

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Edith Farová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Edith Farová

POROD JAKO NÁROČNÁ ŽIVOTNÍ SITUACE

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová Ph.D.

PLZEŇ 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2022.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Edith Farová

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Porod jako náročná životní situace

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová Ph.D.

Počet stran – číslované: 76

Počet stran – nečíslované: 25

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 47

Klíčová slova: porod – bolest – strategie zvládání bolesti – obranné mechanismy – copingové strategie – náročná životní situace – stres – strach

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá problematikou psychické náročnosti porodu. Práce je rozdělená na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zaměřena na definování základních pojmů: porod, kontrakce děložní, náročná životní situace, strach, úzkost, stres, porodní bolest, zároveň na strategie zvládání porodní bolesti a obranné mechanismy psychiky. V praktické části zkoumám pomocí dotazníků spokojenost žen s porodem, který proběhl nejdéle před čtrnácti měsíci, a faktory, které mohly spokojenost ovlivnit.

Abstract

Surname and name: Farová Edith

Department: Nursing care and birth assistance

Title of thesis: Birth as demanding life event

Consultant: Mgr. Kateřina Ratislavová Ph.D.

Number of pages – numbered: 76

Number of pages – unnumbered: 25

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 47

Keywords: childbirth - pain - pain management strategies - defence mechanisms - coping strategies - challenging life situations - stress - fear

Summary:

The bachelor thesis deals with the issue of the psychological demands of childbirth. The thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part focuses on defining the basic concepts: childbirth, uterine contractions, difficult life situations, fear, anxiety, stress, postpartum pain, as well as coping strategies and psychological defence mechanisms. In the practical part, I use questionnaires to investigate women's satisfaction with a birth that took place no more than fourteen months ago and the factors that may have influenced satisfaction.

Poděkování

Na prvním místě bych chtěla poděkovat Mgr. Kateřině Ratislavové Ph.D. za odborné vedení práce, vstřícný přístup, milou spolupráci, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji všem ženám, které ochotně vyplnily dotazník a sdílely se mnou jedny z nejhezčích a zároveň nejtěžších chvil.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	9
SEZNAM TABULEK	10
ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST	12
1 DEFINICE ZÁKLADNÍCH POJMŮ	12
1.1 Porod.....	12
1.1.1 Definice porodu dle WHO (World Health Organisation)	12
1.1.2 Délka těhotenství a termín porodu.....	13
1.1.3 Fyziologický obraz termínu porodu	13
1.1.4 Kontrakce děložní.....	13
1.2 První doba porodní.....	14
1.2.1 Osobnost porodní asistentky a její kompetence	16
1.2.2 Vedení první doby porodní.....	17
1.2.3 Metody uklidnění rodiček a povzbuzení rodiček	17
1.3 Druhá doba porodní	18
1.3.1 Zevní známky přechodu porodního procesu z první do druhé doby porodní	19
1.3.2 Břišní lis.....	20
1.3.3 Sekundární porodní síly.....	20
1.3.4 Pasivní fáze druhé doby porodní	20
1.3.5 Aktivní fáze druhé doby porodní.....	21
1.3.6 Vedení druhé doby porodní	22
1.4 Třetí doba porodní	23
1.5 Čtvrtá doba porodní	24
1.5.1 Ošetření rodičky po porodu plodu.....	24
2 NÁROČNÁ ŽIVOTNÍ SITUACE	25
2.1 Definice náročné životní situace.....	25
2.1.1 Stres	25
2.1.2 Reakce na stres	26
2.1.3 Zvládání stresových situací	26
2.1.4 Strategie zvládání stresu	26
2.1.5 Strategie zvládání náročných životních situací	27
3 PSYCHOLOGIE PORODU	30
3.1 Prožívání porodu a zvládání porodní zátěže	30
3.2 Porod jako náročná životní situace	32
3.3 Úzkost a strach.....	32

3.4	Bolest při porodu	34
3.4.1	Bolest	34
3.4.2	Porodní bolest	34
3.4.3	Emoční složka bolesti	35
3.5	Podpora ženy u porodu	36
3.5.1	Partner (otec) při porodu	37
3.5.2	Přítomnost jiné osoby u porodu	37
3.5.3	Přítomnost dudy u porodu	37
	PRAKTICKÁ ČÁST	39
4	FORMULACE PROBLÉMU	39
5	CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY	39
5.1	Hlavní cíl	39
5.2	Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy	39
6	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	41
7	METODIKA PRÁCE	42
8	ORGANIZACE VÝZKUMU	43
9	ZPRACOVÁNÍ DAT	44
10	ANALÝZA ÚDAJŮ	45
11	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ	70
	DISKUZE	74
	ZÁVĚR	86
	SEZNAM LITERATURY	87
	SEZNAM PŘÍLOH	93
	PŘÍLOHY	94
	Příloha A – Dotazník-spokojenost s porodem	94
	Příloha B – Škála spokojenosti s porodem BSS-R	101

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 - Věk dotazovaných žen	45
Graf č. 2 - Rodinný stav dotazovaných žen.....	46
Graf č. 3 - Vzdělání dotazovaných žen.....	46
Graf č. 4 - Pracovní zařazení dotazovaných žen	47
Graf č. 5 - Plánovanost těhotenství dotazovaných žen.....	47
Graf č. 6 - Příprava dotazovaných žen na porod	48
Graf č. 7 - Znalosti dotazovaných žen o průběhu porodu	49
Graf č. 8 - Psychický stav dotazovaných žen před porodem.....	49
Graf č. 9 - Způsob porodu dotazovaných žen.....	50
Graf č. 10 - Kdy proběhl porod u dotazovaných žen.....	51
Graf č. 11 – Prostředí, ve kterém probíhal porod	51
Graf č. 12 - Výběr prostředí porodu	52
Graf č. 13 - Průběh porodu bez komplikací	53
Graf č. 14 - Dlouhý průběh porodu	53
Graf č. 15 - Úzkost v průběhu porodu	54
Graf č. 16 - Vnímání porodu jako stresový zážitek.....	54
Graf č. 17 - Ztrácení kontroly nad porodem.....	55
Graf č. 18 - Pocit klidu během porodu	55
Graf č. 19 - Prostředí porodního sálu (čistý a hygienický).....	56
Graf č. 20 - Vnímání bolesti během porodu	56
Graf č. 21 - Kdo byl přítomen u porodu	57
Graf č. 22 - Prožívání stresu během porodu	58
Graf č. 23 - Osobní prožívání ženy.....	59
Graf č. 24 - Kvalita poskytované péče	60
Graf č. 25 - Zdravotní stav miminka po porodu.....	63
Graf č. 26 - Nerušený kontakt s miminkem po porodu	63
Graf č. 27 - Zvládnutí porodu podle dotazovaných žen	64
Graf č. 28 - Negativní ovlivnění spokojenosti žen s průběhem porodu	65
Graf č. 29 - Negativní ovlivnění oblasti života po porodu	66
Graf č. 30 - Zkušenosti s porodem	67
Graf č. 31 - Počet měsíců od porodu	69

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 - průměrné výsledky BSS-R 61

Tabulka č. 2 – souvislost zvládnutí porodu se spokojeností s porodem..... 68

ÚVOD

Společností bývá porod vnímám pouze jako ukončení těhotenství a narození potomka. Nebere se příliš ohled na psychiku ženy během celého procesu. Pro ženu přece porod znamená mnohem víc. Je považován za jeden z nejdůležitějších okamžiků života ženy. Pro ženu je porod důležitým mezníkem v životě. Touží, aby obstála v nové roli matky, celou situaci překonala a zvládla porodit živé a zdravé dítě. Pokud žena dokáže překážku přemoci, tedy porodit, zvýší se její sebevědomí a sebedůvěra. Dojde u ní k pocitu uspokojení a úlevy.

I když v dnešní době existuje mnoho kurzů pro těhotné ženy, kde se zaměřují na přípravu těhotné k porodu, domnívám se, že většina žen má obavy a strach z porodu. Strach a nejistota rodičky může mít negativní vliv nejen na porod, ale i na poporodní období. Podle mého názoru by se mělo dbát na to, co žena prožívá během porodu a s jakými pocity odchází z porodnice domů. Psychika ženy během porodu je velmi podstatná a může ovlivnit průběh porodu pozitivně i negativně. Pokud je žena zklamaná či nejistá, můžou tyto pocity negativním způsobem ovlivnit její vztah k dítěti. Je důležité, aby žena odcházela s pozitivními pocity z porodu a jistotou, že udělala vše, co mohla a jak nejlépe mohla. Samozřejmě závisí i na osobnosti rodičky, ale zdravotnický personál by měl být ženě nápomocný. Úlohou porodní asistentky je provázet ženu celým porodem, informovat ji o všech možnostech tlumení bolesti, poskytovat cenné rady, které rodičce mohou pomoci ve velmi náročné situaci. Myslím, že tomu v realitě stále tak není. Porodní asistentky nemají tolik času se věnovat ženě natolik, aby dbaly i na její psychiku. Podpora, povzbuzení a individuální přístup porodní asistentky k rodící ženě může pomoci, aby žena porod lépe zvládla.

V mé bakalářské práci se zabývám především psychologíí porodu. Zaměřuji se na náročnost porodu, pocity ženy během porodu, obranné mechanismy psychiky a copingové strategie při porodní bolesti. V praktické části se zaměřuji na pocity žen během porodu. Zajímalo mě retrospektivní zhodnocení porodu žen a jak ženy ohodnotily samy sebe, zda podle nich porod zvládly či nezvládly. Zjišťovala jsem, kdo je u porodu nejčastěji přítomen a co negativně ovlivňuje spokojenost žen s porodem. Zkoumala jsem, jakou roli má pro ženy u porodu zdravotnický personál a zda jim byl u porodu podporou. Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit spokojenost žen s porodem a jaké faktory mohly ovlivnit jejich spokojenost.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DEFINICE ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Tato kapitola pojednává o samotné definici porodu a jeho rozdělení do čtyř dob porodních. Definuji zde děložní kontrakce, popisuji metody a vedení porodu porodní asistentkou.

1.1 Porod

Jako první bych ráda vymezila termín porod.

Porod je fyziologický proces, který začíná pravidelnými děložními kontrakcemi, které mají vliv na rozvíjení dolního děložního segmentu, děložního hrdla a branky (Procházka, 2020, s. 393).

1.1.1 Definice porodu dle WHO (World Health Organisation)

„Jako porod je označován děj, při kterém dojde k vypuzení plodu z dělohy, který má porodní hmotnost 500 g a více, bez ohledu, zda se narodí živý či mrtvý. Jako porod je označen i děj, při kterém je z dělohy vypuzen plod se známkami života, který nesplňuje váhové kritérium, ale přežívá déle jak 24 hodin. Vše ostatní je označováno za potrat.“ (Binder a kol., 2011. st., 64).

Za živě narozené dítě považujeme úplné vynětí nebo vypuzení plodu projevujícího alespoň jednu ze známek života (srdeční činnost, pulzace pupečníku, nesporný pohyb kosterního svalstva), bez ohledu na délku těhotenství. Za dítě mrtvorozené považujeme plod narozený bez známek života, jehož hmotnost je 500 g a více. Jestliže nemůžeme určit porodní hmotnost, pak je určující délka těhotenství a narození po 22. dokončeném týdnu těhotenství. Nemůžeme-li určit délku těhotenství, pak plod měřící nejméně 25 cm od temene hlavy k patě (Čech, 2014, s. 175).

Normální porod je definován v příručce WHO jako porod, který se rozběhne samovolně na začátku s nízkým rizikem, které zůstává nejméně i po celou dobu jeho průběhu. Započne v termínu, tedy mezi dokončeným 37. týdnem těhotenství a dokončeným 42. týdnem těhotenství a plod je v poloze podélné hlavičkou, měl by být dokončen do 18 hodin bez jakýchkoliv komplikací (Wilhemová et al., 2021).

1.1.2 Délka těhotenství a termín porodu

Je důležité nejprve zmínit, jak dlouho těhotenství trvá. Délka těhotenství je 40 týdnů neboli 280 dnů. Těhotenství dále dělíme do tří období, tedy trimestrů. První trimestr je dlouhý 12 týdnů. Druhý trimestr trvá do 27 týdne a třetí od 28 týdne až do termínu porodu (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014).

Můžeme využít několik způsobů pro stanovení stáří těhotenství. Nejčastěji užívanou metodou datace stáří těhotenství je ultrazvuková biometrie, konkrétněji vyšetření CRL (temeno kostrční délka plodu) (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014). K stanovení termínu porodu můžeme použít výpočet dle Naegeleho. Pokud se k prvnímu dni poslední menstruace přičte sedm dní a odečtou se tři kalendářní měsíce vyjde termín porodu (Procházka, Pilka, 2018). Měření břicha, přesněji měření děložního fundu od horního okraje symfýzy, je další možností sledování stáří těhotenství (Gaskin, 2010).

1.1.3 Fyziologický obraz termínu porodu

Fyziologické těhotenství označuje těhotenství, které probíhá bez komplikací po zdravotní stránce jak matky, tak plodu.

V období blížícího se porodu se zvyšuje bazální tonus dělohy. Dítě sestupuje do pánevního vchodu a jeho pohyb se mění. Uterus se pomalu připravuje na kontrakce a je tužší. Vzdálenost mezi sponou a fundem děložním se zkrátí přibližně o dva centimetry i objem břicha se zmenší. Množství vody plodové se sníží v důsledku menšího výkonu placenty. Klesá fundus děložní. Měkne, zkracuje se a mění se sakrální postavení hrdla dělohy na mediosakrální (Štromerová, 2010, s. 93).

1.1.4 Kontrakce děložní

Děložní kontrakce jsou mimovolné stahy hladkého svalstva dělohy, které aktivně působí na otevírání děložního čípku a způsobují jeho ztenčování, tím je umožněn sestup plodu do děložního kanálu. Během první doby porodní jsou stahy děložního svalstva primární porodní silou. Určuje se délka, frekvence a intenzita kontrakce. Frekvence je čas od začátku jedné kontrakce do začátku další. Častější kontrakce, více než jednou za dvě minuty, mohou zapříčinit zhoršení zásobování plodu kyslíkem a následnou asfyxii plodu. Neměly by trvat déle než 90 sekund. Mezi jednotlivými kontrakcemi rozeznáváme interval, při kterém dochází k uvolnění dělohy a obnovení krevního průtoku od matky k děloze (Hudáková, 2017, s. 146).

1.2 První doba porodní

Průběh porodu se dělí na čtyři doby porodní, přesněji řečeno tři doby porodní a jedna poporodní doba (Moravcová, Petržílková 2018, s. 26-17).

První doba porodní začíná pravidelnými kontrakcemi, které mají vliv na otevírání porodních cest a končí úplným otevřením (úplnou dilatací) děložního hrdla (porodnické branky). Z celého porodu je tato doba nejdelší fází. U každé rodičky probíhá tato doba individuálně. Je ovlivněna mnoha faktory a to: paritou, intervalem mezi porody, psychickým stavem ženy, postavením a naléháním plodu, tvarem a velikostí pánve a také charakterem kontrakcí dělohy. Otevírání děložního hrdla probíhá odlišně u prvorodiček a vícerodiček. U žen rodících poprvé se nejdříve hrdlo zkracuje od vnitřní branky směrem k zevní, až úplně vymizí a začne se otevírat porodnická branka. U multipar se současně hrdlo zkracuje i otevírá (Procházka, 2020, s. 394).

První dobu porodní můžeme rozdělit z hlediska jejího průběhu i péče o rodičku na latentní, aktivní a přechodovou (tranzitorní) fázi. Každá z fází má odlišný charakter a specifické požadavky na péči o ženu, a to z hlediska rodící ženy i probíhajícího porodu (Wilhemová et al., 2021).

Latentní fáze je individuálně dlouhé období, při kterém dochází zejména ke kvalitativním změnám na hrdle děložním a k postupné proměně děložního hrdla na porodnickou branku. Branka je v této fázi dilatována až na 4-5 centimetrů. V důsledku postupných změn kvality i kvantity kontrakcí dělohy dochází ke změnám na hrdle. Latentní fáze by měla být z hlediska fyziologie porodu a potřeb ženy spíše klidovým obdobím a zcela bez zbytečných zásahů. Jestliže má žena velmi silné a pravidelné kontrakce, které nepůsobí na otevírání děložního hrdla, je třeba zkontrolovat polohu a postavení plodu, naléhání a míru vstouplosti hlavičky dítěte do pánve. V této fázi doporučujeme ženě vhodné polohování pro postup porodu tak, aby mohl dále pokračovat fyziologicky. Zajištění základních potřeb ženy je rovněž důležité a nezbytné pro postup porodu. Velmi podstatný je pro rodičku pocit bezpečí, kdyby se žena necítila dobře a bezpečně, mohla by se tato fáze značně prodloužit. Ženu není třeba k zaujímání různých poloh nutit, pokud porod postupuje. Polohování používáme jen k podpoře či urychlení postupu porodu, jako úlevu od bolesti, prevenci před vyčerpáním ženy, pokud hrozí, nebo když nás žena požádá o doporučení vhodné polohy (Wilhemová et al., 2021).

Kontrakce jsou během fáze latentní obvykle mírné a krátké povahy (tzn. netrvají déle než 30 s) a přicházejí v rozmezí 15-20 minut, někdy i kratším. Žena vnímá bolesti nejčastěji v podbřišku nebo v bederní části zad. Bolest kontrakcí by se dala v této fázi přirovnat k menstruačním bolestem. Mohou být pocíťovány jako lehký tlak. Během této fáze porodu jsou obvykle rodičky schopny spolupráce a komunikace, proto je důležitá role porodní asistentky, která musí rodičku vyslechnout, podpořit a podat ji všechny podstatné informace o dalším postupu a průběhu porodu. Promluvit si s rodičkou o jejích potřebách, pocitech, očekáváních a porodním plánu, jestli nějaký má. Doporučit alternativní metody, které by mohly pomoci k zmírnění bolesti, například teplou koupel a chůzi, aromaterapii, muzikoterapii nebo homeopatii. Musí pravidelně kontrolovat fyzické funkce rodičky (krevní tlak, pulz a teplotu), vyšetřovat ženu pomocí zevního vyšetření a sledovat tím polohu, postavení, naléhání a držení plodu. Každých 15 minut poslouchat ozvy plodu (srdeční frekvenci plodu) a kontrolovat odtok vody plodové (u nejasného odtoku vody plodové provedení PROM testu, Temesváryho zkoušky) (Procházka, 2020, s. 396).

Na fázi latentní plynule navazuje aktivní fáze první doby porodní. Porodnická branka prochází výraznou dilatací ze 4-5 centimetrů až ke svému zániku při pravidelných efektivních stazích dělohy, které mohou mít individuální vzorec. K odtoku vody plodové dochází nejčastěji v této fázi (Wilhemová et al., 2021).

Rodičky jsou v této fázi méně pohyblivé, při kontrakcích se pohupují a přidržují v bocích. Mezi kontrakcemi ženy odpočívají, zklidňují, prohlubují a kontrolují svůj dech, také zavírají oči. Většina žen při silných kontrakcích vokalizuje (Procházka, 2020, s.397-398).

Od rodičky se v aktivní fázi vyžaduje jistá míra aktivity, angažovanosti, koncentrovanosti, velké trpělivosti, důvěry a odevzdání se porodnímu procesu. Od porodní asistentky se očekává důkladné sledování porodního procesu a jeho vyhodnocování, zároveň také trpělivost, individuální přístup, poskytování podpory a doporučení rodící ženě. Opora porodní asistentky je zaměřena na komunikaci především s rodičkou, ale také poučení doprovodu ženy o možné pomoci (masáž bederní oblasti, pomáhání rodičce v pohybu, v zaujímání poloh). Důležitá je psychická podpora a útěcha rodičky a zajištění přísunu tekutin. V aktivní fázi porodu probíhají kontrakce v pravidelných intervalech 3-5 minut, trvají přibližně 45-60 sekund a jsou mírně bolestivé až bolestivé intenzity (Procházka, 2020, s. 397-398). Období přechodu z první do druhé doby porodní představuje přechodná (tranzitorní) fáze první doby porodní (od dilatace cca 8 cm po zánik branky), někdy při ní

může žena pociťovat nucení na tlačení. V závěru se může objevovat fyziologická pauza v děložních kontrakcích, která bývá označována za latentní fázi druhé doby porodní, nebo také fázi odpočinku. Ženy obvykle projdou celou řadou emocí v rámci fyziologické emoční reakce. Proto je v této fázi velmi důležitá podpora od doprovázející osoby a posílení sebedůvěry ženy, ať to nevzdává a že porod zvládne (Wilhemová et al., 2021).

Tato fáze je pro rodičky nejbolestivější a stresující. Je důležité působit na ženu v této fázi pozitivně. Pomůže to ke zvýšení její energie, kterou použije ve druhé době porodní. Péče porodní asistentky v této době je zaměřena na zklidnění rodičky a ujištění, že vše probíhá, jak má. Porodní asistentka by měla zmírnit projevy strachu a úzkostí. Monitoruje ozvy plodu, kontroluje intenzitu a frekvenci děložních kontrakcí, podporuje ženu v chůzi a při změnách poloh a zaměřuje se se ženou na správné dýchání. Plod při porodu aktivně spolupracuje a vyhledává pro něho optimální polohu hlavy, později ramen a zbytku těla. Pro plod je téměř nemožné se za kontrakce pohnout, ale při uvolnění stažených svalů dělohy hledá pohodlnější polohu. Jestli je porodní asistentka přítomna a věnuje svou pozornost porodu, pak by si měla všimnout, že před tím, než začne hlavička vstupovat do malé pánve, vynechá několik do té doby pravidelných kontrakcí. Fyziologické vynechání kontrakcí se objevuje především u porodů, kde je organismus matky v souladu s porodem, a tedy reaguje na plod. Nelze to sledovat u farmakologicky ovlivněného porodu, tedy ani u porodů indukovaných, medikamentózně ovlivňovaných a pod vlivem analgetik (Procházka, 2020, s. 398).

1.2.1 Osobnost porodní asistentky a její kompetence

Od porodních bab se již ve starověkém Řecku vyžadovala řada vlastností, například musely být pracovitě a vytrvalé, mít jemné dlouhé prsty a krátce ostříhané nehty a dobrou paměť. Porodní bába měla mít za sebou vlastní porod a zároveň dostatečné teoretické znalosti v oblastech lékařských. Pomáhat s porozuměním a umět utěšit trpící ženy bylo jejím úkolem (Vránová, 2007). Tyto vlastnosti se postupem času staly samozřejmostí a přibývaly požadavky na odborné znalosti.

V dnešní době patří k porodní asistenci spousta vlastností. K těm nejdůležitějším patří: **Zodpovědnost**-porodní asistentka nese zodpovědnost za vše, co udělá, ale i neudělá. Edukace těhotných žen i žen po porodu patří k zodpovědnému působení porodní asistentky. Zodpovědnost nese porodní asistentka i za své následující vzdělávání.

Schopnost naslouchat-úkolem porodní asistentky je vyslechnout ženu a vnímat, co říká, a jakým způsobem to říká.

Pokora-cílem péče porodní asistentky by měla být snaha pomáhat na svět novému životu, ochraňovat ho a podporovat vše, co patří ke zdravému vývoji života (Štromerová a kol., 2010). Fakt, že nelze zachránit všechny situace a zasáhnout všude, musí umět porodní asistentka také přijmout.

Dále se od porodní asistentky vyžaduje znalost fyziologických a přirozených procesů během těhotenství i porodu a **jasná orientace** v porodním procesu. Nezbytnou vlastností porodní asistentky je **trpělivost**.

Hlava, srdce a ruce jsou hlavními nástroji porodní asistentky. Dodává ženě odvalu a zaměřuje svou péči i na psychologickou podporu (Štromerová a kol, 2010).

Ovšem nejdůležitější je pro porodní asistentku vzdělání. Porodní asistentka musí podle zákona č. 96/2004 Sb. absolvovat nejméně tříleté akreditované zdravotnické bakalářské studium pro přípravu porodních asistentek. Poté se navštěvováním odborných kurzů většina z nich dále vzdělává. Propojení teoretických a praktických znalostí jim umožňují moderní technologie a možnost učení se na simulátorech (Bašková, 2016).

1.2.2 Vedení první doby porodní

Pokud mají rodičky strach z porodu nebo cítí napětí, může pro ně být porod obtížnější. Zejména u primipar přichází strach s blížícím se porodem. Ujistěním a uklidněním ženy můžeme strach zmírnit nebo dokonce i odstranit. Porodní asistentka by měla ženě podat podstatné informace, pomoci jí se zrelaxovat a uvolnit celé tělo (Procházka, 2020, s. 395). Sleduje po dobu přípravy rodičky vývoj porodního nálezu a kontroluje ozvy plodu. Lékař ženu po příchodu na porodní sál vyšetří, zkontroluje porodní nález a zajišťuje další intermitentní kontroly porodního nálezu minimálně po 2 až 3 hodinách a zabezpečí případnou medikaci. Nepřerušovaně nebo občasně se sleduje kardiokograficky stav plodu a činnost dělohy. Ošetřující lékař kontroluje tedy nejen frekvenci srdce plodu, ale hodnotí i frekvenci, intenzitu a délku trvání děložních kontrakcí a mezikontrakčního období. Po 2-3 hodinách se ženám měří krevní tlak a pulz. Po 6 hodinách se jim měří teplota při afebrilním stavu. Teplota se ženám přeměřuje po 1 hodině při subfebrilním průběhu (Čech, 2014, s.190).

1.2.3 Metody uklidnění rodiček a povzbuzení rodiček

Strach z porodu může doprovázet více negativních následků: strach často omezuje a snižuje aktivní účast ženy u porodu, způsobuje maladaptivní reakce ženy v průběhu porodu, apatii a neschopnost vlastní aktivity, nebo naopak hněv a úzkostné chování.

Negativně může ovlivnit i schopnost komunikace a spolupráci ženy se zdravotním personálem (Škodová, 2018, s. 21).

Dotyk může být pro rodičku při porodu blahodárný. Důležité je najít druh dotyku, který bude ženě příjemný. Můžeme vyzkoušet masáž nohou a zad mezi kontrakcemi, jemný tlak rukou na bederní oblast zad během kontrakce, přiložit teplý obklad na bederní oblast zad nebo podbřišek. V případě, kdy je ženě horko můžeme aplikovat studený obklad na čelo (Procházka, 2020, s. 395).

Zvuk, jako například hlas zvířat, hučení vody nebo oblíbená hudba, mohou být pro ženu při porodu velmi příjemné a povzbuzující (Procházka, 2020, s. 395).

Způsob, kterým rodička dýchá, může mít pozitivní vliv na prožívání první doby porodní. Způsoby dýchání, které usnadňují vnímání porodů existuje mnoho. Zklidnit dech pomáhá pomalý jemný dech a dýchání nosem. Další typ dýchání, který může zklidnit rodičku, je hee dýchání. Ženy se pomalu zhluboka nadechnou, poté jemně a rychle vydechnou a při výdechu vydávají zvuk hee. Porodní asistentka může doporučit i další druhy lapání po dechu (ženy dýchají rychle a mělce), silné dýchání (ženy dýchají rychle a silně) a podporuje ženu, aby vyzkoušela různé typy dýchání (Procházka, 2020, s. 395).

1.3 Druhá doba porodní

Moment od plného rozvinutí porodnické branky až do vypuzení plodu z těla matky charakterizuje druhou dobu porodní, dříve nazývanou dobou vypuzovací. Rozdělujeme ji na část pasivní a aktivní. Část pasivní, při které je již otevřená/plně dilatovaná porodní cesta, ale vedoucí část plodu zatím nesahá na pánevní dno, žena ještě nemá pocit nucení na tlačení. V této části by neměla žena tlačit a použití břišního lisu je nežádoucí. Když se vedoucí bod dostává do kontaktu s pánevním dnem, začíná aktivní fáze druhé doby porodní. Postupně se rozvíjejí jednotlivé části pánevního dna, otevírá se konečník a rodička pociťuje nutkání na tlačení a zapojuje břišní lis, čímž dopomůže dítěti opustit její tělo (Wilhemová et al., 2021). Důležitou roli mají odlišnosti průměrů jednotlivých pánevních rovin a specifická topika stavby kostěné pánve, tvar hlavičky plodu, konkavita porodních cest podepřených vazivem a svalstvem pánevního dna, ohraničených vzadu vyhloubením křížové kosti a kostrčí (délka 17 cm) a vpředu zadní stěnou spony stydké (délka 7 cm). Druhá doba porodní je ukončena porodem plodu. U prvorodičky trvá v průměru kolem 15-20 minut, u vícerodičky kolem 5-10 minut (Čech, 2014, s. 185-188).

Doba trvání druhé doby porodní je u všech rodiček individuální. U žen rodících poprvé může trvat až tři hodiny a u vícerodiček až dvě hodiny. U prvorodiček bývá průběh pozvolný, naopak u multipar může být nástup i průběh velmi rychlý. U vícerodiček může aktivní fáze druhé doby porodní proběhnout během prvních pár děložních kontrakcí, avšak u prvorodiček může trvat výrazně déle. Postup/progrese porodu, fyziologie porodního procesu, stav matky a dítěte je podstatnější než faktor času. Klinickým posouzením zhodnotíme stav matky a plodu. V období přechodu z první doby porodní do druhé doby porodní se tempo i charakter porodního procesu výrazně mění. Změna charakteru i vnímání kontrakcí, i když je to přirozená proměna, může ženu vyvést z kontroly nad sebou. V této fázi porodu rodička oceňuje přítomnost a podporu od svého doprovodu. Každá žena i porod je úplně jiný a vyžadují od svého doprovodu odlišný přístup a různou míru pozornosti, proto je velmi důležité o každou ženu pečovat individuálně. Ideálně by měla každá rodička mít u svého porodu svoji porodní asistentku. Naopak některé ženy mohou vyžadovat u porodu samotou. Aby byl zajištěn pocit bezpečí v této fázi porodu, je nezbytné sledovat celý průběh porodu, zevní projevy rodičky, stav ženy a dítěte v děloze. Když je u porodu přítomen otec dítěte, je důležitá podpora obou rodičů. Pro rodící ženu je přechodová fáze z první do druhé doby porodní náročnou fází porodu. Bývá doprovázená neklidem, strachem a může se projevit i panikou. Přechod se ale nemusí vždy klinicky projevit. Nástup této fáze mohou signalizovat určité individuálně se projevující známky. Porodní asistentka by je měla správně rozpoznat, aby předcházela zbytečnému energetickému vyčerpání rodičky a minimalizovala riziko vyplývající ze zbytečných či unáhlených intervencí (riziko poranění měkkých tkání porodních cest spojené s předčasným tlačem ženy) (Wilhemová et al., 2021).

1.3.1 Zevní známky přechodu porodního procesu z první do druhé doby porodní

Prasknutí plodových obalů, které může nastat kdykoli, je jedním ze známek přechodu a obvykle dochází ke spontánnímu protržení vaku blan. Charakteristické jsou pravidelné, silné a časté kontrakce děložní (4-5 kontrakcí za 10 minut), trvající 60 sekund, které postupně zesilují. U každé rodící ženy jsou opět individuálně dlouhé a jinak časté. Dochází k postupné změně charakteru místa bolesti a jejímu vnímání. Někdy může dojít naopak ke kontrakční pauze, kdy se krátkodobě a přechodně zmírní kontrakce. V důsledku progresu porodu se postupně prodlužuje barevné zvýraznění genitoanální rýhy, souvisí s tím napnutí úponů velkého gluteálního svalu (k napětí dochází přeneseně z m. levator ani, o který se opírá rodící se hlavička). Jedna z dalších známek je zvýraznění Michaelisovy routy. Přechod může značit

i zakrvácení/krvavý výtok rodičky, který musí být rozpoznán od patologického projevu například od předčasného projevu, kdy se začne předčasně odlučovat placenta nebo od poranění měkkých porodních cest. V důsledku tlaku vaku blan či naléhající části plodu na pánevní dno a stěnu rekta (Fergusonův reflex) nastupují expulzivní kontrakce děložní, které se mohou objevit i při neúplné dilataci, to závisí na postavení plodu a hloubce vstoupení hlavičky. V pokročilejší fázi druhé doby porodní lze zevně sledovat dilataci a rozevírání konečníku. Naléhající část plodu se objevuje ve východu poševním, tedy hlavička se prořezává (korunovace). Spolu s otvíráním rekta se začíná rozvíjet a vyklenovat hráz. Na základě zevních projevů, které lze ověřit vnitřním porodnickým vyšetřením (zašlá branka), změní rodička své chování (Wilhemová et al., 2021).

1.3.2 Břišní lis

Břišní lis, při němž dochází ke zvýšení intraabdominálního tlaku, a tím i ke snadnějšímu vypuzení plodu z dutiny děložní, je aktivní volné stažení příčně pruhované svaloviny břišní stěny a bránice. V druhé době porodní uvádí do činnosti břišní lis rodička tlačáním. Účinnost břišního lisu může být ovlivněna únavou rodící ženy, nedostatečně vyvinutým svalstvem a rozstupem přímých břišních svalů. Zadržným dechem a nádechem je dán mechanismus břišního lisu. Nejprve dochází k flexi hlavy. Přitažením abdukovaných a flektovaných dolních končetin při současné fixaci pánve se flexe přenáší na hrudník a břišní svaly (Hudáková, 2017, s. 146).

1.3.3 Sekundární porodní síly

Tělo ženy se sestupováním hlavičky uvolňuje směrem dolů, pokud rodí v přirozeném kontextu svých sil, přičemž se objevují specifické expulzivní stahy těla, které trvají přibližně 5-6 sekund během stahů dělohy. Fergusonův reflex neboli nutkavý pocit na tlačení, se objevuje díky zvyšujícímu se tlaku naléhající části na pánevní dno a rektum (Wilhemová et al., 2021).

Při kontrakční činnosti dělohy se stlačuje hlavička dítěte, tlak působící na hlavičku může stimulovat vagový reflex, což způsobuje přechodný pokles ozev s následným relativně rychlým návratem k normální frekvenci ozev plodu (vstupní fenomén). Účastní se na něm také nižší prokrvení placenty za kontrakce (Wilhemová et al., 2021).

1.3.4 Pasivní fáze druhé doby porodní

V pasivní fázi druhé doby porodní dochází k úplné dilataci porodnické branky, avšak naléhající část ještě nedosáhla pánevního východu. Především díky vazům (sacrouterinní,

vezikouterinní a široké vazy) je děloha držena v pánvi ve správné poloze. Když hlavička prostupuje pánví, musíme dbát na to, aby nebyly vazy přetěžovány a přepínány. Pro rodičku je to velmi bolestivé a mohlo by dojít k takovému napětí, které by vedlo k nezvratným změnám. Vazy jsou povolené a ztratí svou pružnost, a i když se po porodu částečně stáhnou, nedrží tak orgány v malé pánvi ve správném postavení. Je potřeba mít respekt k měkkým tkáním a jejich otevíráním. Cílem šetrně vedeného porodu je mimo jiného chovat se ohleduplně k vazům (Procházka, 2020, s. 401).

Je-li branka plně rozvinuta, může hlavička začít vstupovat do malé pánve. Je velmi nešetrné jakkoli branku dilatovat. Zcela otevřeným porodním kanálem začíná druhá doba porodní. Dutina děložní úplně splývá s plně otevřeným cervikálním kanálem děložním a plynule přechází do pochvy. Co se týká měkkých porodních cest, má hlavička plodu volnou cestu, ale potřebuje ještě projít pánevní úžinou. Pánevní úžina je nejužší rovina v příčném průměru, kdy mezi trny sedací kosti je pouhých 10 centimetrů. Aby biparietální průměr hlavičky prošel mezi zmíněnými trny kosti sedací, musí šev šípový dokončit svou rotaci do přímého průměru. Rodička může začít tlačit až tehdy, pokud hlavička plodu sestoupila na pánevní dno a je dokončená rotace (šev šípový v přímém průměru pánevního vchodu) a branka musí být plně rozvinuta (Procházka, 2020, s. 401-402).

1.3.5 Aktivní fáze druhé doby porodní

Je potřeba sledovat celkový zdravotní stav, kontrolovat typ a intenzitu kontrakcí, pozorovat, jak na celý proces reaguje dítě. Branka je zcela otevřena a hlavička bývá dorotovaná do přímého průměru. Při vrcholu kontrakce žena intuitivně přitlačuje. Teprve když hlavička dorazí na dno pánevní, může rodička začít intenzivně tlačit. Poznáme to díky široce rozevírajícímu se konečníku. Pokud jsou ozvy plodu v normě, podporujeme ženu, aby miminku pomohla, ale pozorujeme a hlídáme přitom rychlost postupu hlavy, aby nedocházelo k většímu poranění měkkých porodních cest (Štomerová, 2010, s. 115).

Porodní mechanismus hlavičky probíhá v pěti fázích. První fáze je iniciální flexe a vstup hlavičky do roviny pánevního vchodu. Vedoucím bodem se stává malá fontanela a hlavička se flektuje. Nejdříve vstupuje hlavička svým malým oddílem a po prostupu biparietálního průměru se fixuje velkým oddílem (největší subokcipitobregmatický obvod hlavičky) a dosáhne roviny vchodu pánevního. Prostupujícím obvodem je subokcipitobregmatický obvod hlavičky (32 centimetrů) při poloze podélné záhlavím. Progrese do pánevní šíře a úžiny je druhou fází porodního mechanismu hlavičky. Hlavička

postupně rotuje do šikmého a přímého průměru dále prostupuje do roviny pánevní šíře a úžiny. Třetí fází je normální vnitřní rotace. Šev šípový se postupně dostává do šikmého a následně do přímého průměru pánevní úžiny. Rodička při kontrakcích používá břišní lis, hlavička zde totiž začíná narážet na odpor pánevního dna. Vedoucí bod se při normální vnitřní rotaci rotuje dopředu za sponu stydkou. Deflexe-rotace kolem dolního okraje symfýzy, kdy se hlavička po kompletní vnitřní rotaci dostává do roviny pánevního východu a šev šípový je přímém průměru, je čtvrtou fází porodního mechanismu. Pod stydkou sponu se posouvá a opírá se o její dolní okraj subociput (stýčné místo na hlavičce). Nejprve se prořezává malá fontanela-záhloví, předhlaví, čelo, obličej, brada a zbytek hlavičky. Poslední tedy pátou fází porodního mechanismu je zevní rotace. Hlavička se po porození stáčí záhlavím na stranu, kam směřuje hřbet. Mechanismem porodu ramének je způsobena rotace. Do roviny pánevního vchodu vstupují raménka ještě před prořezáním hlavičky. V opačném šikmém průměru, než šev šípový probíhá průměr biakromiální. Biakromiální průměr je v pánevním východu v přímém průměru. Po úpon m. deltoideus na pažní kosti se rodí přední raménko, trup se laterálně flektuje, tím se porodí zadní raménko. Trup plodu se porodí bez jakéhokoli dalšího mechanismu (Procházka, 2020, s. 402-404).

1.3.6 Vedení druhé doby porodní

Porodní asistentka během druhé doby porodní kontroluje monitorem ozvy plodu po každé děložní kontrakci (v případě indikace je natáčen kontinuální CTG záznam). Normální srdeční činnost srdce se pohybuje v rozmezí 110-160 tepů za minutu. Ve druhé době porodní mají kontrakce děložní vypuzovací charakter a mají být dostatečně dlouhé, silné a časté. Vypuzovací charakter kontrakce se značí náhlým vzestupem intenzity, fází maximální intenzity a poměrně rychlým odezněním kontrakce. Přiložením dlaně na fundus děložní a vnímáním změny svalového napětí lze nejlépe rozpoznat frekvenci, intenzitu a délku trvání kontrakce. Hodnocení kontrakcí pomocí CTG může být značně subjektivní, protože záleží na síle vrstvy podkožního tuku, na utažení pásů přidržující sondu, na tvaru dělohy a na místě, kde je sonda uložena. Porodní asistentka pomocí své ruky eliminuje tyto chyby, a navíc vnímá napětí svalů, vazů, turgor kůže, případný třes, nervozitu a další. Na psychiku rodičky má její přítomnost uklidňující působení. Porodní asistentka dbá na vyprázdněný močový měchýř, protože rodičky někdy nemusí vnímat signály plného močového měchýře, ten může bránit při vstupu hlavičky do porodních cest. Z fyziologické hodinové diurézy a objemu močového měchýře vychází, že by mezi močením neměl být delší interval než čtyři hodiny. Porodní asistentka by po celou druhou dobu porodní již

neměla odcházet z místnosti, kde žena rodí. Důležité je zaznamenávat všechny změny v chování rodičky, její změněné dýchání, změny polohy a jaká je vokalizace při kontrakcích. Porodní asistentka by měla naslouchat verbálním projevům rodičky, ale především vnímat i ty neverbální. Dále je zapotřebí sledovat zevní genitál a známky vstupující hlavičky do pánevního východu, napínání kůže na hrázi a otevírání konečníku. Porodní asistentka se po celou dobu porodu snaží respektovat jeho tempo a zároveň sledovat varovné signály od rodičky, plodu nebo dělohy. Vše má sice jít v individuálním tempu, ale přesto plynule, v harmonickém sledu a s progresí. Při porodu je potřeba dodržovat aseptický režim. Jsou preferovány pomůcky na jedno použití, všechny pomůcky musí být sterilní (Procházka, 2020, s. 406).

Pro usnadnění vnitřní rotace a progresi hlavičky napolohujeme rodičku na ten bok, na kterém je vedoucí bod hlavičky. Při porodu hlavičky je důležité chránění hráze, které zabraňuje poranění na hrázi a přilehlých částech pochvy a současně pomáhá k správnému mechanismu. Chránit hráz začínáme až pokud se napíná, vyhlazuje a hlavička plodu už se nevtahuje zpět do pochvy a zůstává v pootevřené vulvě. Po porození hlavičky a lehkém tažení hlavičky směrem dolů se pod sponou porodí přední raménko až po úpon musculus deltoideus neboli hypomochlion, kolem něj se otáčí hrudník plodu směrem nahoru a zadní raménko se rodí nad hrázi. Při porodu zadního raménka je nutné opět chránit hráz. Není nutné pokračovat s chráněním hráze po porodu obou ramének. Po porození celého plodu se přestříhne pupečník. Doporučuje se alespoň minutu čekat, než se přestříhne současně s manuálním stisknutím a milkingem za účelem většího přísunu placentární krve plodu. Po přestříhnutí pupečníku je miminko přiloženo na hrudník matky k podpoře bondingu a prvnímu pokusu o první přísátí (Roztočil, 2008, s. 197).

1.4 Třetí doba porodní

Třetí doba porodní počíná po porodu plodu. Děloha se po porodu plodu přizpůsobuje výraznou retrakcí sníženému obsahu. Fundus děložní je ve výši pupku, je zaoblený a děloha má kulovitý tvar. V celé děložní stěně kromě plochy, kde je inzerovaná placenta, probíhá děložní retrakce. Po určité klidové fázi nastávají opět kontrakce (*contractiones ad secundinas*). Tyto kontrakce obsazují i děložní stěnu v místě inzerce placenty. Nastává tkáňový posuv mezi placentou a děložní stěnou, při kterém se přetrhávají uteroplacentární septa a uteroplacentární cévy, které podmiňují vznik retroplacentárního hematomu. Ve spongiózní vrstvě deciduální sliznice se začíná odlučovat placenta. Pars compacta deciduae-tenká vrstva na povrchu kotyledonů překrývá mateřskou část placenty (*pars maternalis*

placentae). Placenta na děložní stěně ulpívá svalovinou a obsahuje přetřhané fundy žláz a lumina cév. Při odlučování ještě neporozené placenty se děloha zpředu dozadu oplošťuje a fundus děložní se zašpičatí. Třetí doba porodní je dlouhá přibližně 5-10 minut. Rozeznáváme tři typy mechanismu odlučování placenty podle lokalizace, způsobu odlučování a porodu (Baudelocqua-Scgultzeho, Duncana, Gessnera) (Čech, 2014, s. 188).

Zpravidla se vede třetí doba porodní aktivně podáním uterotonik intravenózně po porodu hlavičky. Urychluje se tím odloučení a vypuzení placenty a vyvoláním kontrakcí svaloviny děložní se zintenzivní fyziologická ligatura uterinních cév a sníží se tím krevní ztráta (Roztočil, 2008, s. 197).

1.5 Čtvrtá doba porodní

Čtvrtá doba porodní neboli poporodní doba je asi tří hodinové období po porodu placenty, při kterém je žena nejvíce ohrožena krvácením. Svalovina dělohy (Myometrium) se silně stahuje a děloha se retrahuje. Můžeme ji vyhmatat přes břišní stěnu jako tuhý útvar (Hudáková, 2017, s. 167). V této době se kontrolují porodní cesty, ošetřuje se a případně zažívá porodní poranění. Žena necítí spontánní bolest, ale bolestivě vnímá ošetření porodních zranění, které vyžaduje anestezii, zde obvykle lokální (Takács, 2015, s. 147).

1.5.1 Ošetření rodičky po porodu plodu

Spočívá ve vyhledání a ošetření porodního poranění perinea, v pochvě a na čípku. Zkontroluje se krvácení, najde se jeho zdroj a ošetří se. Vyhodnotí se krevní ztráta, ta by neměla u fyziologického porodu přesáhnout 300 ml. Zevní rodidla se opláchnou (omytí desinfekčním roztokem a vložka). Zkontrolují se životní funkce ženy, změří se teplota, tlak, pulz a diuréza. Hlídáme i psychický stav ženy (Roztočil, 2008, s. 200).

2 NÁROČNÁ ŽIVOTNÍ SITUACE

Životní situace je událost, která se může v životě jedince objevovat nezávisle na jeho vůli, přičemž ale může závažně a dlouhodobě ovlivnit navyklé činnosti či celý životní styl jedince. Životní události nesou někdy nucenou a někdy chtěnou změnu.

Zátěžové situace patří mezi životní situace. Zátěžová situace u daného jedince způsobuje stav nadměrného zatížení nebo ohrožení, které souvisí s úbytkem uspokojení a ohrožuje celkovou psychickou i tělesnou pohodu jedince (Kosek, 2020).

2.1 Definice náročné životní situace

Náročná životní situace je jedincem prožívaná jako stresová až traumatická, neovlivnitelná a nepředvídatelná situace, která je mimo oblast běžné lidské zkušenosti a je pro naše schopnosti a sebepojetí výzvou (Atkinson, 2003, 487). Při působení různého typu zátěže může docházet k narušení psychické rovnováhy, což se projeví změnou v uvažování, chování i prožívání (Vágnerová, 2004, s. 48). Z hlediska závažnosti lze tyto situace odlišovat, a to na situace obsahující nepřiměřené úkoly a požadavky (vysoké nároky na jedince), poté na problémové situace, následně na situace, které obsahují překážky, konfliktové situace, stresové situace a syndrom vyhoření. Do situace, kterou považuje jedinec za náročnou se v průběhu života dostane každý z nás. Jde především o individuální a subjektivní vnímání dané situace. Konflikt pro jednoho jedince nemusí znamenat konflikt pro druhého. Prostředí či druhé lidi označujeme nejčastěji za zdroje konfliktu, ale i disproporce jedince mohou konflikt způsobit (Stibalová, 2011, s. 16). Konflikty můžeme rozdělit na vnitřní (interpersonální) a vnější (intrapersonální). Vnitřní konflikt může být hlubší a hůře pozorovatelný. Vnější konflikt je nápadnější a lze ho pozorovat (hádka). Vnitřní konflikt je pro jedince náročnější, hůře se s ním srovnává, drží ho sám v sobě. Tyto druhy konfliktů se v našem životě objevují běžně a nelze se jim vyhnout, můžeme je pouze dočasně přehlížet, nebo aktivně řešit (Stibalová, 2011, s. 16). Vyrovnání se náročnou životní situací závisí především na vrozených vlastnostech člověka, věku, intelektu, dosavadních životních zkušenostech, nynějším zdravotním stavu, okolnostech ve společnosti, pracovní činnosti (Zacharová, 2007, s. 55).

2.1.1 Stres

Stres je zátěž, která se vyskytuje v subjektivně vnímané ohrožující situaci s ohledem na psychosomatickou jednotu člověka, na kterou organismus reaguje (Kosek, 2020).

Patří k negativní situaci. Projevuje se jako pocit tlaku, napětí nebo záporných emocí. Stres se podle psychologické definice vyskytne tehdy, když jedinec pociťuje, že jeho zdroje k zvládnutí situace jsou nižší než jeho nároky (Ayers, 2015, s. 50). Stres je reakce na změnu situace, která člověka ohrožuje, nebo přizpůsobování se něčemu, co nelze změnit (Křivohlavý, 2002, s. 170). Stejně jako jiné emoce má mnoho složek. Důležité je rozlišit, jestli se jedná o stresory, nebo o reakci na stres. Stresory neboli spouštěči reakce na stres jsou vnější nebo vnitřní události (zkouška může působit jako vnější stresor, naše protichůdná přání – rozhodování mezi učením se na zkoušku a pomocí přítelovi – vnitřní stresor). Podle typu nebo délky dělíme dále stresory na akutní stresory (smrt blízkého), chronické stresory (péče o dlouhodobě nemocného příbuzného), problémy každodenní, stresory traumatické, které může způsobit například napadení a napětí rolí (zvládání rolí doma a v práci) (Ayers, 2015, s. 50). Stres nemusí být pouze nežádoucí a negativní emocií, existuje eustres, jenž představuje zátěž, kterou dokážeme překonat a posiluje rozvoj osobnosti (Vymětal, 2003, s. 61).

2.1.2 Reakce na stres

Reagujeme na stresory různými způsoby. Můžeme je rozdělit na reakce kognitivní, afektivní, behaviorální a fyziologické. Mezi těmito různými silami neexistuje vždy silná spojitost. Jeden člověk může reagovat pouze tělesnou stránkou, ale už nemusí pociťovat stres emoční (Furnham et al., 2003).

2.1.3 Zvládání stresových situací

Objeví-li se u někoho stres, je potřeba, podobně jako u nemoci, ho správně diagnostikovat, ale především ho i léčit. Když se dostáváme do stresové situace, musíme se rozhodnout, jestli s ním chceme bojovat (postavit se stresu čelem), nebo zda ho chceme ještě snášet (budeme se ho snažit přehlížet a jen potichu nadávat). Pouze pokud řešíme stres první variantou, hovoříme o opravdovém zvládnutí situace. Jde o dvě činnosti, které lze dělat při zvládnutí stresu: odstranění zatěžujících okolností (toho co nás tíží) a o posilování našich vlastních sil pro boj se stresem (Křivohlavý, 2010, s. 29).

2.1.4 Strategie zvládání stresu

Pouze my se musíme rozhodnout, jak budeme postupovat, když se utkáme se stresem. Jsou v podstatě dva druhy postupů zvládání stresu (strategií). Jsou postupy zaměřené na řešení problému a na druhé straně jsou strategie zaměřené na zvládnutí emocionální situace, ve které se člověk ocitne během stresu. S emocionálně zaměřenými strategiemi se můžeme setkat již u mladších dětí. Některé postupy volí děti za doporučení

maminky, jindy se rozhodují, jak budou postupovat samy (maminčina náruč, místo útočiště). Až v období dospívání se vyskytují složitější strategie (relaxační techniky) (Křivohlavý, 2010, s. 30).

2.1.5 Strategie zvládání náročných životních situací

Náročná životní situace představuje situaci, v níž je daný jedinec nebo skupina osob vystavena úkolům, které vyžadují mobilizaci nových sociálních dovedností a psychických schopností (Horníková, 2013, s. 18). Frustrační tolerance označuje míru odolnosti vůči náročným životním situacím. Tato tolerance se u všech lidí rozvíjí odlišným způsobem. Záleží u ní na vrozených předpokladech jedince, individuálních zkušenostech, na způsobilosti učení se novým věcem, do jisté míry závisí i na sociokulturní normě. Jedinec se brání buď reflexně nebo cíleně. Jde o soubor obranných mechanismů a strategií, které napomáhají překonat nepříznivé události, zdolat je a zachovat si při tom duševní rovnováhu (Vágnerová, 2004, s. 54).

Předmětem relativně nových vědeckých poznatků jsou copingové strategie. Společný činitel strategií a obranných mechanismů je zaměření na řešení zdánlivě nevyřešitelné situace pro danou osobu. Obranné mechanismy i copingové strategie patří do adaptivní snahy mít nad danou situací kontrolu (Vágnerová, 2004, s. 54).

Označení „coping“ je příslušný k českému termínu „vyrovnávání se“. Způsoby vyrovnávání se se zátěžovými situacemi diferencujeme podle toho, jestli jsou uvědomované nebo neuvědomované. Mezi uvědomované způsoby zvládání náročných situací patří copingové strategie a neuvědomovanou formou jsou ego obranné mechanismy (Kosek, 2020).

2.1.5.1 Copinové strategie

Coping je označován jako aktivní a vědomý způsob zvládání stresu. Copingové strategie lze považovat za souhrnné, dynamické a měnící se v průběhu života člověka. Člověk může své copingové strategie přizpůsobovat a obměňovat dle potřeb (Doubková, 2016, s.17). Rozlišujeme dva základní typy copingu podle toho, jak působí, na coping zaměřený na problém a coping zaměřený na emoce. Jednotlivé typy se uplatňují na základě vyhodnocení situace. Coping zaměřený na problém volí subjekt, pokud usoudí, že situaci lze řešit. Opírá se o snahu omezit emoční doprovod stresových situací přinášejících škody nebo jejich riziko (Kosek, 2020). Pokud jedinec dojde k závěru, že situace je neovlivnitelná, respektive, že ji není schopen změnit, zvolí mnohem častěji strategii zaměřenou na emoce.

Člověk se při této strategii snaží přetvořit své vlastní emoce a reakce na zátěž, dále se snaží přeměnit tyto emoce, aby byly přiměřené dané situaci. Když zvolíme tuto strategii, pokoušíme se vyjádřit své emoce, díky tomu může dojít k přijetí, ale i popření dané situace (Doubková, 2016, s. 18).

Z hlediska produktivity a neproduktivity můžeme copingové strategie rozlišit na produktivní coping, kde se jedná o pozitivní odklonění pozornosti (myslet na dobré věci), říct si o radu přátelům, koncentrovat se na pozitivní věci, soustředit se na řešení problému a také hledání sociální opory a pomoci u blízkých přátel, blízké osoby nebo profesionálů. Non-produktivní coping značí vyhýbaní se (útěk k alkoholu, k drogám), vylévání si hněvu na druhé, vyhýbaní se problému, počítá pouze s vlastními silami, sebelítost, soustředí se na jiné věci a ne na danou situaci (Doubková, 2016, s. 19).

2.1.5.2 Obranné mechanismy

Naše psychika se díky nim brání zhroucení a předchází „zbláznění se“. V době zátěže je vhodné k obranným mechanismům přistupovat s šetrností, jelikož odstraňují pocit ohrožení a úzkost. Rozlišujeme více druhů, které mají však jedno společné, a to popírání a překrucování reality a jedinec si toho není vědom. Schopnost mysli se různými možnostmi, které si neuvědomujeme, bránit proti uvědomování si nepříjemných emocí, traumat a impulzům, charakterizuje obranné mechanismy. Ego defenzivní mechanismus má za cíl uchovat celistvost a neporušenost ega před ničivými účinky pudových a citových hnutí, v situacích konfliktů, strachu, studu, výčitek svědomí, odporu a pocitů viny. Dnes je uvedeno přes 40 druhů obranných mechanismů (Ratislavová, 2020, s. 36).

Mezi nejstarší způsoby, kterými se člověk vyrovnává s náročnými životními situacemi patří: únik, útok a volání o pomoc. Ty patří mezi základní a od nich se odvodila řada dalších obranných mechanismů, se kterými se má možnost porodní asistentka setkat v praxi (negativní egocentrismus, regrese, projekce, racionalizace, fixace, izolace, represe, vytěsnění, somatizace...). Paní doktorka Ratislavová Kateřina uvádí ve své knize Aplikovaná psychologie porodnictví tyto příklady:

Útěk-Při příchodu do nemocnice se těhotná žena vymlouvá, že nemůže zůstat v nemocnici (únik ze situace verbální formou). Těhotná odejde z porodního sálu a prochází se po oddělení nebo opustí nemocnici úplně (fyzický únik). Rodička se uzavře sama do sebe a nebude komunikovat s personálem. Těhotná žena se velmi obává porodu, proto si vše dopředu naplánuje, představuje si porod jako bezbolestný proces (únik do fantazie).

Nevzpomíná si, kdy měla mít termín porodu ani na porod předchozí (únik do zapomnění) (Ratislavová, 2008, s. 58).

Útok-Při porodu může bojové nastavení ženy velice pomáhat se zvládnutím této náročné situace. Má chuť překonat vše, vydržet, a „porvat se“ s bolestmi. Útok fyzický, kdy rodička v bolestech napadá (škrábe, kouše) partnera nebo personál, je projevem neadaptivního chování (Ratislavová, 2008, s. 58).

Volání o pomoc-Aby na sebe rodička upozornila, zdůrazňuje své bolestivé projevy. Když je na pokoji sama, hlasitě nařiká pro přivolání pomoci (zdravotní personál). Přítomnost partnera, lékaře nebo porodní asistentky je pro ni nezbytnou a vyžaduje ji (Ratislavová, 2008, s. 58).

Racionalizace-Žena své chování zdůvodní motivy, které jsou sice věrohodné, ale neodpovídají skutečnosti. Svou nespolupráci a pasivitu si žena vysvětluje nevhodným chováním porodní asistentky, špatným prostředím, chybou, co udělal personál apod. (Ratislavová, 2008, s. 58).

Negativismus-Vyznačuje se vzdorovitým chováním ženy. Odmítá dělat to, co by měla a dělá to, co se jí zakazuje (Ratislavová, 2008, s. 58).

Regrese-Žena se začne projevovat způsobem, který neodpovídá jejímu věku a odpovídá vývojově mladšímu období. Nejčastěji se projevuje sklonem k afektům, labilitou, vzdorováním a vyžadováním větší pozornosti a péče (Ratislavová, 2008, s. 59).

Represe-Žena potlačením, popřením a vytěsněním svých myšlenek a představ, které jsou v rozporu s vlastním svědomím i obecně uznávanými hodnotami, vlastně uniká do zapomnění (Ratislavová, 2008, s. 59).

3 PSYCHOLOGIE PORODU

Žena na porod dokáže myslet už od stanovení gravidity. V následující kapitole budu rozebírat psychiku ženy během porodu, jak na ni působí porodní bolest, jakými změnami si prochází a jak jí pomáhá přítomnost blízké osoby.

3.1 Prožívání porodu a zvládání porodní zátěže

Jestliže žena projde těhotenstvím a porodem, vždy ji to změní. Mnohem více rozumí životu a je proměněná (Ratislavová, 2008, s. 58). Většina žen považuje narození dítěte za jeden z nejvýznamnějších zážitků svého života. Nicméně porod je vyčerpávajícím a často stresujícím prožitkem, představuje souhrn téměř zcela negativních zkušeností, fyziologicky i psychicky podmíněných. V průběhu porodu se ženy musí vypořádat nejen s bolestí, ale i s pocity bezmoci, nejistoty a strachu, jelikož nevědí, zda vše probíhá úspěšně, a jak dlouho porod potrvá (Vágnerová, 2008, s. 122).

Psychologické prožívání a reakce ženy během porodu jsou velmi individuální, ženy mohou porod prožívat velmi odlišně i při stejném typu porodu (vaginální přirozený, operativní), odlišná může být i celková spokojenost ženy s porodem a jeho celkové hodnocení.

Vypořádání ženy s porodem závisí na mnoha okolnostech. Celý proces ovlivňují jak individuální predispozice ženy, tak faktory vnějšího prostředí (přístup zdravotníku, podmínky na porod) a průběh samotného porodu. Mezi individuální faktory ovlivňující prožívání ženy patří celková odolnost vůči zátěži, předešlá zkušenost s porodem, průběh celého těhotenství (rizikové), nynější zdravotní stav ženy, osobní vlastnosti a zralost osobnosti, práh bolesti ženy, věk a postoj k těhotenství (chtěné, nechtěné). K faktorům okolního prostředí patří způsob komunikace a přístup zdravotnických pracovníků, podmínky na porod a prostředí porodního sálu, absolvování předporodní přípravy a přítomnost podporující osoby u porodu. Typ porodu (operační, přirozený, klešťový), délku porodu, intenzitu a tlumení bolesti po čas porodu řadíme do faktorů porodu samotného (Škodová, 2018, s. 24-26).

I když je porod fyziologický děj, představuje pro ženu zátěžovou situaci, která si vyžaduje maximální soustředěnost veškerých fyzických i psychických sil. Můžou se objevit adaptivní, ale i maladaptivní reakce a projevy, a to u jakékoli zátěžové situace. Pod pojmem adaptivní chování rozumíme věcnou, situaci odpovídající a účinnou odpověď: tedy reálné,

účinné chování a zaměření na cíl. U maladaptivního chování si představíme reakce, které nepomáhají zvládnutí situace, naopak ji spíše komplikují. Při adaptivní reakci ženy na probíhající porod je typická přítomnost určitého stupně vědomé úzkosti současně s pocitem pozitivního očekávání a důvěry ve zvládnutí situace. Žena vnímá porod jako přirozenou součást života, je aktivní a schopná spolupracovat se zdravotníky. Naopak u maladaptivní reakce na porodní zátěž se objevují: výrazný strach a zvýšené obavy, agresivní chování, výrazný hněv, ztráta aktivity, apatické chování, nespolupráce s personálem a bezmoc. Tyto projevy považujeme za maladaptivní až tehdy, když závažným způsobem ovlivňují průběh porodu a schopnost ženy aktivně prožívat situaci porodu (Škodová, 2018, s. 24-26).

K nejčastějším důvodům maladaptivní reakce patří příliš silná úzkost, která přesahuje schopnost zvládnutí situace ženy a může u ní dojít až k paralýze a vede k iracionálnímu chování, které negativně působí na průběh porodu. U rodičky může maladaptivní chování ovlivnit více faktorů: jako je nedůvěra v sebe sama, ve své síly a přirozený proces porodu, osobní nezralost, nepřipravenost na porod, strach a silná úzkost z porodu už v probíhajícím těhotenství. Nesprávnou komunikací a postupem ze strany zdravotníků (nerespektování přání ženy, neempatický přístup), nevyhovujícími podmínkami na porod (nedostatek soukromí, nedostatečné vybavení porodního sálu) a nerespektováním přání ženy (možnost zvolení polohy) výrazně zvyšujeme pocit úzkosti a strachu rodičky, a tím přímo přispíváme k maladaptivním reakcím u rodící ženy. Optimálnímu průběhu porodu napomáhá naopak zabezpečení klidného, bezpečného prostředí se zachováním soukromí a intimity, s minimem stresujících podnětů z okolí a pozitivním, empatickým přístupem ze strany zdravotnických pracovníků. Přístup porodní asistentky ke každé rodičce má být na profesionální úrovni a respektující lidskou důstojnost ženy. Chování porodní asistentky má být empatické, taktní a věcné. Měla by s rodící ženou komunikovat srozumitelně a poskytovat dostatečně veškeré podstatné informace (Škodová, 2018, s. 26-28).

Základem vhodného přístupu porodní asistentky k rodící ženě je empatie a respekt k projevům těhotné, sebereflexe vlastního přístupu k rodičce (reaguji správně?), srozumitelná komunikace a dostatečné vysvětlení postupů a informovanost o důležitosti prováděných intervencí, věnování dostatečné pozornosti ženě a pochopení ženy i při jejich neadekvátních projevech (pomáhat a doporučovat, ne přikazovat a řídit), udržování intimní atmosféry (bezpečí, důvěra, klid a ticho) a srozumitelné a stručné vysvětlení komplikací, které mohou při porodu nastat a následné intervence (jak se bude postupovat dále). Je potřeba se vyvarovat jakékoli kritice, zesměšňování a povyšování, nerespektování pocitů rodičky.

Důležité je vyjádření pochopení pocitů rodící ženy a společné hledání způsobů, jak negativní pocity odstranit (Škodová, 2018, s. 27-28).

3.2 Porod jako náročná životní situace

Žena se na porod může psychicky připravovat po dobu 9 měsíců. Přesto je i pro ženy, které už rodily a které se s vědomím veškeré zodpovědnosti snažily co nejlépe připravit, situací novou a složitou. Musíme vždy posuzovat porod jako náročnou životní situaci vzhledem k adaptačním silám a možnostem ženy. Chápat, že neplatí stejné měřítko pro ohodnocení míry zátěže. Co jedna žena vnímá jako zátěž přijatelnou, pro druhou je již nad její síly. Většina žen zvládá porod s vypětím nebo krajním vypětím sil, někdy i se značným rozkolísáním fyzických i psychických funkcí. Ženy mobilizují fyzické i psychické mechanismy. Některé ženy reagují přiměřeně, ale u jiných žen se objevují prvky neadekvátní, objevují se různé funkční poruchy, vývojově nižší způsoby chování i obranné mechanismy (Ratislavová, 2008, s. 58).

Osobnost ženy se díky náročné situaci porodu formuje. Pro ženu může být překonávání překážky v podobě porodu zdrojem uspokojení, hrdosti, sebedůvěry a sebevědomí. Jestliže má rodička pocit, že situaci nezvládla, dochází k rozporům sebepojetí (Ratislavová, 2008, s. 58).

3.3 Úzkost a strach

V této podkapitole definuji pojmy strach a úzkost, charakterizují jejich funkci a vývoj.

Ve světě patří **strach** jako přirozená predispozice člověka k přežití a k orientaci a má signální a obranou funkci. Jedinec strach subjektivně pociťuje jako tíseň, sevření, vnitřní napětí a pocit ohrožení. Člověk může být v ohrožení vnějším (provoz na ulici) a vnitřním (obava, že na něco nestačím). Lidská představivost, schopnost předvídat a zkušenosti způsobují, že oba světy subjektivní i objektivní mnohdy splývají a často jsou tak vnější i vnitřní faktory navzájem propojeny. Strach může být pro druhé pochopitelný a přirozený, tedy **reálný** nebo pro druhé nepřiměřený a často iracionální-**nereálný** (Vymětal 2003, s. 236-237).

Reálný strach se může projevat u studenta, kterého čeká těžká zkouška. Nebo u rodiny těžce nemocného pacienta, která se strachuje o jeho život. U lidí duševně nemocných (u neurotiků fobie) se objevuje strach nereálný. Někdy trápí iracionální strach i

lidí „v normě“, obvykle souvisí s jejich zážitky z minulosti v dětství nebo „nevhodnými přáními“. V tomto případě se jedná o strach představující opačné reagování (psychické obranné mechanismy) a ochraňuje jedince před tím, co nemá být (Vymětal 2003, s. 237).

Strach je negativní emocií, která působí na chování rodičky na porodním sále. Navenek se tento stav projevuje hlavně verbálními neartikulovanými zvuky, zmatenou řečí, výkřiky, vzrušeným hlasem nebo svíráním pěstí, a má konkrétní příčinu. Často strach doprovází duševní nerovnováha a může trvat různě dlouho. Strach se jako nejsubjektivnější a nejvíc rozšířený nástroj využívá v medicíně na odůvodnění a zmnohonásobení zákroků během těhotenství a porodu. Strach je iracionální proces, ve kterém je zakořeněný pojem nebezpečí. Termín nebezpečí vychází ze dvou aspektů. První je aspekt matematické pravděpodobnosti, že nastane nějaká situace nebo ne, a ten druhý emocionální aspekt strachu, že k dané situaci dojde (anticipační) (Bašková, 2015, s. 59).

Úzkost představuje nepříjemný stav a prožitek. Bezprostřední příčinu úzkosti, tedy určitý podnět či situaci, která ji vyvolala, si narozdíl od strachu neuvědomujeme. Jedná se o reakci na neznámé a předpokládané nebezpečí. Bývá zpravidla nepříjemnější než strach, jelikož tušení něčeho nepříznivého a neznámého je horší než sama událost, jestliže je jasně poznána (Vymětal 2003, s. 237). Úzkost se stanovuje různou intenzitou a projevuje se fyzickými symptomy jako je bledost, pocení, zimnice, tachykardie, střídání pocitu tepla a chladu, ochabnutí nebo naopak zvýšení napětí svalů. Obava o zdraví dítěte i o vlastní zdravotní stav a také strach ze zvládnutí nové role matky úzkost rodičky ještě zvyšuje (Bašková, 2015, s. 58).

Úzkost a strach je závažný psychologický problém zasahující do průběhu porodu a negativně ovlivňuje chování rodičky na porodním sále. Tyto emoce patří mezi negativní emocionální jevy, představující závažný psychologický problém. Negativní psychické faktory v konečném důsledku způsobují, že rodička prožívá i podněty nízké intenzity jako intenzivní bolesti. Neadekvátní obavy a strach z jednotlivých porodnických zákroků a obavy o zdravotní stav novorozence naopak zvyšují citlivost na bolest a snižují schopnost tolerance. Tyto faktory kromě toho způsobují pokles průtoku krve v děloze, snižují činnost kontrakcí a také působí na napnutí svalstva s opačným účinkem, než se očekává (Bašková, 2015, s. 58).

3.4 Bolest při porodu

Nejprve v této podkapitole definuji význam pojmu bolest a dále se zaměřím na význam porodní bolesti.

3.4.1 Bolest

Bolest je definovaná jako nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený obvykle s aktuálním či potencionálním poškozením tkání. Jde vždy o komplexní jev, subjektivní zkušenost a multimodální jev. Jedná se o složitý proces, vzniklý integrací fyziologických, psychologických, sociálních a situačních momentů (Ratislavová, 2008, s. 66). Bolest má informativní a signální význam. Trvá-li bolest dlouho, je pro nás překážkou a sužuje nás (Raudenská, 2011, s.168).

3.4.2 Porodní bolest

Porodní bolest je komplexní a vždy subjektivní reakce a narozdíl od akutní a chronické bolesti není spojená s patologií, nemocí či zraněním. Je způsobena stahy děložní svaloviny, která vypuzuje plod. Tlak plodu působí na měkké a tvrdé porodní cesty, vznikají drobná mikrotraumata. Je označovaná jako akutní z časového hlediska. Stimuly vyvolávající bolest jsou interpretovány během porodu centrálně pomocí interakce širokého spektra emočních, motivačních, sociálních, kulturních a kognitivních faktorů. Porod je téměř všeobecně bolestivá zkušenost a ženy počítají s tím, že to bude bolestivý zážitek. Na porod a vypuzení plodu má ženu bolest připravit, je pro ni signálem, aby se odebrala na bezpečné místo. Subjektivně může být porodní bolest vnímána pozitivně jako součást zrození, jako pozitivní síla, nebo jako nevyhnutelné utrpení, a to v souvislosti s jejím osobním příběhem a sociálně-kulturními zvláštnostmi. Skoro ve všech kulturách bývá porod považován jako vrcholný test ženství, osobní kompetence a první krok k mateřství (Sobotková, 2015, s. 138).

Je optimální se zabývat managementem bolesti již v předporodním období. Ženu je potřeba seznámit s charakterem porodní bolesti a prodiskutovat s ní různé možnosti pomáhající bolest zvládnout, a to buď farmakologicky (epidural), nebo nefarmakologickými metodami (dýchací metody, masáž, úlevové polohy, působení vody, tepla). Podpůrná osoba, která je ženě při porodu nápomocná, má pomocnou úlohu při zabezpečení psychické pohody, to má za následek snížení bolesti (Škodová, 2018, s. 30).

3.4.3 Emoční složka bolesti

Je vhodné znát i emoce doprovázející bolest, abychom lépe porozuměli prožitku porodní bolesti. Pro pacientku jsou emoce velmi často náročně odlišitelné od sensorické stránky bolesti (Sobotková, 2015, s. 156).

Každá žena prožívá porod jiným způsobem. Nicméně se dle Simkin (2000) dají vyzorovat okamžiky, které prožívá silněji, proto se dají označit jako mezníky, jež se uskutečňují během každého porodu přirozenou cestou.

1. Počátek porodu
2. Počátek aktivního porodu
3. Přejít z I. do II. doby porodní
4. Vypuzování hlavičky

Těhotné ženy jsou většinou od porodní asistentky nebo lékaře o symptomech počínajícího porodu a prvních poslýchcích poučeny. K prvnímu rozrušení dochází v den porodu, kdy se žena těší, ale zároveň se ho i obává. Může u ní dojít i k panice, že nemá precizně připravené věci do porodnice, nejistotě, zda je ten správný čas, kdy už má vyjet do porodnice a úzkosti. Ve chvíli, kdy kontrakce sílí, nelze od nich odvracet pozornost. Žena se stává odtazitou, protože prožívá poměrně velikou bolest a má celý porod ještě před sebou. Porodní bolest vrcholí s koncem první doby porodní. U ženy se může objevit pocit, že porod není schopna zvládnout, ztrácí odvalu a odhodlání. Je nutné, aby jí okolí povzbuzovalo, hlavně partner přítomný u porodu. Potřebuje pohyb a pocit bezpečí. S blížícím se koncem první doby porodní je často rodička unavená a vyčerpaná. Hlavička sestupuje pánví a u ženy se může objevit pocit nucení na tlačení. Při této fázi porodu se u rodičky mohou projevit neadekvátní reakce, zoufalství, že porod ještě není u konce. Nutné je povzbudit ženu, měnit se poloha, partner se snaží pomoci překonat každou kontrakci společně s rodičkou. Spolu se snaží prodýchat kontrakce. Je důležité ženu motivovat, že každou kontrakcí je blíže svému dítěti. Vhodné je zapojit imaginaci, vizualizaci a relaxační techniky v mezikontrakčním období. Pokud není rodič žena vyrušena vnějšími vlivy, bývá plně ponořena do porodního procesu (Ratislavová, 2008, s. 61).

Když začíná rodička na konci první doby využívat své síly k tlačení, získává pocit kontroly nad situací. Žena je přítomna a plní pokyny od porodní asistentky, nabývá dojem obnovení energie. Naopak partner může pociťovat slabost, bývá v této části často psychicky

unaven a dopadá na něj celá situace. Z nových pocitů bolesti a pálení může být žena chaotická. I informované rodiče by měla porodní asistentka ještě jednou podat zpětnou vazbu o způsobu spontánního tlačení. Měla by být se ženou v nepřetržitém kontaktu. Dalším úkolem porodní asistentky je povzbuzování ženy k uvolnění svalů pánevního dna a úprava polohy (Ratislavová, 2008, s. 61).

Jestliže pohlédneme na chod porodu dle Simkin (2000), popisuje první fázi jako začátek porodu. Matka má podobné pocity, které prožívala při poslíčcích. Nejistota, jestli to, co cítí, je správně. Když všem začne oznamovat, že už se blíží porod, může se dostavit pocit vzrušení. Jestli žena není duševně připravená na porod, například z rychlého začátku nebo při bolestivých kontrakcích, prožívá strach. Začátek aktivní části porodu bývá spojován s obdobnými prožitky jako při první fázi. Přizpůsobení ženy může trvat různě dlouho a je ovlivněno spousta okolnostmi. Reakce ženy na tuto fázi se střídají. Radost přechází v obavy. Přechodné období mezi první a druhou dobou porodní je pro rodičku horší fází. Jelikož se stahy dělohy stávají silnější a více bolestivé, začíná se žena cítit unavená a přichází o odvahu. Pro ženu je přechodná fáze nejnáročnější. Rodičky naříkají. Stává se, že se jim začne klepat celé tělo. Často se můžou zaseknout a přestávat zvládat situaci. Mohou mít střídavý pocit zimy a horka. Mohou křičet, plakat, nebo se naopak uzavřou do sebe, naříkají, ale zůstávají uvolněné. Vypuzovací fáze je poslední a bývá především fyzicky náročná. Nastává i chvilka odpočinku, kterou rodička pozitivně přivítá. Pokud měla pocit, že ztrácí odvahu, nyní se jí optimismus vrátil. Byla-li zmatená, teď má hlavu čistou (Simkin 2000, s. 70).

Při vypuzování hlavičky je matčina bolest největší, ale blíží se již úplný porod miminka. Pro rodičku je v této době přítomnost blízké osoby, kterou má vedle sebe, důležitá. Po narození dítěte nastává u rodičky neuvěřitelný pocit úlevy, že už nepokračují kontrakce a ustala bolest, kterou cítila. Porod placenty, který následuje, už nemusí žena ani vnímat, jelikož si užívá první chvilky s miminkem. Cítí neskutečnou lásku a štěstí (Simkin, 2000).

3.5 Podpora ženy u porodu

Hlavním úkolem doprovázející osoby u porodu je poskytnutí ženě pocit jistoty a emocionální podpory, snížit prožívání úzkosti a stresu. Doprovázející podpůrnou osobou nemusí být pouze partner, může to být jiná blízká osoba, která je pro ženu při porodu zdrojem podpory. Přítomnost podporující osoby má více pozitivních efektů: lepší zvládnání bolesti a zátěže, pozitivnější zkušenost ženy s porodem, podle některých studií i hladší průběh porodu a menší počet porodních komplikací (Škodová, 2018, s. 32).

3.5.1 Partner (otec) při porodu

Přítomnost partnera se v dnešní době považuje již za samozřejmost. Rozhodnutí, zda chtějí porod, nebo jen určitou část porodu prožívat společně se ženou, je respektováno. Porodní asistentka se zabývá otázkou přítomnosti partnera v prenatální poradně. Radí ženám, aby rozhodnutí o přítomnosti partnera bylo oboustranné. Ženy by partnera neměly nutit a naopak, jestliže cítí, že by jim partnerova přítomnost byla nepříjemná, partner by měl jejich rozhodnutí tolerovat. Při porodu mohou ještě nastat změny. Předporodní příprava celého páru, informovanost otce o průběhu porodního procesu, o jeho alternativách aktivní pomoci a nácvik pomocných technik, je žádoucí. Poučení o možných komplikacích a o tom, jak má partner reagovat, co má dělat v dané situaci, je přínosné. Nepřítomnost partnera na předporodních kurzech neznamená zákaz jeho přítomnosti u porodu (Ratislavová, 2008, s. 73).

Partnerovi je přidělena nejasně stanovená role. Je považován za osobu, která má ženě v průběhu porodu být oporou a chránit ji. On má být tím, kdo o ni bude něžně pečovat, hýčkat ji, kontrolovat, zda vše probíhá podle plánu. Ke všem těmto povinnostem ještě přibývá jeho vlastní pocit neschopnosti pomoci ženě ulevit od bolestí a úzkosti. Mnohdy potřebuje podporu on sám. Úkolem porodní asistentky je zareagovat na potřeby celého páru. Měla by jemně zakročovat a regulovat chování obou partnerů takovým způsobem, aby výsledek prospíval klidné a pozitivní atmosféře a průběhu porodu (Ratislavová, 2008, s. 73).

3.5.2 Přítomnost jiné osoby u porodu

U porodu je neobvyklá přítomnost jiných členů rodiny a přátel. V průběhu porodu rodičky často volají po matce, ale ve skutečnosti si její přítomnost u porodu nepřejí. Pokud jim porodní asistentka nabídne, že jejich matka může k porodu, odmítnou ji. Když má žena u porodu matku, přítelkyni či sestru, které samy prožily samovolný, nekomplikovaný porod bez lékařských intervencí, může být jejich přítomnost prospěšná. Mohou přinést do události své pozitivní zkušenosti a znalosti (Ratislavová, 2008, s. 73).

3.5.3 Přítomnost duly u porodu

Doprovázející osobou může být i dula. Dula je osoba, která absolvovala kurz pro doprovázení žen během těhotenství, porodu a v šestinedělí. Dula není zdravotnický pracovník a jejím úkolem je poskytovat ženě emocionální podporu, nemá v kompetencích možnost zasahovat a ovlivňovat zdravotní péči (Škodová, 2018, s. 32). Úlohou duly je vytvoření příjemné a klidné atmosféry pro rodící ženu, ulehčit a zpříjemnit prožití porodu. Dula je pro ženu psychická, emoční, morální i fyzická podpora. Nenese žádnou

zodpovědnost za průběh porodu a nemusí se na rozdíl od porodní asistentky věnovat potřebným zdravotnickým úkonům (Ratislavová, 2008, s. 73).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Domníváme se, že psychika je během porodu velmi podstatná a může ovlivnit průběh porodu negativně i pozitivně. Podpora, povzbuzení a individuální chování porodní asistentky k rodící ženě může pomoci rodičce zvládnout porod lépe. Porod je jednou z náročných životních situací v životě ženy. Ovlivňuje nejen fyzickou, ale především psychickou stránku ženy. Prožitek ženy může ovlivnit výběr strategie zvládnání bolesti a její celkový psychický stav.

„Jaké faktory ovlivňují spokojenost žen s porodem? Jaké prožitky udávají ženy v průběhu porodního procesu?“

5 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY

5.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit spokojenost žen s porodem a faktory, které mohly spokojenost ovlivnit.

5.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy

Na základě hlavního cíle jsem si stanovila dílčí cíle, které pomáhají lépe specifikovat, jaké faktory ovlivňují spokojenost žen s porodem.

Dílčí cíl 1: Zjistit, jak se ženy na porod připravují.

Výzkumný problém: Jak se na porod ženy připravovaly?

Otázka č. 9, 10, 11

Dílčí cíl 2: Zjistit okolnosti, které mohly mít vliv na spokojenost žen s porodem.

Výzkumný problém: Jak probíhal porod? (prostředí, přítomnost další osoby, vnímání bolesti, stav dítěte po porodu, bonding)

Otázka č. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27

Dílčí cíl 3: Zjistit výsledek škály spokojenosti žen s porodem.

Výzkumný problém: Jaký je výsledek škály spokojenosti žen s porodem?

Otázka č. 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 (škála BSS-R)

Dílčí cíl 4: Zjistit, co spokojenost žen v průběhu porodu subjektivně negativně ovlivnilo.

Výzkumný problém: Co negativně ovlivnilo spokojenost žen s porodem a jaká oblast života ženy je poporodní zkušeností negativně ovlivněna?

Výzkumný problém: Jak ženy hodnotí své zvládnání porodu?

Otázka č. 28, 29, 30, 31, 32, 33

Dílčí cíl 5: Zjistit, zda zvládnutí porodu souvisí se spokojeností žen s porodem.

Výzkumný problém: Souvisí zvládnutí porodu se spokojeností žen s porodem?

Otázka č. 30, škála BSS-R

6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

K zjištění požadovaných informací byla použita forma kvantitativního výzkumu, metodou dotazníku. Výběr respondentů byl záměrný. Do výzkumu jsme jako cílovou skupinu zahrnuli ženy, které jsou maximálně 14 měsíců po prvním porodu. To znamená po porodu, který proběhl od srpna 2020 do října 2021. V tomto období (březen 2020) byla ministerstvem zdravotnictví v souvislosti s pandemií covid-19 celoplošně zakázána přítomnost otců u porodu. Od 12. dubna 2021 do odvolání mohou být na základě mimořádného opatření ministerstva zdravotnictví u porodu přítomny třetí osoby (otec) pouze za splnění podmínky provedení antigenního nebo PCR testu na zjištění přítomnosti covid-19 s negativním výsledkem. Třetí osoba nesmí jevit žádné příznaky onemocnění covid-19. Porod musí probíhat v samostatném porodním pokoji nebo boxu s vlastním sociálním zařízením. Musí být zamezen kontakt třetí osoby s ostatními rodičkami. Třetí osoba má povinnost po celou dobu používat ochranný prostředek dýchacích cest (nos, ústa) - respirátor FFP2 nebo KN 95. Omezení spojená se situací s covid-19 vyvolala u budoucích maminek spoustu negativních emocí. Porod v době pandemie patří k událostem, pro které by si nejspíš většina nastávajících rodičů vybrala jinou dobu.

Zvolili jsme tuto skupinu žen, aby byly výsledky nezkreslené a co nejvíce reálné. Pokud by byl zvolen příliš velký časový rozptyl, mohly by být některé informace zkreslené z důvodu zapomenutých detailů.

7 METODIKA PRÁCE

Ke sběru informací do mé bakalářské práce jsme zvolili kvantitativní výzkum. Pomocí kvantitativního výzkumu lze využít sběr dat formou dotazníků. Kvantitativní výzkum se zabývá získáváním údajů o četnosti výskytu něčeho, co již proběhlo nebo se právě děje. Účelem kvantitativního výzkumu je získat měřitelné číselné údaje. Aby byly naplněny podmínky shromažďování údajů a mohli jsme získat statisticky spolehlivé výsledky. Pracujeme s velkými soubory respondentů v procesu formálního dotazování (Kozel, 2006, st. 120).

Ke sběru dat jsme zvolili dotazník, který obsahoval 33 otázek. Skládal se ze 32 uzavřených otázek. U 26 z nich mohly respondenty vybrat pouze jednu správnou odpověď. Dále obsahoval 8 otázek, kde měly ženy možnost zvolit jednu nebo více možností. 1 otázka byla otevřená a ženy se mohly podrobněji vyjádřit ke své zkušenosti s porodem. Vyplnění dotazníku trvalo přibližně 10 minut. První otázky v dotazníku se zaměřují na demografické údaje. Další otázky jsou zaměřené na pocity žen v průběhu porodu, na prostředí porodu a faktory ovlivňující spokojenost žen s porodem.

V bakalářské práci byla využita česká verze škály spokojenosti s porodem, kterou vyvinuli prof. Hollins Martin a prof. Martin (2014). V originále Birth Satisfaction Scale – Revised (BSS-R). Mezinárodní nezisková organizace International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) doporučuje využívat tuto škálu pro hodnocení kvality intrapartální péče ve světě. BSS-R má tři dílčí škály, které měří odlišné domény: (1) kvalita poskytování péče, (2) osobnostní atributy a (3) prožívání stresu během porodu. Možný rozsah bodového skóre BSS-R se pohybuje od 0 do 40 bodů. Celkové skóre 0 bodů znamená minimální spokojenost s porodem a skóre 40 bodů představuje maximální spokojenost s porodem. Škála byla přeložena a validizována v zatím nepublikované studii (zdroj vedoucí bakalářské práce).

8 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal od 10. října 2021 do 31. října 2021. Dotazníky obsahující 33 otázek byly zveřejněny na internetových stránkách www.facebook.com. Prostřednictvím sociální sítě jsem oslovila těhotné ženy v uzavřených skupinách „Maminky, těhulky a snažilky :)“, „eMimino.cz“, „Modrý koník“ a „Narození 2020“.

Cílem bylo oslovit minimálně 100 respondentů. Na internetových stránkách bylo řádně vyplněných 187 dotazníků.

9 ZPRACOVÁNÍ DAT

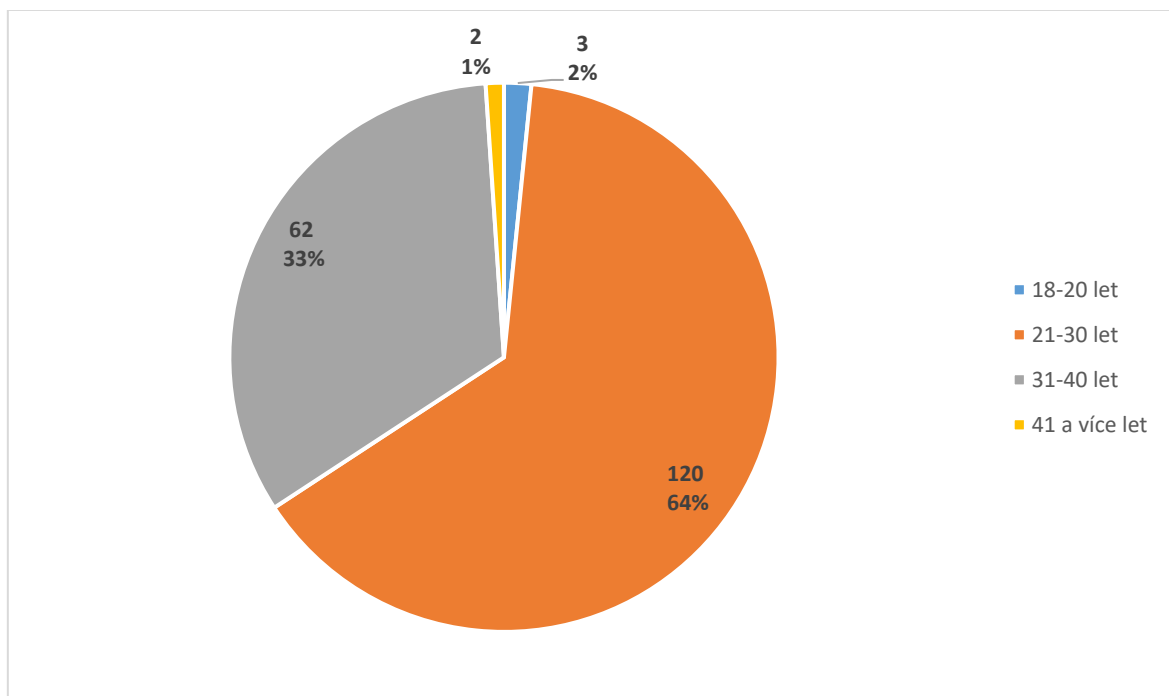
Text k bakalářské práci byl psán v programu Microsoft Office Word, který je určený pro psaný text. V praktické části byl použit program Microsoft Office Excel, ve kterém byly tvořeny grafy a tabulky. Nejdříve byly zhodnoceny otázky pomocí tabulek a grafů a následně pomocí popisné statistiky interpretovány psaným textem. Pro detailnější popis výsledků hodnot v grafu byl použit pro výpočet relativní četnosti. Výsledky relativních četností byly zaokrouhleny na dvě desetinná místa.

10 ANALÝZA ÚDAJŮ

Demografické otázky

Otázka č. 1: **Kolik vám je let?**

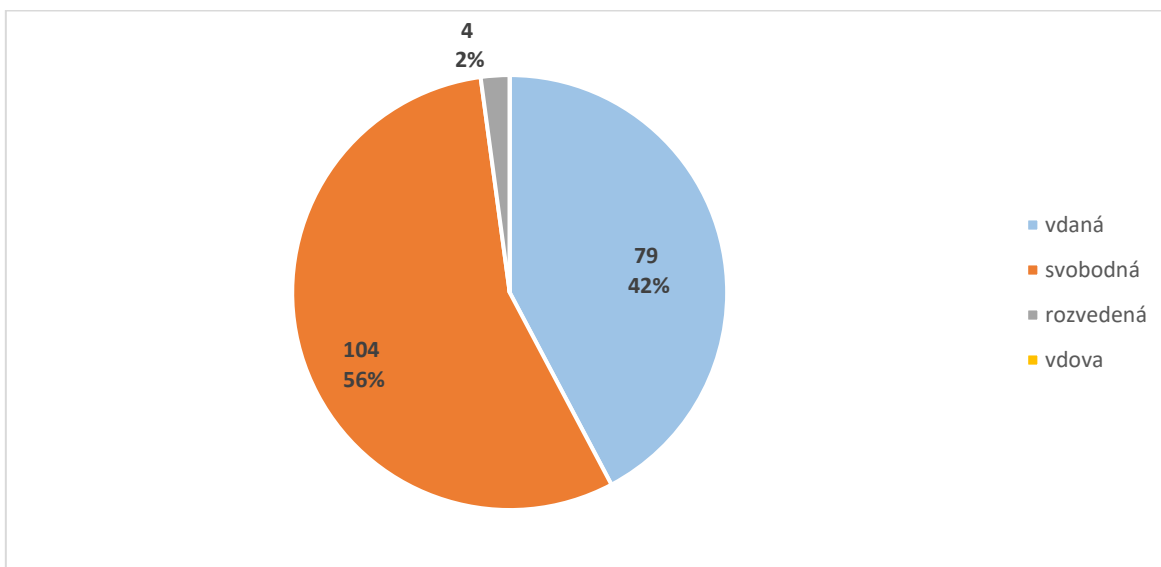
Graf č. 1 - Věk dotazovaných žen



Bylo osloveno 187 respondentek a nejčastěji se jednalo o ženy ve věku 21-30 let, kterých bylo 120 (64 %). Další skupinou byly ženy ve věku 31-40 let, kterých bylo 62 (33 %), 3 ženy kterým bylo 18-20 let (2 %) a pouze dvě ženy (1 %) ve věku 41 a více let.

Otázka č. 2: **Jaký je váš rodinný stav?**

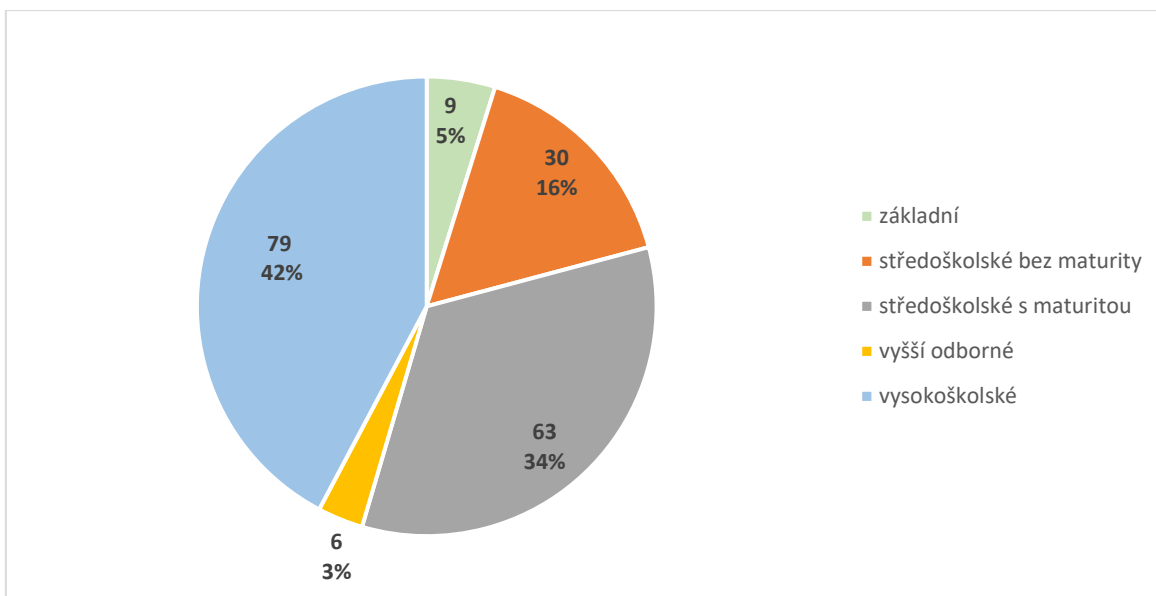
Graf č. 2 - Rodinný stav dotazovaných žen



Ze 187 dotazovaných žen je 104 žen (56 %) svobodných, 79 žen (42 %) vdaných a 4 ženy (2 %) rozvedené.

Otázka č. 3: **Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

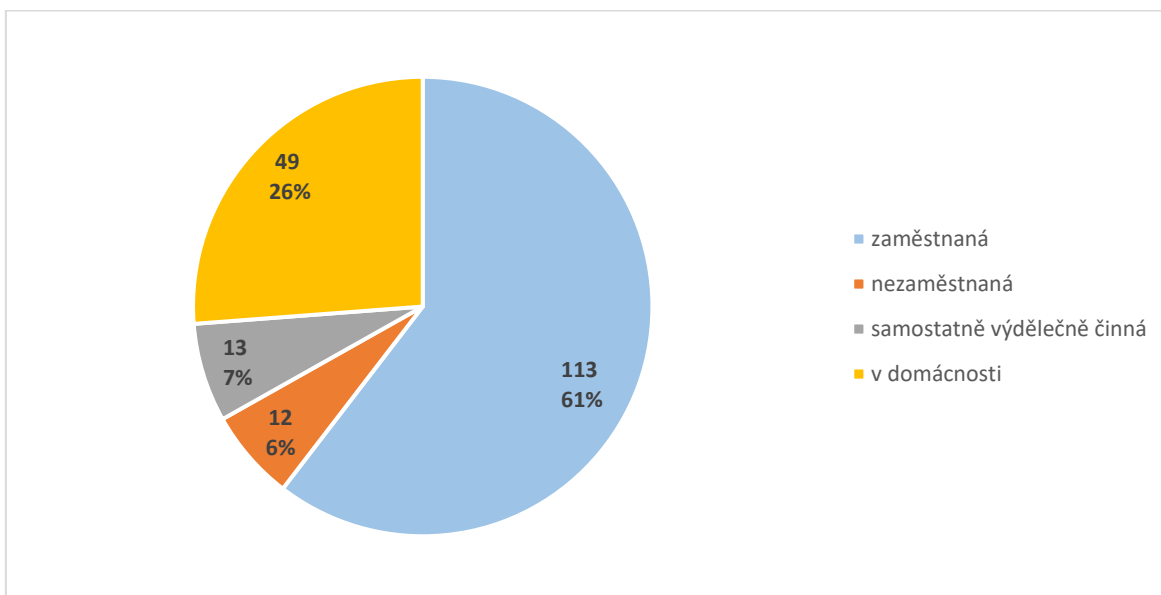
Graf č. 3 - Vzdělání dotazovaných žen



Ze 187 dotazovaných žen má 79 žen (42 %) vysokoškolské vzdělání, 63 žen (34 %) středoškolské vzdělání s maturitou, 30 žen (16 %) středoškolské vzdělání bez maturity, 9 žen (5 %) základní vzdělání a 6 žen (3 %) vyšší odborné vzdělání.

Otázka č. 4: Jaké je vaše pracovní zařazení?

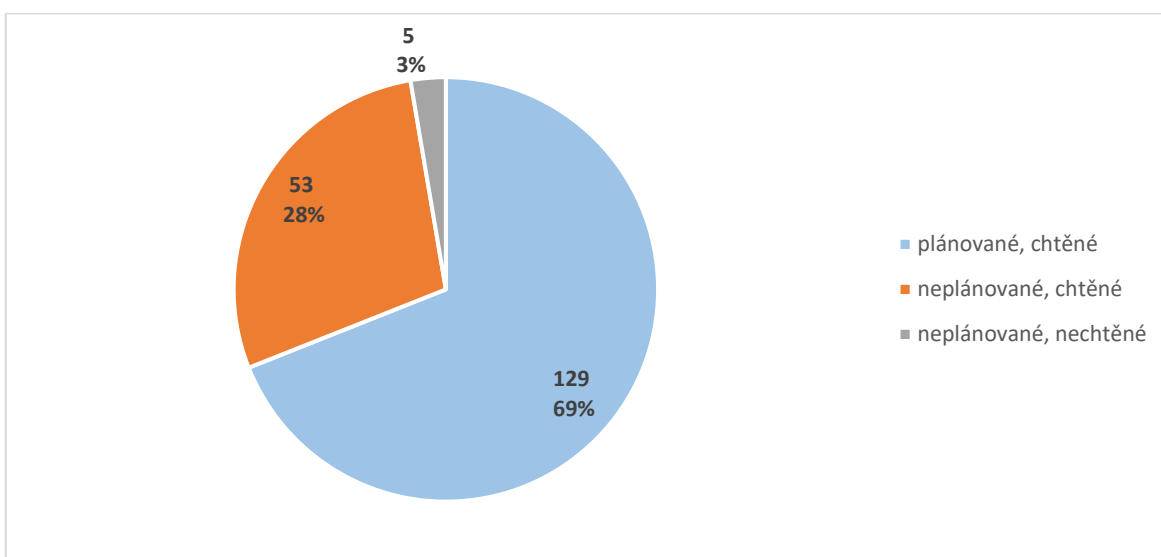
Graf č. 4 - Pracovní zařazení dotazovaných žen



Z celkového počtu 187 dotazovaných žen je 113 žen (61 %) zaměstnaných, 49 žen (26 %) v domácnosti, 13 žen (7 %) samostatně výdělečně činných a 12 žen (6 %) nezaměstnaných.

Otázka č. 8: Těhotenství bylo

Graf č. 5 - Plánovanost těhotenství dotazovaných žen



Nejvíce žen, a to 129 (69 %), odpovědělo, že těhotenství bylo plánované, chtěné. Pro 53 žen (28 %) bylo těhotenství neplánované, chtěné a pro 5 žen (3 %) neplánované, nechtěné.

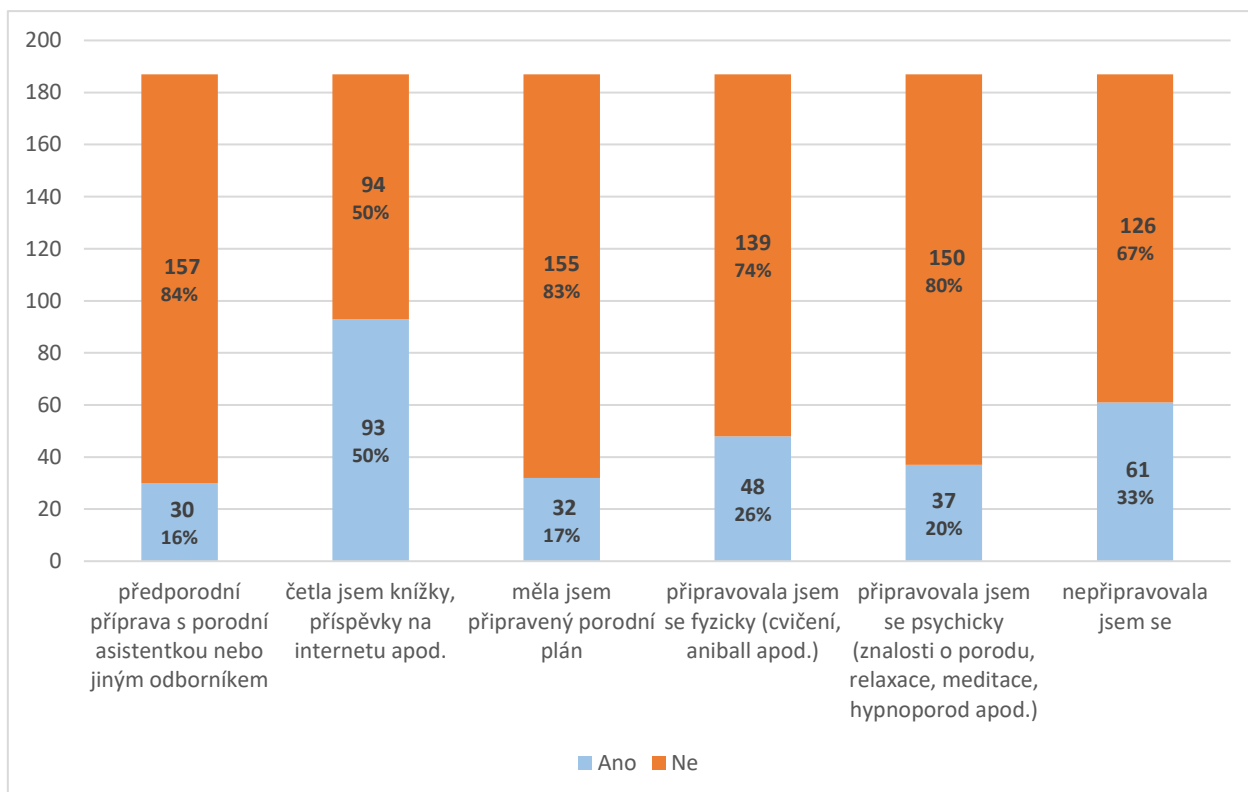
Cíl 1: Zjistit, jak se ženy na porod připravují.

Výzkumný problém: Jak se ženy na porod připravovaly?

Otázka č. 9, 10, 11

Otázka č. 9: **Jak jste se na tento porod připravovala?**

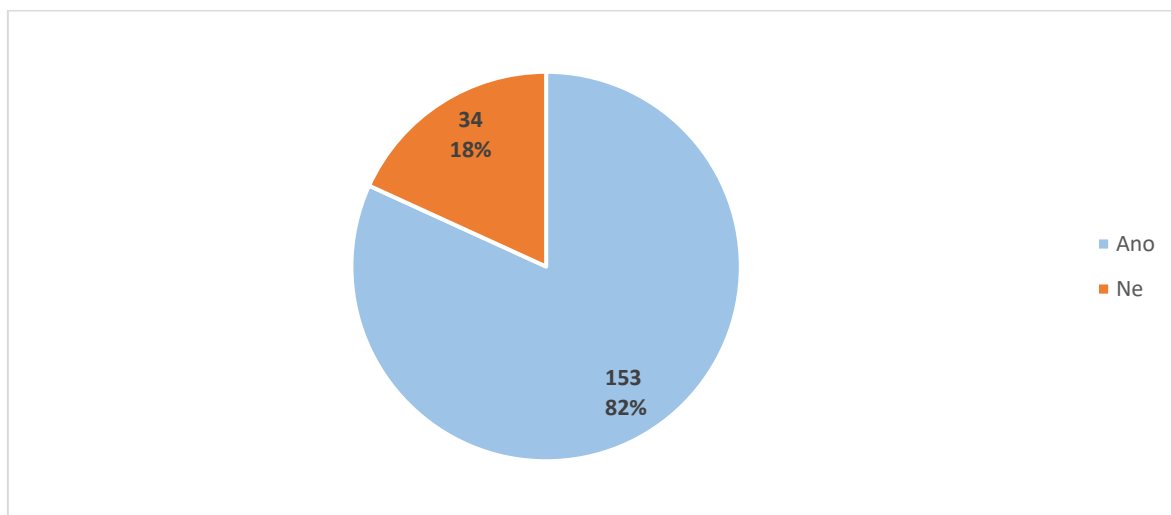
Graf č. 6 - Příprava dotazovaných žen na porod



U této otázky měly respondentky možnost zvolit více odpovědí. U první varianty, zda jejich předporodní příprava proběhla s porodní asistentkou nebo jiným odborníkem, odpovědělo 157 žen (84 % žen), že ne a 30 žen (16 %) ano. Čtení knížek, příspěvků na internetu a apod. 93 žen (50 %) využilo a 94 žen (50 %) ne. 155 žen (83 %) nemělo připravený porodní plán, 32 žen (17 %) ano. Fyzicky (cvičení, aniball) se připravovalo 48 (26 %) žen a 139 (74 %) žen ne. Psychickou přípravu zvolilo pouze 37 žen (20 %), 150 žen (80 %) se psychicky nepřipravovalo. Žádnou přípravu nemělo 61 žen (33 %) a 126 (67 %) mělo předporodní přípravu.

Otázka č. 10: **Měla jste znalosti o průběhu porodu?**

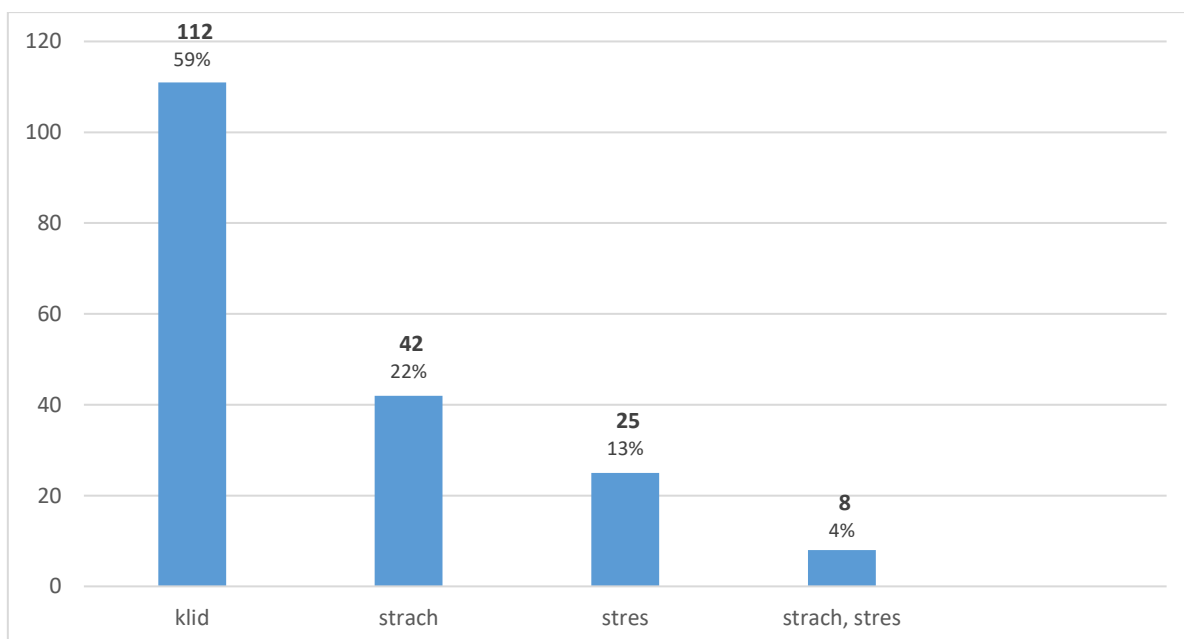
Graf č. 7 - Znalosti dotazovaných žen o průběhu porodu



Většina žen, a to 153 (82 %) mělo znalosti o průběhu porodu, dalších 34 žen (18 %) znalosti o průběhu porodu nemělo.

Otázka č. 11: **Jaký byl váš psychický stav před porodem?**

Graf č. 8 - Psychický stav dotazovaných žen před porodem



U otázky č. 11 měly dotazované ženy možnosti zvolit více odpovědí. V klidu se cítilo 112 žen (59 %). Strach pociťovalo 42 (22 %) žen, stres 25 žen (13 %), kombinaci strachu a stresu prožívalo 8 žen (4 %).

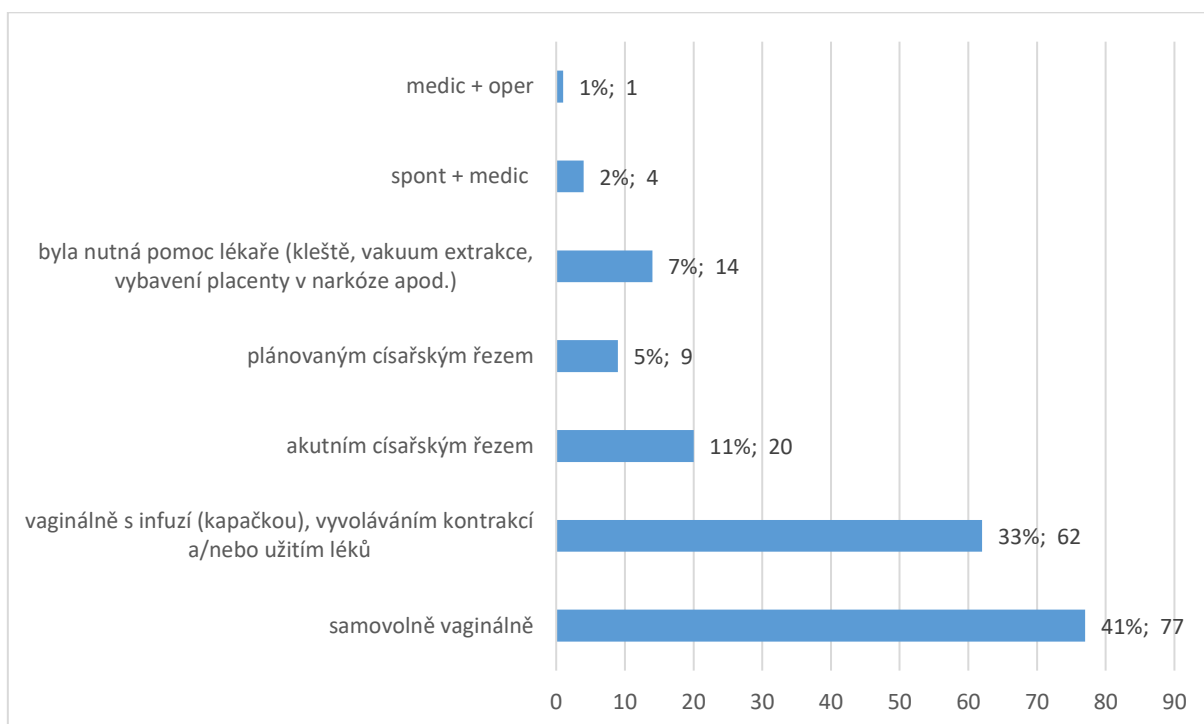
Cíl 2: Zjistit okolnosti, které mohly mít vliv na spokojenost žen s porodem.

Výzkumný problém: Jak probíhal porod? (prostředí, přítomnost další osoby, vnímání bolesti, stav dítěte po porodu, bonding)

Otázka č. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27

Otázka č. 12: **Jak jste nyní rodila?**

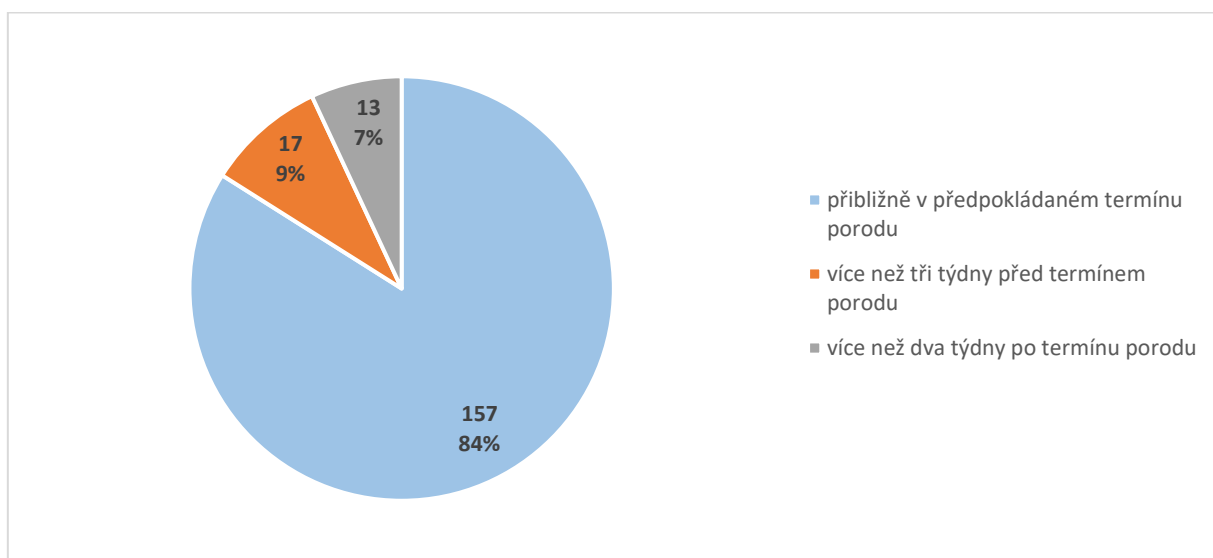
Graf č. 9 - Způsob porodu dotazovaných žen



Z celkového počtu 187 žen rodilo 77 žen (41 %) samovolně vaginálně. 62 žen (33 %) rodilo vaginálně s infuzí (kapačkou), vyvoláním kontrakcí nebo užitím léků. 20 žen (11 %) odpovědělo, že rodily akutním císařským řezem. U 14 žen (7 %) byla nutná pomoc lékaře (kleště, vakuumextrakce, vybavení placenty v narkóze). Další 4 ženy (2 %) rodily spontánně, ale s léky a 1 žena (1 %) s léky a porod u ní skončil operativně.

Otázka č. 13: Porod proběhl

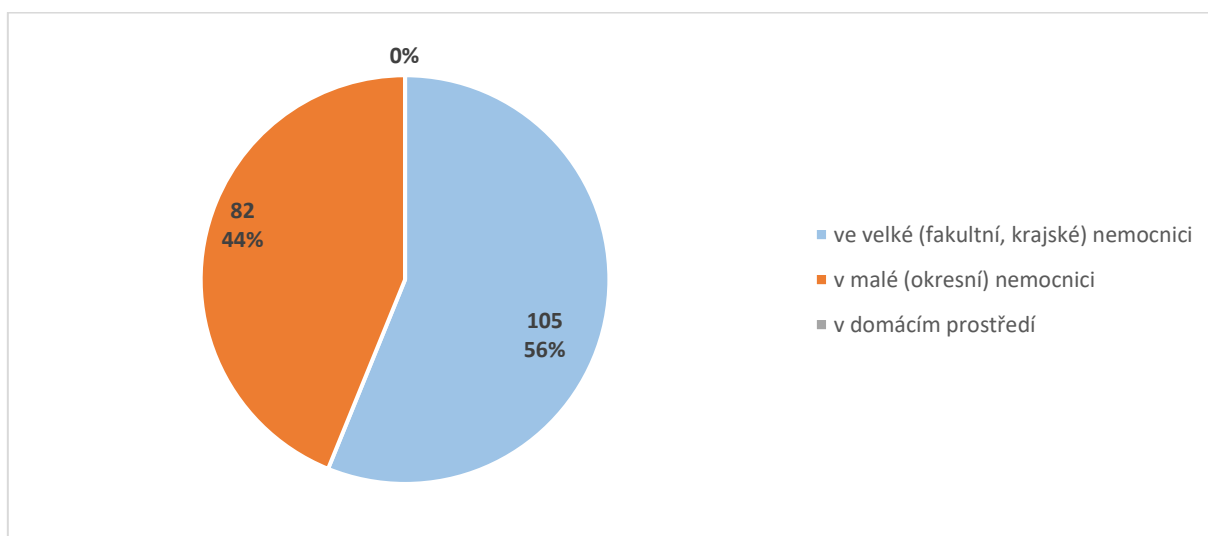
Graf č. 10 - Kdy proběhl porod u dotazovaných žen



Na otázku, kdy porod proběhl, odpovědělo 157 dotazovaných žen (84 %), že porod proběhl přibližně v předpokládaném termínu. 17 žen (9 %) udalo, že porod proběhl více než tři týdny před termínem porodu. Více než dva týdny po termínu proběhl porod u 13 žen (7 %).

Otázka č. 14: V jakém prostředí porod probíhal?

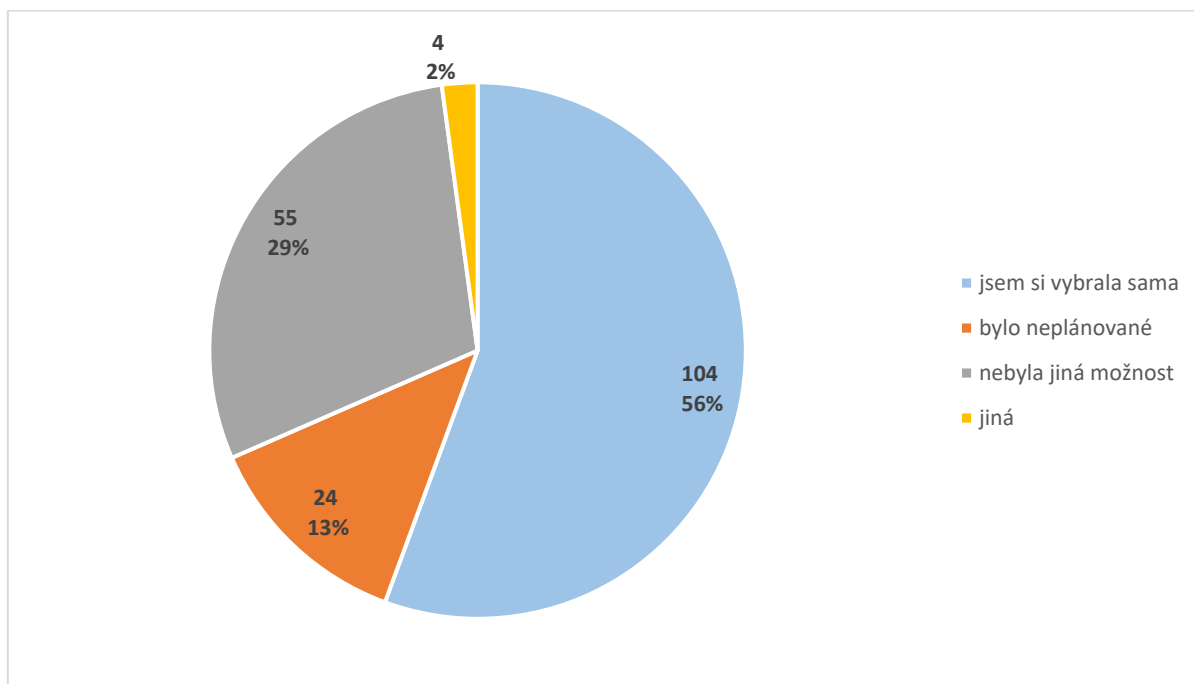
Graf č. 11 – Prostředí, ve kterém probíhal porod



Z grafu vyplývá, že 105 žen (56 %) rodilo ve velké (fakultní, krajské) nemocnici, 82 žen (44 %) v malé (okresní) nemocnici a žádná žena nerodila v domácím prostředí.

Otázka č. 15: Prostředí porodu

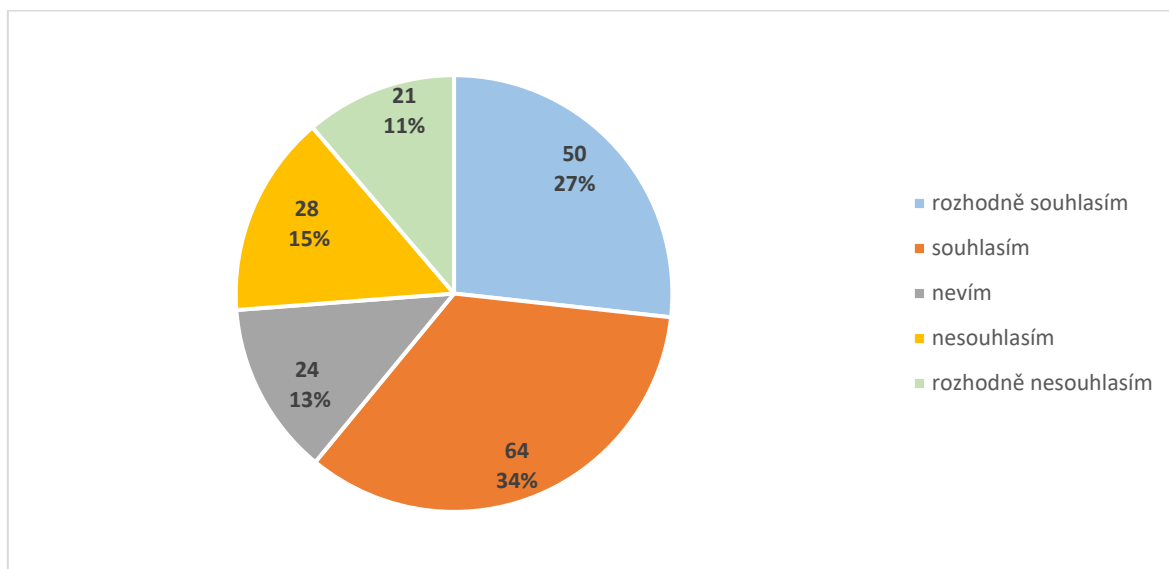
Graf č. 12 - Výběr prostředí porodu



Nejčastější odpovědí na otázku bylo, že prostředí porodu si dotazované ženy vybraly samy. Jednalo se o 104 odpovědi z celkového počtu 187 dotazovaných žen. Další nejčastější odpovědí bylo, že ženy neměly jinou možnost výběru prostředí porodu. Takto odpovědělo 55 žen (29 %). 24 žen (13 %) udalo, že výběr prostředí nebyl plánovaný a 4 ženy zvolily jinou možnost.

Otázka č. 16: **Porodem jsem si prošla prakticky bez úhony**

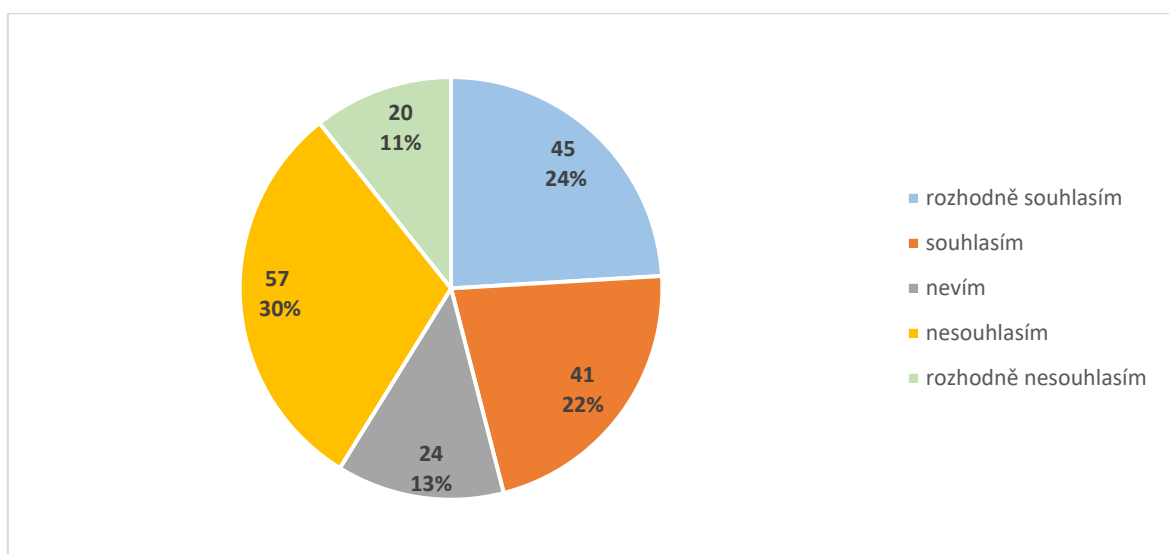
Graf č. 13 - Průběh porodu bez komplikací



Většina dotazovaných žen 64 (34 %) odpověděla na otázku, porod jsem si prošla prakticky bez úhony, že souhlasí. 50 žen (27 %) udalo, že rozhodně souhlasí a 28 žen (15 %) nesouhlasí. 24 žen (13 %) odpovědělo, že neví a 21 žen (11 %) rozhodně nesouhlasí.

Otázka č. 17: **Přišlo mi, že porod trval příliš dlouho**

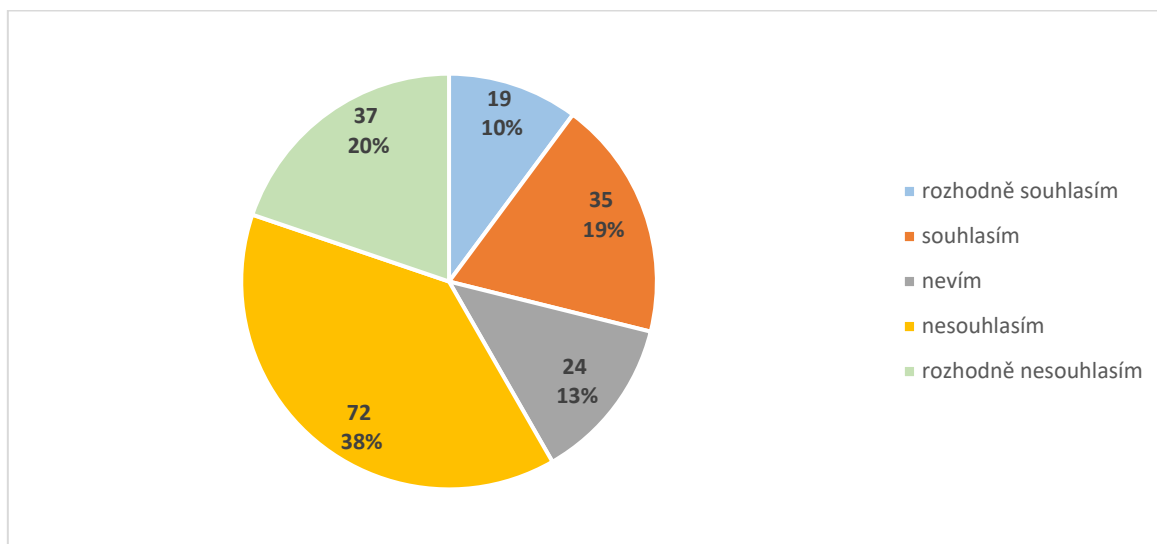
Graf č. 14 - Dlouhý průběh porodu



S výpovědí, že porod trval příliš dlouho, souhlasí 41 žen (22 %), rozhodně souhlasí 45 žen (24 %), 57 žen (30 %) nesouhlasí, 20 žen (11 %) rozhodně nesouhlasí a 24 žen (13 %) neví.

Otázka č. 19: V průběhu porodu jsem cítila velkou úzkost

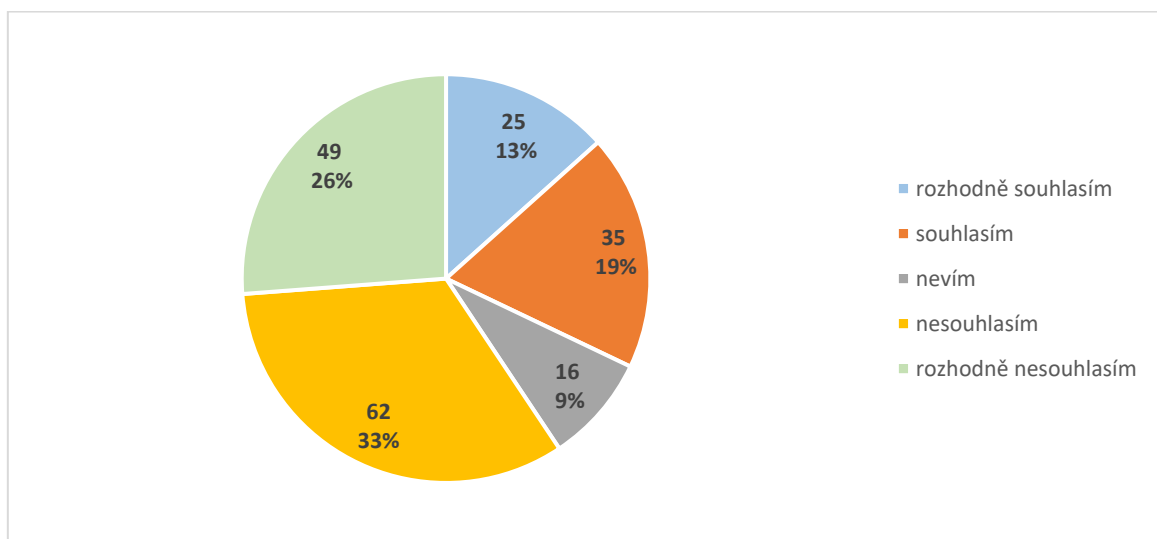
Graf č. 15 - Úzkost v průběhu porodu



S pocitem úzkosti v průběhu porodu se potýkalo 35 žen (19 %), které zvolily, že souhlasí a 19 žen (10 %), které odpověděly, že rozhodně souhlasí. 72 žen (38 %) nesouhlasí a 37 žen (20 %) rozhodně nesouhlasí s tím, že by v průběhu porodu cítily velkou úzkost. 24 žen (13 %) neví, zda v průběhu porodu cítily velkou úzkost.

Otázka č. 22: Porod považuji za stresující zážitek

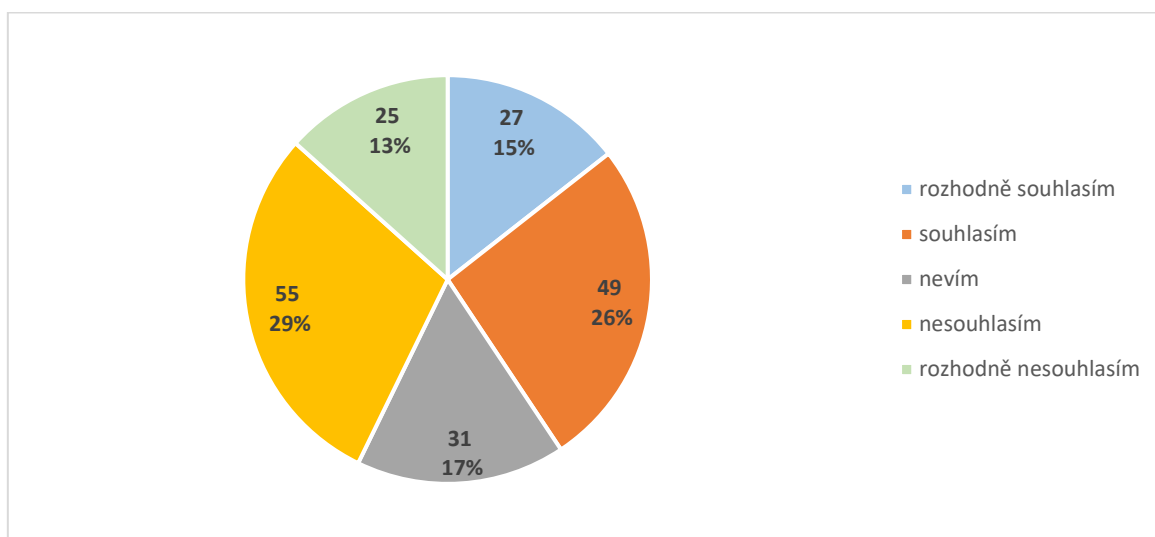
Graf č. 16 - Vnímání porodu jako stresový zážitek



S vnímáním porodu jako stresového zážitku 62 dotazovaných žen (33 %) nesouhlasí a 49 žen (26 %) rozhodně nesouhlasí. 35 žen (19 %) souhlasí, 25 žen (13 %) rozhodně souhlasí a považují porod za stresující zážitek. 16 žen (9 %) odpovědělo, že neví.

Otázka č. 23: **Během porodu jsem ztrácela kontrolu nad situací**

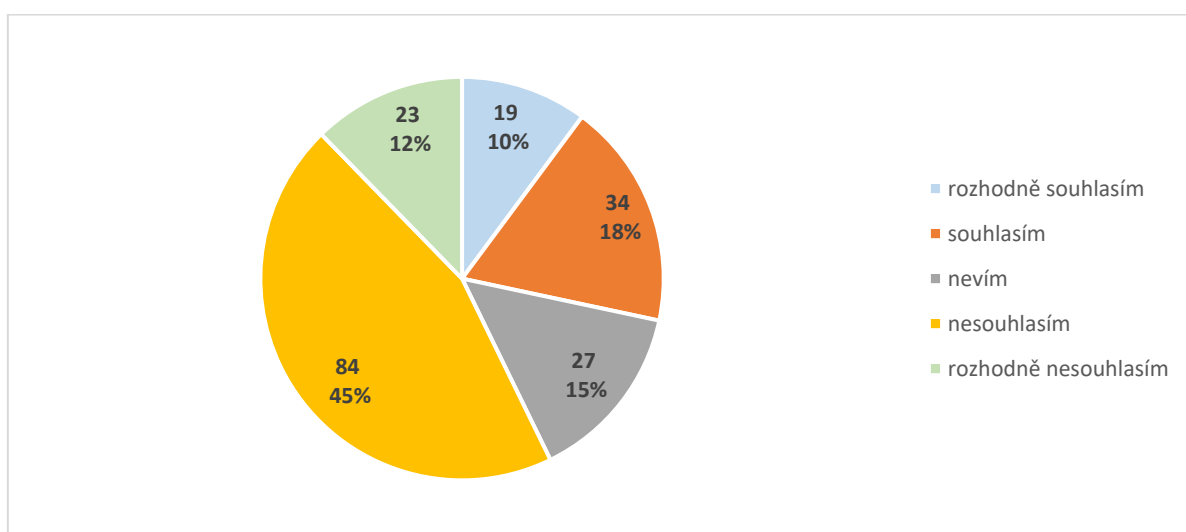
Graf č. 17 - Ztrácení kontroly nad porodem



Nejčastější reakcí na výpověď, během porodu jsem ztrácela kontrolu nad situací, bylo nesouhlasím. Odpovědělo tak 55 žen (29 %). Druhá nejčastější reakce žen byla, že souhlasí. Zareagovalo tak 49 žen (26 %). 31 žen (17 %) odpovědělo, že neví. 27 žen (15 %) rozhodně souhlasilo a 25 žen (13 %) rozhodně nesouhlasilo.

Otázka č. 24: **Během porodu jsem nebyla vůbec vystresovaná**

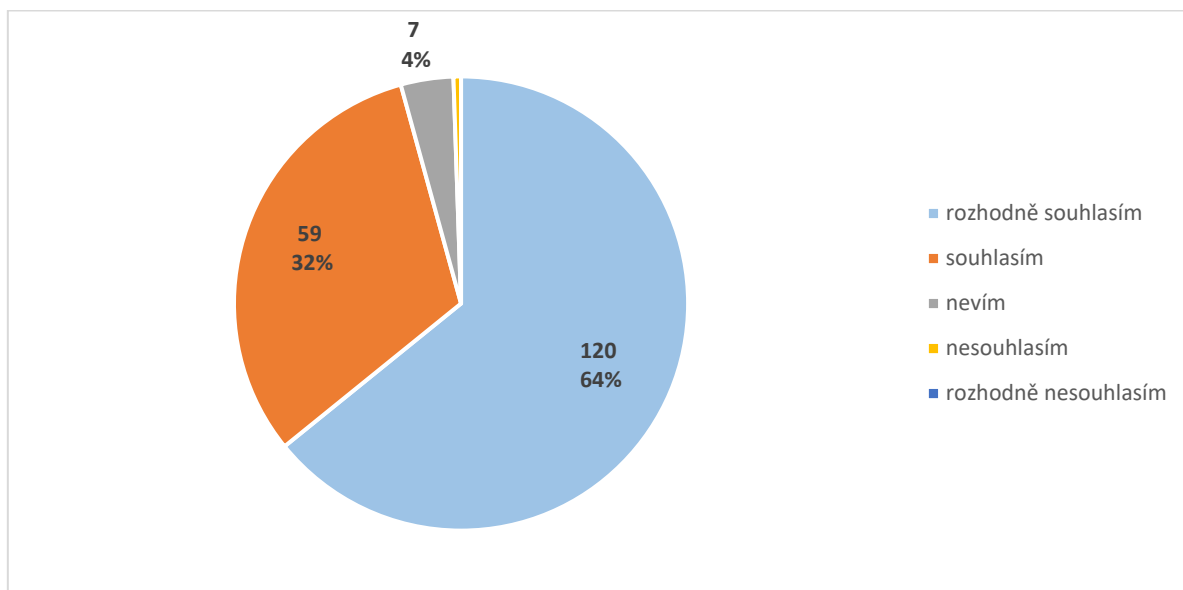
Graf č. 18 - Pocit klidu během porodu



Z grafu lze vyčíst, že s výpovědí nesouhlasilo 84 žen (45 %). 34 žen (18 %) naopak souhlasilo. 27 dotazovaných žen (15 %) uvedlo, že neví. 23 žen (12 %) odpovědělo, že s výpovědí rozhodně nesouhlasí a 19 žen (10 %) rozhodně souhlasí.

Otázka č. 25: Porodní sál byl čistý a hygienický

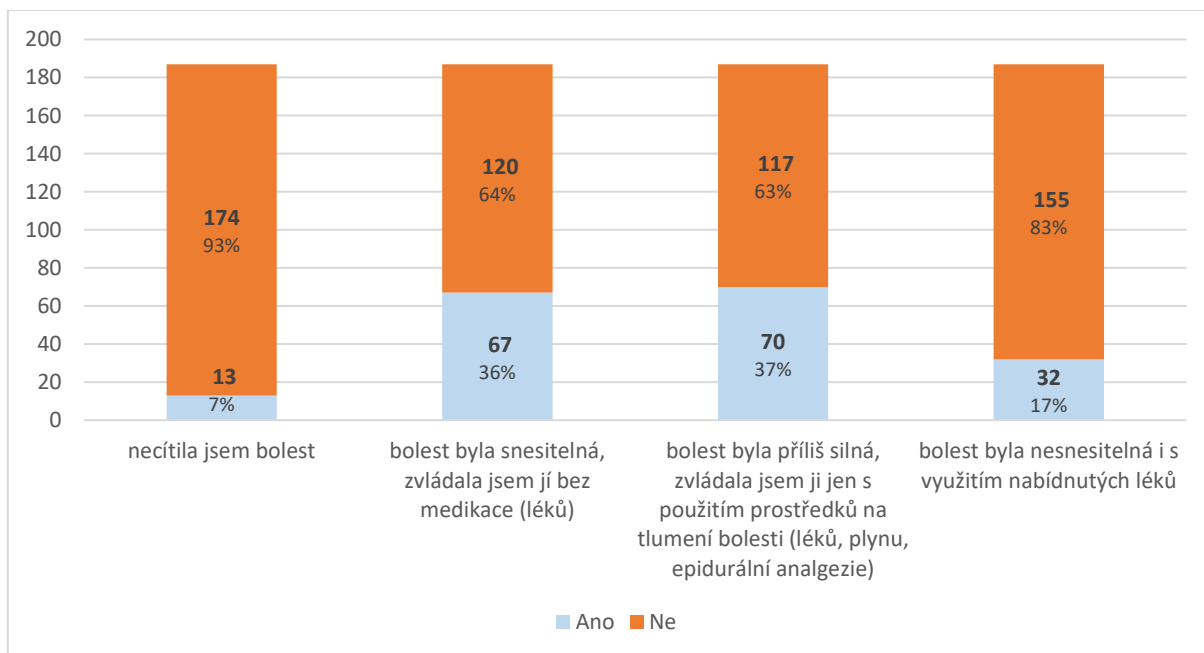
Graf č. 19 - Prostředí porodního sálu (čistý a hygienický)



Na otázku, zda byl porodní sál čistý a hygienický odpovědělo 120 žen (64 %), že rozhodně souhlasí, 59 žen (32 %) souhlasí a 7 žen (4 %) neví.

Otázka č. 26: Jak jste vnímala bolest během porodu?

Graf č. 20 - Vnímání bolesti během porodu

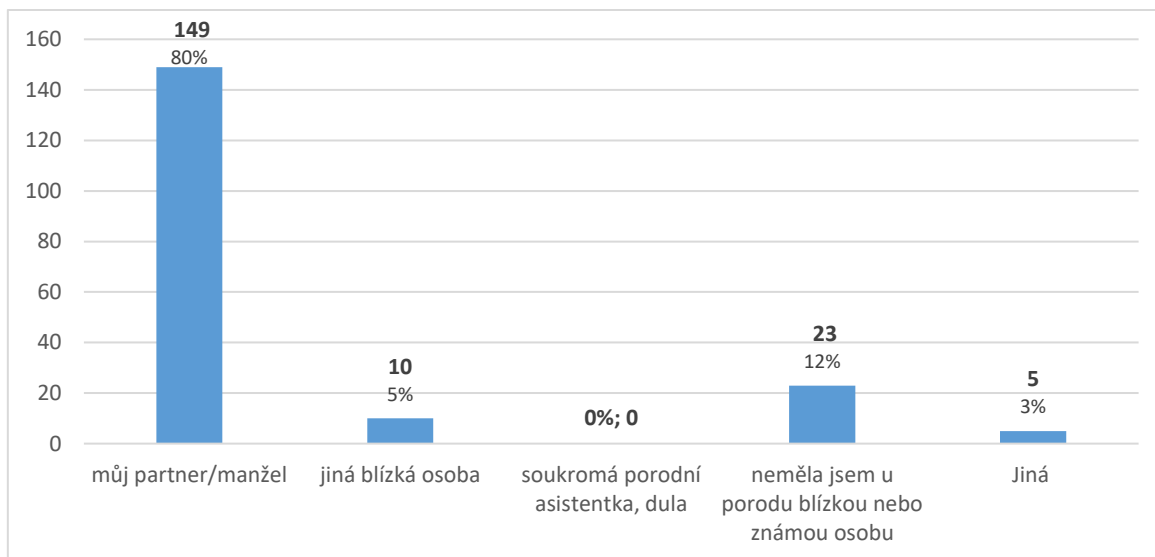


U otázky č. 26 mohly dotazované ženy zvolit jednu nebo více odpovědí. 13 respondentek (7 %) uvedlo, že necítlo bolest, 174 žen (93 %) s nimi nesouhlasilo. Pro 67

žen (36 %) byla bolest snesitelná, zvládly ji bez medikace (léků) a pro 120 žen (64 %) byla bolest bez medikace nesnesitelná. Pro 70 dotazovaných žen (37 %) byla bolest příliš silná a zvládly ji jen s použitím prostředků na tlumení bolesti. 32 dotazovaných žen (17 %) odpovědělo, že bolest byla i s využitím nabídnutých léků nesnesitelná.

otázka č. 27: **U porodu byl přítomen**

Graf č. 21 - Kdo byl přítomen u porodu



Nejčastější byl u porodu dotazovaných žen přítomen partner/manžel. Odpovědělo tak 149 žen (80 %). 23 žen (12 %) nemělo u porodu blízkou nebo známou osobu. 10 žen (5 %) mělo u porodu jinou blízkou osobu než partnera/manžela. 5 žen (3 %) odpovědělo jiná a žádná žena neměla u porodu soukromou porodní asistentku nebo dula.

Cíl 3: Zjistit výsledek škály spokojenosti žen s porodem.

Výzkumný problém: Jaký je výsledek škály spokojenosti žen s porodem?

Otázka č. 16, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 25

Otázka č. 16: **Porodem jsem si prošla prakticky bez úhony.**

Otázka č. 17: **Přišlo mi, že porod trval příliš dlouho.**

Otázka č. 18: **Personál na porodním sále mě povzbuzoval k tomu, abych sama rozhodovala o průběhu porodu.**

Otázka č. 19: **V průběhu porodu jsem cítila velkou úzkost.**

Otázka č. 22: **Porod považuji za stresující zážitek.**

Otázka č. 23: **Během porodu jsem ztrácela kontrolu nad situací.**

Otázka č. 24: **Během porodu jsem nebyla vůbec vystresovaná.**

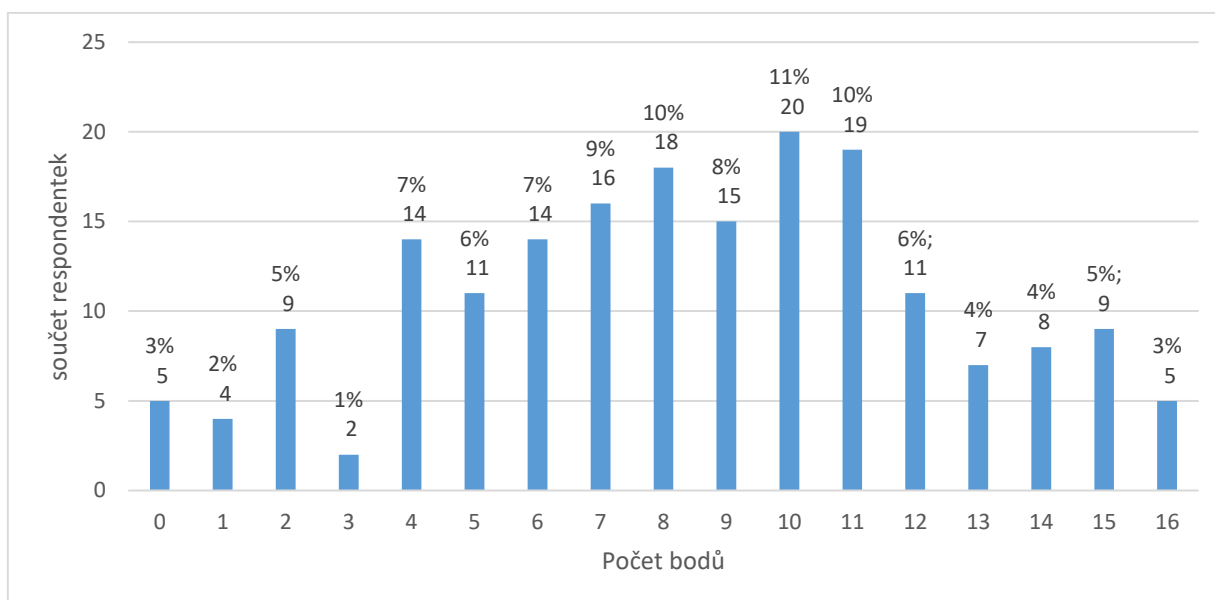
Otázka č. 25: **Porodní sál byl čistý a hygienický.**

Škála BSS-R se skládá ze tří subškál:

1. Prožívání stresu během porodu-otázky 16, 17, 22, 24, skóre 0-16 bodů
2. Osobní prožívání ženy-otázky 19, 23, skóre 0-8 bodů
3. Kvalita poskytované péče-otázky 18, 20, 21, 25, skóre 0-16 bodů

Každý výrok je hodnocen sestupným počtem bodů od „rozhodně souhlasím“ za 4 body po „rozhodně nesouhlasím“ ze 0 bodů. Výroky 17, 19, 22, 23 jsou bodovány opačně.

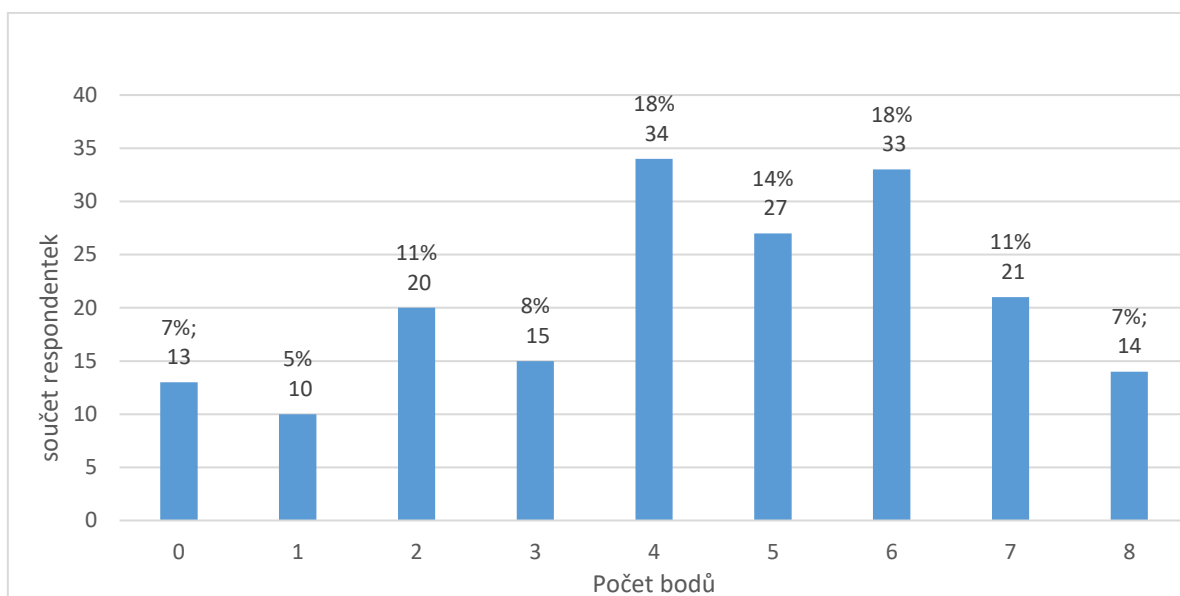
Graf č. 22 - Prožívání stresu během porodu



Největší počet respondentek v této subškále a to 20 žen (11 %) mělo skóre 10 ze 16 bodů. 19 žen (10 %) získalo 11 bodů, 18 žen (10 %) 8 bodů, 16 žen (9 %) 7 bodů a 15 žen (8 %) 9 bodů. 14 žen (7 %) dostalo 6 bodů a stejný počet žen (7 %) 4 body. 11 žen (6 %) mělo 12 bodů a dalších 11 žen (6 %) 5 bodů. 9 žen (5 %) získalo 15 bodů, stejný počet

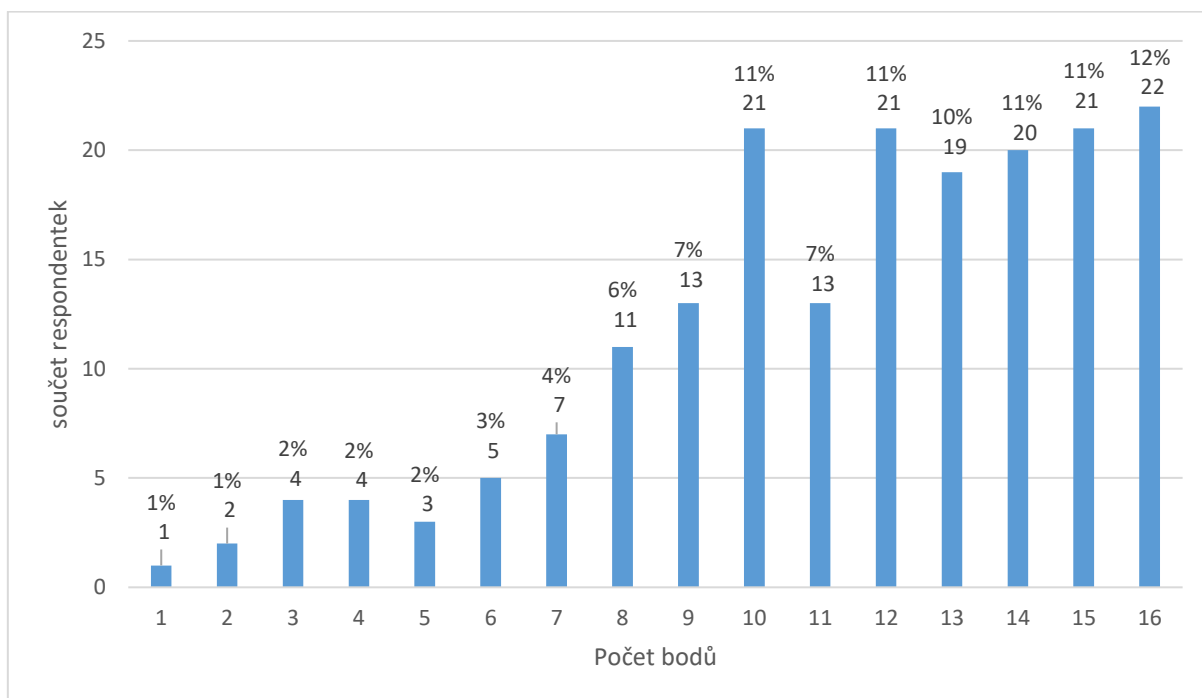
dotazovaných žen v první podškále (5 %) 2 body. 8 žen (4 %) mělo 14 bodů, 7 žen (4 %) 13 bodů, 4 ženy (2 %) 1 bod a dvě ženy (1 %). 5 žen (3 %) získalo 0 bodů a naopak největší počet 16 bodů také 5 žen (3 %) z dotazovaných žen.

Graf č. 23 - Osobní prožívání ženy



V této subškále získalo nejvíce žen (34 žen, 18 %) 4 body z 8 bodů. 33 žen (18 %) dostalo 6 bodů, 27 žen (14 %) 5 bodů, 21 žen (11 %) 7 bodů a 20 žen (11 %) 2 body. 15 žen (8 %) mělo 3 body, 10 žen (5 %) 1 bod. Největší skóre 8 bodů mělo 14 žen (7 %) a naopak nemenší skóre 13 žen (7 %) z celkového počtu dotazovaných žen.

Graf č. 24 - Kvalita poskytované péče



V této subškále, kde se hodnotily otázky č. 18, 20, 21, 25, bylo možné získat nejvíce 16 bodů. Největší skóre 16 bodů mělo 22 žen (12 %). 21 žen (11 %) získalo 15 bodů stejný počet žen (11 %) 14 bodů a 10 bodů. 19 žen (10 %) z dotazovaných mělo 13 bodů, 13 žen (7 %) 11 bodů, 13 žen (7 %) 9 bodů, 11 žen (6 %) 8 bodů a 7 žen (4 %) 7 bodů. 5 žen (3 %) dosáhlo 6 bodů. 4 ženy (2 %) měly 4 body, stejný počet žen (2 %) 3 body. Pouze 1 % z dotazovaných žen mělo 1 bod a 0 bodů také jen 1 žena (1 %).

Tabulka č. 1 - průměrné výsledky BSS-R

	Nejspokojenější	Střed	nejméně spokojené
1. subškála	12,86	8,13	3,09
2. subškála	6,72	4,16	1,16
3. subškála	13,07	8,66	3,43
Škála BSS-R	33,27	21,11	9,57

Nejspokojenější ženy:

1. Subškála: 11-16 bodů
2. Subškála: 6-8 bodů
3. Subškála: 11-16 bodů

Středně spokojené ženy:

1. Subškála: 6-10 bodů
2. Subškála: 3-5 bodů
3. Subškála: 6-10 bodů

Nejméně spokojené ženy:

1. Subškála: 0-5 bodů
2. Subškála: 0-2 bodů
3. Subškála: 0-5 bodů

BSS-R škála u nejspokojenějších žen: 28-40 bodů

BSS-R škála u středně spokojených žen: 14-27 bodů

BSS-R škála u nejméně spokojených žen: 0-13 bodů

Tabulka zobrazuje výsledky průměrných hodnot 3 subškál a poté celkový výsledek průměrné hodnoty škály BSS-R. Výsledky jsou rozdělené do tří kategorií od nejspokojenějších žen během porodu po ty nejméně spokojené. V subškále č. 1 (prožívání stresu během porodu) je průměrný výsledek u nejspokojenějších dotazovaných žen (32 %, 59 žen) 12,86, středně spokojených žen (44 %, 83 žen) 8,13 a u nejméně spokojených žen (24 %, 45 žen) 3,09. Možný rozsah bodového skóre se pohybuje v subškále č. 1 od 0 do 16 bodů. Subškála č. 2 (osobní prožívání žen) je bodována od 0 do 8 bodů. Průměrný výsledek u nejspokojenějších žen (36 %, 68 žen) této subškály je 6,72. Středně spokojené ženy (41 %, 76 žen) mají skóre 4,16. Průměrný výsledek u nejméně spokojených žen (23 %, 43 žen) je 1,16. Rozsah bodů 0-16 je u subškály č. 3 (kvalita poskytované péče). U žen, které byly nejvíce spokojené (62 %, 116 žen), je průměrný výsledek subškály 13,07. U středně spokojených žen (30 %, 57 žen) je výsledek 8,66 a u nejméně spokojených žen (8 %, 14 žen) 3,43. Průměrný výsledek škály BSS-R je u nejspokojenějších žen (40 %, 75 žen) 33,27, středně spokojených žen (48 %, 89 žen) 21,11 a u nejméně spokojených dotazovaných žen (12 %, 23 žen) 9,57. Celkový průměrný výsledek škály spokojenosti s porodem je 24,21.

Cíl 4: Zjistit, co spokojenost žen v průběhu porodu subjektivně negativně ovlivnilo.

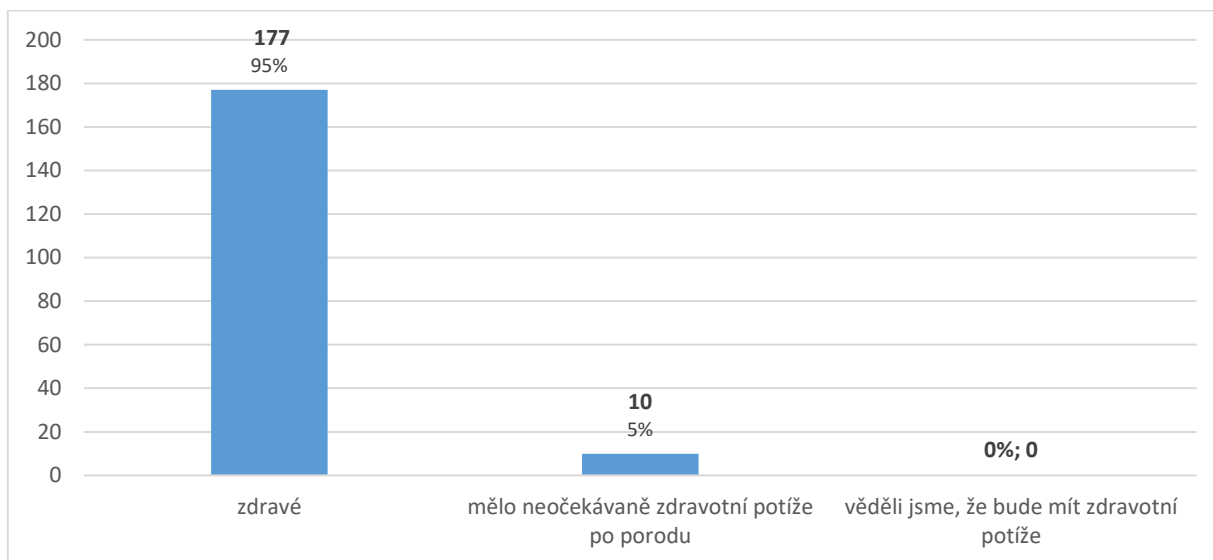
Výzkumný problém: Co negativně ovlivnilo spokojenost žen s porodem a jaká oblast života ženy je poporodní zkušeností negativně ovlivněna?

Výzkumný problém: Jak ženy hodnotí své zvládnání porodu?

Otázka č. 28, 29, 30, 31, 32, 33

Otázka č. 28: **Miminko se narodilo**

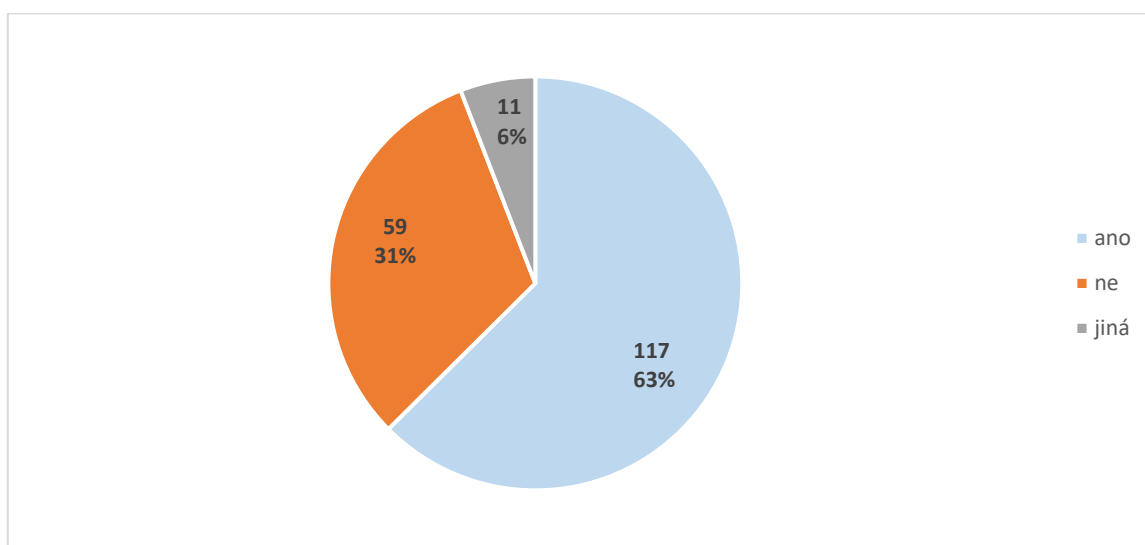
Graf č. 25 - Zdravotní stav miminka po porodu



Většina ze 187 dotazovaných žen uvedla, že se jim narodilo zdravé miminko a to 177 žen (95 %). Miminko u 10 žen (5 %) mělo neočekávaně zdravotní potíže po porodu. A žádná žena si nebyla vědoma toho, že by její miminko mělo mít zdravotní potíže.

Otázka č. 29: **S miminkem jsem měla po porodu nerušený kontakt**

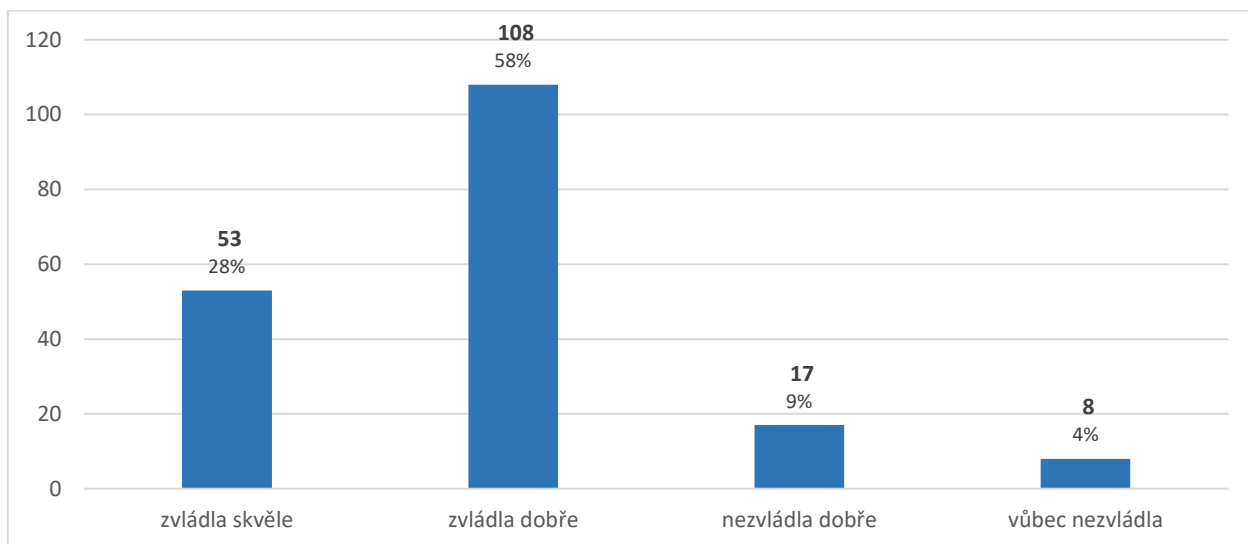
Graf č. 26 - Nerušený kontakt s miminkem po porodu



U otázky č. 29 s výpovědí souhlasilo 117 dotazovaných žen (63 %). Proběhl u nich nerušený kontakt s miminkem. 59 žen (33 %) s výpovědí nesouhlasilo a 11 žen (6 %) uvedlo jinou možnost.

Otázka č. 30: Myslím, že jsem porod

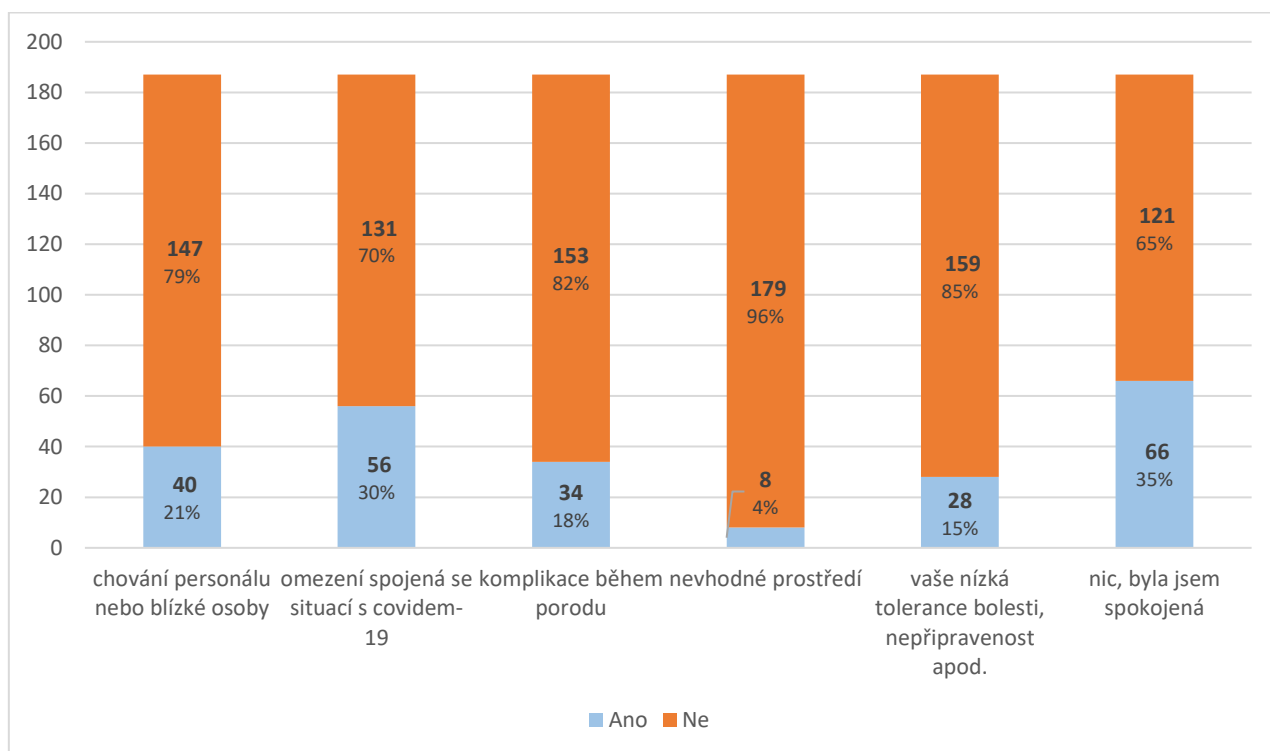
Graf č. 27 - Zvládnutí porodu podle dotazovaných žen



Až 108 žen (58 %) ze 187 dotazovaných odpovědělo, že porod zvládly dobře. 53 žen (28 %) zhodnotilo, že porod zvládly skvěle. 17 žen (9 %) udalo, že porod nezvládly dobře a 8 žen (4 %), že ho vůbec nezvládly.

Otázka č. 31: Spokojenost s průběhem porodu negativně ovlivnilo/a

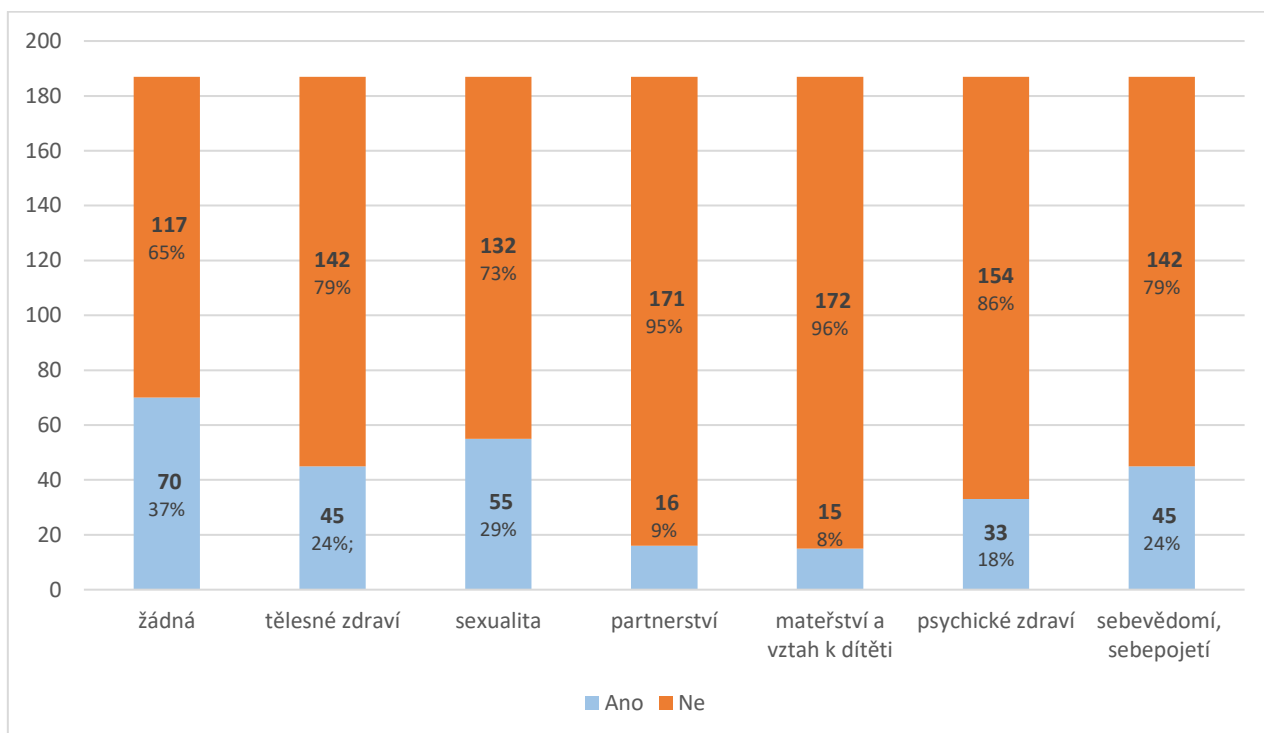
Graf č. 28 - Negativní ovlivnění spokojenosti žen s průběhem porodu



U otázky č. 31 měly ženy možnost vybrat více odpovědí. 147 žen (79 %) uvádí, že chování personálu nebo blízké osoby neovlivnilo jejich spokojenost s porodem. 40 žen (21 %) naopak udalo, že chování personálu nebo blízké osoby ovlivnilo negativně jejich spokojenost s porodem. Omezení spojená se situací s covidem neovlivnila 131 žen (70 %). 56 žen (30 %) uvedlo, že omezení spojená se situací s covidem negativně ovlivnila jejich spokojenost s porodem. Komplikace během porodu neovlivnily spokojenost s porodem u 153 žen (82 %), ale negativně ovlivnily spokojenost s porodem u 34 žen (18 %). 179 žen uvedlo, že jejich spokojenost s porodem neovlivnilo nevhodné prostředí. 8 žen (4 %), odpovědělo, že nevhodné prostředí negativně ovlivnilo jejich spokojenost s porodem. Nepřipravenost nebo nepřiměřená tolerance bolesti u 159 dotazovaných žen (85 %) neovlivnila jejich spokojenost s porodem. 28 žen negativně ovlivnila nepřipravenost nebo nepřiměřená tolerance bolesti jejich spokojenost s porodem. 121 žen uvedlo, že jejich spokojenost s porodem nic negativně neovlivnilo a byly spokojené. 66 žen (35 %) odpovědělo, že něco jejich spokojenost ovlivnilo a spokojené nebyly.

Otázka č. 32: **Zaškrtněte prosím, která oblast z Vašeho života byla po porodu negativně ovlivněna poporodní zkušeností:**

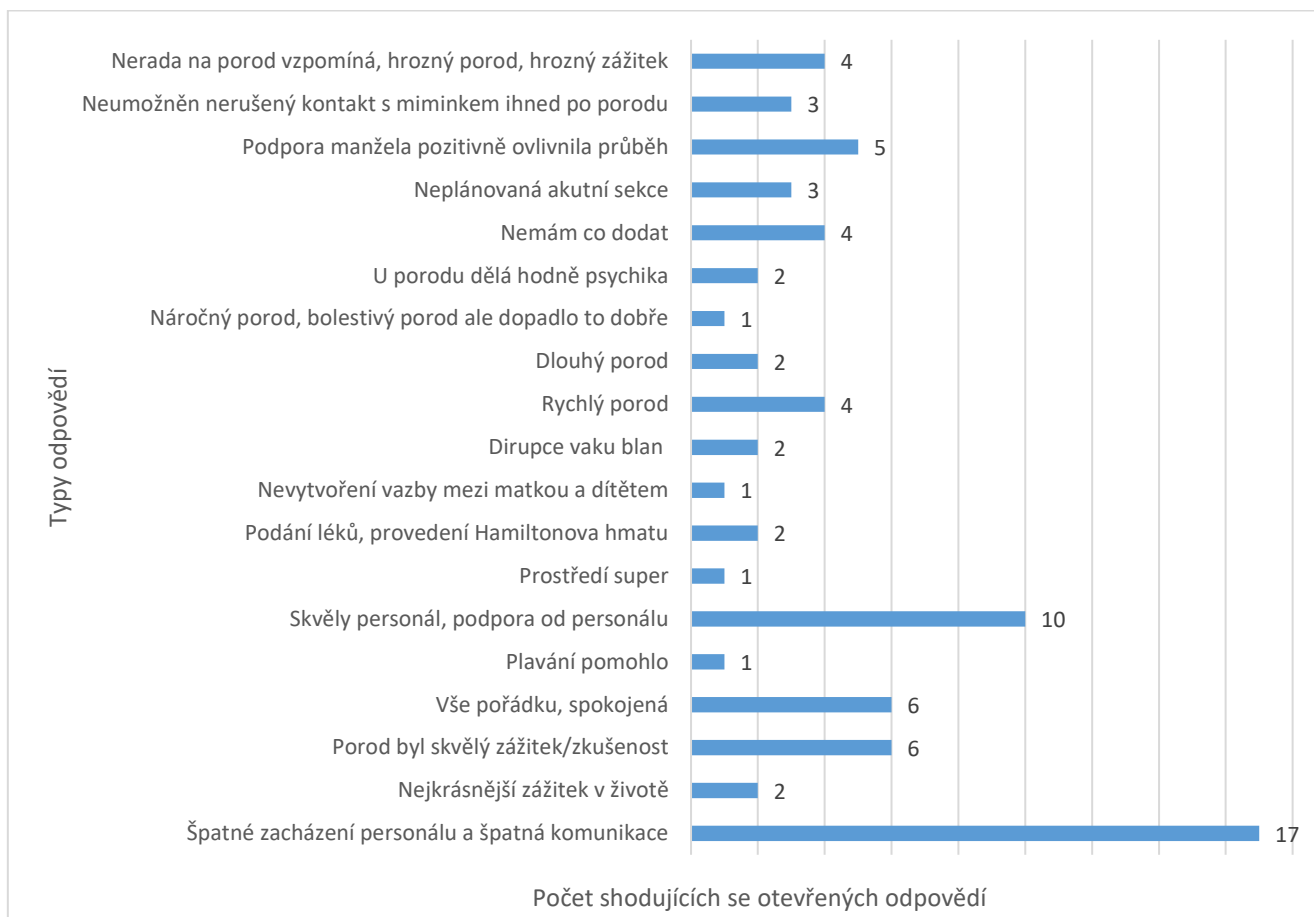
Graf č. 29 - Negativní ovlivnění oblasti života po porodu



Zde u otázky č. 32 mohly respondentky uvést opět více možností. S variantou, kdy žádná oblast nebyla po porodu z jejich života negativně ovlivněna, souhlasilo 117 žen (65 %) a nesouhlasilo 70 žen (37 %). Tělesné zdraví bylo negativně ovlivněno porodní zkušeností u 45 žen (24 %) a u 142 žen negativně ovlivněno nebylo. Sexualita nebyla po porodu negativně ovlivněna u 132 žen (73 %) a u 55 žen (29 %) byla negativně ovlivněna. U 171 žen (95 %) partnerství nebylo poporodní zkušeností negativně ovlivněno a u 16 žen (9 %) bylo negativně ovlivněno. 172 žen (96 %) uvedlo, že mateřství a vztah k dítěti nebylo poporodní zkušeností negativně ovlivněno. 15 žen (8 %) uvedlo, že mateřství a vztah k dítěti bylo po porodu negativně ovlivněno. Psychické zdraví nebylo po porodu negativně ovlivněno u 154 žen (86 %) a u 33 žen (18 %) bylo negativně ovlivněno. Sebevědomí a sebepojetí nebylo u 142 žen (79 %) po porodu negativně ovlivněno a u 45 žen (24 %) bylo negativně ovlivněno.

Otázka č. 33: **Zde se můžete podrobně vyjádřit k Vaší zkušenosti s porodem:**

Graf č. 30 - Zkušenosti s porodem



Otázka č. 33 byla otevřená. Odpovědělo na ni 76 dotazovaných žen (41 %). Nejčastěji ovlivnilo porodní zkušenost žen nevhodné zacházení a špatná komunikace ze strany personálu (17 žen, 22 %). Avšak druhou nejopakovanější odpovědí bylo, že jejich zkušenost s porodem pozitivně ovlivnil skvělý a podporující personál (10 žen, 13 %). Přítomnost manžela/partnera pozitivně ovlivnila zkušenost s porodem u 5 žen (7 %). Pro 4 ženy (5 %) byl porod hrozným zážitkem a nerady na něj vzpomínají. Rychlý průběh porodu pozitivně ovlivnil spokojenost u 4 žen (5 %). 4 ženy (5 %) udávají, že už k jejich zkušenosti s porodem nemají co dodat.

Cíl 5: Zjistit, zda zvládnutí porodu souvisí se spokojeností žen s porodem.

Výzkumný problém: Souvisí zvládnutí porodu se spokojeností žen s porodem?

Otázka č. 30, BSS-R škála

Tabulka č. 2 – souvislost zvládnutí porodu se spokojeností s porodem

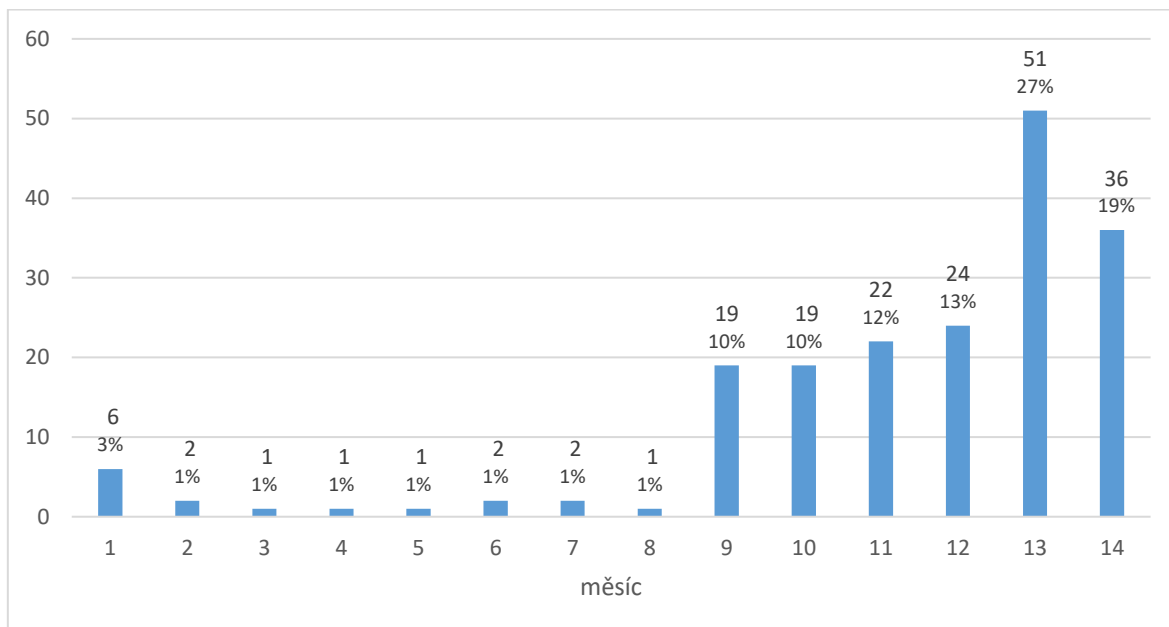
	zvládla skvěle 53 žen (28 %)	zvládla dobře 109 žen (59 %)	nezvládla dobře 17 žen (9 %)	vůbec nezvládla 8 žen (4 %)
1. subškála	10,94	8,23	3,82	4,00
2. subškála	5,83	4,23	2,12	2,25
3. subškála	12,74	11,65	8,00	6,75
Škála BSS-R	29,51	24,11	13,94	13,00

V tabulce je zahrnuta otázka č. 30: **Myslím, že jsem porod**, kde měly respondentky možnost uvést, jak se domnívají, že porod zvládly (zvládla skvěle, zvládla dobře, nezvládla dobře a nezvládla vůbec) - podle odpovědi byly rozděleny respondentky do skupin. Dále je v tabulce zařazena škála **BSS-R** spokojenosti žen s porodem. Subškála č. 1 (prožívání stresu během porodu) je hodnocená od 0 do 16 bodů. U žen, které udaly, že porod zvládly skvěle (28 %, 53 žen) vyšel průměrný výsledek 10,94. U těch, které porod zvládly dobře (59 %, 109 žen), je výsledek 8,23. U dotazovaných žen, které hodnotí, že porod nezvládly dobře (9 %, 17 žen), je výsledek 3,82 a vůbec nezvládly (4 %, 8 žen) 4,00. Možný rozsah bodového skóre se u subškály č. 2 (osobní prožívání ženy) pohybuje od 0 do 8 bodů. Ženy, které uvádějí skvělé zvládnutí porodu, dosahují průměrného výsledku 5,83. U dotazovaných žen, jež ohodnotily, že porod zvládly dobře je výsledek subškály 4,23. Ženy, které porod podle nich nezvládly dobře, mají výsledek 2,12 a vůbec nezvládly 2,25. Bodové rozmezí v subškále č. 3 (kvalita poskytované péče) je od 0 do 16 bodů. Ženy, co porod zvládly skvěle, dosáhly průměrného skóre 12,74. Výsledek u žen, které porod zvládly dobře, je 11,65, nezvládly dobře 8,00 a nezvládly vůbec 6,75. U škály BSS-R je možné bodové rozmezí od 0 do 40

bodů. Průměrný výsledek škály BSS-R je u žen, co porod zvládly skvěle 29,51, zvládly dobře 24,11, nezvládly dobře 13,94 a nezvládly vůbec 13,00.

Otázka č. 7: Kdy proběhl (poslední, aktuální) porod?

Graf č. 31 - Počet měsíců od porodu



Pro výzkum jsme vybraly ženy, které jsou maximálně 14 měsíců po porodu. 51 žen (27 %) bylo 13 měsíců po porodu a 36 žen (19 %) porodilo před 14 měsíci. U 24 žen (13 %) porod proběhl před 12 měsíci. 22 žen (12 %) uvedlo, že jejich první porod byl před 11 měsíci, 19 žen (10 %) před 10 měsíci, dalších 19 žen (10 %) před 9 měsíci a 1 žena (1 %) před 8 měsíci. 7 měsíců po porodu byly 2 ženy (1 %), 6 měsíců od porodu další 2 ženy (1 %), 5 měsíců od porodu 1 žena (1 %), 4 měsíce od porodu 1 žena (1 %) a 3 měsíce po porodu také pouze 1 žena (1 %). 2 ženy (1 %) porodily před 2 měsíci. Před 1 měsícem porodilo 6 žen (3 %).

otázka č. 5: Pokolikáté jste rodila?

Zvolili jsme pouze respondentky, které odpověděly, že rodily poprvé. Dotazovaných žen, které odpověděly, že se jednalo o jejich první porod bylo 187.

Otázka č. 6: Jaká byla Vaše předchozí zkušenost s porodem/porody?

Vzhledem k výběru prvorodiček jsem tuto otázku nevyhodnotila.

Otázky č. 5 a 6 byly použity v jiném výzkumném šetření.

11 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Cíl 1: Zjistit, jak se ženy na porod připravují.

Výzkumný problém: Jak se ženy na porod připravovaly?

Otázka č. 9, 10, 11

Z otázky č. 9 jsem se chtěla dozvědět, zda se ženy na porod připravovaly a jakým způsobem příprava probíhala. Nejvíce žen (50 %), a to 93 ze 187 dotazovaných žen uvedlo, že se na porod připravovaly čtením knížek a příspěvků na internetu. Na porod se žádným způsobem nepřipravovalo 61 žen (33 %). 48 žen (26 %) se na porod připravovalo fyzicky (cvičením, aniball). Pomocí relaxace a meditace se na porod psychicky připravovalo 37 žen (20 %). 32 žen (17 %) mělo připravený porodní plán. S porodní asistentkou nebo jiným odborníkem se připravovalo na porod 30 žen (16 %).

Otázka č. 10 analyzuje, jestli měly ženy znalosti o průběhu porodu. Téměř většina žen (82 %, 153 žen) ví, jak porod pobíhá.

Otázka č. 11 je zaměřena na psychický stav žen před porodem. Více než polovina žen (59 %, 112 žen) se před porodem cítila klidná a vyrovnaná. Druhou největší skupinou byly ženy, které před porodem cítily strach a úzkost (22 %, 42 žen).

Cíl 2: Zjistit okolnosti, které mohly mít vliv na spokojenost žen s porodem.

Výzkumný problém: Jak probíhal porod? (prostředí, přítomnost další osoby, vnímání bolesti, stav dítěte po porodu, bonding)

Otázka č. 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27

- Nejvíce žen (41 %, 77 žen) rodilo samovolně vaginálně.
- Nejčastěji u žen (84 %, 157 žen) porod proběhl v předpokládaném termínu.
- Více než polovina žen (56 %, 105 žen) rodila ve velké fakultní nemocnici.
- Nejvíce žen (56 %, 104 žen), a to více než polovina si prostředí sama vybrala.
- Převážná většina žen (61 %, 114 žen) uvedla, že porodem prošla bez újmy.
- 86 žen (46 %), tedy největší počet, souhlasilo, že porod trval příliš dlouho.

- Ženy (58 %, 109 žen) převážně v průběhu porodu necítily velkou úzkost.
- Většina žen (59 %, 111 žen) nepovažuje porod za stresový zážitek.
- 80 žen (42 %), což je největší počet, neztratilo kontrolu nad situací. 76 žen (41 %) udává, že nad situací ztratily kontrolu.
- Nejvíce žen (57 %, 107 žen) odpovědělo, že při porodním procesu cítily stres.
- Většina žen (96 %, 179 žen) souhlasila a udala, že byl porodní sál čistý a hygienický.
- Ženy (37 %, 70 žen) bolest popisují nejvíce jako příliš silnou a zvládly ji jen s použitím prostředků na tlumení bolesti (léků, plynu, epidurální analgezie).
- Nejčastěji byl přítomnou osobou u porodu partner/manžel. Odpovědělo tak 149 žen (80 %).

Cíl 3: Zjistit výsledek škály spokojenosti žen s porodem.

Výzkumný problém: Jaký je výsledek škály spokojenosti žen s porodem?

Otázka č. 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 (škála BSS-R)

Průměrný výsledek BSS-R škály u žen, které byly nejspokojenější (40 %, 75 žen) s průběhem porodu je 33,27. U žen, které byly středně spokojené (48 %, 89 žen) během porodu je průměrný výsledek škály BSS-R 21,11. Průměrný výsledek škály BSS-R je u nejméně spokojených žen (12 %, 23 žen) při porodu 9,57. Celkový průměrný výsledek škály spokojenosti s porodem je 24,21.

Cíl 4: Zjistit, co spokojenost žen v průběhu porodu subjektivně negativně ovlivnilo.

Výzkumný problém: Co negativně ovlivnilo spokojenost žen s porodem a jaká oblast života ženy je poporodní zkušeností negativně ovlivněna?

Otázka č. 28, 29, 30, 31, 32, 33

Zaměření otázky č 28 se týká zdravotního stavu miminka po narození. U 95 % dotazovaných žen (177 žen) se narodilo zdravé miminko.

- U 117 žen (63 %) nerušený kontakt s miminkem proběhl. 59 žen (31 %) udalo, že u nich nerušený kontakt s miminkem neproběhl.
- Ženy porod zvládly nejčastěji dobře (58 %, 108 žen). 53 žen (28 %) udalo, že porod zvládlo skvěle.
- Omezení spojená se situací s covidem 19 negativně ovlivnila nejvíce dotazovaných žen (30 %, 56 žen). Chování personálu nebo jiné blízké osoby negativně ovlivnilo 40 žen (21 %) ze 187 dotazovaných žen.
- 70 žen (37 %) udalo, že poporodní zkušeností nebyla žádná oblast jejich života negativně ovlivněna. Nejčastěji byla u žen (29 %, 55 žen) po porodu negativně ovlivněna jejich sexualita.

Otázka č. 33 byla otevřená a ženy se v ní mohly podrobněji vyjádřit k jejich zkušenosti s porodem. Nejčastěji poporodní zkušenost žen ovlivnilo chování zdravotnického personálu. *„Nepříznivou porodní polohou jsem byla nucena tlačit dvě a půl hodiny. Navíc když jsem začala tlačit, tak mi po dvou zatlačeních porodní asistentka řekla, že to nepůjde tak rychle a ať počkám 20 minut, než se prohodí směny. Pak chtěly použít desinfekci, na kterou jsem alergická, a nakonec nevěděli, jestli vyndali všechny tampony,“* odpověděla jedna z dotazovaných žen. Další respondentka uvedla: *„Škoda, že jsem zažila tak silně demotivující sestru. Už bych ve stejné nemocnici asi nerodila.“* *„Chtěla bych říct, že i když jsem se přes ten pro mě až děsivý zážitek přenesla, šťve mě, jak se ke mně doktorka chovala. Chladně, arogantně a vytvářela nátlak, proto aby uspíšila porod. Vše prostě špatně a v té porodnici už se nechci nikdy ani ocitnout,“* udala jedna z dalších dotazovaných žen. Podobným způsobem odpovědělo dalších 14 žen, celkem si tedy na špatné chování a komunikaci ze strany personálu stěžovalo 17 žen (22 %). Odpověď týkající se špatného chování a komunikace ze strany personálu byla uvedena nejčastěji.

Cíl č. 5: Zjistit, zda zvládnutí porodu souvisí se spokojeností žen s porodem.

Výzkumný problém: Souvisí zvládnutí porodu se spokojeností žen s porodem?

Otázka č. 30, BSS-R škála

Otázkou č. 30 se chtěla dozvědět, jak ženy zvládly porod a jestli zvládnutí porodu souvisí se spokojeností s porodem. Rozdělila jsem ženy do 4 kategorií podle toho, jak porod zvládly (zvládla skvěle, zvládla dobře, nezvládla dobře, vůbec nezvládla). Dle výsledků

vyplývá, že zvládnutí porodu souvisí se spokojeností žen s porodem. Průměrný výsledek škály BSS-R spokojenosti žen s porodem byl u žen, co udaly, že porod zvládly skvěle (28 %, 53 žen) a dobře (59 %, 109 žen) vyšší, tedy lepší než u žen, co porod nezvládly dobře (9 %, 17 žen) a vůbec nezvládly (4 %, 8 žen). Průměrný výsledek BSS-R škály u žen, které porod zvládly skvěle je 29,51. U žen, co porod zvládly dobře, je výsledek škály 24,11. Ženy, které odpověděly, že porod nezvládly dobře, mají průměrný výsledek škály BSS-R 13,94 a ženy, jež porod vůbec nezvládly 13,00.

DISKUZE

Tato bakalářská práce se zaměřuje na spokojenost žen s porodem a na faktory, které mohou spokojenost ovlivnit. Přesněji na spokojenost s porodem u prvorodiček, u nichž porod proběhl nejpozději před 14 měsíci. Bakalářská práce zjišťuje, jak se ženy v průběhu porodu cítí a co prožívají. Cílovou skupinu žen jsem vybrala tak, aby byly výsledky co nejrelativnější a nejpresnější. Porod je pro ženy náročná životní situace a je třeba více dbát na jejich psychiku v průběhu porodu. Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit spokojenost žen s porodem a faktory, které mohly spokojenost ovlivnit. Pro zjištění informací jsem použila dotazník obsahující 33 otázek. Dotazník vyplnilo 187 prvorodiček. Nejvíce žen bylo ve věku 21-30 let. Většina žen byla vysokoškolsky vzdělaných. Na druhém místě byly ženy se středoškolským vzděláním s maturitou. Ženy jsem oslovila pomocí internetových stránek. V bakalářské práci jsem si stanovila 5 dílčích cílů a 6 výzkumných problémů.

V prvním cíli jsem chtěla zjistit, jak se ženy na porod připravují. K tomuto cíli se vztahuje výzkumný problém, jak se ženy na porod připravovaly. Nejvíce žen (50 %) odpovídalo, že se na porod připravovaly pomocí čtení knih a příspěvků na internetu. Další nejpočetnější skupinou byly ženy, které se na porod nepřipravovaly vůbec žádným způsobem (33 %). Dále jsem se chtěla dozvědět, zda ženy ví, jakým způsobem porod probíhá. 82 % z dotazovaných žen ví, jak porod probíhá. Více než polovina dotazovaných žen se před porodem cítila klidná a vyrovnaná. Druhou nejhojnější skupinou byly ženy, které před porodem cítily stres a úzkost. Podle Blumové (2006, s. 74) je prožívání a chování rodičky ovlivněno biologickými faktory, vztahy a přítomnými emocemi. Psychickým stavem rodičky ženy mohou být ovlivněny funkce orgánů. Pomocí otázek zaměřujících se na předporodní přípravu jsem se dozvěděla, že se ženy na porod téměř vůbec nepřipravují. Hudáková a Kopáčeková (2017, s. 7) tvrdí, že psychofyzická příprava je předpokladem zvládnutí fyziologického těhotenství a porodu. Cílem psychoprofylaktické přípravy na porod je, aby ženy přicházely do porodnice připravené nejen po fyzické stránce, ale i psychické a byly seznámeny s personálem i prostředím. Mnohými porodnickými odděleními jsou organizovány specializované kurzy, v nichž má psychoprofylaxe zajistit dobrou psychologicko-teoretickou a kondiční přípravu rodičky. Bašková (2015, s. 32) udává, že předporodní příprava pomáhá ženám připravit se na porod. Pomáhá rodičkám k pozitivnímu naladění. Rodičky díky ní nabývají co nejvíce informací, vědomostí a praktických návyků, které mohou pomoci k lepšímu zvládnutí porodu. Hanáková a kol. (2015, s. 129) uvádí, že těhotné ženy, které se zúčastnily předporodních kurzů, se na porodním sále cítí

příjemněji a jsou lépe připraveny. Ženy také spolupracují lépe a ulehčují si tím porod. Daniela Jeřábková (2016, s. 51-54) ve své práci zjistila, že se na porod nějakým způsobem většina žen připravovala, a že všechny tyto ženy při porodu alespoň částečně jejich příprava pozitivně ovlivnila.

Ve druhém cíli jsem zkoumala, které okolnosti mohly mít vliv na spokojenost žen s porodem. Výzkumný problém v tomto cíli se týká toho, jakým způsobem porod probíhal (prostředí, přítomnost další osoby, vnímání bolesti, stav dítěte po porodu, bonding). Díky otázkám zaměřujícím se na okolnosti, které mohly mít vliv na spokojenost žen s porodem, jsem se dozvěděla, že nejvíce dotazovaných žen (41 %) rodilo samovolně vaginálně. Nejčastěji u nich porod proběhl v předpokládaném termínu. Více než polovina žen rodila ve velké fakultní nemocnici. Více než polovina dotazovaných žen si prostředí porodu vybrala sama. Většina žen souhlasila a udala, že byl porodní sál čistý a hygienický. Odent tvrdí, že prostředí pro porod by mělo být přesně stejné jako pro milování. Dále zdůrazňuje důležitost zachování soukromí a přítmí. Pocit, že jsem pozorován a jasné světlo stimuluje mozkovou kůru. Každá situace, u které je pravděpodobné, že způsobí příval adrenalinových hormonů (reakce útok, útek), bude nejspíš současně stimulovat také neokortex a tím zpomalovat porod. 43 % z dotazovaných žen uvádí, že neztratily kontrolu nad situací během porodu. 41 % dotazovaných žen udalo, že nad situací v průběhu porodu kontrolu ztratily. Lea Takács ve své diplomové práci uvádí, že kontrola nad vývojem situace a možnost ovlivnit její průběh je klíčovým momentem mnoha pojetí psychické odolnosti a zvládnání náročných životních situací. Jedincem může být nedostatek vnímané kontroly považován za ohrožující a může vést k pocitům strachu, vzteku nebo úzkosti. Když jedinec nemá možnost dění situace změnit, dojde u něj k pocitu bezmoci. Převážná většina žen uvedla, že porodem prošla bez úhony. 46 % žen udalo, že pro ně byl porod příliš dlouhý. Dotazované ženy převážně během porodu necítily velikou úzkost. Porod za stresující zážitek většina žen (59 %) nepovažuje. 57 % dotazovaných žen se však během porodu cítilo ve stresu. V diplomové práci Lea Takács udává, že vyplavování katecholaminů, stresových hormonů, narušuje vyplavování hormonu oxytocinu, což vede k ochabnutí děložních kontrakcí a ke snížení přísunu kyslíku pro plod. Jestliže rodící žena prožívá stres či strach, je ohrožena vyšším rizikem nepostupujícího porodu, hypoxií plodu a ukončením porodu akutním císařským řezem. Je nezbytné zabývat se konkrétními stresory, které mohou na rodičku působit v průběhu intrapartální péče. Zjišťovala jsem, jak ženy vnímaly bolest během porodu. Nejvíce dotazovaných žen (37 %) odpovědělo, že pro ně byla bolest příliš silná a zvládly ji jen

s použitím prostředků na tlumení bolesti (léků, plynu, epidurální analgezie). Bolest je nepříjemný smyslový vjem. Její zvládnutí je ovlivněno individualitou jedince. V životě ženy je porodní bolest považována za jednu z nejintenzivnějších prožitků (Pařízek et al., 2012). Vnímání bolesti může ovlivnit prostředí, ve kterém žena rodí. Na vnímání bolesti může mít vliv i podpora, kterou se jí během porodu dostává. Příliš mnoho cizích lidí nebo naopak osamocenenost zvyšují možnost, že bude rodička pociťovat bolest intenzivněji (Takács, 2013, s. 98). Pokud jde o normální hladce probíhající porod a žena je v dobré tělesné a psychické kondici, obvykle nepotřebuje bolest v průběhu porodu farmakologicky tlumit a zvládá ji dobře. Vhodnou metodou k tlumení bolesti jsou pro ženu v tomto případě psychologické prostředky, jako je podpora, povzbuzení, sdílení a empatie. Velmi důležitá je důvěra ženy k porodní asistentce či jiné doprovázející osobě. Nepřipravená, slabá žena, která je zaskočená realitou, nadměrně stresovaná nebo pokud porod je příliš dlouhý a komplikovaný, nemá většinou dostatečnou přizpůsobovací kapacitu. Žena proto prochází porodní bolestí s výraznými obtížemi. V tomto případě se bolest projevuje jako nesnesitelná, traumatizující, zničující, prohlubující a nekončící. Jde o „začarovaný kruh“ bolesti, strachu a beznaděje ženy. Jedná se o situace, při kterých žena vyžaduje podporu od porodní asistentky a často také farmakologické prostředky k tlumení bolesti. Aby mohla porodní asistentka ženu efektivně a bezpečně provázet porodem, musí si být vědomá všech souvislostí i faktorů ovlivňujících vnímání bolesti. Měla by dbát na motivaci ženy, ženu přiměřeně informovat a po celou dobu ji podporovat. Pokud porodní asistentka všechny tyto intervence dodrží, bude vnímání bolesti rodící ženy pozitivně modifikováno a přizpůsobení proběhne rychleji (Wilhemová et al., 2021). Nefarmakologickým metodám a psychologickým aspektům bolesti je třeba věnovat větší pozornost. U porodu 80 % dotazovaných žen byl přítomen partner/manžel. V minulosti projevilo zájem o přítomnost u porodu jen 6 % otců. Nebyla možnost mít partnera u porodu v každé nemocnici. Z důvodu pozitivního vlivu a zlepšení vztahu muž-žena se přítomnost partnera u porodu povolila. Po roce 2000 počet otců u porodu stoupl na 40 % a do dnešní doby se stále zvyšuje (Machová 2021). Stejnou otázkou se ve své bakalářské práci s názvem „Doprovod ženy u porodu“ zabývá Machová (2021). Uvádí, že přítomnost doprovodu u porodu je u žen oblíbená a jsou rády, že u porodu mohou někoho mít. Zjistila, že nejčastějším důvodem přítomnosti doprovodu u žen bylo, že na porod nechtěly být samy a potřebovaly psychickou podporu od doprovázející osoby. Stejně jako já se dozvěděla, že většina respondentek (97 %) měla u porodu partnera. Studie potvrzují, že podpora při porodu snižuje množství medicínských intervencí a je spojována s nižším počtem komplikací a kratší dobou trvání porodu. Psychická podpora poskytovaná rodící

ženě navíc snižuje nejen mateřskou, nýbrž i novorozeneckou morbiditu (Tákacs, 2016). V období, ve kterém byl výzkum prováděn (okolo března 2020) byla ministerstvem zdravotnictví v souvislosti se situací s covidem-19 celoplošně zakázána přítomnost otců (třetí osoby) u porodu. Stát 10. března 2020 zakázal kvůli šíření koronaviru návštěvy v nemocnic, ale s výjimkou právě rodiček. Ministerstvo však výjimku 18. března 2020 zrušilo. Přítomnost otce či jiné další osoby u porodu byla povolena od 16. dubna 2020. Omezení spojená s pandemií covid-19 vyvolala u budoucích maminek negativní emoce. Některé ženy dokonce za těchto podmínek nechtěly родit v nemocnici. Porod v době pandemie patří k událostem, pro které by se převážná většina nastávajících rodičů rozhodla pro jinou dobu. I já se domnívám, že rodičky nechtějí být na porod samy a většina z nich vyžaduje přítomnost podporující blízké osoby v tento jedinečný i velmi náročný okamžik. Od dubna 2021 může být u porodu přítomna třetí osoba (otec), ale pouze za určitých podmínek. Doprovázející osoba musí mít provedený antigenní nebo PCR test s negativním výsledkem. U třetí osoby se nesmí projevit žádné příznaky onemocnění covid-19. Porod musí proběhnout v samostatném porodním pokoji nebo boxu. Musí být zamezen kontakt s ostatními rodičkami. Třetí osoba je povinna používat během celého porodního procesu ochranný prostředek na zakrytí dýchacích cest (nos, ústa) - respirátor. Přestože průběh porodu stále není zcela bez omezení, žena už může mít u porodu nejdůležitější a nejbližší osobu. Podle mého názoru je přítomnost blízké osoby u porodu pro většinu žen nezbytnost. V dnešní době se považuje přítomnost otce u porodu za samozřejmost a je automatické, že bude moct být u porodu přítomen.

Třetí cíl sloužil ke zjištění výsledků škály spokojenosti žen s porodem. Spokojenost žen s porodem je v porodnictví důležitý atribut a lze ho objektivně měřit. Spokojenost pacientek je důležitým výsledkem hodnocení a rozvoje zdravotnických služeb. Měření spokojenosti žen s jejich porodem může poskytnout účinnou zpětnou vazbu na nápravu nedostatků v poskytované péči nebo odhalit souvislosti, v nichž je spokojenost s porodem významným rizikovým faktorem. Dotazované ženy jsem rozdělila podle výsledků vyhodnoceného dotazníku na nejspokojenější, středně spokojené a nejméně spokojené ženy. BSS-R škála je rozdělena do 3 subškál: prožívání stresu během porodu, osobní prožívání ženy a kvalita poskytované péče. Průměrný výsledek škály BSS-R u nejspokojenějších žen je 33,27 z celkového skóre 40 bodů. U žen, které byly středně spokojené během porodu je průměrný výsledek škály BSS-R 21,11. Průměrný výsledek škály BSS-R u nejméně spokojených dotazovaných žen při porodu je 9,57. Průměrné výsledky jednotlivých subškál

u nejspokojenějších žen jsou: 1. prožívání stresu během porodu: 12,86, 2. osobní prožívání ženy: 6,72 a 3. kvalita poskytované péče: 13,07. Průměrné výsledky jednotlivých subškál u středně spokojených žen jsou: 1. prožívání stresu během porodu: 8,13, 2. osobní prožívání ženy: 4,16, 3. kvalita poskytované péče: 8,66. Průměrné výsledky jednotlivých subškál u nejméně spokojených žen jsou: 1. prožívání stresu během porodu: 3,09, 2. osobní prožívání ženy: 1,16 a 3. kvalita poskytované péče: 3,43. Celkový průměrný výsledek škály spokojenosti s porodem u dotazovaných žen je 24,21. Spokojenost s porodem je multifaktoriální. Pozitivní nebo negativní vliv může mít i celková zkušenost s porodní péčí. Pozitivní zkušenost s porodem může podpořit růst ženy, její sebeúctu a úspěšné mateřství. Negativní zkušenost s porodem zvyšuje riziko negativních zdravotních následků, jako je poporodní deprese a budoucí strach z porodu, což může vést k žádosti o porod císařským řezem v budoucím těhotenství a mít vliv na budoucí reprodukci ve smyslu odmítání rodičovství. Pozitivní zážitky z porodu mohou působit jako účinná prevence psychických poruch a poporodního traumatu (Urbanová, Škodová, Bašková, 2021). V článku ze Slovenska (Urbanová a kol., 2021), kde se zabývají souvislostí mezi spokojeností žen s porodem a vznikem poporodní deprese byla použita 30 položková verze škály spokojenosti a Edinburské škály poporodní deprese (EPDS), a také škála vnímaného stresu. Studie se zúčastnilo 584 žen (průměrný věk $30,6 \pm 4,9$ let). Cílem studie bylo prozkoumat souvislost mezi spokojeností s porodem a rizikem poporodní deprese (PPD). V 30 položkovém testu BSS dosáhly respondentky celkového průměrného skóre $111,14 \pm 15,45$ bodů z maximálního skóre 150, tj. nejvyššího možného skóre při porodu. Nejvyšší spokojenost byla dosažena v subškále kvalita péče u procentuálním přepočtu dosaženého skóre na maximální skóre (77,05 %), následovala subškála osobní vlastnosti ženy (73,6 %) a nejnižší spokojenost byla zaznamenána v subškále stres prožívaný během porodu (72,61 %). V článku s názvem „Španělská validace a faktorová struktura dotazníku spokojenosti s porodem“ (Romero-Gonzalez a kol., 2019) bylo cílem přeložit a ověřit španělskou verzi škály spokojenosti s porodem (Birth Satisfaction Scale-Revised, BSS-R) a popsat klíčové vlastnosti měření. 202 žen, které porodily během posledních čtyř týdnů, poskytlo k analýze kompletní údaje z dotazníku. Průměrný věk účastníků byl 32,86, rozmezí=19-47 let. Délka těhotenství byla 39,57 týdnů a jen více než polovina účastnic měla první dítě. Průměrná doba vyplnění sebesupozovacích opatření byla 7 dní po porodu. Výsledky dílčí škály S-BSS-R: 1. prožívání stresu během porodu: 9,36, 2. osobní prožívání: 4,76 a 3. kvalita poskytované péče: 13,94. Celkové skóre BSS-R je 28,05. Když porovnáme výsledky subškál, nejvyšší spokojenost byla dosažena v dílčí subškále kvalita péče v mém výzkumu,

slovenském i španělském. Na druhém místě v mém výzkumu a španělském výzkumu je subškála prožívání stresu během porodu a nejnižší spokojenost byla zaznamenána v subškále osobní prožívání ženy. Ve slovenské škále spokojenosti s porodem byly tyto subškály v jiném pořadí. Na druhém místě byla subškála osobní prožívání ženy a následovala subškála prožívání stresu během porodu. Celkové skóre BSS-R v mém výzkumu je 24,21, u španělské verze 28,05 (Romeo-Gonzalez a kol., 2019) a slovenské BSS-R je průměrná hodnota 27,08 u fyziologických porodů (Škodová a kol., 2029). Srovnání se slovenským a španělským BSS-R celkem a dílčími škálami pomocí jednotlivého výběrového testu neodhalilo žádné průměrné statisticky významné rozdíly. Je možné, že spokojenost žen v našem výzkumu byla ovlivněna situací spojenou s pandemií covid-19, která přinesla do života těhotných žen a rodiček řadu úzkosti, stresu a omezení v nemocničním prostředí. Tato skutečnost se nám potvrdila v dalších otázkách výzkumného šetření.

V dalším cíli jsem chtěla zjistit, co spokojenost žen v průběhu porodu subjektivně negativně ovlivnilo, jaká oblast života ženy byla poporodní zkušeností negativně ovlivněna a jak ženy hodnotí své zvládnání porodu. Ptala jsem se žen, v jakém zdravotním stavu se miminko narodilo a jestli u nich proběhl nerušený kontakt s miminkem po porodu. Domnívám se, že umožnění bondingu má pozitivní vliv nejen na prohloubení vztahu matka-dítě, ale i na spokojenost žen s porodem. 95 % dotazovaných žen se narodilo zdravé miminko a u 62 % z dotazovaných žen proběhl nerušený kontakt s miminkem po porodu. Veronika Prchalová (2019), která se zabývala se své bakalářské práci kontaktem skin tu skin po porodu, došla k závěru, že z 40 respondentek mělo po porodu své dítě v okamžitém nepřetržitěm kontaktu 20 matek, tedy přesně polovina, podobně jako v mém zkoumaném vzorku respondentek. V dnešní době by měla porodní asistentka projevit snahu o dodržení okamžitého a nerušeného kontaktu matky s miminkem 2 hodiny po porodu a podpořit tím napojení vazby i podporu rozvoje laktace. Dotazované ženy (58 %) nejčastěji odpovídaly, že porod zvládly dobře, 28 % dokonce skvěle. Myslím si, že zvládnutí porodu může ženy ovlivnit pozitivně i negativně sebepojetí ženy. Když žena porod (velkou překážku) zvládne, může na sebe být opravdu pyšná. Pokud tomu ale tak není, dochází u ní k pocitu selhání a nezvládnutí nové životní role-role matky. Pro většinu žen je porod jednou z nejdůležitějších událostí v jejich životě. Je to velmi silný emocionální zážitek, na který žena nikdy nezapomene (Bc. Kristina Neubertová Zemánková, 2012). Kladné sebehodnocení dotazovaných žen pro mě bylo pozitivním zjištěním. Nejvíce dotazovaných žen udalo, že jejich spokojenost s porodem negativně ovlivnila omezení spojená se situací s covidem 19.

Z vlastní zkušenosti vím, že se určitou dobu možnost přítomnosti třetí osoby u porodu, kvůli situaci spojené s pandemií covid 19, velmi snížila a tatínci být na porodním sále nemohli. Nemohl být umožněn ani bonding 2 hodiny po porodu. Je zřejmé, že ženy nechtějí porod prožívat samy a partnera u porodu chtějí mít. Ve své bakalářské práci Eliška Konopíková (2013) zjistila, že velká část respondentek (91 žen ze 100 respondentek, 91 %), by si přálo mít partnera nebo blízkou osobu u porodu. Druhou nejopakovanější odpovědí dotazovaných žen bylo, že jejich spokojenost s porodem negativně ovlivnilo chování zdravotnického personálu nebo jiné blízké osoby. Žena by se u porodu měla cítit v bezpečí a naprosté pohodě. V tento velmi silný emoční moment by měl být rodiče dopřán klid, správná trefná komunikace a kvalitní péče. Spokojenost pacientů je jedním z klíčových ukazatelů kvality poskytované péče. Výsledky několika studií v zahraničí ukazují, že spokojenost žen s perinatální péčí ovlivňují rozhodující měrou psychosociální faktory, především respektující a citlivý přístup zdravotníků, dostatek informací a dobrá komunikace (Tákač, 2013). Výzkum, který se zabývá podobnou otázkou (co negativně ovlivnilo spokojenost žen) v České republice proběhl v letech 2010 až 2012. Věnoval se spokojenosti rodiček v českých porodnicích. Z výsledků vyplynulo, že ženám vadí nedostatečné poskytování informací a nerespektování jejich přání. Za nejslabší stránky považují malou psychickou podporu a nadřazený či rutinní přístup některých zdravotníků (Mezerová Hana, 2015). I v mém výzkumu byly ženy s chováním personálu nespokojené. 70 % dotazovaných žen uvádí, že žádná oblast jejich života nebyla poporodní zkušeností negativně ovlivněna. Další nejčastější odpovědí žen bylo, že se negativním způsobem ovlivnila po porodu jejich sexualita. Porod ve větší či menší míře ovlivňuje následnou kvalitu života ženy. I když je těhotenství i porod fyziologický jev, zanechává často trvalé fyzické i psychické následky, které mohou mít vliv na zdraví i kvalitu života žen (Dušová, Menclová, 2014). V partnerském vztahu je sexualita jedna z oblastí, jež bývá po narození dítěte zásadně ovlivněna. Většina párů trpí po narození dítěte problémy v sexuálním životě. Po zhojení poporodních poranění a po skončení krvácení po porodu je možné začít souložit. Není nutné začínat s pohlavním stykem až po skončení šestého týdne po porodu. Předpokladem k zahájení pohlavního styku je dostatečné libido ženy. Bolestmi při pohlavním styku trpí až polovina žen a velký počet žen zažívá nepříjemné pocity během soulože dokonce i rok po porodu. Tyto změny se nejčastěji objevují u žen, které rodily vaginální cestou (Roztočil a kol., 2008, s. 130). Výzkum dle Rowlandové (2005), jenž se zaměřuje na kojení a sexuální chování bezprostředně po porodu, sleduje vztah mezi kojením a navrácením se k pohlavnímu styku. 316 kanadských žen se zúčastnilo tohoto výzkumu. Rowlandová ve své studii udává, že přibližně polovina žen, které

po ukončení šestinedělí navštívily svého gynekologa, neměla od porodu pohlavní styk se svým partnerem. Nejen že o sex neměly zájem, ale měly strach, že pohlavní styk bude bolestivý nebo jim to lékař nedoporučil. I z mého výzkumu vyplývá, že sexualita žen je po porodu omezena a není jako dříve. Podle mě by se o možnosti vzniku problému se sexualitou měly ženy informovat už v průběhu těhotenství. Základem ve vztahu je komunikace. Je třeba, aby ženy svůj strach z pohlavního styku sdílely se svým partnerem. V další a poslední otázce tohoto cíle se ženy mohly podrobně vyjádřit ke své zkušenosti s porodem. Nejčastěji poporodní zkušenost žen ovlivnilo chování zdravotnického personálu. Chování personálu patří mezi hlavní faktory, které ovlivňují, jak se žena bude v porodnici cítit. Přístup a chování zdravotníku může zásadně ovlivnit spokojenost žen s porodem. *„Za důležité považuji důvěřovat personálu a jejich zkušenostem, držet se jejich rad, které během porodu dávají. Porod byl skvělý! A to především díky milému personálu a podpoře,“* uvádí jedna z respondentek. Pro ženy je důležité, aby byly v průběhu porodu motivované a cítily se v bezpečí. Proto je velmi důležitá schopnost zdravotníků ženu podpořit a povzbudit. Mrzely mě proto časté negativní výpovědi žen, u kterých chování zdravotníků negativně ovlivnilo jejich zkušenost s porodem. *„Nepříznivou porodní polohou jsem byla nucena tlačit dvě a půl hodiny. Navíc když jsem začala tlačit, tak mi po dvou zatlačeních porodní asistentka řekla, že to nepůjde tak rychle a ať počkám 20 minut, než se prohodí směny. Pak chtěly použít desinfekci, na kterou jsem alergická, a nakonec nevěděli, jestli vyndali všechny tampony,“* odpověděla jedna z dotazovaných žen. Další respondentka uvedla: *„Škoda, že jsem zažila tak silně demotivující sestru. Už bych ve stejné nemocnici asi nerodila.“* *„Chtěla bych říct, že i když jsem se přes ten pro mě až děsivý zážitek přenesla, štvě mě, jak se ke mně doktorka chovala. Chladně, arogantně a vytvářela nátlak, proto aby uspíšila porod. Vše prostě špatně a v té porodnici už se nechci nikdy ani ocitnout,“* udala jedna z dalších dotazovaných žen. Podobným způsobem odpovědělo dalších 14 žen, celkem si tedy na špatné chování a komunikaci ze strany personálu stěžovalo 17 žen (22 %). Michaela Štachová (2010) ve své bakalářské práci s názvem „O co jde českým rodičkám“ v poslední otázce zjišťovala, jak je pro respondentky důležitá komunikace se zdravotnickým personálem na oddělení šestinedělí. 66 % (132 žen) udalo, že jako prvorodičky budou potřebovat pomoc, tudíž očekávají příjemný personál, který nebude mít problém jim vše vysvětlit a zodpoví všechny jejich otázky. Tedy dozvěděla se, že mnoho žen očekává dobré komunikační schopnosti porodní asistentky na porodním sále. Jejím hlavním přáním je, aby byla porodní asistentka ochotná, měla aktivní přístup a brala ohledy na jejich potřeby. Působení zdravotnického personálu může porod poškodit, zpomalit, ale také úplně zastavit. Někdy všechny vnější

faktory mají na ženu vliv natolik, že musí být proveden císařský řez. Některé ženy volí ze strachu z nemocnice a nemocničního personálu raději domácí prostředí. Porodí raději doma s porodní asistentkou, dulou nebo dokonce samy neasistovaně. Pro ženy je nejdůležitější cítit se v bezpečí a úkolem porodních asistentek je zajistit, aby se ženy cítily bezpečně v nemocničním zařízení.

Poslední cíl zjišťoval, zda zvládnutí porodu souvisí se spokojeností žen s porodem. Rozdělila jsem ženy do 4 kategorií podle toho, jak porod zvládly (zvládla skvěle, zvládla dobře, nezvládla dobře a vůbec nezvládla). Průměrný výsledek BSS-R škály u žen, které porod zvládly skvěle je 29,51. U žen, co porod zvládly dobře je průměrný výsledek škály 24,11. Ženy, které odpověděly, že porod nezvládly dobře, mají průměrný výsledek škály BSS-R 13,94 a ženy, jež porod vůbec nezvládly 13,00. Dle výsledků vyplývá, že zvládnutí porodu souvisí se spokojeností žen s porodem. Průměrný výsledek škály BSS-R spokojenosti žen s porodem byl u žen co udaly, že porod zvládly skvěle a dobře vyšší, tedy lepší než u žen, co porod nezvládly dobře a vůbec nezvládly. Myslím si, že motivace a podpora porodní asistentkou v průběhu porodu pomáhá rodičkám vše zvládnout. Chování personálu na porodním sále je zásadní a ovlivňuje to i způsob, jakým žena porod zvládne a následně tedy i její spokojenost s porodem.

LIMITY VÝZKUMU

Uvědomuji si, že práce má své nedostatky. Jsem si plně vědoma mé nedostatečné zkušenosti s provedením kvantitativního výzkumného šetření. Má předchozí praxe se sestavováním dotazníku je minimální a následné analýzy dat není žádná. Nedostatky jsem se snažila kompenzovat a vynahrazovat je radami od vedoucí mé bakalářské práce a studiem odborné literatury. Vliv na výsledky výzkumu může mít i omezení ve výběru respondentek. Dalším limitem může být různá doba, která uplynula od porodu respondentek. Považovala bych za zajímavé zkoumat vliv připravenosti rodičky na porod, na jeho samotný průběh, více se zaměřit na to, jak rodička vnímá při porodu chování ošetřujícího personálu, více se zaměřit na některý z prožitků při porodu, prozkoumat oblast přínosu další přítomné osoby a další.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě výsledků praktické části mé bakalářské práce bych navrhovala některá doporučení. Bylo by vhodné, aby porodní asistentky edukovaly těhotné ženy o vhodné psychoprofylaktické přípravě. Zvýšit informovanost žen o průběhu porodu a různých metodách předporodní přípravy. Měl by být kladen velký důraz na psychiku ženy během porodu. V porodnici by měly být více využívány znalosti psychologie, a nejen medicínské znalosti a postupy. Ke každé rodičce by se mělo přistupovat individuálně a s respektem. Brát zřetel na všechny její potřeby a udělat maximum, aby se cítila v bezpečí a spokojená. V tento její jedinečný, nezapomenutelný a velmi náročný okamžik být pro ženu oporou a vnímat její pocity.

Co se týče prostředí porodního sálu, mělo by vypadat jako domácí. Porodní sál by měl být čistý a hygienický tak, aby se žena i její doprovod cítili dobře a pohodlně.

Zajistit kvalitní a dostupnou psychoprofylaktickou přípravu žen k porodu porodními asistentkami. Lépe připravit ženy na délku porodu a práci s porodní bolestí. Nabízet dostatek metod nefarmakologického tlumení bolesti.

Umožnit ženám přítomnost blízké osoby u porodu, která podpoří u ženy pocit psychického bezpečí.

Žena se má podílet na rozhodování o péči. Lékaři i porodní asistentky by se ženou měli spolupracovat. Neomezovat ji a nechat ji se zapojit. Informovat ji, ale žena bude ta, co se rozhodne o následující péči.

Za nejdůležitější umění porodní asistentky považuji správnou komunikaci, aktivní přístup a být pro ženu oporou.

Výsledky výzkumného šetření budou prezentovány na konferenci.

Doporučujeme propracovat souvislosti mezi spokojeností s porodem a faktory, které ji ovlivňují, více do hloubky. Z našeho výzkumu šetření vyplynula jistá souvislost mezi zvládnutím náročné životní situace porodu a spokojenosti s porodem. Je nutné tyto skutečnosti ještě dále statisticky testovat.

Doporučujeme také více prozkoumat problematiku sexuálních dysfunkcí po porodu dalšími výzkumy.

SEBEREFLEXE

Tato bakalářská práce pro mě byla velkým přínosem. Zjistila jsem, co negativně ovlivňuje spokojenost žen s porodem a jak se ženy na porod nejčastěji připravují. Bylo zajímavé dozvědět se, jak ženy hodnotily samy sebe, zvládnutí porodu a výsledky BSS-R škály spokojenosti žen ve všech třech kategoriích. Zároveň jsem zjistila, jaké pocity mají ženy v průběhu porodu a kdo s nimi nejčastěji prožívá tento nezapomenutelný, krásný a velmi náročný okamžik. Jsem ráda, že jsem si pro zadání bakalářské práce zvolila toto téma. Ráda bych výsledky výzkumu využila v praxi a více se zaměřila na psychiku ženy v průběhu porodu.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá porodem jako náročnou životní situací v životě ženy a dává jej do souvislosti se spokojeností žen s porodem. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. První kapitola je zaměřena na definici porodu a jeho klasifikaci. Charakterizuje jednotlivé doby porodní a jejich intervence. Osobnost porodní asistentky a její kompetence. Vedení první, druhé, třetí doby porodní a čtvrté poporodní doby. Metody uklidnění a povzbuzení rodiček. Druhá kapitola popisuje náročnou životní situaci a strategie zvládání náročných životních situací. Definuje stres, udává druhy reakcí na stres a strategie zvládání stresu. Třetí kapitola je věnována psychologii porodu. Zabývá se prožíváním porodu a zvládáním porodní zátěže. Vysvětluje porod jako náročnou životní situaci. Charakterizuje pojmy úzkost, strach a bolest. Podrobněji se zaměřuje na porodní bolest a její emoční složku, také na důležitost podpory ženy u porodu.

Informace v praktické části jsou získané pomocí dotazníkového šetření. Výzkum se zaměřuje pouze na ženy, které jsou maximálně 14 měsíců po prvním porodu. Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit spokojenost žen s porodem a faktory, které mohly spokojenost ovlivnit. Z našich výsledků vyplývá souvislost mezi pocitem zvládání náročné životní situace, kterou porod bezpochyby je, a spokojenost s porodem v širších souvislostech (nejen újmou somatickou, ale i psychickou a sociální). Problematiku spokojenosti s porodem je nutné dále prozkoumat a souvislosti statisticky propracovat. Cíl bakalářské práce byl splněn.

Překvapil mě výsledek škály spokojenosti s porodem. Čekala jsem, že dosáhne mnohem vyššího skóre. Potěšilo mě ale kladné hodnocení průběhu porodu u dotazovaných žen, přesto by se zdravotnický personál měl více věnovat psychické stránce ženy a podporovat ji během celého porodního procesu. Na základě výsledků výzkumného šetření byla stanovena doporučení pro praxi.

SEZNAM LITERATURY

Knižní zdroje

1. ATKINSON, Rita L., 2003. *Psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-640-3.
2. BAŠKOVÁ, Martina, 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-2475-361-4.
3. BINDER, Tomáš, 2011. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-1907-1.
4. FURNHAM, A., Petrides, K. V., Sisterson, G., Batuch, B., 2003. *Repressive Coping style add positive self-presentation, British Journal of Health Psychology*, 8: 223-249.
5. GASKIN, Ina May, 2010. *Zázrak porodu*. Doubice: One Woman Press. ISBN 978-80- 86356-48-8.
6. HÁJEK, Z., E. ČECH, K. MARŠÁL a kol., 2014. *Porodnictví. 3. přeprac. a dopl. vyd.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
7. HANÁKOVÁ, Taťána, Magdalena CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ a Pavla VOLNÁ, 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti. 2. aktualizované vydání*. Brno: CPress. ISBN 978-80-264-0755-3.
8. HUDÁKOVÁ, Zuzana a Mária KOPÁČIKOVÁ, 2017. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0274-7.
9. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.
10. MORAVCOVÁ, Markéta a Helena PETRŽÍLKOVÁ, 2018. *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. ISBN 978-80-7560-132-2.
11. ODENT, M., Kitzinger, S., Florian, J., a Batrla, L. *Znovuznožený porod*. 1995. ISBN 80-85794-69-1.
12. PAŘÍZEK, A. et al., 2012a. *Analgezie a anestezie v porodnictví. 2. vyd.* Kamenice: Mother-Care-Centrum Publishing s nakladatelstvím Galén. 427 s. ISBN 978- 80-7262-893-3.

13. PROCHÁZKA, Martin, 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.
14. RASTISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area. ISBN 978-80-254-2186-4.
15. RATISLAVOVÁ, Kateřina a Zuzana HRUŠKOVÁ, 2020. *Psychosociální podpora při úmrtí miminka: průvodce pro učitele pomáhajících profesí*. Praha: Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP. ISBN 978-80-270-6935-4.
16. RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ, 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2223-8.
17. ROZTOČIL, Aleš, 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1941-2.
18. ROZTOČIL, Aleš, 2017. *Moderní porodnictví. 2. přep. a dopl. vyd.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5753-7.
19. ŠTROMEROVÁ, Zuzana, 2010. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-0324-3.
20. TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ, ed., 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6.
21. VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.
22. VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
23. VRÁNOVÁ, Věra, 2007. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1764-6.
24. VYMĚTAL, Jan, 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-740-x.
25. ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ, 2007. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2068-5.

Internetové zdroje

1. DUŠOVÁ, PhDr. Bohdana a Mgr. Aneta MENCLOVÁ, 2014. Kvalita života ženy po spontánním a operativním porodu. Florence odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky [online].1. 12. 2014, 12 [cit. 2022-03-21]. ISSN 1801-464X. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2014/12/kvalita-zivota-zeny-po-spontannim-a-operativnim-porodu/>
2. KOSEK, Martin. Náročné životní situace a coping strategie. *Martin Kosek* [online]. 2020 [cit. 2022-03-06]. Dostupné z: <https://www.martinkosek.com/l/narocne-zivotni-situace-a-coping-strategie/>
3. KOZEL, Roman, et al. Moderní marketingový výzkum. Praha : Grada Publishing, 2006. 280 s. ISBN 80-247-0966-X.
4. Multimediálna podpora výučby klinických a zdravotníckych disciplín: Portál Jesseniovej lekárskej fakulty Univerzity Komenského. (2018, April 5). Portal JLF UK: Psychológia v pôrodnej asistencii. Portál JLF UK. <https://portal.jfmed.uniba.sk/clanky.php?aid=381>
5. ROMERO-GONZALEZ Borja, Maria Isabel Peralta-Ramirez, Rafael A. Caparros-Gonzalez, Almudena Cambil-Ledesma, Caroline J. Hollins Martin, Colin R. Martin,
6. ROWLAND, Mary, et al. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Canadian Family Physician*, 2005, 51.10: 1366-1367.
Spanish validation and factor structure of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R), *Midwifery*, svazek 70, 2019, s. 31-37., ISSN 0266-6138, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.12.009>.
7. STIBALOVÁ, Kateřina. Náročné životní situace. *Sociální služby: odborný časopis*, 2011, 16-18.
8. ŠKODOVÁ, Zuzana. Psychológia v pôrodnej asistencii [elektronická skripta]. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, 2018 [cit. 2018-12-18]. ISBN 978-80-8187-044-6. Dostupné z: <https://portal.jfmed.uniba.sk/clanky.php?aid=381>
9. ŠKODOVÁ Zuzana, Nepelová Zuzana, Gendár Marián, Bašková Martina, Psychometric properties of the Slovak version of the Brith Satisfaction Scale (BSS) and Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R), *Midwifery*, svazek 79, 2019, 102550, ISSN 0266-6138, <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102550>.

10. URBANOVÁ, E.; Škodová, Z.; Bašková, M. The Association between Birth Satisfaction and the Risk of Postpartum Depression. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 10458. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910458>
11. WILHELMOVÁ, Radka et al. *Vybrané kapitoly Porodní asistence I a II* [online]. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2021 [cit. 2022-02-04]. Elportál. Dostupné z: <http://is.muni.cz/elportal/?id=1766378>. ISSN 1802-128X.

Kvalifikační práce

1. BLUMOVÁ, Markéta. *Porod a psychoterapie*. Praha, 2006. Akademická práce. SKÁLUV INSTITUT vzdělávací institut pro integrativní psychoterapii.
2. DOUBKOVÁ, Kateřina. *Copingové strategie a zvládání stresových faktorů*. Hradec Králové, 2016. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové Fakulta informatiky a managementu Katedra managementu. Vedoucí práce PhDr. Věra Strnadová, Ph.D.
3. HORNÍKOVÁ, Veronika. *Porod jako náročná životní situace*. Plzeň, 2013. bakalářská práce (Bc.). Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Kateřina Ratislavová
4. JEŘÁBKOVÁ, Daniela. *Potřeby žen u porodu*. Plzeň, 2016. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Magdaléna Ezrová.
5. KONOPÍKOVÁ, Eliška. *Vedení I. a II. doby porodní*. Plzeň, 2013. Bakalářská práce. Vedoucí práce Bc. Kateřina Höferlová.
6. MACHOVÁ, Simona. *Doprovod ženy u porodu*. Pardubice, 2021. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Zdeněk Čermák.
7. MEZEROVÁ, Bc. Hana. *Zážitky žen z porodu - zaměření na negativní zkušenosti*. Praha, 2015. Diplomová práce. Pražská vysoká škola psychosociálních studií. Vedoucí práce Mgr. Magdalena Koťová.
8. NEUBERTO VÁ ZEMÁNKOVÁ, Bc Kristýna. *Vliv prožitku porodu na ženino sebepojetí*. Olomouc, 2012. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci Filozofická fakulta Katedra psychologie. Vedoucí práce Prof. PhDr. Alena Plháková, Csc.
9. PRCHALOVÁ, Veronika. *Kontakt matky a novorozence skin to skin po porodu*. Pardubice, 2019. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Eva Welge MSc BSc.
10. ŠTACHOVÁ, Michaela. *O co jde českým rodičkám?*. Zlín, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Jana Křemenová.

11. TAKÁCS, Lea. *Souvislost psychosociálních faktorů perinatální péče s patientskou spokojeností, průběhem porodu a zahájením kojení*. Praha, 2013. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze Filozofická fakulta Katedra psychologie. Vedoucí práce Prof. PhDr. Lenka Šulová, CSc.
-

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha A – Dotazník-spokojenost s porodem
- Příloha B– Škála spokojenosti s porodem BSS-R

PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník-spokojenost s porodem

Spokojenost s porodem

Dobrý den,

věnujte prosím několik minut svého času vyplnění následujícího dotazníku, který je zaměřen na Vaši spokojenost s porodem, který proběhl nejdéle před jedním rokem, a na faktory, které mohly Vaši spokojenost ovlivnit. Dotazník obsahuje 32 otázek/tvrzení.

Zkuste jej vyplňovat v klidu a nerušeně.

Přečtěte si prosím pečlivě otázku tak, abyste ji dobře pochopily.

Nepřemýšlejte ale příliš dlouho o odpovědi.

Nevynechejte prosím žádnou otázku.

Buďte upřímní, jak nejvíce to jde.

Výsledky anonymního šetření budou využity ke zpracování kvalifikační práce, budou prezentovány na odborných konferencích a v odborném tisku, jako zpětná vazba zdravotníkům.

Srdečně Vám děkujeme!

Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D., e-mail: ratislav@kos.zcu.cz

Edith Farová, e-mail: e.farova@outlook.cz

Fakulta zdravotnických studií, Západočeská univerzita v Plzni

1 Kolik je Vám let?

2 Jaký je Váš rodinný stav?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

vdaná svobodná rozvedená vdova

Zdroj vlastní.



3 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- základní středoškolské bez maturity středoškolské s maturitou vyšší odborné vysokoškolské

4 Jaké je Vaše pracovní zařazení?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- zaměstnaná nezaměstnaná samostatně výdělečně činná v domácnosti

5 Pokolikáté jste rodila?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- první porod druhý porod třetí porod více než třetí porod

6 Jaká byla Vaše předchozí zkušenost s porodem/porody?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- výborná, byla jsem spokojená dobrá, byla jsem celkem spokojená dobrá i špatná špatná, nebyla jsem spokojená
 velmi špatná, byla jsem velmi nespokojená žádná, rodila jsem poprvé

7 Kdy proběhl (poslední, aktuální) porod?

Nápověda k otázce: *Napište prosím měsíc a rok*

8 Toto těhotenství bylo

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- plánované, chtěné neplánované, chtěné neplánované, nechtěné
 Jiná...



9 Jak jste se na tento porod připravovala?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> předporodní příprava s porodní asistentkou nebo jiným odborníkem | <input type="checkbox"/> četla jsem knížky, příspěvky na internetu apod. | <input type="checkbox"/> měla jsem připravený porodní plán | <input type="checkbox"/> připravovala jsem se fyzicky (cvičení, aniball apod.) |
| <input type="checkbox"/> připravovala jsem se psychicky (znalosti o porodu, relaxace, meditace, hypnoporod apod.) | <input type="checkbox"/> nepřipravovala jsem se | | |
| <input type="checkbox"/> Jiná... <input type="text"/> | | | |

10 Měla jste znalosti o průběhu porodu?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- ano ne

11 Jaký byl Váš psychický stav před porodem?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> byla jsem klidná, vyrovnaná | <input type="checkbox"/> cítila jsem strach nebo úzkost | <input type="checkbox"/> byla jsem ve stresu |
| <input type="checkbox"/> Jiná... <input type="text"/> | | |

12 Jak jste nyní rodila?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> samovolně vaginálně | <input type="checkbox"/> vaginálně s infuzí (kapačkou), vyvoláváním kontrakcí a/nebo užitím léků | <input type="checkbox"/> akutním císařským řezem | <input type="checkbox"/> plánovaným císařským řezem |
| <input type="checkbox"/> byla nutná pomoc lékaře (kleště, vakuum extrakce, vybavení placenty v narkóze apod.) | | | |
| <input type="checkbox"/> Jiná... <input type="text"/> | | | |

13 Porod proběhl

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- přibližně v předpokládaném termínu porodu
- více než tři týdny před termínem porodu
- více než dva týdny po termínu porodu



14 V jakém prostředí porod probíhal?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- ve velké (fakultní, krajské) nemocnici v malé (okresní) nemocnici v domácím prostředí
 Jiná...

15 Prostor prostředí porodu

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- jsem si vybrala sama bylo neplánované nebyla jiná možnost
 Jiná...

16 Porodem jsem si prošla prakticky bez úhony.

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- rozhodně souhlasím souhlasím nevím nesouhlasím rozhodně nesouhlasím

17 Přišlo mi, že porod trval příliš dlouho.

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- rozhodně souhlasím souhlasím nevím nesouhlasím rozhodně nesouhlasím

18 Personál na porodním sále mě povzbuzoval k tomu, abych sama rozhodovala o průběhu porodu.

Nápověda k otázce: *Personál na pokoji, kde jste rodila. Vyberte jednu odpověď*

- rozhodně souhlasím souhlasím nevím nesouhlasím rozhodně nesouhlasím

19 V průběhu porodu jsem cítila velkou úzkost.

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- rozhodně souhlasím souhlasím nevím nesouhlasím rozhodně nesouhlasím

20 V průběhu porodu jsem cítila velkou podporu od personálu.

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- rozhodně souhlasím souhlasím nevím nesouhlasím rozhodně nesouhlasím

21 Personál se mnou během porodu dobře komunikoval.

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- rozhodně souhlasím souhlasím nevím nesouhlasím rozhodně nesouhlasím

22 Porod považuji za stresující zážitek.

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- rozhodně souhlasím souhlasím nevím nesouhlasím rozhodně nesouhlasím

23 Během porodu jsem ztrácela kontrolu nad situací.

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- rozhodně souhlasím souhlasím nevím nesouhlasím rozhodně nesouhlasím

24 Během porodu jsem nebyla vůbec vystresovaná.

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- rozhodně souhlasím souhlasím nevím nesouhlasím rozhodně nesouhlasím

25 Porodní sál byl čistý a hygienický.

Nápověda k otázce: *Místo, kde jste rodila...Vyberte jednu odpověď*

- rozhodně souhlasím souhlasím nevím nesouhlasím rozhodně nesouhlasím

26 Jak jste vnímala bolest během porodu?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- necítila jsem bolest
- bolest byla snesitelná, zvládala jsem ji bez medikace (léků)
- bolest byla příliš silná, zvládala jsem ji jen s použitím prostředků na tlumení bolesti (léků, plynu, epidurální analgezie)
- bolest byla nesnesitelná i s využitím nabídnutých léků
- jiná...

27 U porodu byl přítomen

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- můj partner/manžel
- jiná blízká osoba
- soukromá porodní asistentka, duša
- neměla jsem u porodu blízkou nebo známou osobu
- jiná...

28 Miminko se narodilo

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- zdravé
- mělo neočekávaně zdravotní potíže po porodu
- věděli jsme, že bude mít zdravotní potíže
- jiná...

29 S miminkem jsem měla po porodu nerušený kontakt.

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- ano
- ne
- jiná...

30 Myslím, že jsem porod

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

- zvládla skvěle
- zvládla dobře
- nezvládla dobře
- vůbec nezvládla
- jiná...

31 Spokojenost s průběhem porodu negativně ovlivnilo/a

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- chování personálu nebo blízké osoby omezení spojená se situací s covidem-19 komplikace během porodu nevhodné prostředí
- vaše nízká tolerance bolesti, nepřipravenost apod. nic, byla jsem spokojená
- Jiná...

32 Zaškrtněte prosím, která oblast Vašeho života po porodu byla porodní zkušeností negativně ovlivněna:

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- žádná tělesné zdraví sexualita partnerství mateřství a vztah k dítěti psychické zdraví
- sebevědomí, sebepojetí
- Jiná...

33 Zde se můžete podrobněji vyjádřit k Vaší zkušenosti s porodem:

Příloha B – Škála spokojenosti s porodem BSS-R

Škála spokojenosti s porodem (Česká verze BSS-R)

Rady pro vyplnění dotazníku

(a) Najděte si klidné místo, na kterém vás nebude nikdo vyrušovat.

(b) Pečlivě si prosím přečtete každý výrok, a jakmile pochopíte jeho smysl, odpovězte bez dlouhého přemýšlení. Nad výroky nepřemýšlejte příliš dlouho.

(c) Výroky jsou strukturovány tímto způsobem. Prosím zakroužkujte jednu z možností.

Rozhodně souhlasím	Souhlasím	Nevím	Nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
--------------------	-----------	-------	-------------	----------------------

(d) Odpovězte prosím na všechny výroky a vyjádřete svůj upřímný názor.

Prosím posuďte na následující výroky:

(1) Porodem jsem si prošla prakticky bez úhony.

Rozhodně souhlasím	Souhlasím	Nevím	Nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
--------------------	-----------	-------	-------------	----------------------

(2) Přišlo mi, že porod trval příliš dlouho.

Rozhodně souhlasím	Souhlasím	Nevím	Nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
--------------------	-----------	-------	-------------	----------------------

(3) Personál na porodním sále mě povzbuzoval k tomu, abych sama rozhodovala o průběhu porodu.

Rozhodně souhlasím	Souhlasím	Nevím	Nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
--------------------	-----------	-------	-------------	----------------------

(4) Cítila jsem velkou úzkost v průběhu porodu.

Rozhodně souhlasím	Souhlasím	Nevím	Nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
--------------------	-----------	-------	-------------	----------------------

(5) V průběhu porodu jsem cítila velkou podporu od personálu.

Rozhodně souhlasím	Souhlasím	Nevím	Nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
--------------------	-----------	-------	-------------	----------------------

(6) Personál se mnou během porodu dobře komunikoval.

Rozhodně souhlasím	Souhlasím	Nevím	Nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
--------------------	-----------	-------	-------------	----------------------

(7) Porod považuji za stresující zážitek.

Rozhodně souhlasím	Souhlasím	Nevím	Nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
--------------------	-----------	-------	-------------	----------------------

(8) Během porodu jsem ztrácela kontrolu nad situací.

Rozhodně souhlasím	Souhlasím	Nevím	Nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
--------------------	-----------	-------	-------------	----------------------

(9) Během porodu jsem nebyla vůbec vystresovaná.

Rozhodně souhlasím	Souhlasím	Nevím	Nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
--------------------	-----------	-------	-------------	----------------------

(10) Porodní sál byl čistý a hygienický.

Rozhodně souhlasím	Souhlasím	Nevím	Nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
--------------------	-----------	-------	-------------	----------------------

Chcete připojit nějaký komentář k výrokům?

Vyhodnocovací klíč Škály spokojenosti s porodem (Česká verze BSS-R)

Bodování Škály spokojenosti s porodem je jednoduché. Možný rozsah bodového skóre se pohybuje od 0 do 40 bodů. Celkové skóre 0 bodů znamená minimální spokojenost s porodem a skóre 40 bodů představuje maximální spokojenost s porodem. Každý výrok je hodnocen sestupným počtem bodů od „rozhodně souhlasím“ za 4 body po „rozhodně nesouhlasím“ za 0 bodů. Výroky 2, 4, 7, 8 jsou bodovány opačně.

Otázka 1	4	3	2	1	0
Otázka 2	0	1	2	3	4
Otázka 3	4	3	2	1	0
Otázka 4	0	1	2	3	4
Otázka 5	4	3	2	1	0
Otázka 6	4	3	2	1	0
Otázka 7	0	1	2	3	4
Otázka 8	0	1	2	3	4
Otázka 9	4	3	2	1	0
Otázka 10	4	3	2	1	0

Škála BSS-R se skládá ze tří subškál

1. Prožívání stresu během porodu (otázky 1, 2, 7, 9) skóre 0-16 bodů
2. Osobní prožívání ženy (otázky 4, 8) skóre 0-8 bodů
3. Kvalita poskytované péče (otázky 3, 5, 6, 10) skóre 0-16 bodů

Použití škály BSS-R není spoplatněné, avšak pro účely zaznamenávání používání škály prosím kontaktujte autorku škály: Prof Caroline J. Hollins Martin, e-mailový kontakt: c.hollinsmartin@napier.ac.uk

Autory The Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R) jsou
(1) Professor Caroline J Hollins Martin, Edinburgh Napier University (UK)
(2) Professor Colin Martin, University of Hull (UK).

(Originální verze BSS-R: Hollins-Martin, C.J., Martin, C. (2014). Development and psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). Midwifery. 30: 610-619. Doi.org/10.1016/j.midw.2013.10.006)