen (38 %) neví, co pojem bonding představuje.

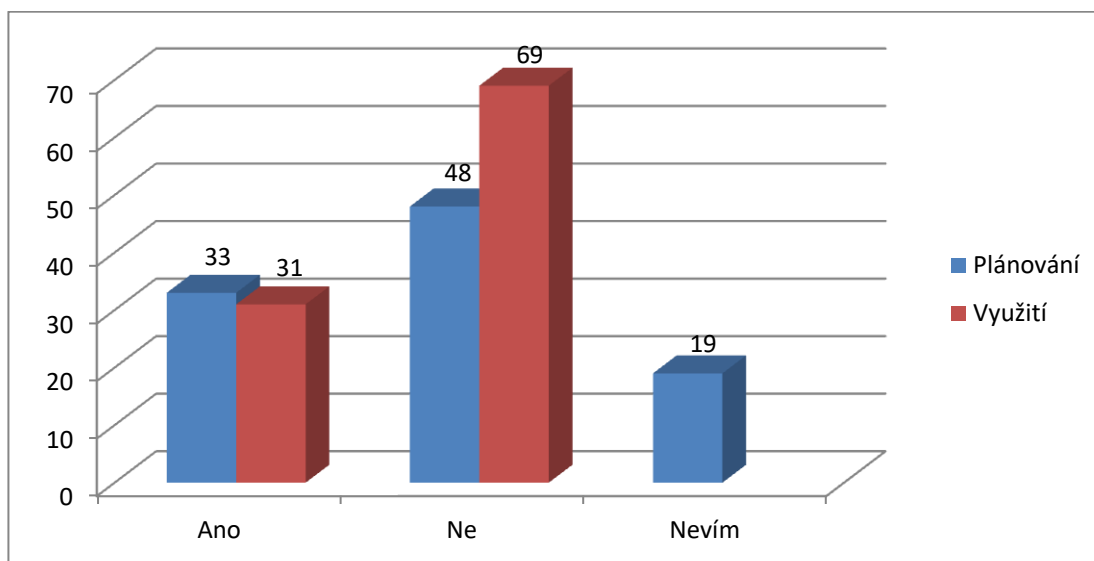
Cíl 2: Zmapovat znalosti žen o předporodní přípravě.

Výzkumný problém: V jakém rozsahu se ženy zajímají o předporodní přípravu a porodní plán?

Otázka č. 3, 4, 5, 6, 7

Otázka č. 3 – **Plánujete využít možnosti předporodní přípravy? / Využila jste možnosti předporodní přípravy?**

Graf č. 11 – Využití předporodní přípravy

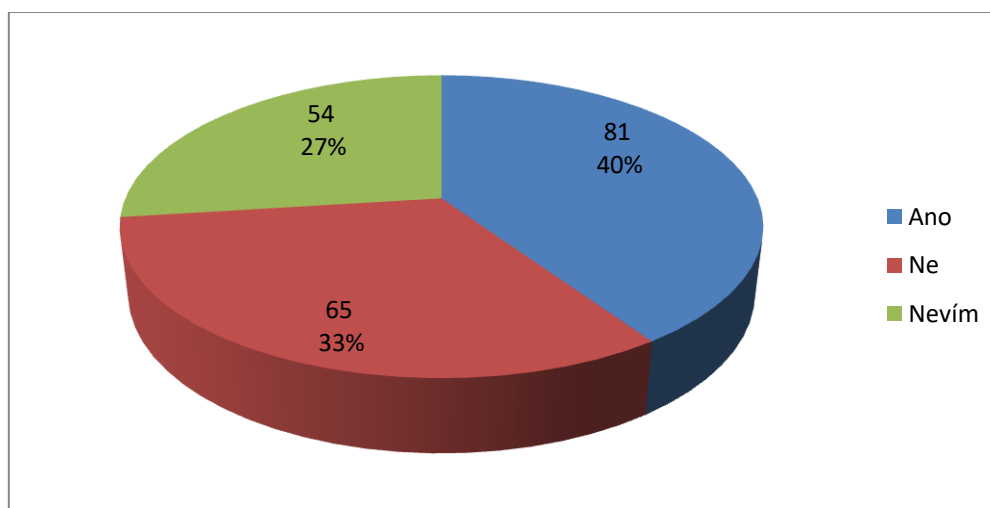


V první skupině respondentek, se jedná o 100 těhotných žen v I. trimestru těhotenství. Z grafu lze vyčíst, že 48 žen (48 %) plánuje využít předporodní přípravu, 33 žen (33 %) se neplánuje předporodní přípravy účastnit a 19 žen (19 %) není rozhodnuto.

Druhou skupinou respondentek tvoří 100 těhotných žen ve III. trimestru těhotenství. Z této skupiny 48 žen (48 %) uvádí, že využila předporodní přípravu a 31 žen (31 %) ji nevyužilo.

Otázka č. 4 – **Myslíte si, že má předporodní příprava vliv na průběh porodu?**

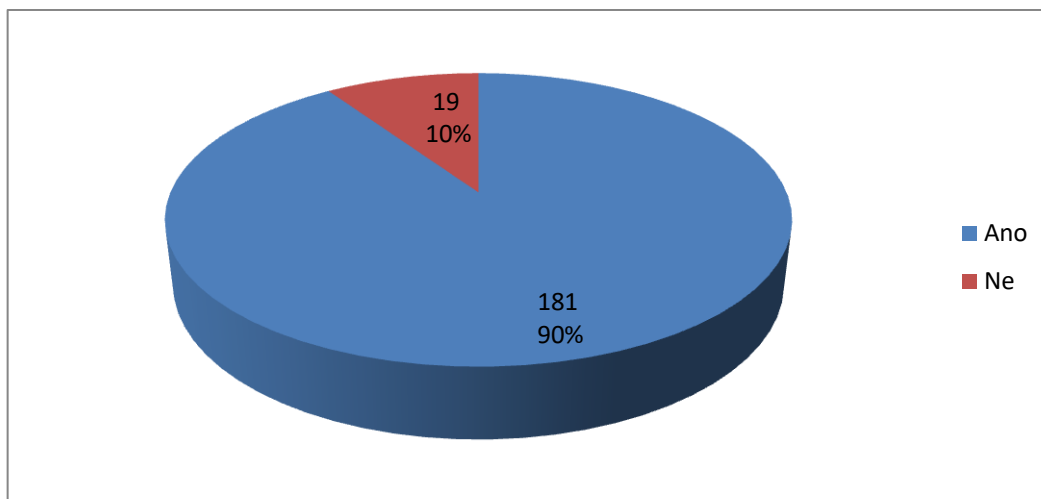
Graf č. 12 – Význam předporodní přípravy



Pouze 81 žen (40 %) z 200 dotazovaných si myslí, že předporodní příprava má vliv na průběh porodu. Další skupinou je 65 žen (33 %), které se domnívají, že předporodní příprava nemá vliv na průběh porodu. Zbýlých 54 žen (27 %) neví, zda předporodní příprava ovlivňuje průběh porodu.

Otázka č. 5 – Víte, že si můžete připravit porodní plán?

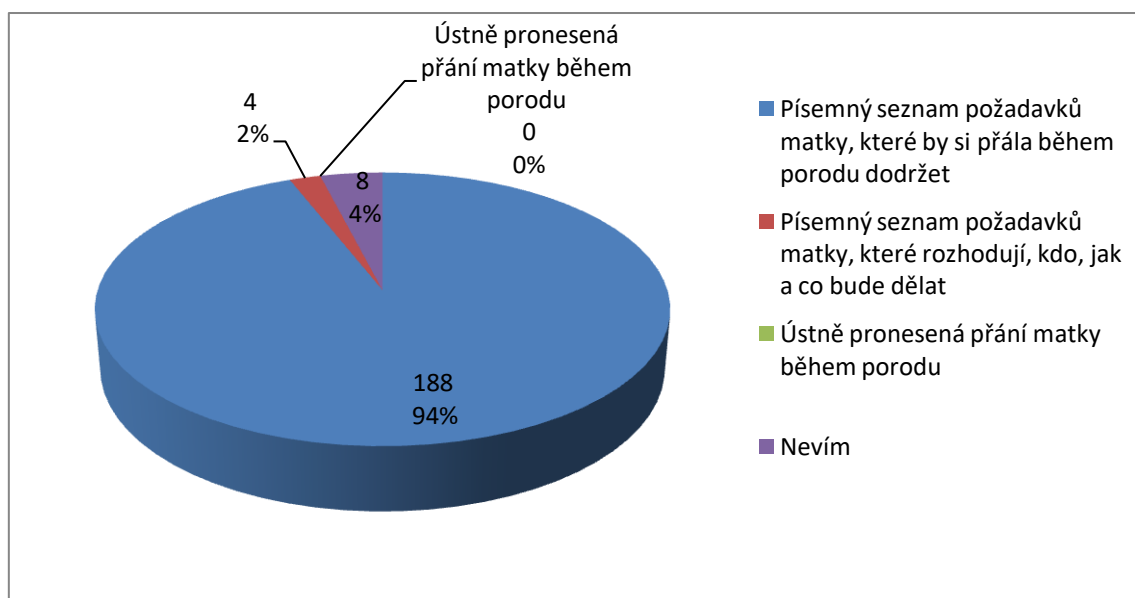
Graf č. 13 – Vědomosti o porodním plánu



Většina žen si je vědoma možnosti přípravy porodního plánu a to 181 žen (90 %) z 200 dotazovaných. Pouze 19 žen (10 %) nezná možnost porodního plánu.

Otázka č. 6 – Co je porodní plán?

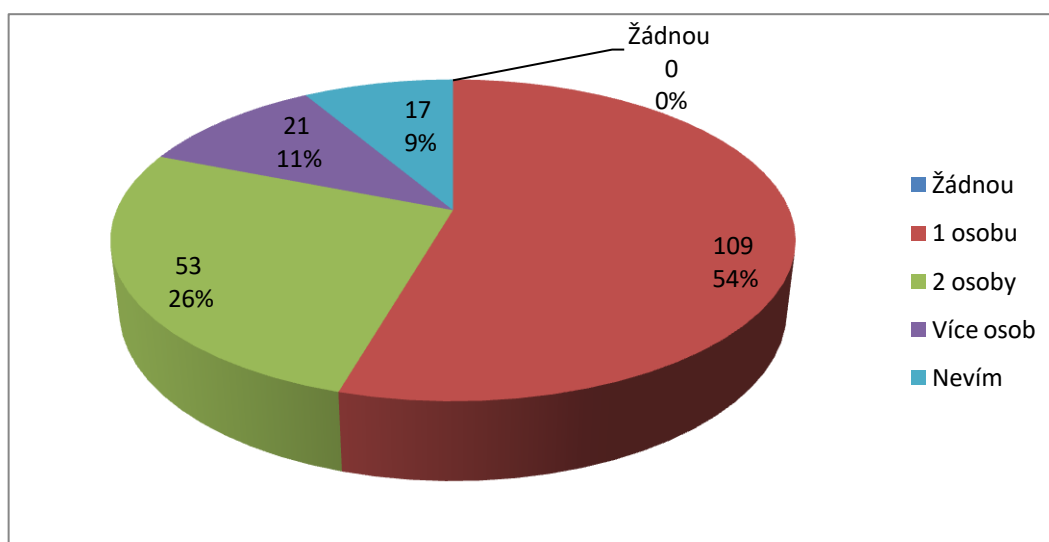
Graf č. 14 – Znalost porodního plánu



Porodní plán je definován jako písemný seznam požadavků matky, které by si přála během porodu dodržet. Správnou definici zná 188 žen (94 %). Pouze 8 žen neví, co porodní plán definuje. A jen 4 ženy (2 %) z 200 dotazovaných charakterizují porodní plán jako písemný seznam požadavků matky, které rozhodují, kdo, jak a co bude dělat. Žádná z žen (0 %) porodní plán nedefinovala jako ústně pronesená přání matky během porodu.

Otázka č. 7 – Víte, kolik osob můžete mít u porodu?

Graf č. 15 – Počet osob u porodu



109 respondentek (54 %) z 200 dotazovaných uvádí, že u porodu mohou mít 1 osobu. Dalších 53 respondentek (26 %) uvádí, že u porodu mohou mít 2 osoby. 21 respondentek (11 %) se domnívá, že u porodu mohou mít více osob. 17 respondentek (9 %) si není vědoma, kolik osob by mohly mít u porodu. Každá z dotazovaných si je vědoma skutečnosti, že mohou u porodu mít nějakou osobu, proto žádná z nich (0 %) neuvedla možnost „žádnou“.

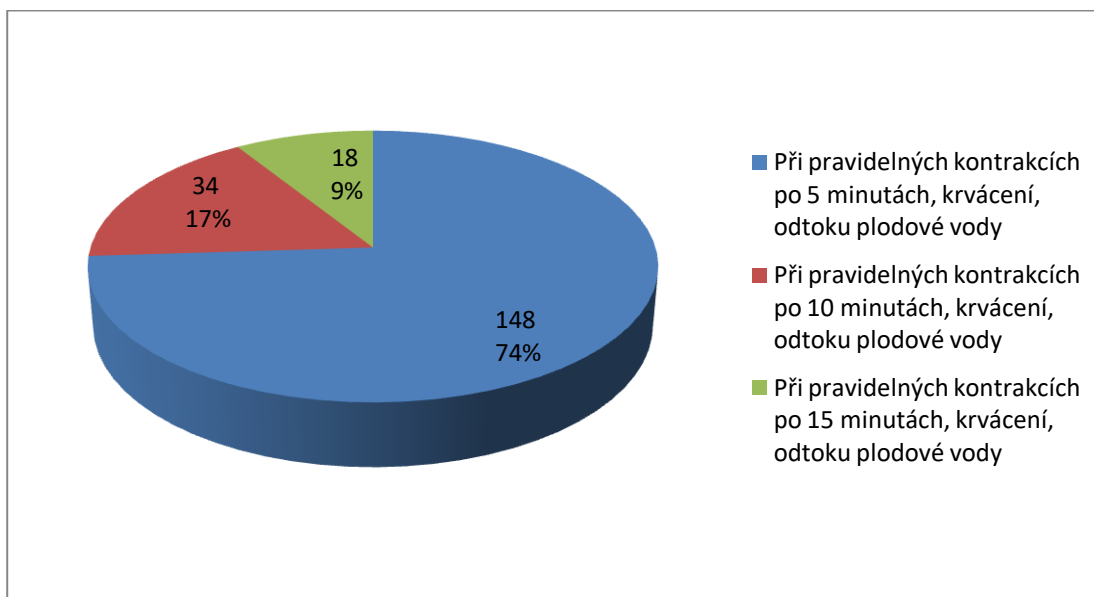
Cíl 3: Charakterizovat úroveň znalostí žen o začátku porodu.

Výzkumný problém: Ví ženy, jak poznají začátek porodu?

Otázka č. 8, 9, 10, 11

Otázka č. 8 – **Za jakých okolností máte vyrazit do porodnice?**

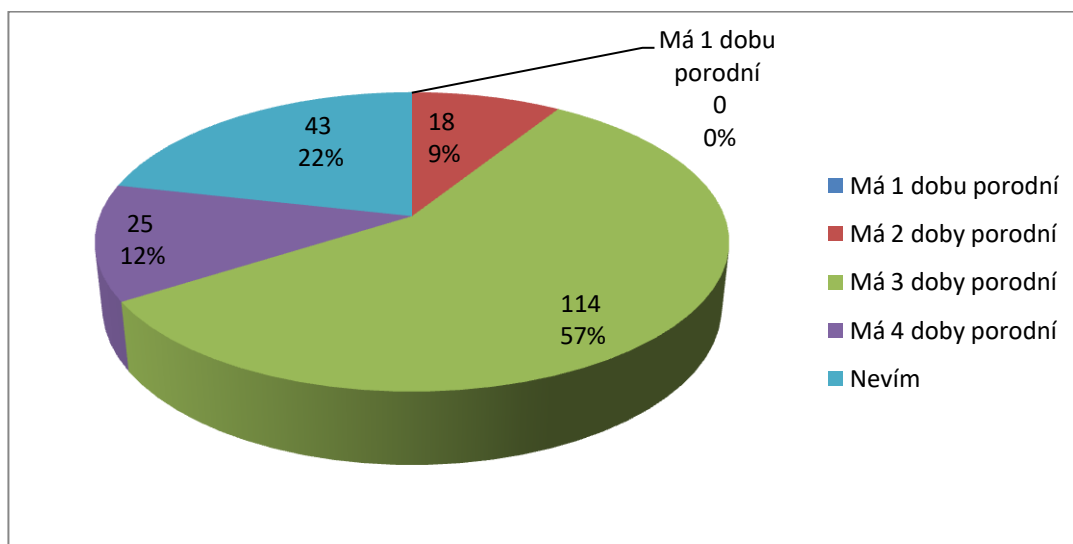
Graf č. 16 – Cesta do porodnice



Největší částí je 148 žen (74 %) z 200 dotazovaných, které považují za vhodný čas odjezdu do porodnice pravidelné kontrakce po 5 minutách, krvácení a odtok plodové vody. Další skupinou je 34 žen (17 %), které považují za vhodný čas odjezdu do porodnice pravidelné kontrakce po 10 minutách, krvácení a odtok plodové vody. A pouze 18 žen (9 %) by do porodnice vyrazilo při pravidelných kontrakcích po 15 minutách, krvácení a odtoku plodové vody.

Otázka č. 9 – **Víte, kolik dob porodních má porod?**

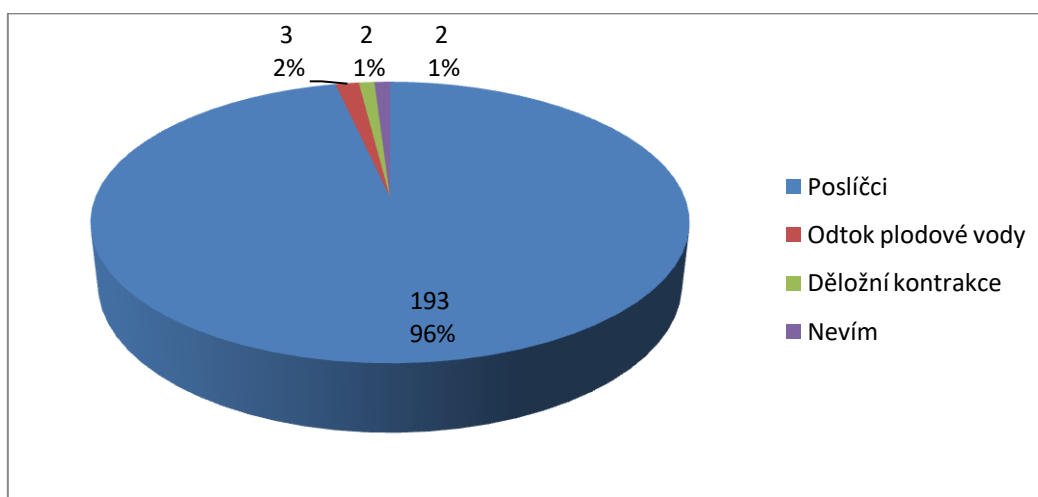
Graf č. 17 – Doby porodní



Až 114 žen (57 %) z 200 dotazovaných předpokládá, že má porod 3 doby porodní. 43 žen (22 %) si není vědoma, z kolika dob porodních se porod skládá. Pouze 25 žen (12 %) ví, že má porod 4 doby porodní. Dalších 18 žen (9 %) si myslí, že se porod skládá pouze z 2 dob porodních. Ale žádná žena (0 %) nepředpokládá, že by porod měl pouze 1 dobu porodní.

Otázka č. 10 – **Jaké jsou falešné známky počínajícího porodu? (signály, které připravují tělo na porod)**

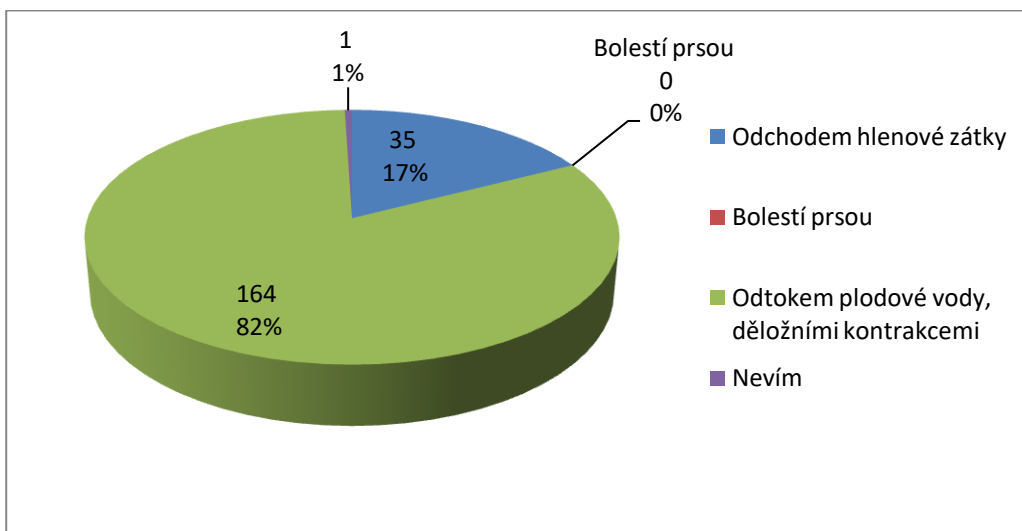
Graf č. 18 – Znalosti o začátku porodu



Většina z 200 žen uvedla jako falešné známky počínajícího porodu poslípění. Tuto možnost zvolilo 193 žen (96 %). Pouze 3 ženy (2 %) zvolily odtok plodové vody a 2 ženy (1 %) děložní kontrakce. Další 2 ženy (1 %) neznají označení pro falešné známky počínajícího porodu.

Otázka č. 11 – Jak se pozná začátek porodu?

Graf č. 19 – Začátek porodu



Až 164 žen (82 %) z 200 dotazovaných pozná začátek porodu, a to odtokem plodové vody a děložními kontrakcemi. Dalších 35 žen (17 %) považuje za začátek porodu odchod hlenové zátky. 1 žena (1 %) nemá ponětí o začátku porodu. A žádná z dotazovaných (0 %) žen nepovažuje za začátek porodu bolest prsou.

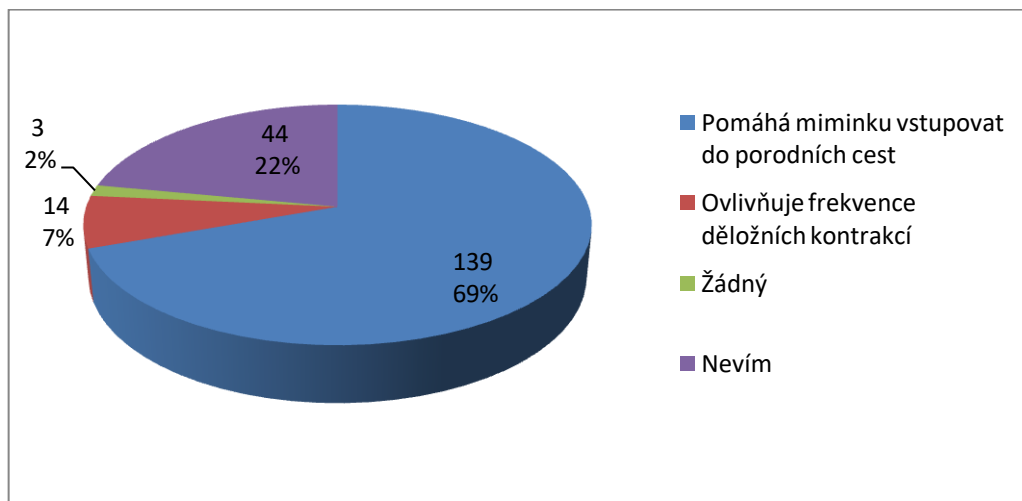
Cíl 4: Charakterizovat úroveň vědomostí žen o I. době porodní.

Výzkumný problém: V jakém rozsahu jsou ženy informované o I. době porodní?

Otázka č. 12, 13, 14, 15, 16

Otázka č. 12 – Jaký význam má poloha rodičky v 1. době porodní?

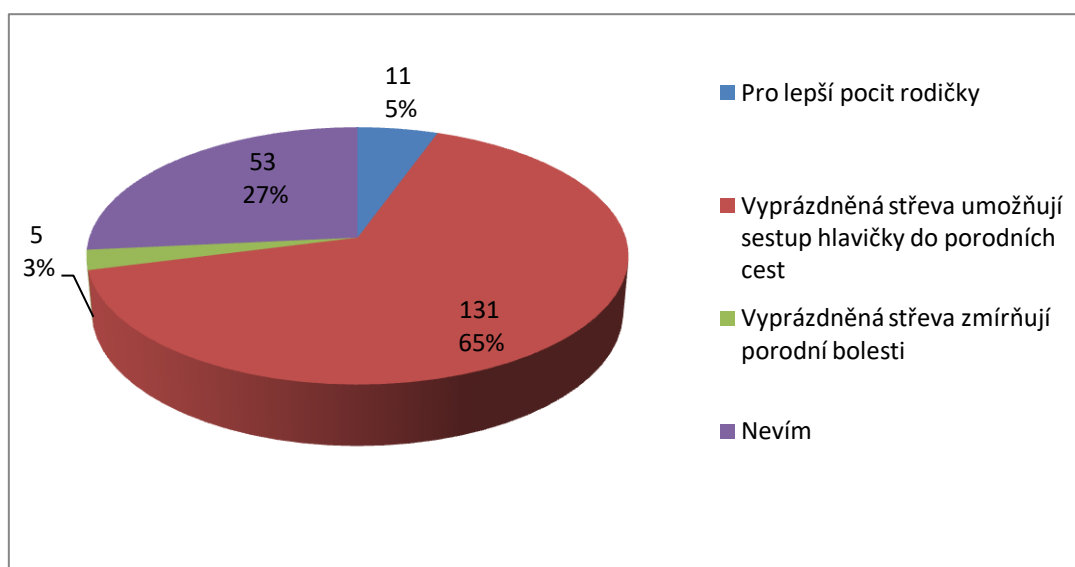
Graf č. 20 – Význam polohy v 1. době porodní



Z grafu lze vyčíst, že 139 žen (69 %) z 200 dotazovaných zná význam polohy rodičky v 1. době porodní a to, že pomáhá miminku vstupovat do porodních cest. Dalších 44 žen (22 %) nezná význam polohy v 1. době porodní. 14 žen (7 %) se domnívá, že význam polohy v 1. době porodní ovlivňuje frekvence děložních kontrakcí. A pouze 3 ženy (2 %) si myslí, že poloha rodičky v 1. době porodní nemá žádný význam.

Otázka č. 14 – Proč se provádí klyzma

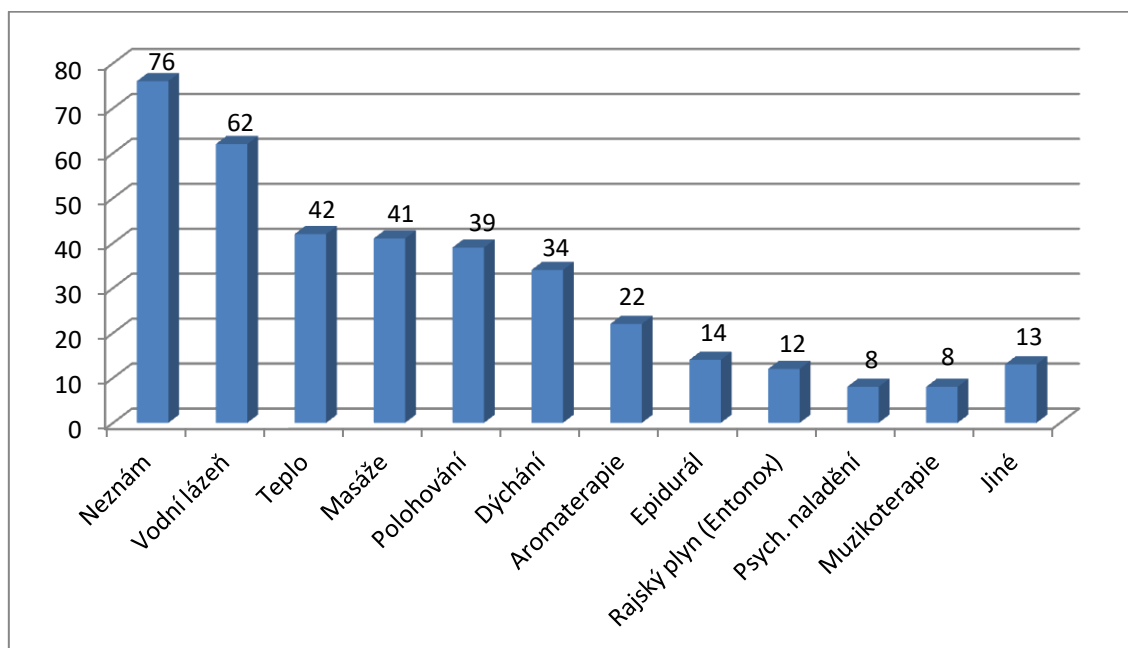
Graf č. 21 – Znalosti provedení klyzmatu



Většina z 200 dotazovaných žen přesněji 131 (65 %) uvádí, že vyprázdněná střeva umožňují sestup hlavičky do porodních cest, a to je důvod k provedení klyzmatu. Až 53 žen (27 %) neví, proč se klyzma provádí. Dalších 11 žen (5 %) si myslí, že se klyzma provádí pro lepší pocit rodičky. A zbylých 5 žen (3 %) uvádí, že vyprázdněná střeva zmírňují porodní bolesti.

Otázka č. 15 – **Znáte přirozené metody tlumení porodních bolestí? (Pokud ano, vypište.)**

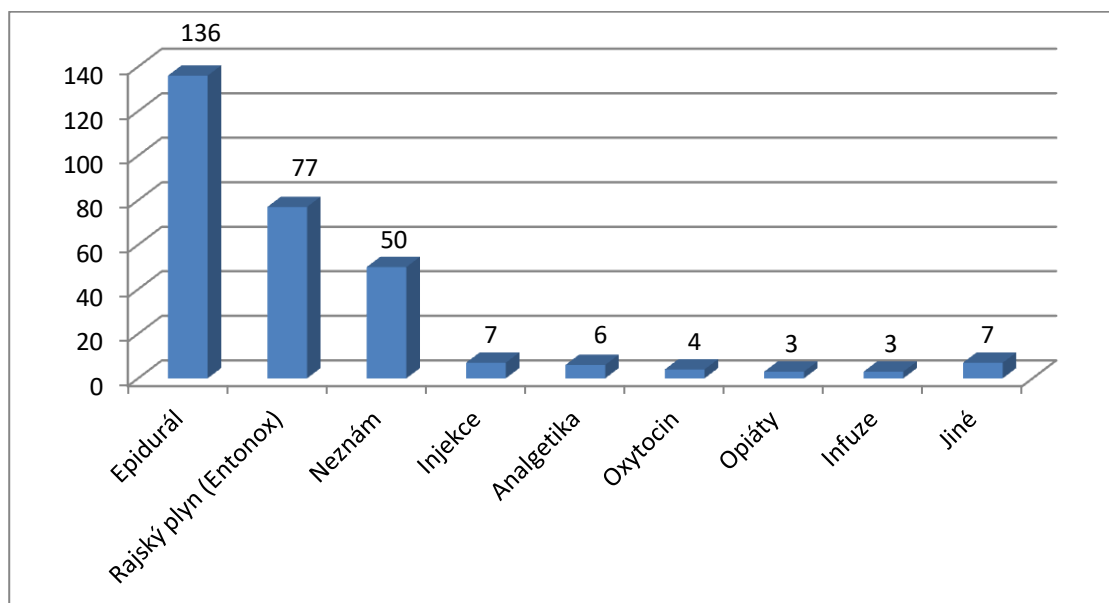
Graf č. 22 – Nefarmakologické tlumení porodních bolestí



U otázky č. 15 měly ženy možnost volné odpovědi. 200 dotazovaných žen vytvořilo celkem 371 odpovědí. Nejvíce žen a to 76 nezná žádné přirozené metody tlumení porodních bolestí. Nejvíce ženy znají vodní lázeň a to v 62 případech. Další nejnámější přirozenou metodou tlumení porodních bolestí je teplo a masáže. Teplo zahrnuje 42 odpovědí a masáže 41. Dále 39 žen uvedlo polohování, 34 žen dýchání a 22 žen aromaterapii. Některé ženy si pletou farmakologické a nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí. 14 žen si myslí, že do přirozených metod tlumení porodních bolestí patří epidurální anestezie a 12 žen si myslí, že se jedná o rajský plyn (Entonox). Dalších 8 odpovědí se zaměřuje na psychické naladění ženy a 8 odpovědí na účinnost muzikoterapie. 13 žen si vybralo možnost jiné, kdy 4 z nich uvedly jako přirozené metody tlumení porodních bolestí hypnoporod, další 4 uvedly možnost homeopatik. 3 ženy uznávají přítomnost partnera jako možnost tlumení porodních bolestí, 1 žena zvolila jako odpověď injekci a 1 žena Ibalgin.

Otázka č. 16 – **Znáte farmakologické metody tlumení porodních bolestí? (Pokud ano, vypište.)**

Graf č. 23 – Farmakologické tlumení porodních bolestí



U otázky č. 16 odpovídalo 200 dotazovaných žen a vytvořily celkem 293 odpovědí. Až 136 respondentek zná epidurální anestezii jako jednu z farmakologických metod tlumení porodních bolestí. Mezi další nejznámější metodu patří rajský plyn (Entonox), který zná 77 žen. 50 žen nezná žádnou z farmakologických metod tlumení porodních bolestí. 7 žen udává jako farmakologickou metodu tlumení porodních bolestí injekce a dalších 6 žen analgetika. 4 ženy se domnívají, že porodní bolesti tlumí oxytocin. 3 ženy zvolily možnost opiátů a 3 ženy infuze. Dalších 7 žen si vybralo možnost jiné, odpovědi byly jednotlivé a to kyslík, homeopatika, čípky, Algifen, Buscopan, Ibalgin a helium.

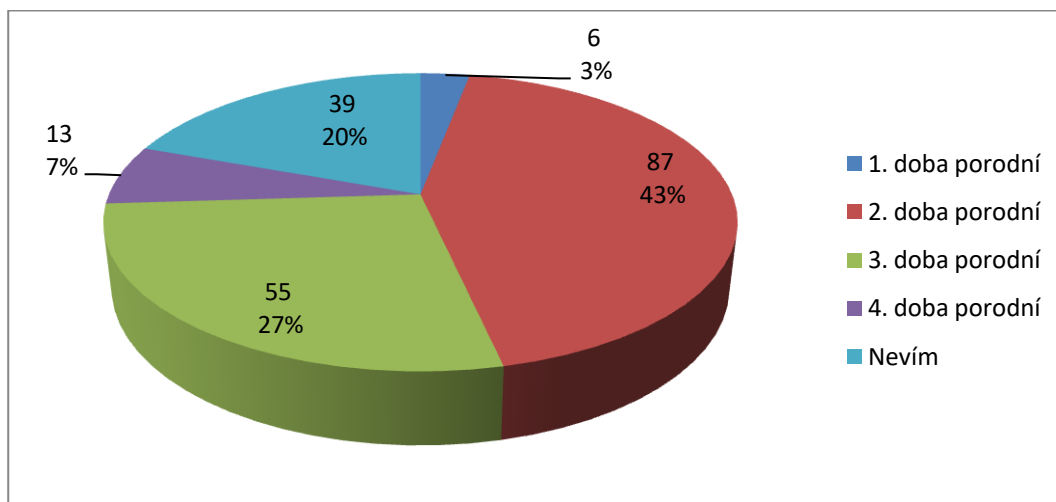
Cíl 5: Charakterizovat úroveň vědomostí žen o II. době porodní.

Výzkumný problém: V jakém rozsahu jsou ženy informované o II. době porodní?

Otázky č. 17, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 26, 28, 30

Otázka č. 17 – Jaká porodní doba se nazývá „vypuzovací“?

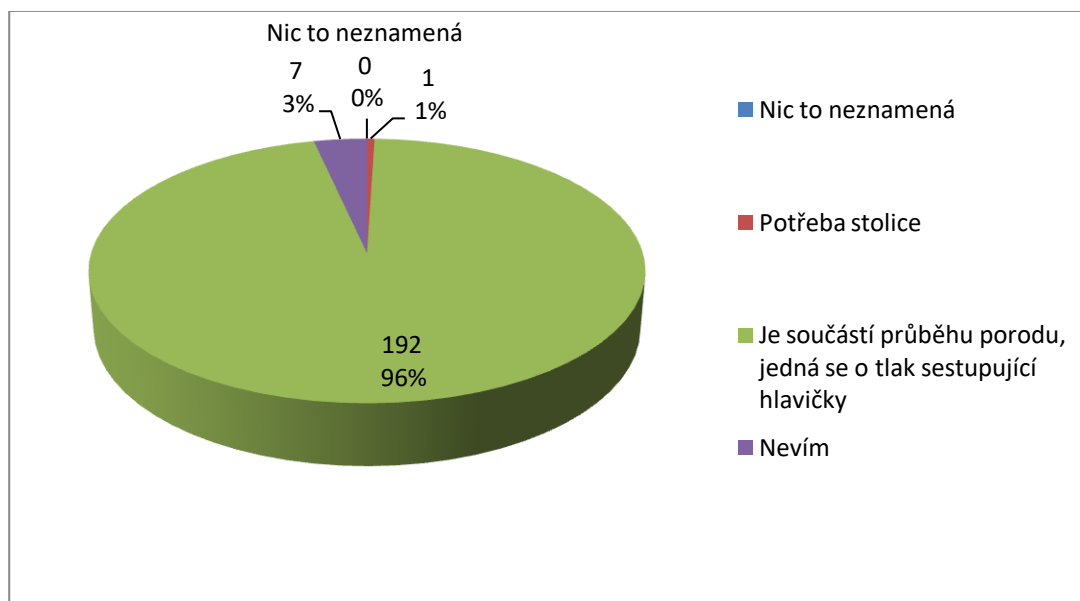
Graf č. 24 – Vypuzovací doba porodní



Vypuzovací doba porodní označuje 2. dobu porodní. Pouze 87 žen (43 %) z 200 si je této spojitosti vědoma. Další větší skupinou a to 55 žen (27 %) si myslí, že se jedná o 3. dobu porodní. 39 žen (20 %) neví, pro jakou dobu porodní označení patří. Ve 13 (7 %) případech si ženy spojují pojem „vypuzovací“ s 4. dobou porodní. Jen 6 žen (3 %) si myslí, že označení patří k 1. době porodní.

Otázka č. 18 – Co znamená velký tlak na konečník během porodu?

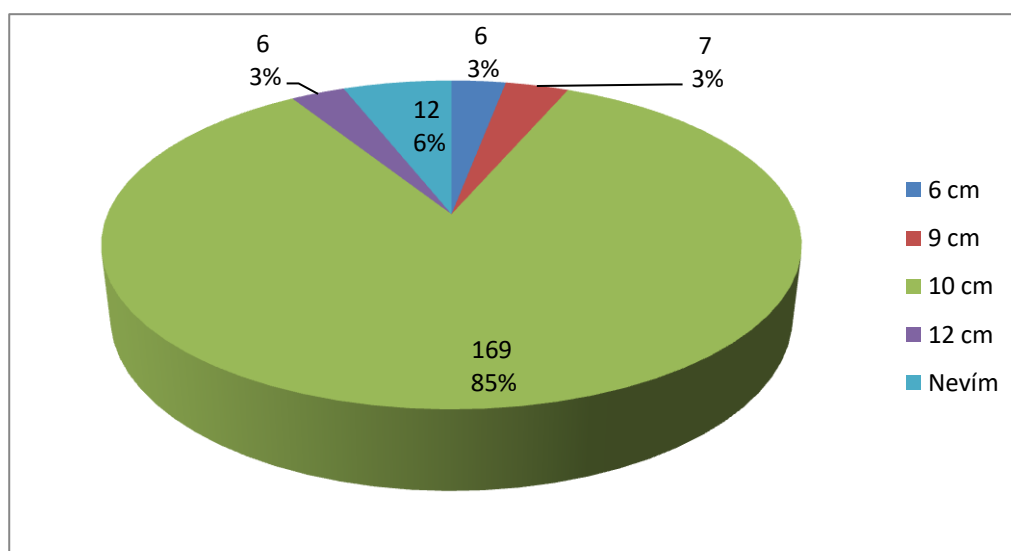
Graf č. 25 – Význam tlaku na konečník



Z grafu je patrné, že velká část žen a to 192 (96 %) z 200 dotazovaných si je vědoma skutečnosti, že velký tlak na konečník během porodu je součástí průběhu porodu a jedná se o tlak sestupující hlavičky. Jen 7 žen (3 %) nezná význam tlaku na konečník během porodu. A pouze 1 žena (1 %) se domnívá, že velký tlak na konečník během porodu značí potřebu stolice. Žádná respondentka (0 %) neuviedla odpověď: „nic to neznamená“.

Otázka č. 19 – Na kolik cm musí být žena otevřená, aby mohla začít rodit?

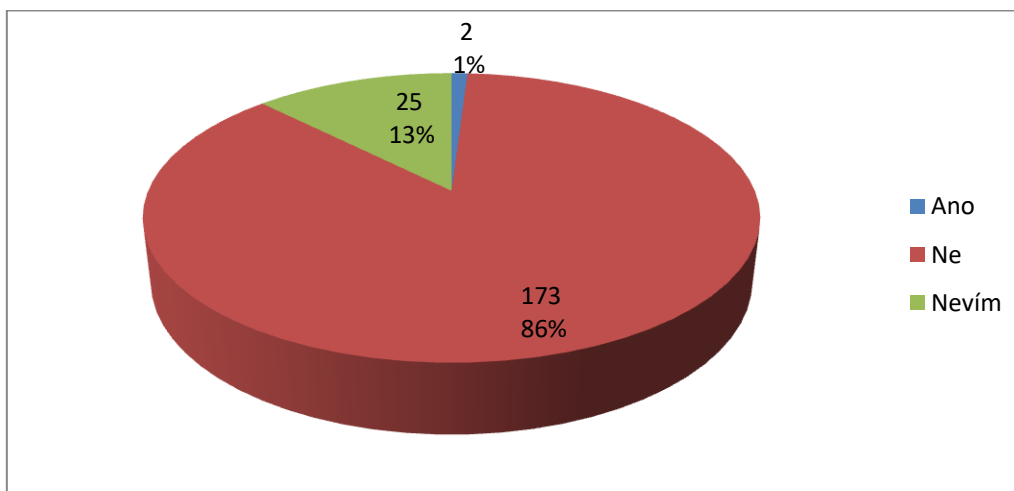
Graf č. 26 – Otevření děložního hrdla



Z 200 oslovených žen z nich 169 (85 %) nejčastěji uvedlo, že musí být žena otevřená na 10 cm, aby mohla začít rodit. 12 žen (6 %) neví, na kolik cm musí být žena otevřená. 7 žen (3 %) udalo nutnost otevření děložního hrdla na 9 cm. Pouze 6 žen (3 %) se domnívá, že musí být žena otevřená na 6 cm. A dalších 6 žen (3 %) předpokládá nutnost otevření děložního hrdla na 12 cm.

Otázka č. 22 – Ovlivňuje pohlaví plodu délku porodu?

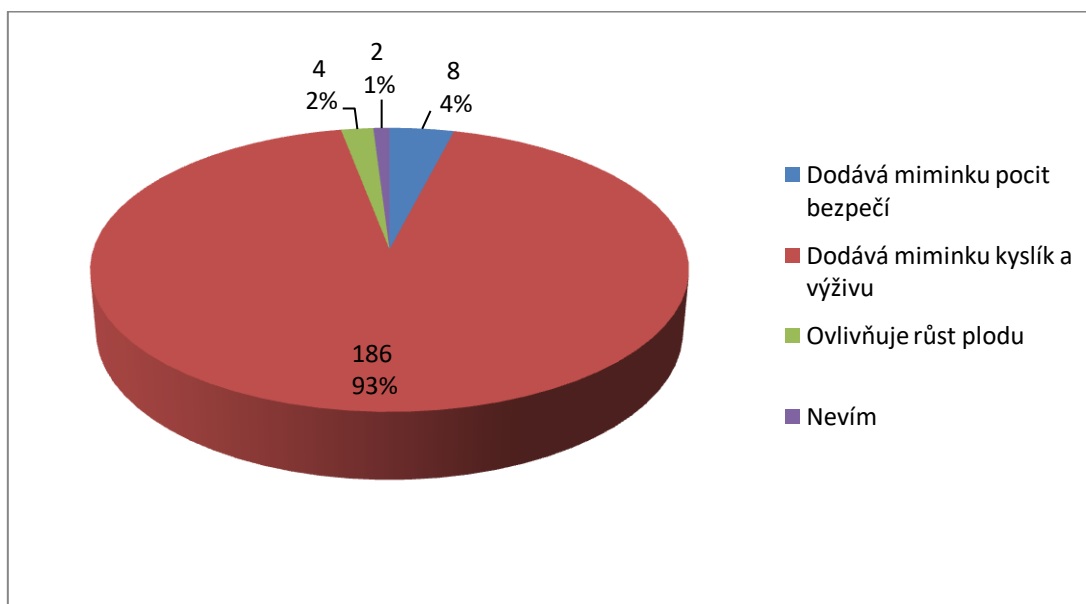
Graf č. 27 – Ovlivnění délky porodu



Skutečnosti, že pohlaví plodu neovlivňuje délku porodu, si je vědoma 173 žen (86 %) z celkem 200 dotazovaných. Dalších 25 žen (13 %) neví, zda pohlaví plodu ovlivňuje délku porodu. A pouze 2 ženy (1 %) se domnívají, že pohlaví plodu ovlivňuje délku porodu.

Otázka č. 25 – Jaká je hlavní funkce placenty?

Graf č. 28 – Hlavní funkce placenty

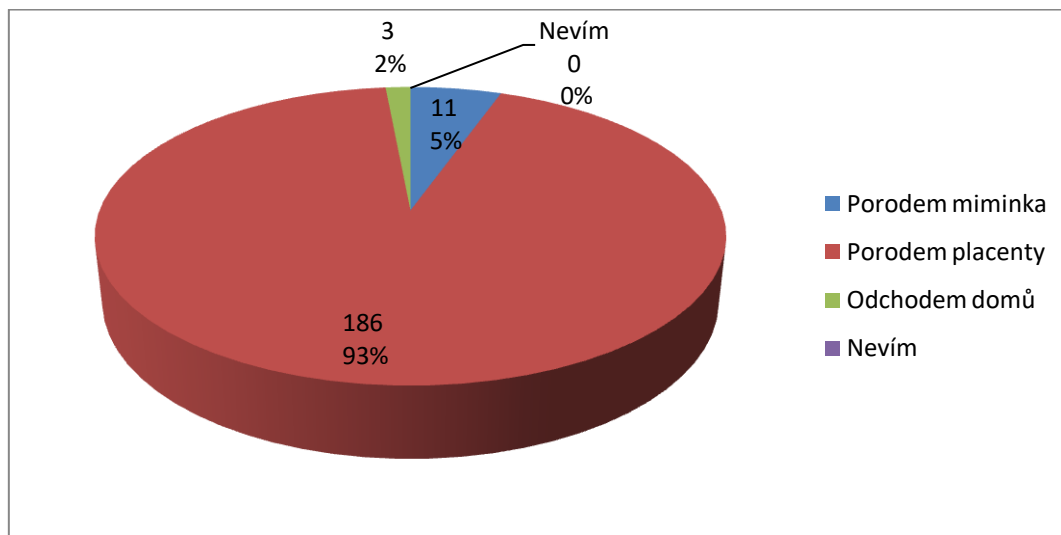


Až 186 žen (93 %) zná hlavní funkci placenty a to, že dodává miminku kyslík a výživu. 8 žen (4 %) si myslí, že hlavní funkce placenty je to, že dodává miminku pocit bezpečí.

Další 4 ženy (2 %) udávají, že ovlivňuje růst plodu. A pouze 2 ženy (1 %) neznají odpověď na tuto otázku.

Otázka č. 26 – Čím končí porod?

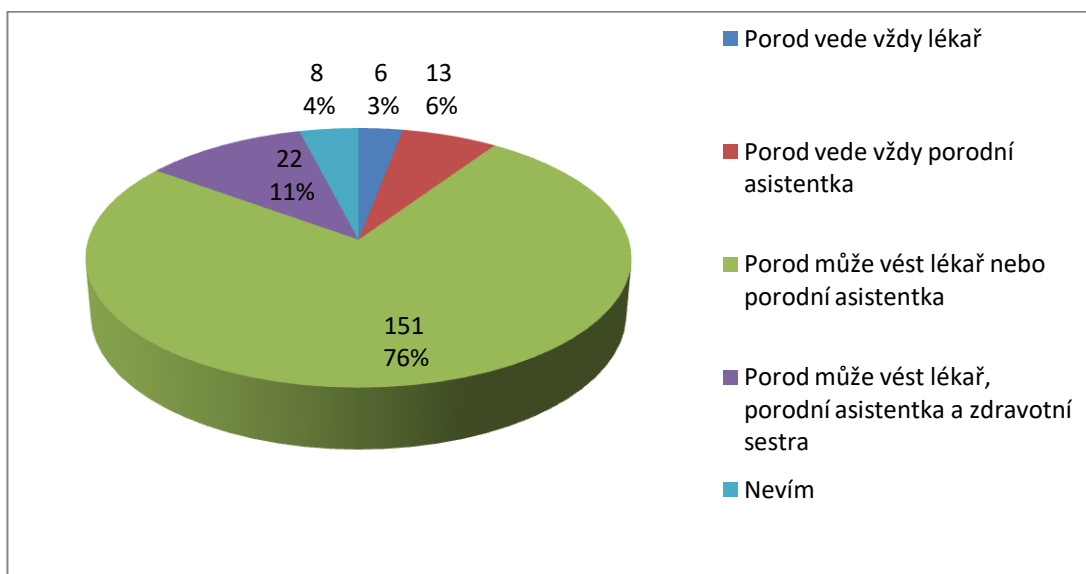
Graf č. 29 – Konec porodu



U otázky č. 26, celkem 200 respondentek odpovědělo na otázku „Čím končí porod?“. Většina respondentek a to 186 (93 %) si je vědoma skutečnosti, že porod končí porodem placenty. 11 respondentek zvolila možnost porodem miminka a 3 respondentky (2 %) zvolily odpověď odchodem domů. Žádná z žen (0 %) si nemyslí, že by nevěděla, čím končí porod.

Otázka č. 30 – Kdo je oprávněn k vedení fyziologického porodu? (porod bez komplikací)

Graf č. 30 – Vedení porodu



151 žen (76 %) uvedlo, že fyziologický porod může vést lékař nebo porodní asistentka. 22 žen (11 %) zvolilo možnost, že fyziologický porod může vést lékař, porodní asistentka a zdravotní sestra. Dalších 13 žen (6 %) se domnívá, že fyziologický porod vede vždy porodní asistentka. 8 žen (4 %) neví, kdo je oprávněn vést fyziologický porod. A 6 žen (3 %) předpokládá, že fyziologický porod vede vždy lékař. Otázka zahrnuje 200 odpovědí dotazovaných žen.

Výzkumný problém: Jaké znalosti mají ženy o epiziotomii?

Otázka č. 20, 21, 28

Otázky zpracované v cíli č. 1, viz graf. č. 4, 5, 9

Cíl 6: Zanalyzovat úroveň znalostí o bondingu.

Výzkumný problém: Znají ženy pojem bonding?

Otázky č. 24, 29

Otázky zpracované v cíli č. 1, viz graf č. 7, 10

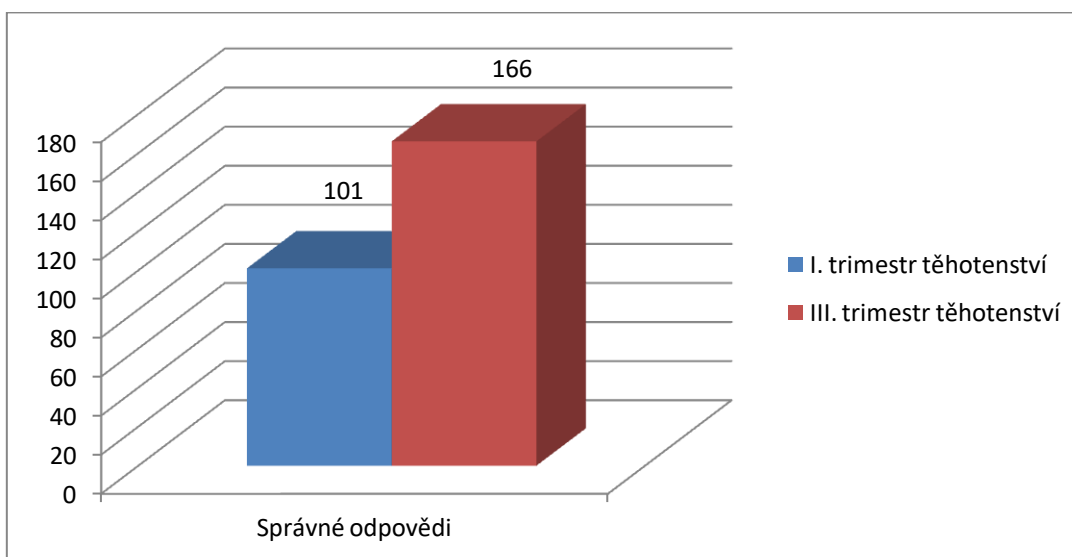
Cíl 7: Zaměřit se na porovnání znalostí žen o průběhu porodu v I. a III. trimestru těhotenství.

Výzkumný problém: Budou znalosti žen v I. a III. trimestru rozdílné?

Otázka č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24,
25, 26, 27, 28, 29, 30

Otázka č. 15 – **Znáte přirozené metody tlumení porodních bolestí? (Pokud ano, vypište.)**

Graf č. 31 – Nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí



Znalosti žen nacházejících se v I. a ve III. trimestru těhotenství byla ve 29 otázkách shodná s minimálními rozdíly. Pouze u otázky č. 15, která se zaměřovala na znalosti žen nefarmakologických metod tlumení porodních bolestí, byly výsledky odlišné. U této otázky měly ženy možnost volné odpovědi. 200 dotazovaných žen vytvořilo celkem 371 odpovědí, z kterých bylo 267 správných, 28 nesprávných a 76 žen žádné přirozené metody neznaly. Ukázalo se, že ženy v I. trimestru těhotenství znají méně možností přirozených metod tlumení porodních bolestí, než ženy ve III. trimestru těhotenství.

9 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Cíl 1: Zjistit, zda má vzdělání a věk žen vliv na znalosti o průběhu porodu.

Výzkumný problém: Znalí ženy definice pojmů související s porodem? Ovlivňuje tyto znalosti jejich věk a vzdělání?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 1, 2, 13, 20, 21, 23, 24, 27, 28, 29.

Ženy mají určité mezery, co se týče znalostí pojmů související s porodem. Velká skupina žen z 200 dotazovaných neví, co znamená pojem klyzma, epiziotomie a bonding. Přesněji pojem klyzma nezná 78 žen (39 %), pojem epiziotomie až 110 žen (55 %) a pojem bonding 75 žen (38 %). Pojem kardiokografie i jeho využití ženy znají a to 175 žen (87 %). Ženy jsou dobře informované o provedení nástřihu hráze. 194 žen (97 %) ví, že se nástřih hráze neprovádí při každém porodu. A 173 žen (87 %) si je vědoma skutečnosti, že se nástřih hráze provádí v případě, kdy hrozí roztržení hráze. Ženy jsou také dobře informované o důležitosti bondingu. Pro 191 žen (95 %) je důležitý bezprostřední kontakt s dítětem po porodu. Pro ženy je bonding důležitý především z důvodu vzniku vazby mezi matkou a dítětem. Tuto možnost do svých odpovědí zahrnulo 85 žen (43 %) a jednalo se o nejčastěji zvolenou odpověď z celkového počtu odpovědí 297.

Znalosti žen o definicích pojmů souvisejících s porodem, jako je klyzma, epiziotomie a bonding, jsou ovlivněny jejich věkem a dosaženým vzděláním. Co se týče věku, nejvíce znalostí o definicích pojmů, které souvisejí s porodem, mají ženy ve věku 31 – 40 let, kterých je celkem 26 z 200 dotazovaných a v 83 % uvedly správné odpovědi. Nejméně znalostí o pojmech souvisejících s porodem mají ženy, kterým je méně než 20 let a je jich 14 z celkového počtu 200 dotazovaných. Tyto ženy měly správné odpovědi v 67 %. Z hlediska vzdělání mají nejlepší znalosti o těchto pojmech ženy s vyšším odborným vzděláním a nejhorší znalosti ženy se základním vzděláním. Počet žen s vyšším odborným vzděláním odpovídá 15 ženám, které v 91 % uvedly správné odpovědi. Žen se základním vzděláním je celkem 23 a tyto ženy měly správné odpovědi v 71 %.

Cíl 2: Zmapovat znalosti žen o předporodní přípravě.

Výzkumný problém: V jakém rozsahu se ženy zajímají o předporodní přípravu a porodní plán?

K tomuto výzkumnému problému se vztahují otázky č. 3, 4, 5, 6, 7.

Pomocí těchto otázek jsem se dozvěděla, že těhotné ženy se příliš nezajímají o předporodní přípravu. Pouze malá skupina žen v I. trimestru těhotenství uvedla, že plánuje využít možnost předporodní přípravy a to pouze 33 žen ze 100 dotazovaných. 48 žen účast na předporodní přípravě neplánovala a dalších 19 těhotných žen ještě nebyla rozhodnuta, zda využijí předporodní přípravu. Většina žen ve III. trimestru těhotenství přesněji 69 žen ze 100 uvedla, že možnost předporodní přípravy nevyužila. Pouze 31 žen se zúčastnilo předporodní přípravy. Otázka č. 4 také potvrzuje neznalost žen o předporodní přípravě. Pouze 81 žen (40 %) z 200 dotazovaných si myslí, že předporodní příprava má vliv na průběh porodu. Ovšem znalosti o porodním plánu těhotné ženy mají. 181 žen (90 %) z 200 oslovených ví o možnosti porodního plánu. A 188 žen (94 %) ví, co je porodní plán.

Cíl 3: Charakterizovat úroveň znalostí žen o začátku porodu.

Výzkumný problém: Ví ženy, jak poznají začátek porodu?

Tento výzkumný problém zahrnuje otázky č. 8, 9, 10, 11.

Ženy ví, jak poznají začátek porodu. Většina žen zná okolnosti, za jakých je vhodný čas vyrazit do porodnice a to 148 žen (74 %) z 200 dotazovaných. A také mají dostatek znalostí o začátku porodu. Tedy 164 žen (82 %) si je vědoma skutečnosti, že porod začíná odtokem plodové vody a děložními kontrakcemi. Téměř všechny dotazované ženy, také znají falešné známky počínajícího porodu. 193 žen (96 %) ví, že poslíčci jsou označení pro falešné známky počínajícího porodu.

Ženy ovšem nemají dostatečné znalosti o dobách porodních. Až 175 žen (88 %) z celkového počtu 200 neví, že se porod skládá ze 4 dob porodních. Nejčastěji ženy znají pouze 3 doby porodní, a to v počtu 114 žen (57 %). Pouze 25 žen (12 %) ví, že se porod skládá ze 4 dob porodních.

Cíl 4: Charakterizovat úroveň vědomostí žen o I. době porodní.

Výzkumný problém: V jakém rozsahu jsou ženy informované o I. době porodní?

Výzkumný problém se zabývá otázkami č. 12, 13, 14, 15, 16.

Lze říci, že těhotné ženy nejsou dostatečně informované o I. době porodní. Nachází se zde velká skupina žen, která nezná význam polohy rodičky v této době porodní, nezná

význam pojmu klyzma a ani důvody jeho provedení. Přesněji 61 žen (31 %) nezná význam polohy rodičky v I. době porodní. Pojem klyzma nezná 78 žen (39 %) a 69 žen (35 %) neví, proč se klyzma provádí.

Některé ženy nemají ani příliš znalostí o možnostech tlumení porodních bolestí. 76 žen (38 %) uvedlo, že nezná žádnou nefarmakologickou metodu tlumení porodních bolestí. A 50 žen (25 %) uvedlo, že nezná žádnou z farmakologických metod tlumení porodních bolestí. Pro některé ženy je také obtížné rozdělit možnosti tlumení porodních bolestí do farmakologických a nefarmakologických metod. U otázky, zda ženy znají nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí, 200 dotazovaných žen vytvořilo celkem 371 odpovědí, z kterých 267 odpovědí (72 %) uvádí správné možnosti nefarmakologických metod tlumení porodních bolestí. A ve zbylých 104 odpovědích (28 %) jsou zahrnuty odpovědi nesprávné a odpovědi, v kterých ženy sdělují svou neznalost. U otázky vztahující se na znalosti žen o farmakologických metodách tlumení porodních bolestí 200 žen vytvořilo celkem 293 odpovědí. Z tohoto celkového počtu odpovědí se jedná o 222 odpovědí (76 %) správných a o 71 odpovědí (24 %) nesprávných a zahrnujících také odpovědi „neznám“.

Cíl 5: Charakterizovat úroveň vědomostí žen o II. době porodní.

Výzkumný problém: V jakém rozsahu jsou ženy informované o II. době porodní?

Výzkumný problém obsahuje otázky č. 17, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 26, 28, 30.

Těhotné ženy jsou dostatečně informované o II. době porodní. Až 192 žen (96 %) z celkových 200 dotazovaných zná význam velkého tlaku na konečník během porodu, který je jeho součástí. 169 žen (85 %) z 200 zná skutečnost, že žena musí být otevřená na 10 cm, aby mohla začít rodit. Ženy jsou také dobře informované o nástřihu hráze. Pro většinu žen a to 194 (97 %) je známé, že se nástřih hráze neprovádí při každém porodu. A že indikací k jeho provedení je situace, kdy hrozí roztržení hráze, ví 173 žen (87 %). 173 žen (86 %) si je vědoma skutečnosti, že pohlaví plodu nemá žádný vliv na délku porodu. Znalosti o hlavní funkci placenty má 186 těhotných žen (93 %) z celkového počtu 200. Ženy jsou také dobře informované o konci porodu a 186 respondentek z 200 oslovených ví, že porod končí porodem placenty. A také velká skupina žen a to 151 (76 %) ví, že fyziologický porod může vést lékař nebo porodní asistentka.

Jsou také určité oblasti, kde těhotné ženy znalosti postrádají. Přesněji 113 žen (57 %) neví, že se II. doba porodní nazývá jako vypuzovací. A velká skupina žen nezná pojem epiziotomie a to přesně 110 žen (55 %) z 200 odpovídajících. Zdá se, že se ženy zabývají informacemi o II. době porodní, ale nezabývají se terminologií, která s ní souvisí.

Výzkumný problém: Jaké znalosti mají ženy o epiziotomii?

Tento výzkumný problém zastupují otázky č. 20, 21, 28.

Ženy jsou dobře informované o nástřihu hráze. 194 žen (97 %) si je vědoma skutečnosti, že se nástřih hráze neprovádí při každém porodu. A 173 žen (87 %) z 200 dotazovaných ví, že se nástřih hráze provádí v případě, kdy hrozí roztržení hráze. Těhotné ženy nejsou ovšem tak dobře informované o terminologii související s nástřihem hráze. Pouze 90 žen (45 %) z 200 ví, že pojem epiziotomie představuje nástřih hráze.

Cíl 6: Zanalyzovat úroveň znalostí o bondingu.

Výzkumný problém: Znají ženy pojem bonding?

Výzkumným problémem se zabývají otázky č. 24, 29.

Ženy mají dobré znalosti o tom, proč je bezprostřední kontakt s dítětem po porodu důležitý. Ženy vytvořily celkem 297 odpovědí na důležitost bezprostředního kontaktu s dítětem po porodu. Nejvíce zmíněnou odpovědí 85 ženami (43 %) z celkových 200 je vazba, která se tvoří mezi matkou a dítětem. Pouze pro 2 ženy (1 %) není bezprostřední kontakt s dítětem důležitý, protože upřednostňují péči lékařů. Ovšem nemalá skupina žen neví, že bezprostřední kontakt s dítětem po porodu se nazývá také bonding. Toto spojení nezná 75 žen (38 %) z 200 dotazovaných.

Cíl 7: Zaměřit se na porovnání znalostí žen o průběhu porodu v I. a III. trimestru těhotenství.

Výzkumný problém: Budou znalosti žen v I. a III. trimestru rozdílné?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30.

Otázka č. 1 udává věk dotazovaných žen. Počet jednotlivých odpovědí je zcela shodný v obou trimestrech těhotenství. V I. trimestru těhotenství se jedná nejvíce o ženy ve věku 21 – 30 let a také ve stejném počtu se jedná i o ženy ve III. trimestru těhotenství.

V otázce č. 2 ženy udávaly jejich nejvyšší dosažené vzdělání. V obou trimestrech těhotenství převažují ženy se středoškolským vzděláním s maturitou.

Z otázky č. 3 jsem se chtěla dozvědět, zda ženy v I. trimestru těhotenství plánují využít možnost předporodní přípravy. A zda ženy ve III. trimestru těhotenství využily možnost předporodní přípravy. Nejvíce žen a to 48 ze 100 dotazovaných žen I. trimestru těhotenství uvedlo, že neplánují využít předporodní přípravu. Stejně tak většina žen III. trimestru těhotenství uvedla, že předporodní přípravu nevyužila až 69 žen ze 100.

V otázce č. 4 jsem se dotazovala žen, zda si myslí, že má předporodní příprava vliv na porod. V obou trimestrech bylo nejčastěji zodpovězeno, že vliv na průběh porodu má.

Otázka č. 5 analyzuje znalosti žen o možnosti přípravy porodního plánu. V obou trimestrech těhotenství převažují ženy, které o této možnosti ví.

Otázka č. 6 je zaměřena na znalosti žen o porodním plánu. V I. i ve III. trimestru těhotenství téměř většina žen ví, co porodní plán znamená.

V otázce č. 7 jsem se dotazovala žen, zda ví, kolik osob mohou mít u porodu. V obou případech více jak polovina žen zvolila odpověď 1 osobu.

Otázka č. 8 pojednává o tom, za jakých okolností má žena vyrazit do porodnice. V obou případech více jak polovina žen zvolila možnost při pravidelných kontrakcích po 5 minutách, krvácení a odtoku plodové vody.

9. otázkou jsem chtěla zjistit, zda ženy ví, kolik dob porodních má porod. Ženy I. i III. trimestru těhotenství si nejvíce myslí, že se porod skládá z 3. dob porodních.

Otázka č. 10 objasňuje znalosti žen o falešných známkách počínajícího porodu. V obou případech se nachází pouze malá skupina žen, které tyto známky neznají. Téměř všichni z dotazovaných obou trimestrů těhotenství znají poslíčky jako falešné známky počínajícího porodu.

V otázce č. 11 ženy v I. i ve III. trimestru těhotenství ví, jak se pozná začátek porodu. V obou skupinách žen to ví více jak třičtvrtě dotazovaných.

Ve 12. otázce jsem se snažila přijít na informovanost žen o významu polohy rodičky v I. době porodní. V obou trimestrech těhotenství více jak polovina žen věděla, že pomáhá miminku vstupovat do porodních cest.

13. otázka odhaluje znalosti žen o pojmu klyzma. Většina žen na začátku i na konci těhotenství ví, co pojem klyzma znamená.

Zaměření otázky č. 14 se týká znalostí žen týkajících se provedení klyzmatu. Faktu, že vyprázdněná střeva umožňují sestup hlavičky do porodních cest, si je vědoma více jak polovina žen v I. i ve III. trimestru těhotenství.

V 15. otázce jsem zjišťovala, jaké přirozené metody tlumení porodních bolestí ženy znají. Za nejčastější odpověď žen nacházejících se v I. trimestru těhotenství byla odpověď „neznám“. U žen ve III. trimestru těhotenství se nejvíce objevila odpověď „vodní lázeň“.

Z otázky č. 16 jsem se chtěla dozvědět, jaké farmakologické metody tlumení porodních bolestí ženy znají. Ženy v I. i ve III. trimestru těhotenství nejvíce znají epidurál.

Otázka č. 17 ověřuje znalosti žen o 2. době porodní. Nejčastěji zvolená odpověď byla správná, a to v obou trimestrech těhotenství. Ovšem i přesto, že se nejčastěji jednalo o správnou odpověď, v obou skupinách těhotných žen správně odpověděla méně než polovina dotazovaných.

U otázky č. 18 jsem chtěla objasnit vědomosti žen souvisejících s tlakem na konečník během porodu. V obou trimestrech těhotenství téměř všechny ženy věděly, že je součástí průběhu porodu a jedná se o tlak sestupující hlavičky. Pouze malá skupina žen nevěděla, co tento děj znamená.

Otázka č. 19 zjišťuje, zda ženy ví, na kolik cm musí být žena otevřená, aby mohla začít rodit. Většina žen ví, že žena musí být otevřená na 10 cm a to v obou skupinách žen.

20. otázkou jsem chtěla zjistit, jestli si ženy myslí, že se nástřih hráze provádí při každém porodu. Většina dotazovaných žen I. i III. trimestru těhotenství je obeznámená s faktem, že se nástřih hráze při každém porodu neprovádí.

V otázce č. 21 mnoho žen v I. i ve III. trimestru těhotenství uvedlo správnou odpověď. A to, že se nástřih hráze provádí v případě, kdy hrozí roztržení hráze.

Otázka č. 22 pojednává o tom, zda pohlaví plodu ovlivňuje délku porodu. V obou trimestrech těhotenství nejvíce žen vědělo, že pohlaví plodu neovlivňuje délku porodu.

Ve 23. otázce jsem se chtěla dozvědět, zda si ženy myslí, že je důležitý bezprostřední kontakt s dítětem po porodu. Nejčastější odpovědi žen I. i III. trimestru bylo, že důležitý je.

24. otázkou jsem si chtěla objasnit, proč si ženy myslí, že je nebo není důležitý bezprostřední kontakt s dítětem po porodu. Nejfrekventovanější odpovědi bylo, že je důležitý kvůli vzniku vazby mezi matkou a dítětem.

Ve 25. otázce jsem se snažila zmapovat informovanost žen o hlavní funkci placenty. Hlavní funkcí placenty je, že dodává miminku kyslík a výživu. Takto odpověděla většina žen I. a III. trimestru těhotenství.

Ve 26. otázce jsem se chtěla dozvědět, jestli ženy ví, že porod končí porodem placenty. Mnoho žen v I. i ve III. trimestru těhotenství si jsou touto skutečností vědomy.

27. otázka pojednává o znalosti žen kardiokografie. Většina dotazovaných žen nacházejících se v I. a ve III. trimestru těhotenství ví, že slouží k měření srdeční frekvence plodu a děložních kontrakcí.

Otázka č. 28 se zaměřuje na to, zda se ženy zajímají o terminologii související s nástřihem hráze. Nejčastěji zvolená odpověď žen v I. i ve III. trimestru těhotenství byla správná a to, že pojem epiziotomie pojednává o nástřihu hráze. I přesto, že se jednalo o nejčastěji zvolenou odpověď, která byla správná. Tento pojem zná méně jak polovina žen.

Otázkou č. 29 jsem se chtěla dozvědět znalosti žen o termínu bonding. Více jak polovina žen ví, co pojem bonding znamená, a to v obou skupinách těhotných žen.

30. otázka je zaměřena na znalosti žen o tom, kdo je oprávněn k vedení fyziologického porodu. Většina žen nacházejících se v I. i ve III. trimestru těhotenství si je vědoma, že oprávnění vést fyziologický porod má lékař nebo porodní asistentka.

Rozdíly znalostí žen v I. a ve III. trimestru těhotenství jsou minimální. Největší rozdíly ve znalostech žen se nacházely u možností nefarmakologických metod tlumení porodních bolestí. Kde byla větší znalost žen ve III. trimestru těhotenství. Ženy v I. trimestru těhotenství vytvořily celkem 157 odpovědí, z kterých je 101 odpovědí (64 %) správných, 11 odpovědí (7 %) špatných a 45 odpovědí (29 %) odpovídá neznalosti žen.

Zatímco ženy ve III. trimestru těhotenství vytvořily dohromady 214 odpovědí, z kterých je 166 odpovědí (78 %) správných, 17 odpovědí špatných (8 %) a 31 odpovědí (14 %) odpovídá neznalosti žen.

10 DISKUZE

Tato bakalářská práce se zaměřuje na znalosti žen o průběhu porodu. Přesněji na znalosti žen, které budou rodit poprvé. Bakalářská práce zjišťuje, jak se ženy připravují na porod. Proto jsme si jako cílovou skupinu zvolili těhotné ženy v I. a ve III. trimestru těhotenství, abychom mohly porovnat znalosti žen na začátku těhotenství a na jeho konci. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak jsou ženy informované o průběhu porodu. Protože porod patří mezi náročné životní situace ženy, je zapotřebí, aby na něj byly připraveny. Ke zjištění znalostí žen o porodu jsme zvolili polostrukturovaný dotazník, pomocí kterého jsme získali potřebné informace. Oslovili jsme velkou skupinu těhotných žen pomocí facebookových stránek a gynekologické ordinace v Žatci. Získali jsme tak odpovědi od těhotných žen z různých míst v České republice. V bakalářské práci jsme si stanovili 7 dílčích cílů a 8 výzkumných problémů.

V prvním cíli jsme chtěli zjistit, jestli má vzdělání a věk žen vliv na znalosti o průběhu porodu. K tomuto cíli se vztahuje výzkumný problém, zda ženy znají definice pojmů souvisejících s porodem a jsou-li tyto znalosti ovlivněny jejich věkem a vzděláním. Z demografických údajů vyplývá, že se převážně jedná o dotazované ženy ve věku 21 – 30 let. Další nejhojnější skupinou jsou ženy ve věku 31 – 40 let. Což potvrzuje fakt, že se v dnešní době zvyšuje věk žen, které jsou poprvé těhotné. Hudáková a Kopáčiková (2017, s. 43) uvádí, že v minulém století byly ženy poprvé těhotné nejčastěji již před dosažením věku 20 let. Dále z demografických údajů vyplývá, že se jedná převážně o dotazované ženy se středoškolským vzděláním s maturitou. Gregora a Velemínský (2017, s. 12) uvádí že, v dnešní době mají mladé ženy více možností než dříve a toho také využívají. Dávají přednost cestování, vzdělání, budování kariéry, finančnímu zajištění a postavení se na vlastní nohy. Tuto skutečnost nám potvrdily dotazované ženy, které jsou poprvé těhotné.

Většina žen zná pojmy související s porodem. Ovšem je tu i skupina žen, která tyto pojmy nezná. Pojmy jako jsou klyzma, epiziotomie a bonding. Klyzma nezná 1/3 dotazovaných žen. Pojem epiziotomie nezná více jak polovina žen a význam slova bonding neumí vysvětlit 1/3 dotazovaných žen. Dana Kostková (2013, s. 53) se ve svém výzkumu dotazovala žen, zda ví co je to pojem klyzma neboli klystýr. Většina žen pojem klyzma znalo, ale známější pro ně byl spíše pojem klystýr. To může být jeden z důvodů, proč dotazované ženy nevěděly, co pojem klyzma znamená. Znalosti žen o těchto definicích pojmů souvisejících s porodem, jsou ovlivněny jejich věkem a dosaženým

vzděláním. Nejvíce znalostí o pojmech souvisejících s porodem mají ženy ve věku 31 – 40 let a ženy s vyšším odborným vzděláním. Výsledky práce odpovídají tomu, že se ženy nezajímají o terminologii související s porodem. Pro ženy však není důležité znát terminologii, která s porodem souvisí. Je důležité, aby věděly, co se během porodu odehrává, jaké se provádí intervence, znát jejich význam a možnosti volby.

V druhém cíli jsme chtěli zmapovat znalosti žen o předporodní přípravě. Pomocí otázek zaměřujících se na předporodní přípravu jsme se dozvěděli, že se o ni těhotné ženy příliš nezajímají. Pouze malá skupina žen v I. trimestru těhotenství plánovala využití předporodní přípravy. A také pouze malá skupina žen ve III. trimestru těhotenství uvedla, že se předporodní přípravě zúčastnila. Většina dotazovaných žen si myslí, že předporodní příprava nemá vliv na průběh porodu. Bašková (2015, s. 32) uvádí že, předporodní příprava pomáhá připravit ženy na porod. Rodičkám pomáhá k pozitivnímu naladění a získávají díky ní co nejvíce informací, vědomostí a praktických návyků, které jim pomohou lépe zvládnout porod. A ženy si také osvojí dovednosti, díky kterým dojde ke zmírnění porodních bolestí. Hanáková a kolektiv (2015, s. 129) uvádí, že těhotné ženy, které se zúčastnily předporodních kurzů, jsou lépe připraveny a na porodním sále se cítí příjemněji. Ženy také lépe spolupracují a ulehčují si tím porod. Ovšem porodní plán je pro těhotné ženy více známý. Většina z dotazovaných žen ví o možnosti porodního plánu, a co porodní plán znamená. Vědomosti žen o porodním plánu jsou v dnešní době větší než v roce 2014, kdy se Adéla Zoubková (2014, s. 55) ve své práci také dotazovala žen na znalosti o porodním plánu.

Třetí cíl sloužil ke zjištění úrovně znalostí těhotných žen o začátku porodu. Ukázalo se, že ženy jsou o začátku porodu dobře informované. Ví, co začátek porodu obnáší a jaké jsou falešné známky počínajícího porodu. Zdá se, že poslíčci jsou v dnešní době pro ženy známé. Fenwick (2012, s. 56) uvádí, že pokud se těhotné ženy dobře připraví na porod, budou tak vědět, co se děje s jejich tělem v každé fázi porodu. A díky tomu se budou cítit jistější. Ženy by se před porodem měly seznámit s jeho průběhem a zjistit tak, z jakých částí se skládá a co jednotlivé části porodu obnáší. Z výsledků naší práce vychází, že ženy nejsou dobře informované o dobách porodních. Většina žen neví, že se porod skládá ze 4 dob porodních.

V dalším cíli jsme se zaměřili na vědomosti žen o I. době porodní. Z našeho výzkumu jsme se dozvěděli, že těhotné ženy postrádají informace o I. době porodní. Velká

skupina dotazovaných žen nezná význam polohy rodičky v I. době porodní a výkony prováděné v této době porodní. Ženám chybí znalosti o pojmu klyzma. Určitá skupina žen postrádá znalosti o možnostech tlumení porodních bolestí. A pro některé ženy je také obtížné odlišit farmakologické a nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí. Z výzkumu bakalářské práce studentky Sikorové (2010, s. 72) vychází, že 21 % žen neznalo nefarmakologické metody tlumení porodních bolestí v době příchodu na porodní sál. O něco větší procento žen v našem výzkumu také nezná tyto možnosti a je dost pravděpodobné, že v době příchodu žen na porodní sál dojde ke stejné procentuální části neznalosti žen. Hanáková a kolektiv (2015, s. 146) uvádí, že jsou ženám při porodu nabízeny možnosti ke snížení vnímání bolesti. A z tohoto důvodu by ženy měly mít představu o metodách tlumení porodních bolestí, aby případně věděly, jakou metodu si zvolí. Z našeho výzkumu vyplývá, že mezi nejznámější metody nefarmakologického tlumení porodních bolestí patří hydroanalgezie. A nejznámější metoda farmakologického tlumení porodních bolestí je pro ženy epidurální analgezie. Karbanová (2013, s. 60) prezentuje shodné výsledky, kde je pro ženy také nejznámější farmakologická metoda epidurální analgezie. Dalo by se zde však diskutovat nad výsledky, jelikož v naší práci jsou zahrnovány pouze prvorodičky, a jednalo se o otázku s otevřenou odpovědí. Zatímco ve výzkumu studentky Karbanové jsou zahrnuty prvorodičky i vícero-dičky, a jednalo se o otázku polootevřenou.

Cíl číslo pět charakterizuje úroveň vědomostí žen o II. době porodní. Z našeho výzkumu vyplývá, že jsou těhotné ženy dobře informované o II. době porodní. Většina žen zná význam velkého tlaku na konečník během porodu a také ví, na kolik cm musí být žena otevřená, aby mohla začít rodit. Ženy jsou také dobře informované o nástřihu hráze. Ví, že se nástřih hráze nedělá při každém porodu a také znají okolnosti k jeho provedení. Dušová a kolektiv (2019, s. 78) uvádí, že informovanost žen o epiziotomii již na začátku těhotenství je vhodná z důvodu včasných znalostí o možné profylaxi před porodním poraněním. Například znalosti o Aniballu, který používají především prvorodičky. Ženy si jsou také vědomy skutečnosti, že pohlaví plodu neovlivňuje délku porodu. Jsou obeznámeny s hlavní funkcí placenty, čím končí porod a kdo je oprávněn vést fyziologický porod. Postrádají však znalosti o terminologii související s porodem. Těhotné ženy neznají pojem epiziotomie a neví, že se II. doba porodní nazývá také vypuzovací. Z našeho výzkumu vyplývá, že se těhotné ženy zabývají informacemi o II. době porodní, ale nezabývají se terminologií, která s ní souvisí. Pro ženy ovšem není důležité znát

terminologii, která souvisí s II. dobou porodní. Ale je pro ně nezbytné, aby věděly, co je v této době porodní čeká, jaké tu probíhají intervence a jaké jsou možnosti.

Další cíl se zaměřoval na znalosti žen o bondingu. Mrowetz, Chrastilová a Antalová (2011, s. 242 – 243) uvádí, že už od počátku věků měly ženy potřebu mít své dítě nablízku a to již těsně po porodu. Dítě je tak v teple a cítí se v bezpečí. Dnes také víme, že se jedná o tělesnou a emoční potřebu matky i dítěte. V případě oddělení dítěte od matky může škodlivě ovlivnit jejich vztah a úspěšnost kojení. Díky bezprostřednímu kontaktu dítěte s matkou po porodu, si dítě lépe udrží tělesnou teplotu, méně pláče a dochází ke snazšímu spuštění laktace. Žena se učí být matkou a rozpoznávat potřeby svého miminka. Pomocí bondingu mezi nimi vzniká spojení, které trvá celý život. Z našeho výzkumu se ukázalo, že se těhotné ženy zajímají o bezprostřední kontakt s dítětem po porodu. Pro většinu žen, je bezprostřední kontakt s dítětem po porodu důležitý. Nejčastěji zmíněnou odpovědí na důležitost bondingu je vazba, která se tvoří mezi matkou a dítětem. Tato odpověď byla také nejčastější ve výzkumu Martiny Pokojové (2017, s. 57), kde měly ženy slovně napsat, co slovo bonding znamená. Z jejího výzkumu také vyplývá, že znalosti o pojmu bonding udává 70 % žen. V našem výzkumu pojem bonding zná pouze 62 % žen. Je dost pravděpodobné, že se dnes ženy významem tohoto pojmu zabývají o něco méně.

Poslední cíl sloužil k porovnání znalostí žen v I. a ve III. trimestru těhotenství o průběhu porodu. Výsledky výzkumu ukázaly, že rozdíly ve znalostech žen na začátku a na konci těhotenství jsou minimální.

Doporučení pro praxi

Na základě výsledků praktické části bakalářské práce bychom navrhovali některá doporučení. Zvýšit informovanost žen o významu předporodní přípravy. Bylo by vhodné, kdyby v prenatalních poradnách při vystavení těhotenské průkazky byl ženám vysvětlen význam předporodní přípravy. U žen by také došlo ke zvýšení informovanosti o průběhu porodu, což by mohlo vést k snazšímu průběhu porodu. Bylo by také vhodné zaměřit se na informovanost žen o metodách tlumení porodních bolestí. Tyto důležité informace by ženy získaly pomocí předporodní přípravy. Vypracovali jsme proto edukační leták, který má informovat ženy o významu předporodní přípravy. A zároveň je přesvědčit o využití této možnosti.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá informovaností žen o průběhu porodu. Teoretická část je rozdělena do dvou kapitol. První kapitola je zaměřena na definici porodu, jeho klasifikaci a předporodní přípravu. Význam psychofyzické přípravy na porod a jejího obsahu. Druhá kapitola podrobně popisuje průběhu porodu. Falešné známky počínajícího porodu, začátek porodu a za jakých okolností je vhodný čas vyrazit do porodnice. Jak probíhá příjem rodičky na porodní sál. Charakterizuje jednotlivé doby porodní a jejich intervence. Jaká je příprava během I. doby porodní a informace o stravování během porodu. Možné polohy v I. a II. době porodní. Metody tlumení porodních bolestí. Vysvětluje pojem epiziotomie a indikace k jejímu provedení. Tato kapitola také popisuje bonding, jeho význam a výhody. Zmiňuje se i o možnosti doprovodu u porodu. Popisuje placentu a její funkci. Závěr této kapitoly je zaměřen na oprávnění osob k vedení porodu.

Informace v praktické části jsou získané pomocí dotazníkového šetření. Výzkum se zaměřuje pouze na těhotné ženy, které budou rodit poprvé. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit informovanost žen o průběhu porodu. Překvapil nás výsledek našeho šetření. Předpokládali jsme, že těhotné ženy budou o průběhu porodu informované v menším měřítku. I přes značnou informovanost žen, lze shledávat nedostatečnou informovanost o průběhu porodu. Z tohoto důvodu jsme vytvořili edukační leták, který by měl ženám objasnit, proč je předporodní příprava důležitá. A co se díky ní ženy naučí.

Jsme rádi, že jsme si pro zpracování bakalářské práce zvolili toto téma. Rádi bychom své získané výsledky využili také v praxi a zaměřili se na nedostatky informovanosti těhotných žen o průběhu porodu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knižní zdroje

1. BAŠKOVÁ, Martina. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5361-4.
2. BEHINOVÁ, Markéta. *Nová velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let*. 3. vyd. Praha: Mladá fronta, 2012. Maminka (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-2816-5.
3. DUŠOVÁ, Bohdana, HERMANNOVÁ, Martina, JANÍKOVÁ, Eva a SALOŇOVÁ, Radka. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0836-7.
4. FENWICK, Elizabeth. *Velká kniha o matce a dítěti*. Přeložila Michaela PONOCNÁ. Praha: Ikar, 2012. ISBN 978-80-249-1913-3.
5. FEYEREISL, Jaroslav a KŘEPELKA, Petr. *Naše dítě: než se narodí... až se narodí*. Praha: Ottovo nakladatelství, 2015. ISBN 978-80-7451-456-2.
6. GREGORA, Martin a VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Čekáme děťátko*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3781-2.
7. GREGORA, Martin a VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Těhotenství a mateřství: nová česká kniha*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5579-3.
8. HÁJEK, Zdeněk, ČECH, Evžen, MARŠÁL, Karel a kol. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
9. HANÁKOVÁ, Taťána, CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, Magdalena a VOLNÁ, Pavla. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. aktualizované vydání. Brno: CPress, 2015. ISBN 978-80-264-0755-3.
10. HUDÁKOVÁ, Zuzana a KOPÁČIKOVÁ, Mária. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0274-7.
11. CHMEL, Roman. *Otázky a odpovědi o porodu*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2008. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2142-2.

12. MANDER, Rosemary. *Těhotenství, porod a bolest: [základní problematika pro porodní asistentky a budoucí matky]*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-810-8.
13. MORAVCOVÁ, Markéta a PETRŽÍLKOVÁ, Helena. *Základy péče v porodní asistenci I.: péče porodní asistentky o ženu v průběhu těhotenství a fyziologického porodu : péče porodní asistentky o ženu v průběhu fyziologického šestinedělí : péče porodní asistentky o fyziologického novorozence*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce, 2018. ISBN 978-80-7560-132-2.
14. MROWETZ, Michaela, CHRASTILOVÁ, Gauri a ANTALOVÁ, Ivana. *Bonding - porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. Praha: DharmaGaia, 2011. Šťastné dítě (DharmaGaia). ISBN 978-80-7436-014-5.
15. MURKOFF, Heidi Eisenberg, EISENBERG, Arlene a HATHAWAY, Sandee Eisenberg. *Co čekat v radostném očekávání*. Přeložil Jarmila KANTOVÁ, přeložil Jiří KANT. V Praze: Slovart, 2012. ISBN 978-80-7391-626-8.
16. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-215-2.
17. PROCHÁZKA, Martin, PILKA, Radovan, BUBENÍKOVÁ, Štěpánka a kol. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED - Olomouc, 2016. ISBN 978-80-906280-0-7.
18. WEISS, Robin Elise a PIETRANTONI, Marcello. *Těhotenství krok za krokem: průvodce těhotenstvím od prvních dnů do porodu*. Praha: Fortuna Libri, 2010. ISBN 978-80-7321-518-7.

Internetové zdroje

19. PHELPS, Karen, DEAVERS, Justin, SEEHUSEN, Dean A. a STEVERMER, James J. *Let low-risk moms eat during labor?* Journal of Family Practice. 2018, vol. 67 (6), s. 379-380. ISSN 00943509.

20. ČGPS ČLS JEP. Poterminové těhotenství. *Perinatologie*. [online]. 2019. [cit. 05.11.2019]. Dostupné také z: <https://www.perinatologie.eu/wp-content/uploads/2019/04/2019-02-poterminove-tehotenstvi-dp-cgps-cls-jep-revize.pdf>
21. MĚCHUROVÁ A., VELEBIL P., JANKŮ P., HRUBAN L., Interpretace intrapartálního fetálního kardiokogramu – FIGO 2015. *Lekaridnes*. [online]. 2016. [cit. 20.11.2019]. Dostupné také z: <https://www.lekaridnes.cz/wp-content/uploads/2016/08/p-2016-interpretace-intrapartalnihofetalnihokardiokogramufigo2015.pdf>
22. MROWETZ, Michaela, PEREMSKÁ, Marcela. Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma – chiméra, či realita budoucnosti? *Pediatricpropraxi*. [online]. 2013. [cit. 25.02.2020]. Dostupné také z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2013/03/17.pdf>
23. WHO. WHO recommendations for the preventiv and treatment of postpartum haemorrhage. [online]. 2012, s. 41. [cit. 02.03.2020]. Dostupné také z: https://www.apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502_eng.pdf?sequence=1
24. KOSTKOVÁ, Dana. *Klyzma v první době porodní*. České Budějovice, 2013. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Mária Boledovičová, Ph. D.
25. ZOUBKOVÁ, Adéla. *Úroveň znalostí žen o těhotenství, porodu a šestinedělí*. Jihlava, 2014. Bakalářská práce. Vysoká škola Polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Blanka Krovová.
26. SIKOROVÁ, Lenka. *Porodní bolest jako fenomén doprovázející porod (ovlivnění porodní bolesti pomocí nefarmakologických metod)*. Zlín, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Ivana Horáková.

27. KARBANOVÁ, Jana. *Postoj těhotných žen k bolesti při porodu*. Pardubice, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Vendula Mikšovská.
28. POKOJOVÁ, Martina. *Bonding na porodním sále*. Plzeň, 2017. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Kristina Janoušková.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník I. trimestr

Příloha č. 2 – Dotazník III. trimestr

Příloha č. 3 – Informovaný souhlas

Příloha č. 4 – Edukační leták

Příloha č. 1 - Dotazník I. trimestr

Vážené budoucí maminky,

jmenuji se Petra Kodešová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistentka na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Píši bakalářskou práci na téma: „Informovanost žen o průběhu porodu“.

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Podmínkou pro vyplnění jsou určitá kritéria. Dotazník je určen pouze pro ženy, které ještě nerodily a zároveň jsou v I. trimestru těhotenství, což znamená do 12. týdne těhotenství.

Dotazník obsahuje celkem 30 otázek a je zcela anonymní. Cílem je zjistit, jak moc jsou ženy informované o porodu. Důležité je vyplnit otázky pravdivě, vybrat pouze jednu odpověď a u otevřených otázek vpsat vše, co víte.

Předem Vám děkuji za Vaši ochotu a čas.

1. Kolik je Vám let?

- a) Méně než 20 let
- b) 21 – 30 let
- c) 31 - 40 let
- d) 41 let a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Středoškolské bez maturity
- c) Středoškolské s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

3. Plánujete využít možnosti předporodní přípravy?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

4. Myslíte si, že má předporodní příprava vliv na průběh porodu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

5. Víte, že si můžete připravit porodní plán?

- a) Ano
- b) Ne

6. Co je porodní plán?

- a) Písemný seznam požadavků matky, které by si přála během porodu dodržet
- b) Písemný seznam požadavků matky, které rozhodují, kdo, jak a co bude dělat
- c) Ústně pronesená přání matky během porodu
- d) Nevím

7. Víte, kolik osob můžete mít u porodu?

- a) Žádnou
- b) 1 osobu
- c) 2 osoby
- d) Více osob
- e) Nevím

8. Za jakých okolností máte vyrazit do porodnice?

- a) Při pravidelných kontrakcích po 5-ti minutách, krvácení, odtoku plodové vody
- b) Při pravidelných kontrakcích po 10-ti minutách, krvácení, odtoku plodové vody
- c) Při pravidelných kontrakcích po 15-ti minutách, krvácení, odtoku plodové vody

9. Víte, kolik dob porodních má porod?

- a) Má 1 dobu porodní
- b) Má 2 doby porodní
- c) Má 3 doby porodní
- d) Má 4 doby porodní
- e) Nevím

10. Jaké jsou falešné známky počínajícího porodu? (signály, které připravují tělo na porod)

- a) Poslípění
- b) Odtok plodové vody
- c) Děložní kontrakce
- d) Nevím

11. Jak se pozná začátek porodu?

- a) Odchodem hlenové zátky
- b) Bolestí prsou
- c) Odtokem plodové vody, děložními kontrakcemi
- d) Nevím

12. Jaký význam má poloha rodičky v 1. době porodní?

- a) Pomáhá miminku vstupovat do porodních cest
- b) Ovlivňuje frekvence děložních kontrakcí
- c) Žádný
- d) Nevím

13. Co znamená pojem klyzma?

- a) Vpravení tekutiny do žíly
- b) Vypití roztoku
- c) Vpravení tekutiny konečníkem do tlustého střeva
- d) Nevím

14. Proč se provádí klyzma?

- a) Pro lepší pocit rodičky
- b) Vyprázdněná střeva umožňují sestup hlavičky do porodních cest
- c) Vyprázdněná střeva zmírňují porodní bolesti
- d) Nevím

15. Znáte přirozené metody tlumení porodních bolestí?

- a) Ano znám, vypište: _____

b) Ne, neznám

16. Znáte farmakologické metody tlumení porodních bolestí?

- a) Ano znám, vypište: _____

b) Ne, neznám

17. Jaká porodní doba se nazývá „vypuzovací“?

- a) 1. doba porodní
- b) 2. doba porodní
- c) 3. doba porodní
- d) 4. doba porodní
- e) Nevím

18. Co znamená velký tlak na konečník během porodu?

- a) Nic to neznamená
- b) Potřeba stolice
- c) Je součástí průběhu porodu, jedná se o tlak sestupující hlavičky
- d) Nevím

19. Na kolik cm musí být žena otevřená, aby mohla začít rodit?

- a) 6 cm
- b) 9 cm
- c) 10 cm
- d) 12 cm
- e) Nevím

20. Myslíte si, že se nástřih hráze provádí při každém porodu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

21. Víte, kdy je třeba provést nástřih hráze?

- a) Vždy
- b) Při nepostupujícím porodu
- c) Hrozí-li roztržení hráze
- d) Nevím

22. Ovlivňuje pohlaví plodu délku porodu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

23. Myslíte si, že je důležitý bezprostřední kontakt s dítětem po porodu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

24. Proč si myslíte, že je nebo není důležitý bezprostřední kontakt s dítětem po porodu?

- a) Vypište:
-

- b) Nevím

25. Jaká je hlavní funkce placenty?

- a) Dodává miminku pocit bezpečí
- b) Dodává miminku kyslík a výživu
- c) Ovlivňuje růst plodu
- d) Nevím

26. Čím končí porod?

- a) Porodem miminka
- b) Porodem placenty
- c) Odchodem domů
- d) Nevím

27. K čemu slouží kardiokografie?

- a) K zaznamenávání polohy dítěte
- b) K měření srdeční frekvence plodu a děložních kontrakcí
- c) Ke zjištění délky dítěte
- d) Nevím

28. Co znamená pojem epiziotomie?

- a) Císařský řez
- b) Předčasný porod
- c) Nástřih hráze
- d) Nevím

29. Víte, co znamená bonding?

a) Ano,

vypište: _____

b) Ne

30. Kdo je oprávněn k vedení fyziologického porodu? (porod bez komplikací)

- a) Porod vede vždy lékař
- b) Porod vede vždy porodní asistentka
- c) Porod může vést lékař nebo porodní asistentka
- d) Porod může vést lékař, porodní asistentka a zdravotní sestra
- e) Nevím

Příloha č. 2 - Dotazník III. trimestr

Vážené budoucí maminky,

jmenuji se Petra Kodešová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistentka na Fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Píši bakalářskou práci na téma: „Informovanost žen o průběhu porodu“.

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Podmínkou pro vyplnění jsou určitá kritéria. Dotazník je určen pouze pro ženy, které ještě nerodily a zároveň jsou ve III. trimestru těhotenství, což znamená od 24. týdne těhotenství a výše.

Dotazník obsahuje celkem 30 otázek a je zcela anonymní. Cílem je zjistit, jak moc jsou ženy informované o porodu. Důležité je vyplnit otázky pravdivě, vybrat pouze jednu odpověď a u otevřených otázek vypsát vše, co víte.

Předem Vám děkuji za Vaši ochotu a čas.

1. Kolik je Vám let?

- a) Méně než 20 let
- b) 21 – 30 let
- c) 31 -40 let
- d) 41 let a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Středoškolské bez maturity
- c) Středoškolské s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

3. Využila jste možnosti předporodní přípravy?

- a) Ano
- b) Ne

4. Myslíte si, že má předporodní příprava vliv na průběh porodu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

5. Víte, že si můžete připravit porodní plán?

- a) Ano
- b) Ne

6. Co je porodní plán?

- a) Písemný seznam požadavků matky, které by si přála během porodu dodržet
- b) Písemný seznam požadavků matky, které rozhodují, kdo, jak a co bude dělat
- c) Ústně pronesená přání matky během porodu
- d) Nevím

7. Víte, kolik osob můžete mít u porodu?

- a) Žádnou
- b) 1 osobu
- c) 2 osoby
- d) Více osob
- e) Nevím

8. Za jakých okolností máte vyrazit do porodnice?

- a) Při pravidelných kontrakcích po 5-ti minutách, krvácení, odtoku plodové vody
- b) Při pravidelných kontrakcích po 10-ti minutách, krvácení, odtoku plodové vody
- c) Při pravidelných kontrakcích po 15-ti minutách, krvácení, odtoku plodové vody

9. Víte, kolik dob porodních má porod?

- a) Má 1 dobu porodní
- b) Má 2 doby porodní
- c) Má 3 doby porodní
- d) Má 4 doby porodní
- e) Nevím

10. Jaké jsou falešné známky počínajícího porodu? (signály, které připravují tělo na porod)

- a) Poslípění
- b) Odtok plodové vody
- c) Děložní kontrakce
- d) Nevím

11. Jak se pozná začátek porodu?

- a) Odchodem hlenové zátky
- b) Bolestí prsou
- c) Odtokem plodové vody, děložními kontrakcemi
- d) Nevím

12. Jaký význam má poloha rodičky v 1. době porodní?

- a) Pomáhá miminku vstupovat do porodních cest
- b) Ovlivňuje frekvence děložních kontrakcí
- c) Žádný
- d) Nevím

13. Co znamená pojem klyzma?

- a) Vpravení tekutiny do žíly
- b) Vypití roztoku
- c) Vpravení tekutiny konečníkem do tlustého střeva
- d) Nevím

14. Proč se provádí klyzma?

- a) Pro lepší pocit rodičky
- b) Vyprázdněná střeva umožňují sestup hlavičky do porodních cest
- c) Vyprázdněná střeva zmírňují porodní bolesti
- d) Nevím

15. Znáte přirozené metody tlumení porodních bolestí?

- a) Ano znám, vypište: _____

b) Ne, neznám

16. Znáte farmakologické metody tlumení porodních bolestí?

- a) Ano znám, vypište: _____

b) Ne, neznám

17. Jaká porodní doba se nazývá „vypuzovací“?

- a) 1. doba porodní
- b) 2. doba porodní
- c) 3. doba porodní
- d) 4. doba porodní
- e) Nevím

18. Co znamená velký tlak na konečník během porodu?

- a) Nic to neznamená
- b) Potřeba stolice
- c) Je součástí průběhu porodu, jedná se o tlak sestupující hlavičky
- d) Nevím

19. Na kolik cm musí být žena otevřená, aby mohla začít rodit?

- a) 6 cm
- b) 9 cm
- c) 10 cm
- d) 12 cm
- e) Nevím

20. Myslíte si, že se nástřih hráze provádí při každém porodu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

21. Víte, kdy je třeba provést nástřih hráze?

- a) Vždy
- b) Při nepostupujícím porodu
- c) Hrozí-li roztržení hráze
- d) Nevím

22. Ovlivňuje pohlaví plodu délku porodu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

23. Myslíte si, že je důležitý bezprostřední kontakt s dítětem po porodu?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

24. Proč si myslíte, že je nebo není důležitý bezprostřední kontakt s dítětem po porodu?

- a) Vypište:
-

- b) Nevím

25. Jaká je hlavní funkce placenty?

- a) Dodává miminku pocit bezpečí
- b) Dodává miminku kyslík a výživu
- c) Ovlivňuje růst plodu
- d) Nevím

26. Čím končí porod?

- a) Porodem miminka
- b) Porodem placenty
- c) Odchodem domů
- d) Nevím

27. K čemu slouží kardiokografie?

- a) K zaznamenávání polohy dítěte
- b) K měření srdeční frekvence plodu a děložních kontrakcí
- c) Ke zjištění délky dítěte
- d) Nevím

28. Co znamená pojem epiziotomie?

- a) Císařský řez
- b) Předčasný porod
- c) Nástřih hráze
- d) Nevím

29. Víte, co znamená bonding?

a) Ano,

vypište: _____

b) Ne

30. Kdo je oprávněn k vedení fyziologického porodu? (porod bez komplikací)

- a) Porod vede vždy lékař
- b) Porod vede vždy porodní asistentka
- c) Porod může vést lékař nebo porodní asistentka
- d) Porod může vést lékař, porodní asistentka a zdravotní sestra
- e) Nevím

Příloha č. 3 – Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
Informovanost žen o průběhu porodu

STUDENT

Petra Kodešová
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: petule.kodik@seznam.cz

VEDOUCÍ BP:

PhDr. Kristína Janoušková
Katedra ošetřovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: kjanousk@kos.zcu.cz

PRACOVISŤE:

LoGyn s.r.o.
Svatopluka Čecha 1541
438 01 Žatec
email: gynloch@seznam.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit, jak jsou ženy informované o průběhu porodu.

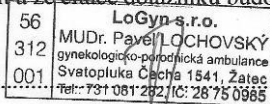
S Vaším svolením budou pacientkám na vašem pracovišti rozdány dotazníky, které jsou součástí mé bakalářské práce. Všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a výsledky budou anonymně publikovány.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já
souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamy dotazníků. Rozumím, že mohu kdykoliv od studie odstoupit a že citace dotazníků budou použity anonymně.

Podpis účastníka výzkumu: Datum: 21. 10. 2019

Podpis studenta: Datum: 21. 10. 2019





Předporodní příprava a její význam

Předporodní příprava Vám pomůže připravit se na porod a rodičovství.

Porod patří mezi náročné životní situace. Proto je důležité vědět, kdy porod začíná, znát jeho průběh, jaké se provádí intervence, jejich význam a možnosti volby. Naučí Vás, jak zvládat bolest a jaké jsou metody pro tlumení porodních bolestí.

Má to smysl!

Co Vás předporodní příprava naučí?

- *Co je porodní plán*
- *Jak poznat začátek porodu*
- *Průběh porodu – doby porodní*
- *Metody tlumení porodních bolestí – farmakologické
– nefarmakologické*
- *Výhody bondingu*



Kontakty na porodní asistentky: http://www.pdcap.cz/Texty/Kontakty_PA.html

<https://www.ckpa.cz/rodice/kontakty-na-pa-v-regionech.html>