

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B 5345

Karolína Flídrová

Studijní obor: Porodní asistentka 5342R004

PORODNÍ ASISTENTKA V ROLI TĚHOTNÉ A RODIČKY

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Jana Horová

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

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

V Plzni dne 25. 3. 2013

.....

Děkuji své vedoucí práce Mgr. Janě Horové za odborné vedení práce, za ochotu, trpělivost, pečlivost a cenné rady. Dále děkuji všem třem porodním asistentkám, které mi ochotně a s velkou vstřícností poskytly rozhovory k praktické části mé práce.

ANOTACE

Příjmení a jméno: Flídrová Karolína

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Porodní asistentka v roli těhotné a rodičky

Vedoucí práce: Mgr. Jana Horová

Počet stran: číslované 80, nečíslované 19

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 37

Klíčová slova: porodní asistentka, role, rodička, těhotenství, porod, stres v práci porodní asistentky, psychohygienu

Souhrn:

Bakalářská práce se zaměřuje na prožívání vlastního těhotenství a porodu porodní asistentkou. Teoretická část bakalářské práce popisuje, k jakým psychickým změnám dochází v průběhu těhotenství a porodu i jakou roli hraje porodní asistentka v životě těhotné a rodící ženy. Zaměřuje se na náročné situace, se kterými se porodní asistentka může v průběhu své praxe setkat a které mohou ovlivnit její subjektivní prožívání vlastního těhotenství a porodu.

Praktická část bakalářské práce se zabývá kvalitativním výzkumem, kde je použit polostandardizovaný rozhovor. Obsahuje písemně zaznamenané rozhovory se třemi porodními asistentkami s několikaletou praxí, které popsaly prožitky vlastního těhotenství a porodu. Bakalářská práce je zaměřená na identifikaci pocitů porodních asistentek, které prožívaly během vlastního těhotenství a porodu. Také se soustředí na to, do jaké míry byly porodní asistentky ovlivněny v prožívání vlastního těhotenství a porodu svými znalostmi a zkušenostmi z praxe porodní asistentky.

ANNOTATION

Surname and name: Flídrová Karolína

Department: Nursing and Midwifery

Title: Midwife as Pregnant Woman and Woman in Childbirth

Supervisor: Mgr. Jana Horová

Number of pages: numbered 80, unnumbered 19

Number of appendices: 4

Number of literature items: 37

Key words: midwife, role, woman in childbirth, pregnancy, childbirth, stress in midwife's job, mental hygiene

Summary:

The bachelor thesis is focused on the experience of pregnancy and childbirth in a midwife. A theoretical part of the thesis describes the psychological changes which occur during pregnancy and childbirth and the role of a midwife in a pregnant woman and a woman in childbirth. This part is aimed at difficult situations which the midwife may meet during her practice and that may affect her own subjective experience of pregnancy and childbirth. A practical part of the thesis deals with the qualitative research, which comprises a semi-structured interview. Subsequently, it contains written - recorded interviews with three midwives who describe their own experience with pregnancy and childbirth. The bachelor thesis is focused on identifying of feelings of midwives experiencing during the pregnancy and childbirth. The thesis also concentrates on the fact how the midwives were affected in their own experience of pregnancy and childbirth by their knowledge and the practice of midwives.

OBSAH

| | |
|--|----|
| ÚVOD..... | 8 |
| TEORETICKÁ ČÁST..... | 9 |
| 1 PORODNÍ ASISTENTKA..... | 9 |
| 1.1 Role porodní asistentky v průběhu těhotenství | 10 |
| 1.2 Role porodní asistentky v průběhu porodu..... | 11 |
| 1.3 Role porodní asistentky v I. době porodní fyziologického porodu | 11 |
| 1.3.1 Role porodní asistentky v pasivní fázi I. doby porodní fyziologického porodu 13 | |
| 1.3.2 Role porodní asistentky v aktivní fázi I. doby porodní fyziologického porodu 13 | |
| 1.4 Role porodní asistentky ve II. době porodní fyziologického porodu | 14 |
| 1.5 Role porodní asistentky ve III. době porodní fyziologického porodu..... | 15 |
| 1.6 Role porodní asistentky ve IV. Době porodní fyziologického porodu..... | 16 |
| 2 TĚHOTENSTVÍ..... | 17 |
| 2.1 Reakce na zjištění těhotenství..... | 17 |
| 2.2 Psychické změny v těhotenství..... | 18 |
| 2.2.1 Psychické změny V I. trimestru těhotenství | 18 |
| 2.2.2 Psychické změny ve II. trimestru těhotenství..... | 19 |
| 2.2.3 Psychické změny ve III. trimestru těhotenství..... | 20 |
| 2.3 Prenatální komunikace | 20 |
| 2.4 Prožívání rizikového a patologického těhotenství..... | 21 |
| 3 FYZIOLOGICKÝ POROD..... | 23 |
| 3.1 Psychické prožívání porodu..... | 23 |
| 3.1.1 Chování a reakce rodičky během porodu | 24 |
| 3.2 Bonding | 25 |
| 4 STRES V PRÁCI PORODNÍ ASISTENTKY/SESTRY | 26 |
| 4.1 Svízelné situace v práci zdravotníka | 26 |
| 4.2 Vliv stresových situací na psychiku porodní asistentky/sestry | 27 |
| 4.2.1 Adaptivní zvládání stresu | 28 |
| 4.2.2 Neadaptivní zvládání stresu..... | 29 |
| 4.3 Syndrom pomahače | 30 |
| 4.4 Burn out syndrom | 30 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.5 | Porodnické situace ovlivňující psychiku porodní asistentky..... | 32 |
| 4.5.1 | Ranný a pozdní spontánní potrat | 32 |
| 4.5.2 | Porod mrtvého plodu | 33 |
| 4.5.3 | Předčasný porod | 34 |
| 4.5.4 | Kritické stavy u rodičky za porodu..... | 34 |
| 5 | PSYCHOHYGIENA V PRÁCI PORODNÍ ASISTENTKY / SESTRY | 35 |
| 5.1 | Metody psychohygieny v práci porodní asistentky/sestry..... | 36 |
| 5.1.1 | Klasická relaxační cvičení | 36 |
| 5.1.2 | Supervize v práci porodní asistentky/sestry | 37 |
| 5.1.3 | Balintovská skupina..... | 38 |
| 6 | ZDRAVOTNÍK V ROLI PACIENTA | 39 |
| 6.1 | Psychika zdravotníka jako nemocného..... | 39 |
| 6.2 | Pravidla pro vyšetřování a léčení nemocného zdravotníka | 40 |
| 6.3 | Psychika porodní asistentky v roli těhotné a rodičky | 40 |
| | PRAKTICKÁ ČÁST | 43 |
| | Formulace problému..... | 43 |
| | Cíle | 43 |
| | Metodika výzkumu | 43 |
| | Vzorek respondentů | 43 |
| | Zpracování výsledků..... | 45 |
| | Rozhovor č. 1: porodní asistentka A | 45 |
| | Rozhovor č. 2: porodní asistentka B..... | 52 |
| | Rozhovor č. 3: porodní asistentka C..... | 61 |
| 7 | DISKUZE | 71 |
| | Výstup do praxe – Desatero vhodného přístupu personálu k porodní asistentce v roli těhotné a rodičky | 77 |
| | ZÁVĚR..... | 80 |
| | SEZNAM LITERATURY | 81 |
| | SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK | 84 |
| | SEZNAM PŘÍLOH | 85 |
| | PŘÍLOHY | 86 |

ÚVOD

Ve své bakalářské práci bych se ráda zaměřila zejména na psychiku porodních asistentek. Z důvodu nedostatku provedených výzkumů a literatury vhodné ke zpracování mé bakalářské práce s názvem „Porodní asistentka v roli těhotné a rodičky“ jsem se rozhodla věnovat se tomuto tématu hlouběji.

Těhotenství je náročná životní situace i pro ženu, která žádné profesionální zkušenosti ani vědomosti nemá. Jak tedy působí toto významné období v životě ženy na porodní asistentku, která se setkává s těhotnými a rodícími ženami dnes a denně a je součástí mnoha náročných porodnických situací?

Ráda bych zjistila pocity porodních asistentek v průběhu vlastního těhotenství a porodu, a zda porodní asistentku v tomto ohledu ovlivnily vlastní zkušenosti z praxe. Dále se budu zabývat i působením stresových situací v porodnictví na psychiku porodní asistentky opět v souvislosti s vlastním těhotenstvím a porodem.

V teoretické části se tedy zaměřím na roli porodní asistentky obecně, na těhotenství, porod a zdravotníka v roli pacienta, kde je nutné ihned na úvod podotknout, že těhotenství není nemoc. V souvislosti s nedostatkem literatury a materiálu k tématu bude moje bakalářská práce, jak doufám, přinosem zejména danými poznatky v praktické části.

Praktická část bakalářské práce bude provedena kvalitativní metodou prostřednictvím rozhovorů u porodních asistentek minimálně jednou rodících.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PORODNÍ ASISTENTKA

K ozřejnění toho, kdo je porodní asistentka a jaká je její úloha je nezbytné uvést definici porodní asistentky, která byla přijata Mezinárodní konfederací porodních asistentek v roce 2005 a jejím obsahem je následující: *„Porodní asistentka je osoba, která úspěšně ukončila oficiální vzdělávací program pro porodní asistentky uznávaný v dané zemi, a dosáhla tak požadované kvalifikace pro získání registrace – úředního povolení k výkonu povolání porodní asistentky. Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník, který pracuje jako partner ženy, poskytuje jí potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci. Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě. Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik, nebo zdravotnických středisek.“* (31)

K této definici nutno dodat, že v České republice jsou od 1.4.2012 v souvislosti s nabytím účinnosti zákona o zdravotních službách a jeho prováděcí vyhlášky omezeny kompetence porodních asistentek neboli jejich pravomoc, ve smyslu poskytování péče porodní asistentkou v domácím prostředí. Při poskytování péče během domácího hrozí porodní asistentce vysoké sankce. (32)

Porodní asistentka v České republice poskytuje péči ženám, novorozencům a dětem v kojeneckém věku po získání požadované kvalifikace a registrace nutné pro výkon povolání porodní asistentky. Péče porodní asistentky o ženy je rozsáhlá. Pečuje o ženy

těhotné, rodící, sama porod vede v případě porodu fyziologického, pečuje o ženu po porodu, v šestinedělí, ale také se může věnovat ženám netěhotným a péči o jejich zdraví, sexualitu, reprodukci a přípravu k rodičovství a péči o dítě. (1, str. 7)

V České republice existují čtyři specializované obory týkající se poskytování péče porodní asistentkou. Jedná se o intenzivní péči v porodní asistenci – což je náhrada za dřívější dva obory, ve kterých se porodní asistentky specializovaly na péči o ženy či o novorozence o kojence. Dále se jedná o perioperační péči v gynekologii a porodnictví, komunitní péči v porodní asistenci a čtvrtým oborem je organizace a řízení ve zdravotnictví. (2, str. 217-278)

1.1 Role porodní asistentky v průběhu těhotenství

Jaká je tedy role porodní asistentky neboli souhrn určitých očekávání vyplývajících z jejího povolání? Role porodní asistentky také úzce souvisí s takzvaným rolovým chováním, což jsou ty stránky pracovního výkonu, které jsou očekávány a odměňovány, což mohou být například ty ošetřovatelské intervence, které se v průběhu gravidity provádí nebo které je nutno v závislosti na situaci provést. (25, str. 624)

Porodní asistentka může poskytovat péči ženám během těhotenství ve zdravotnickém zařízení, v nemocnicích, klinikách, zdravotnických střediscích, ambulantních zařízeních či v domácím prostředí. Porodní asistentka se často s těhotnými ženami setkává a pečuje o ně v rámci provozování své vlastní praxe, v centrech pro budoucí matky, na kurzech předporodních příprav, v porodnicích, na odděleních péče o těhotné a v gynekologicko-porodnických ordinacích.

V České republice má těhotnou ženu ve většině případů v ambulantní péči lékař gynekolog-porodník. Porodní asistentka může ženu těhotenstvím provázet, být jí psychologem, odborníkem, konzultantem a velkou oporou i přítelem. Je tedy průvodkyní, která se se ženou může setkat již na úplném začátku, kdy přijímá ženu do své soukromé praxe, která je fyziologicky těhotná a kdy v souladu se svými kompetencemi potvrdí či diagnostikuje těhotenství. Informuje ženu, pečuje o ženu a její blízké v průběhu celého těhotenství, podporuje její sebedůvěru, zkoumá možná rizika a připravuje ženu k porodu. Pečlivě provádí, doporučuje a popřípadě odesílá ženy na vyšetření nutná v těhotenství.

Samozřejmě velice pečlivě sleduje plod v děloze, jeho stav a možná rizika. V případě, kdy porodní asistentka zjistí určitý nesoulad či riziko, které se již netýká fyziologického těhotenství, předává ženu do péče gynekologa-porodníka. (3)

1.2 Role porodní asistentky v průběhu porodu

Porod je náročná životní situace v životě každé ženy. Porodní asistentka se stává součástí celého jeho průběhu v případě fyziologického porodu sama porod vede. Definice fyziologického porodu je následující: „*Fyziologický porod je spontánně vyvolaný porod s nízkým rizikem na počátku I. doby porodní. Dítě se narodí spontánně hlavičkou v období mezi ukončeným 37. a 42. týdnem gravidity. Po porodu je matka i dítě v dobrém stavu.*” (5, str. 7)

Je nutné, aby porodní asistentka ke každé ženě přistupovala individuálně, protože každá žena se s náročnou životní situací vyrovnává jinak. Porodní asistentka se chová produktivně, neboli tak, aby přispívala psychologickými prostředky ke zdárnému průběhu porodu. Vždy je nutný empatický přístup ke každé ženě, respekt a určitá míra tolerance k přáním a projevům rodičky. Porodní asistentka poskytuje během porodu ženě oporu a přispívá nejen k realizaci jejích přání, ale také koriguje její představy a přání úměrně situaci. Při porodu je vhodné, aby porodní asistentka udržovala intimitu, bezpečí ženy a pečovala o její pohodlí. Vždy je výhodnější individuální péče jedné porodní asistentky. Porodní asistentka porodem provází, nepřikazuje ani neřídí. Porodní asistentka volí psychologický přístup k rodící ženě citlivě. Příjemná spolupráce je se ženami aktivními, se ženami které si věří a věří svému tělu. Pasivnější ženy je nutno podpořit, posílit jejich sebedůvěru tak, aby sama žena byla spokojená s tím, jak porod zvládla. Podpora rodičky má pozitivní efekt jak na délku porodu, tak na menší potřebu medikace, nižší výskyt porodnických komplikací, lepší interakci s novorozencem i kojení. (4, str. 58-62)

1.3 Role porodní asistentky v I. době porodní fyziologického porodu

První doba porodní začíná nástupem pravidelných děložních kontrakcí (á 5 minut), které mají efekt na otevírání porodních cest a končí zánikem branky. Proto se jí také říká doba „otevírací“. Trvání první doby porodní se liší dle parity ženy. U primipary je trvání

první doby porodní něco mezi 8-11 hodinami a u multipary mezi 5-8 hodinami. První dobu porodní lze rozdělit na latentní fázi, fázi aktivní a přechodnou, které popisují dále. (5, str. 7-8)

Okamžik, kdy žena začíná rodit, může být příčinou rozrušení rodičky. Emoční krize při porodu, tedy okamžiky, které žena v průběhu porodu prožívá intenzivněji, jsou čtyři. V těchto okamžicích je důležité, aby byla porodní asistentka ženě oporou. Počátek porodu je tedy tzv. první emoční krizí při porodu. (4, str. 61)

V této fázi porodu také obvykle přichází rodička na porodní sál. Porodní asistentka se ženě představí, taktéž jejímu doprovodu a v klidném a příjemném prostředí provádí příjem rodičky k porodu, na kterém se obvykle podílí i lékař. Od rodičky je nutno získat mnoho informací. Obvykle se porodní asistentka ptá na důvod příchodu do porodnice, kontroluje termín porodu a další důležité informace z průkazky pro těhotné. Od ženy přebírá zdravotnickou dokumentaci a ihned kontroluje i vitalitu plodu. Důležité je také správné vedení dokumentace. Po přijetí rodičky obvykle následuje příprava ženy na porod, (např. očistné klyzma, holení zevního genitálu) která se řídí porodnickým nálezem při příjmu ženy a dále dle situace a ordinace lékaře v souladu s přáními ženy. Tato příprava je také ovlivněna zvyklostmi daného oddělení. (5, str. 12-14)

Od této chvíle nastává intenzivní péče porodní asistentky o rodičku i plod v průběhu porodu. Žena na porodním sále získává novou životní zkušenost a péče porodní asistentky by měla směřovat tak, aby si ženy uvědomily, že porodnictví není jen záležitostí výkonovou a přístrojovou, ale i citovou, intimní a hluboce lidskou. Ideální je trvalá účast porodní asistentky u rodičky v I. době porodní i u fyziologického porodu. U rizikového či patologického je téměř nezbytné zajištění trvalé přítomnosti. Během I. doby porodní fyziologického porodu je nezbytné plnit i ošetrovatelské intervence, které zahrnují zejména měření fyziologických funkcí rodičky každé 2-3 hod., monitoraci ozev plodu po 15min., natáčení CTG záznamu každé 2-3hod., vaginální vyšetření nejčastěji každé 2-3hod. v závislosti na postupu porodu a změnách, sledování kvality děložních kontrakcí a celkového stavu ženy, vyprazdňování močového měchýře nejlépe každé 3 hodiny. Důležitá je i identifikace vzniklých rizik v průběhu porodu a pohotové jednání. Samozřejmě je plnění ordinací lékaře, ale i aktivní přístup porodní asistentky k vedení porodu, k práci se ženou a vhodné napomáhání porodnímu mechanismu. (26, str. 47-49)

1.3.1 Role porodní asistentky v pasivní fázi I. doby porodní fyziologického porodu

Pasivní nebo také latentní fáze porodu je období, kdy není příliš vhodné do průběhu porodu jakkoli zasahovat. V této fázi bývá žena ještě v domácím prostředí a je schopna ještě odpočívat a odpoutat se od kontrakcí. Je to právě ten čas, kdy dochází k první emoční krizi při porodu, o které se ještě zmíním. Pokud je žena již v porodnici, necháme ji v klidu, nabádáme jí k odpočinku a relaxaci. Důležité je ženu zbytečně nevyčerpat vybízením k aktivitě. Vhodné je aby porodní asistentka vytvořila intimní a příjemné prostředí, možné je nabídnout i poslech relaxační hudby, aromaoleje, apod. (4, str. 61)

Samozřejmě je, že pokud o ženu v pasivní fázi porodu pečujeme v porodnici, pečlivě plníme všechny již zmiňované intervence, které je nezbytné v průběhu porodu vykonávat. Její trvání je v závislosti na paritě ženy. U primipar se jedná o časový úsek v průměru 8 hod. a 30 min. U multipar je trvání kratší, přibližně 5 hod. Z hlediska bezpečnosti pro matku a plod je doba 10 hodin přijatelná. (6, str. 8)

1.3.2 Role porodní asistentky v aktivní fázi I. doby porodní fyziologického porodu

Kontrakce děložní sílí a nelze odvrátit ženinu pozornost od bolesti. V této fázi již žena není schopna odpočinku, proto je tak důležitý odpočinek v latentní fázi I. doby porodní. Porodní asistentka opět plní nezbytné intervence, ale ženě se už také aktivně věnuje. Rodička může pociťovat smíšené pocity, ztrácí odhodlání a nevěří si. Je nutné, aby porodní asistentka ženu povzbuzovala, podpořila její sebedůvěru, pomáhala jí ke zvládnutí kontrakcí, psychologicky na ženu působila a i v této době rodičku vhodně provázela. Na prvním místě porodní asistentka doporučuje přirozené metody vedení porodu a využívá psychologické metody tlumení bolesti. Lze užít i další nefarmakologické možnosti ovlivnění bolesti. V případě, že porodní asistentka zaznamená, že žena situaci nezvládá, či není schopna s bolestí pracovat, tak lze po domluvě s lékařem přistoupit k medicínským metodám tlumení bolesti. I nadále je nutné, aby porodní asistentka ženu chválila a dostatečně ocenila, aby žena neprožívala pocity selhání a viny. Ke konci I. doby porodní se objevují pocity vyčerpanosti, únavy, zoufalství z nekonečného porodu. Na přechodu z I. do II. doby porodní dochází ke druhé emoční krizi při porodu. (4, str. 61-68)

Aktivní fáze I. doby porodní anatomicky nastává od okamžiku dosažení vaginálního nálezu branky 3 cm. Tato fáze vede k urychlení otevírání porodních cest. Lze ji rozdělit na 3 období. Prvním obdobím je fáze akcelerační, kdy se zvyšuje počet kontrakcí. Druhým obdobím je fáze maximální rychlosti či nárůstu, po kterém nastává období decelerace, které spadá do období před zánikem branky. Trvání je opět odlišné. U primipar je obvyklá délka aktivní fáze I. doby porodní 3hod. a 30min., a u multipar 2 hod. Varovným limitem je u primipar délka 5 hod. a u multipar délka 4hod. (6, str. 132)

Velmi krátkou fází je fáze přechodná, která navazuje na fázi aktivní. Je velmi intenzivní. Dochází zde k dilataci branky na 8-10cm, kontrakce jsou velmi silné a dlouhé, s frekvencí 2-3min. a kratším mezikontrakčním intervalem. Rodička může ztratit sebekontrolu, může se projevit podrážděnost a nespokojenost spjatá s prožívanou emoční krizí. Úkolem porodní asistentky je maximální podpora rodičky, vysvětlení situace a poskytnutí opory a pomoci ke zvládnutí následující fyzicky náročné fáze porodu, která se blíží. (5, str. 8)

1.4 Role porodní asistentky ve II. době porodní fyziologického porodu

II. doba porodní, nebo také doba vypuzovací, začíná zánikem branky a končí vypuzením plodu z rodidel. Délka II. doby porodní by neměla přesáhnout 60min. II. doba porodní má 3 fáze. První fází je sestup hlavičky na hráz, druhou fází je rozepínání hráze a třetí fází je prostup hlavičky přes hráz neboli prořezávání. V této fázi porodní asistentka neopouští porodní box, věnuje se ženě, pečlivě jí nabádá k prodýchávání kontrakcí, kontroluje ozvy plodu po každé kontrakci a sleduje progresi hlavičky plodu. (6) str. 135

Pasivní fáze II. doby porodní je obdobím, kdy s rodičkou ještě netlačíme. Nejsou tedy splněné podmínky k tlačení. Žena obvykle hledá intuitivně polohu, kterou pomáhá prostupu plodu porodním kanálem. Porodní asistentka rodičku vhodně nabádá k zaujímání vhodných poloh jako je např. vertikalizace či poloha na boku dle postavení plodu, radí jak správně dýchat a také relaxovat v době mezi kontrakcemi. Porodní asistentka ženu stále provází vlastním porodem, podporuje sebedůvěru ženy, která je v této fázi často vyčerpaná. (33)

Aktivní fáze II. doby porodní přináší ženě vlnu energie. Konečně jsou splněné podmínky k tlačení a žena může svojí aktivitou přispět k porodu plodu. Podmínky k začátku tlačení jsou 3. První podmínkou je rozvinutá branka. Druhou podmínkou

je odteklá voda plodová a třetí podmínkou je hlavička dorotovaná na dně pánevním. Obvykle ženu naplní nová dávka energie, často dochází ke změně výrazu ve tváři a žena může začít tlačit. Porodní asistentka ženě radí jak dýchat, efektivně tlačit a koriguje porod hlavičky tak, aby nedošlo ke zbytečnému poranění hráze. Porodní asistentka ženu nabádá k zadržení dechu a maximálnímu využití břišního lisu. (33)

Porodní asistentka je v tomto období ve velice úzkém kontaktu se ženou. Sama žena může být velice zmatená z nových pocitů. Objevuje se nová bolest, pocity pálení v pochvě, a to může v ženě vyvolat pocity nejistoty a ztrátu odvahy. Podpora intimity, péče o prostředí, ženu, plod i její doprovod je nezbytná i v závěru porodu. Objevuje se zde čtvrtá a poslední krize při porodu spjatá s vypuzováním hlavičky plodu. (4, str. 61)

Porodní asistentka dodržuje pravidla vedení fyziologického porodu vždy ve prospěch rodičky i plodu a vede porod „lege artis“. Využívá svoje znalosti i praktické zkušenosti tak, aby byla II. doba porodní i celý porod dobře veden a předvídá eventuelní komplikace, které ihned hlásí lékaři. (26, str. 50)

1.5 Role porodní asistentky ve III. době porodní fyziologického porodu

III. doba porodní je období, které začíná okamžikem porodu plodu a končí vypuzením placenty z rodidel. Během III. doby porodní tedy dochází k odloučení lůžka a jeho vypuzení z porodních cest, proto se také můžeme setkat s názvem „doba k lůžku“. Mezitím co druhá porodní asistentka provádí první ošetření novorozence a posléze podporuje kontakt matky s novorozencem, porodní asistentka, která porod vedla, opět splňuje roli odborníka a profesionála, kdy vyčkává na odloučení placenty, ke kterému by mělo dojít do 30 min. od porodu plodu. Samozřejmě plní i další nutné intervence jako je např. aktivní vedení III. doby porodní, tedy aplikace 2j. Oxytocinu či Methylergometrinu i.v. po porodu předního raménka plodu, odběr krve z pupečnicku, měření porodního krvácení, sledování celkového stavu matky a zajišťuje porod lůžka. (6, str. 153)

Porodní asistentka ani při porodu lůžka nezastává jen roli profesionála, který vede porod, ale stává se i součástí rodinného štěstí. Právě teď, ve III. době porodní je porodní asistentka součástí nového emocionálního prožitku štěstí. Nastává období těsně po narození dítěte, výjimečná chvíle nazývaná také „svatá hodinka“. Toto období je směsí emocí a reakcí nejen rodiny, ale všech zúčastněných. Porodní asistentka prožívá radost

s rodiči, ale měla by mít na paměti, že se jedná zejména o oslavu rodiny, a proto má nová rodina právo být v tento slavný okamžik nerušena. Role porodní asistentky je v této chvíli nelehká, ale krásná. Na jedné straně je porodní asistentka v roli šťastného člověka plného emocionálních prožitků, ale na straně druhé musí zastávat roli vnímavého pozorovatele, který nesmí přehlédnout příznaky signalizující komplikace. (1, str. 178 - 179)

Nutné je i bedlivě sledovat celou poporodní situaci jako jeden celek. Volba přístupu k matce a dítěti po porodu může být dvojitá. První přístup je vysvětlen tak, že je dobré nechat matku, aby si dítě po porodu přivinula až v okamžiku, kdy na to bude sama připravena. Odůvodněno je to tím, že matka dítě lépe přijme a lépe se tak spouští hormonální děje v těle matky. Druhý přístup, maximálně v dnešní době využívaný zastává něžnou intervenci porodní asistentky. Tedy povoluje porodní asistentce dítě podat matce a osušit ho. (1, str. 179)

1.6 Role porodní asistentky ve IV. době porodní fyziologického porodu

IV. doba porodní není doba porodní v pravém slova smyslu, protože již nedochází k porodnímu ději jako takovému. Jsou to 2hod. po porodu plodu, které žena stráví na porodním sále. Porodní asistentka opět plní roli profesionála, zdravotníka, tedy kontroluje a ošetřuje porodní poranění, omyje a uloží ženu do polohy na zádech, kontroluje pravidelně poporodní krvácení, vyprazdňování močového měchýře, výšku fundu děložního, krevní tlak, puls a tělesnou teplotu ženy. (6, str. 154)

Tak jako porod samotný, i chvíle bezprostředně po něm patří k velmi emotivním zážitkům. Důležité je, aby zdravotnický personál v těchto dvou hodinách do tak významných chvil příliš nezasahoval. Po přirozeném průběhu porodu dochází k vyplavování „hormonů lásky“, které přispívají ke vzniku vazby mezi matkou a dítětem. (34, str. 239)

Dostatek intimity pro oba rodiče v tomto poporodním čase je nezbytný. Po uplynutí dvou hodin, které žena stráví na porodním sále pod dohledem porodní asistentky je přeložena na oddělení šestinedělí. Porodní asistentka předává řádně vedenou dokumentaci, ale i ústní informace o celkovém stavu ženy či významné důležité události porodní asistentce pracující na oddělení šestinedělí. Novorozenec je hospitalizován na neonatologickém oddělení a přeložen dle zvyklostí pracoviště. (26, str. 51-52)

2 TĚHOTENSTVÍ

„Těhotenství začíná splynutím mužské a ženské pohlavní buňky a je ukončeno porodem plodu.“ (28, str. 86)

V matčině těle dochází k vývoji plodu. Fyziologické těhotenství je takové těhotenství, do kterého žena vstupuje zdravá, bez jakýchkoli rizik, která by mohla negativně ovlivnit průběh těhotenství, porodu či vývoj plodu a veškerá laboratorní vyšetření a klinické testy jsou fyziologické. (28, str. 86)

Těhotenství patří mezi krizová období v životě ženy. Psychika ženy je v tomto období velice zatížená a každý trimestr je něčím specifický. Délku donošeného těhotenství lze vymezit na 280dní nebo 40 týdnů, tedy 10 lunárních měsíců či 9 kalendářních měsíců. (37)

2.1 Reakce na zjištění těhotenství

Reakce žen na diagnostikovanou graviditu úzce souvisí s motivací k početí a vtahem k nenarozenému dítěti. Dle psychologie můžeme rozlišit 4 základní kvality postojů k nenarozenému dítěti. Záleží na tom, zda je dítě plánované či neplánované a chtěné nebo nechtěné. Nutno podotknout, že plánované těhotenství a chtěné dítě nemusí mít nutně příznivější podmínky pro život, než například dítě neplánované, ale přesto chtěné. Vždy je vhodné brát v úvahu motivaci ženy k těhotenství, protože například žena, která těhotenství plánuje, může chtít dítě jen proto, aby mohla s partnerem manipulovat. U takovýchto žen se může vyskytovat ambivalentní vztah k dítěti. Proto ženy, které otěhotní sice neplánovaně, ale dokáží se vyřešit své problémy a přizpůsobit se situaci mohou být lepšími matkami než ženy, které těhotenství plánovaly jen za účelem určitého ovlivňování a manipulace. Samozřejmě, že velice nepříznivou situací je těhotenství neplánované a dítě nechtěné. (12, str. 120-122)

Ruku v ruce s potvrzením gravidity přichází těhotenská krize. Tedy určitá vnitřní nerovnováha, která je způsobená událostí, která si vyžaduje zásadní řešení. Mezi symptomy těhotenské krize patří prožívání situace jako možné ztráty, ohrožení či šance. Dále se může projevit i zažívání negativních pocitů, jako je strach, bezmoc, nejistota,

obava ze ztráty kontroly situace, pocity nejistoty z budoucnosti, narušení způsobu života a dlouhodobější emocionální vypětí v rozsahu týdnů až měsíců. Prožívání těhotenské krize závisí na osobnosti ženy. To zda a jak bude krize probíhat a jak jí bude žena prožívat je individuální. Objevují se zde i reakce na krizi specifikované Elisabeth-Kübler-Rossovou tedy šok-popření-hněv a agrese-deprese-akceptace. I takto může žena reagovat na diagnostikovanou graviditu. Reakcí na krizi obecně je mnoho. Žena může reagovat například útekem, jehož výsledkem může být ukončení gravidity či izolací, kdy těhotná zůstává s problémem sama a izoluje se od svých blízkých a známých. (36) Naopak pocity štěstí a radosti myslím není nutné popisovat.

2.2 Psychické změny v těhotenství

Těhotenství přináší změny nejen somatické, tedy tělesné, jako je růst těhotenského břicha, zvětšování prsů, přibývání na váze, apod., ale i změny psychické. Mezi kladné pocity, které doprovází psychiku ženy v průběhu těhotenství, patří např. radost a hrdost na těhotenství, pocity štěstí při vnímání prvních pohybů děťátka, těšení se na narození dítěte a mnoho dalších. Obavy z prospívání těhotenství, o vývoj dítěte, strach z porodu, z bolesti, ze zvládnutí porodního děje, to je jen malý příklad záporných pocitů, které žena v těhotenství prožívá. Reakce na tyto pocity jsou různé. Od euforie až po deprese, podrážděnost či panika, pocity beznaděje a pláč. Často se dostavuje i lítost a pocity studu za toto chování. (13)

V souvislosti s touto podkapitolou musím zmínit termín benigní těhotenská encefalopatie. Jedná se o poruchu kognitivních funkcí těhotných žen, která se vyskytuje až v 50%, ale po porodu většinou spontánně vymizí. Projevuje se u těhotných žen poruchami paměti, učení, čtení, vnímání, koncentrace, dezorientací, nespavostí, a únavou. (4, str. 26)

2.2.1 Psychické změny V I. trimestru těhotenství

I. trimestr těhotenství je období velmi citlivé. Lze ho vymezit okamžikem oplození až do 12. týdne těhotenství. V období prvního trimestru je psychika ženy velice citlivá. Je to období, kdy si žena na těhotenství teprve zvyká a její mysl je plná nejistoty, ambivalentních pocitů či obav o osud těhotenství. Důležité je být ženě oporou a podporovat jí. V dnešní době žena vidí těhotenství na ultrazvuku již od jeho počátku,

navazuje první kontakt se svým „dítětem“ na obrazovce, i když je těhotenství velice ohrožené. Pokud žena o dítě přijde, je to pro ní nepředstavitelná ztráta. Porodní asistentka by měla ženu trpělivě vyslechnout, podpořit ji a pomoci jí k pochopení jejího stavu. (1, str. 76)

V tomto období je také žena zaměřena více na sebe. Sleduje svoje tělo a snaží si připomenout fakt, že je těhotná, i když prozatím nejsou vidět žádné zjevné známky. Často se uzavírá do sebe, bojuje se svojí náladovostí a rozladěností. (14, str. 94)

2.2.2 Psychické změny ve II. trimestru těhotenství

Období II. trimestru je vymezeno počátkem 13.týdne těhotenství a končí ve 24. týdnu. II. trimestr se stává obdobím stabilním. Klid a harmonie jsou typické znaky tohoto období. Pocity neklidu a rozladěnosti z I. trimestru vymizely a do popředí se dostává hrdost na své těhotenství. Ženy si rády o svém těhotenství povídají a rozebírají ho. Začínají převládat představy o dítěti, o tom jak asi bude vypadat, jakého je pohlaví apod. Přidává se i potřeba poznání dětského světa či zájem o své vlastní dětství. Negativním pocitem může být pocit nepřitažlivosti. Tělo se s rostoucím těhotenstvím mění a ne každá žena vnímá tyto změny pozitivně. (11)

Důležitý je II. trimestr také proto, že žena začíná vnímat první pohyby plodu. Žena s plodem začíná komunikovat, zajímá se o jeho růst, pečuje o těhotenství, hrdě se hlásí ke komunitě matek a poprvé začíná vnímat plod jako samostatnou bytost. Narůstá také zájem o prenatální kurzy, o literaturu pro těhotné, o vhodnou aktivitu v těhotenství. II. trimestr přináší především pozitivní zážitky, ale ženy, které mají negativní zkušenost z předchozího těhotenství, či ženy úzkostné nebo ženy trpící zdravotními problémy mohou mít větší obavy z průběhu těhotenství, z předčasného porodu či z výsledků genetických vyšetření. Na porodní asistenci je, aby ženu správně vedla a pracovala s jejími pocity. Naladit se se ženou na stejnou vlnu, být jí oporou a profesionálem, který usměrní a uvede získané informace na pravou míru je též velice důležité. Nesmíme zapomenout ani na zvýšenou sugestibilitu těhotných žen, proto je vhodné podávat ženám informace jednotné a tím také podporovat její jistotu. (4, str. 26)

2.2.3 Psychické změny ve III. trimestru těhotenství

Následuje období III. trimestru od 25. týdne těhotenství do 36. týdne s návazností na období předporodní, kdy dochází k přípravě plodu a matčina těla k začátku porodu. Na přechodu z II. do III. trimestru je určitá pomyslná hranice obav z předčasného porodu a přechod do období, kdy si žena přeje porodit co nejdříve. Tak jako v I. trimestru, tak i zde se opět objevují pocity nejistoty, obav, ambivalence. Žena se na dítě velice těší, ale zároveň má strach z porodu. III. trimestr je typický pro „stavění hnízda“ . Příprava domácnosti a celé rodiny na příchod nového člena ovlivňuje psychiku celé rodiny. Opět je velice důležitá intervence porodní asistentky, aby ženu připravila na porod a existenci nového jedince mimo její organismus. (14, str. 94-95)

V průběhu 4 týdnů před porodem, které jsou také nazývány předporodním obdobím, se žena připravuje na porod. Příprava věcí do porodnice, nevyspání a časté přemýšlení o porodu je pro psychiku náročné. Vhodné je se nějak rozptýlit. Nervozita těhotných žen narůstá s blížícím se termínem porodu. Porodní asistentka by měla být těhotné k dispozici, uklidnit ji, vyslechnout a vhodnými metodami zmírnit její neklid. (15, str. 113-116)

2.3 Prenatální komunikace

Prenatální komunikací rozumíme navázání kontaktu s ještě nenarozeným dítětem. I toto téma úzce souvisí s prožíváním těhotenství a vlastnímu postoji k němu. Myslím, že to, kdy a jak navážeme kontakt se svým dítětem, jistě ovlivňují naše zkušenosti a jistě i vědomosti a prenatálním období. Na počátku těhotenství se dostává do popředí komunikace na úrovni převážně citové. To jak je těhotná žena emočně naladěna, jak smýšlí o svém těhotenství a veškeré psychické prožitky se na dítě přenášejí. Další čistě tělesná komunikační úroveň se stanovuje přibližně na pátý měsíc těhotenství. Je to období, kdy těhotná žena ucítí první pohyby svého děťátka. Nazýváme toto období tak tzv. prvním bondingem. Vícerodičky často cítí pohyby svého děťátka již kolem 18. týdne těhotenství na rozdíl od žen těhotných poprvé, které cítí pohyby plodu až kolem 20. týdne těhotenství. Lze to vysvětlit i tím, že ještě neumí identifikovat pohyby svého děťátka. S vnímáním prvních pohybů plodu souvisí i uložení placenty, kdy placenta na přední stěně pohyby plodu utlumuje na rozdíl od placenty uložené na stěně zadní. Velkou roli hraje i to jak žena umí vnímat svoje tělo a zda se na tyto pocity soustředuje. Důležité je, že prenatální

komunikace zahrnuje mnoho způsobů navázání kontaktu s děťátkem, a to nejen komunikace pomocí slov, povídání si, zpívání, ale i gesta, doteky či úsměv a pozitivní naladění. (10, str. 9-11)

To, jak matka s dítětem komunikuje, její tón hlasu a jeho citový přízvuk ovlivňují reakce plodu, i když nerozumí vyřčenému obsahu. Měkká a uklidňující řeč způsobuje to, že se dítě cítí chtěné a milované. Pro příklad bych ráda uvedla i určité zanedbávání prenatální komunikace, neboli celkového zanedbávání plodu v období těhotenství ze strany psychicky nemocných a schizofreniček. Dle studií bylo dokázáno, že ticho či chaotické podněty, které byly poskytovány plodům ze strany těchto žen, poznamenávají dítě i na další životní dráze zejména častějším výskytem tělesných i citových obtíží nežli dítě narozené matce psychicky zdravé. (16, str. 127-129)

I když je prozatím prenatální svět ještě vědecky neprobádanou oblastí, již první poznatky potvrzují, že je komunikace s nenarozeným dítětem velmi důležitá. K tzv. prenatálnímu učení dochází již v průběhu těhotenství. U dítěte se vyvíjí 4 základní smysly, tedy sluch, hmat, chuť a čich již prenatálně. Důkazem o tom, že k učení dochází již v prenatálním období, je například rozeznání hudby, která byla plodu pouštěná již v těhotenství nebo preference matčina hlasu před hlasy ostatních blízkých. Důkazy o kladném vlivu prenatální komunikace na plod prozatím neexistují, ale její výhody jsou jasné. Podpora vztahů, vytvoření důvěry, zvýšení citlivosti na potřeby dítěte jsou jedny z mála výhod prenatální komunikace. Prenatální komunikace je záležitostí rodinou. Zpočátku opravdu probíhá komunikace pouze mezi matkou a plodem, ale v okamžiku kdy se u plodu začínají vyvíjet smyslové orgány jako například sluch ve 20. týdnu těhotenství, tak může s komunikací začít každá blízká osoba, nejčastěji je to otec. Prenatální komunikace je možností k vytvoření silného pouta mezi rodiči a dítětem. *„Není důležité, čeho můžou rodiče svou láskou k dítěti docílit, nýbrž důležitá je ona cesta.“* (10, str. 12-16)

2.4 Prožívání rizikového a patologického těhotenství

Psychika ženy je velmi zatížená již v průběhu těhotenství fyziologického. V tématu, ve kterém jsem se zmiňovala o prožívání fyziologického těhotenství, jsem se dotkla faktorů, které souvisí s prožíváním a schopností vyrovnání se s těhotenstvím. V souvislosti s prožíváním rizikového a patologického těhotenství se jedná zejména o faktor somatického stavu těhotné ženy, který dále ovlivňuje její psychiku. (12, str. 118)

Do rizikového těhotenství žena vstupuje s určitým rizikovým faktorem, který by mohl negativně ovlivnit průběh těhotenství, porodu či vývoj plodu, ale výsledky všech laboratorních i klinických vyšetření jsou v pořádku. Tyto faktory se vyskytují přibližně u třetiny až čtvrtiny těhotných žen. Důležité je tyto rizikové faktory stanovit již na počátku těhotenství a provést určitá preventivní opatření tak, aby nedošlo ke vzniku závažné těhotenské patologie. Pojem patologické těhotenství lze vysvětlit tak, že žena do těhotenství vstupuje s určitým patologickým stavem nebo k jeho rozvinutí dojde v průběhu těhotenství a klinická i laboratorní vyšetření vykazují určitou patologii. Zařazujeme sem například thyreopatie, VVV dělohy, nefropatie, chronickou hypertenzi nebo patologie vzniklé v těhotenství jako je preeklampsie, VVV plodu, infekční onemocnění matky, apod. (17, str. 25-26)

Komplikace, které se v těhotenství vyskytnou, ať už jsou přítomny před těhotenstvím a nyní mohou graviditu komplikovat či ho komplikují nebo vznikly až v jeho průběhu, mohou mít různé příčiny. Mohou být zapříčiněny zdravotním stavem těhotné ženy, zraněním nebo souvisí se samotným těhotenstvím, či vyplývají z okolního prostředí, které působí jak na těhotnou ženu, tak na plod. Těhotenství, které je provázeno komplikacemi neovlivňuje jen samotnou těhotnou, která je zatížena dalšími stresory, které by se během normálního průběhu těhotenství nevyskytly, ale působí a na její rodinu. První oblastí, která je důsledkem působení komplikací v těhotenství, je narušení rolí. Jedná se o záležitost dočasnou, ale i tak je ovlivněný celý chod rodiny. Žena, která je v rámci léčebného režimu upoutána na lůžku doma či v nemocničním prostředí, týdny až měsíce nemůže vykonávat své obvyklé role. Tyto role musí v rodině nahradit někdo jiný. Porodní asistentka může pomoci vypořádat se rodině se situací, která nastala a navrhnout možnosti jak nahradit roli těhotné ženy a zachovat chod domácnosti. Další velmi důležitou oblastí je vztah k nenarozenému dítěti. V průběhu fyziologického těhotenství dochází k postupnému navázání kontaktu s plodem, vytváření si citového vztahu a navázání prenatální komunikace. Žena, která prožívá rizikové či patologické těhotenství, se často brání navázání kontaktu s plodem, odkládá ho, snaží se citově k plodu nevázat, neplánuje a nepřipravuje se na příchod dítěte. Důvodem je velký strach a obavy o soud těhotenství, strach z bolesti ze ztráty dítěte. Finanční situace je další oblastí, která může být narušena. Těhotná žena nemůže docházet do zaměstnání, a tak rodina přichází o zdroj příjmu na delší dobu. Do rodinných nákladů přibývají náklady na lékařskou péči. I když je tato situace často náročná, může pomoci síť sociální pomoci. Neméně důležitou a poslední uvedenou

oblastí je ztráta očekávané zkušenosti. Při zakládání rodiny většinu partnerů provází různé představy o těhotenství a porodu. V souvislosti s komplikacemi v těhotenství jsou o tyto důležité chvíle často připraveni. Úkolem porodní asistentky je pomoci rodičovskému páru prožít těhotenství a porod dle jejich společných představ jak jen to bude možné a s ohledem na aktuální situaci. (18, str. 7-9)

3 FYZIOLOGICKÝ POROD

Porod je fyziologický proces, během kterého je plod vypuzen z matčiny dělohy. Efektivní děložní kontrakce napomáhají k postupnému zkrácení a dilataci hrdla děložního, k progresi plodu porodními cestami a jeho vypuzení z rodidel. (35, str. 322)

Aby mohl být porod fyziologický, musí být splněné následující podmínky. Porod musí být mezi ukončeným 37. a 42. týdnem fyziologického těhotenství, spontánně vyvolaný, riziko na počátku I. doby porodní je nízké, plod je v poloze podélné hlavičkou, matka je zdravá a narodí se fyziologický novorozenec. (5, str. 7)

3.1 Psychické prožívání porodu

Žena se na porod připravuje celé těhotenství. Neznamená to ale, že každá těhotná navštěvuje psychoprofylaxi v těhotenství či aktivně vyhledává informace o posilování vlastní psychiky. Samozřejmě faktem je, že porod a jeho prožívání může být ovlivněno mnoha faktory. Například míra a kvality poskytování informací o průběhu porodu, či přílišné zaměření se na fyzickou stránku porodu a vyzdvihování jeho bolestivosti nebo jen nesoulad vztahu porodní asistentky a lékaře při příjmu na porodní sál může rodičku velmi negativně ovlivnit a posílit pocity strachu. Naopak seznámení se s prostředím porodního sálu v kurzu předporodní přípravy, posilování sebedůvěry ženy a dostatek kvalitních informací může prožívání porodu ovlivnit pozitivně. Porodní asistentky by měly mít na mysli, že i při příchodu rodičky na porodní sál má velký význam první dojem. Soulad mezi zdravotníky, vhodná komunikace a vlídné přijetí by mělo být samozřejmostí. Porodní asistentka je nezbytnou součástí celého porodu a má tedy moc nejen ovlivňovat jeho průběh, ale i ovlivňovat to, jak žena porod prožívá. (7)

To, jak bude rodička porod prožívat, ovlivňuje i přístup jí samotné. Prvorodičky přijíždí do porodnice s pocitem určitého tajemna, neznáma a do naprosto cizí situace. Zažívají poprvé něco, o čem se dosud jen dočítaly, dozvídaly z vyprávění či si opakovaně průběh celého porodu představovaly. Víceroodičky jistě ovlivňuje průběh předchozího porodu. Pokud rodily spontánně a ne plánovaným císařským řezem, tak je vzpomínky na předchozí průběh porodu ovlivní, ať už přístupem negativním či pozitivním. Důležité ale je, uvědomit si samotnou realitu porodu. Vyhýbání se čtení hrozivých výpovědí ostatních maminek na internetových portálech, nenechat na sebe negativně působit děsivé zážitky kamarádek či maminek a postavit se nohama na zem. Vhodnější je, se k porodu postavit spíše realisticky, jako k fyziologicky probíhajícímu ději, přijmout fakt, že se nejedná o procházku růžovým sadem, ale že cílem této náročné cesty v životě ženy bude fantastické naplnění. (8, str. 33-34)

Nejen personál, prostředí, předchozí zkušenosti či sama žena a další faktory porod ovlivňují. V posledních letech je častou součástí porodního děje i ženin doprovod. Ať už se jedná o otce, kamarádku, maminku či například dudu, tak i oni ovlivňují psychiku ženy v průběhu porodu. Důležité je, aby doprovod byl na situaci skutečně připraven a ženě byl nápomocný. Pozitivně může ženu podpořit blízká osoba, která byla například součástí předporodních kurzů či ovládá různé relaxační techniky nebo je „jen“ k dispozici a pomůže, když je třeba (otře čelo, pomáhá při prodávání kontrakcí, apod.). Nepříliš nápomocné pro rodičku bývají osoby přecitlivělé, labilní, přílišní kontroloři a lidé upovídání. Takovýto doprovod velice často podpoří pocity bezmoci, nejistoty a ztráty kontroly. (7)

3.1.1 Chování a reakce rodičky během porodu

Jak žena porod prožívá, se odráží i v jejím chování. Dle reakcí žen na tuto náročnou životní situaci, lze rozdělit do 4 reakčních typů. V první skupině je typ neovladatelný či tetanický, což jsou rodičky, které lékařům příliš nedůvěřují. Prudce se zmítají a převalují, jsou neklidné a často se dopouštějí na sobě či okolí násilných manipulací. Do druhé skupiny patří typ s racionálním přístupem k porodu neboli typ tetanický, ukázněný, který trvá na pravdivých, jasných a správných informacích a možnou analgezií často odmítají. Třetí skupinou jsou typy žen, které jsou ovládané úzkostí a strachem neboli typy pathické, neukázněné. Jsou to ženy, které se hroučí, křičí a zoufale volají o pomoc. Poslední čtvrtou skupinou jsou ženy klidné, tiché a trpělivé, tedy typy pathické, ukázněné,

kteřé potřebují velmi pozornou a citlivou péči porodní asistentky. Chování žen během porodu lze rozdělit do 2 kategorií. První kategorie žen je zdravotníky více vítaná. Jsou to ženy, které se chovají adaptivně a kooperativně, tedy ženy které akceptují rození jako přirozenost, i když vědomě prožívají pocity úzkosti a hněvu, ale i spokojenost a štěstí. Druhá kategorie žen jsou rodičky s chováním patologickým. Jedná se například o úzkostné chování provázené křikem, nespoupráci či křečovitým tlačením v nevhodnou dobu. Patologické je i chování spojené se ztrátou aktivity a nespoupráce či perfekcionistické chování a bezmocnost. Porodní asistentka by měla včas identifikovat dané projevy ženy a snažit se na ženu psychologicky působit a umět k takto chovající se ženě vhodně přistupovala a pracovala s ní. (4, str. 60)

3.2 Bonding

Neboli porodní radost. Radost z toho, že pouze žena může přivést dítě na svět, radost z ženství, radost z mateřství. První kontakt s právě narozeným, a tak očekávaným dítětem. Cesta k porodní radosti však není jednoduchá. Právě naopak. K té nepřekonatelné radosti se často dostáváme skřze bolest. (9, str. 7-11)

Jedná se o velmi důležitou dobu bezprostředně po porodu. Tyto první hodiny po porodu jsou velice důležité pro vytváření vztahu mezi matkou a dítětem. Navázáním poporodního bondingu lze dítěti usnadnit dítěti start do života. Tak jako během prenatalní komunikace, i nyní se přenáší pocity z matky na dítě. Mateřskou lásku nelze naprogramovat, a proto bych ráda zmínila, že ne každá žena hned po porodu oplývá láskyplnými pocity. Důsledkem porodu nemusí být pocity štěstí, lásky a radosti, ale na ženu může dolehnout i únava, pocity vnitřní prázdnoty a lhostejnosti či myšlenky na psychický únik ze situace. V tomto okamžiku je opět důležitý přístup porodní asistentky, která bonding od počátku podporuje, nenásilným způsobem vyvolat kladné osoby. Mějme proto na paměti, že mateřská láska je emoci, která ke svému vývoji někdy potřebuje čas. Každou ženu doprovází poporodní bouře emoci, žádná z emoci ale není nesprávná. Pokud dojde k situaci, že bezprostřední kontakt matky s dítětem po porodu není možný, porodní asistentka by se měla snažit umožnit tento kontakt tatínkovi. Dalším důležitým úkolem porodní asistentky je, aby ženě, která právě porodila své dítě, ať už prožívá jakékoli pocity, dala najevo, že svojí roli během porodu zvládla, že je to ona, která přivedla své dítě na svět, ať už jakýmkoli způsobem. (10, str. 75-79)

4 STRES V PRÁCI PORODNÍ ASISTENTKY/SESTRY

Stres, určitý varovný signál, který nás chce upozornit a varovat naše tělo. Pokud na tento signál dlouhodobě nereagujeme, může to mít pro naše tělo vážnější důsledky. Se stresem ještě úzce souvisí 2 pojmy. Stresor, neboli určitá vnější stresující událost (například porod mrtvého plodu) a stresová reakce, neboli odezva organismu na stresor ať už psychická či fyzická (např. zvýšení napětí, obavy, zmatek). Stres je tedy „*tělesná a duševní reakce na stresor*“. (19, str. 11)

Důležité je si uvědomit, že v práci porodní asistentky/sestry se často setkáváme s těžkými chvílemi života. V málokterém povolání je tolik potřeba obětavost, svědomitost, spolehlivost, statečnost, ale také nezištnost a sebezapření. (12, str. 190)

Právě porodní asistentka, která je ve velmi úzkém kontaktu se ženou s gynekologickým problémem, těhotnou či rodící ženou nebo ženou a novorozencem na oddělení šestinedělí bývá často dočasně součástí i jejich životů a aktuálních situací, které ani v porodnictví nejsou vždy příznivé. Proto je její psychika velmi zatížená a záleží na tom, zda je schopna se s náročnými situacemi vyrovnat a do jaké míry bude událostmi zasažena a ovlivněna do dalšího profesního, ale i soukromého života. To, jak stres ovlivní náš život, záleží zcela jistě i na naší osobnosti. Jak jsme schopni se dané náročné situaci přizpůsobit, být pružné a odolné a poté se vzchopit a s úderem na naši psychiku se vyrovnat, vyjadřuje termín resilience. Jedná se tedy o míru naší elasticity, odolnosti a nezdolnosti. Lidé, kteří mají vyšší míru resilience, se vyznačují například osobní harmonií, jsou to lidé, kteří mají pro co žít nebo chápou životní problémy jako určité výzvy a úkoly, které se dají zvládnout. (20, str. 32-33)

4.1 Svízelné situace v práci zdravotníka

Situace, do kterých se porodní asistentka v souvislosti se svým zaměstnáním dostává, nejsou vždy pozitivní. I když je pravda, že povolání porodní asistentky je náročné, je nutné se tyto situace naučit překonávat. První situací, do které se porodní asistentka může dostat, je kladení nepřiměřených úkolů a požadavků. Je to například situace, kdy má porodní asistentka na porodním sále v péči rodičku, která vyžaduje její neustálou přítomnost, ale porodní asistentka nemá možnost se jí věnovat, protože musí řešit jinou, náhle vzniklou akutní situaci. Dále sem patří tzv. problémové situace, které mohou například nastat v situaci, kdy během I. doby porodní dojde k akutní bradykardii plodu

a porodní asistentka v době, než dorazí lékař, musí sama vědět, jaké postupy je nutné vykonat. Další jsou situace frustrační a deprivací, které se mohou vyskytnout v mnoha různých podobách. Například pokud porodní asistentka poučí ženu o nutnosti dodržování klidu na lůžku během hospitalizace, ale žena během návštěv toto nařízení poruší. Předposlední jsou situace konfliktové, které se mohou vyskytnout jak mezi personálem, tak mezi porodní asistentkou a pacientkou. Ovšem je vždy lepší, těmto situacím předcházet. Poslední velmi širokou skupinou jsou situace stresové. Tlak a zátěž, které se v práci porodní asistentky vyskytují, mohou ovlivnit jak její profesní život, tak i život soukromý. (23, str. 108-109)

4.2 Vliv stresových situací na psychiku porodní asistentky/sestry

Denně se porodní asistentka setkává se zátěžovými situacemi, se kterými je potřeba se vyrovnat. Ráda bych se nyní zaměřila na působení stresu na psychiku porodní asistentky. Proč je vlastně psychika porodní asistentky tak zatížena? Lze rozdělit příčiny do 2 skupin, a to na příčiny, které vyplývají z vlastní práce porodní asistentky a na příčiny, které souvisí s osobním životem porodní asistentky. Obecně mezi příčiny psychického vypětí patří neustálé vysoké nároky na psychické procesy a stavy. Je nutné nepřetržité vnímání a aktivace organismu, například sledování změn zdravotního stavu ženy po operačním výkonu, všimnout si ženinych projevů a chování či zaměřování pozornosti na různé činnosti, které porodní asistentka musí vždy vykonat bez chyby. Nutné je i zapojovat paměťové procesy a využívání různých druhů paměti, kdy je nutné vybavit si například sled určitých činností, které je nutné při daném výkonu provést, vybavit si jak zareagovat při akutních stavech v porodnictví, apod. Zatížené je i myšlení, které musí být vždy velmi přesné a logické, nutná je i neustálá komunikace s klientkou bez ohledu na její projevy, tím je myšlena například agrese, ignorace, nespolupráce. Porodní asistentka neustále prožívá velmi silné citové prožitky, které působí na její psychiku, na kterou jsou současně kladené vysoké nároky. Navíc jsou po nich požadovány a očekávány zejména jejich kladné vlastnosti. V neposlední řadě se psychiky porodní asistentky dotýká i obsah její práce, kdy musí vykonávat i výkony, které nejsou vždy příjemné. Pro příklad uvádím manipulaci s mrtvým plodem. V neposlední řadě je vhodné zmínit se o vysoké míře odpovědnosti za zdravotní stav klientky, na kterou je nutné si postupně zvykat. Příčiny psychického zatížení porodní asistentky vycházející z jejího osobního života jsou druhou

skupinou stresorů. Stává se, že se porodní asistentka nedokáže od svých soukromých problémů ani v zaměstnání odpoutat. Je nutné zátěžové situace včas řešit tak, aby se psychika jakéhokoli zdravotníka dále nezatěžovala a nedošlo k úplnému vyčerpání. (12, str. 142-143)

To, jak člověk na stresové situace zareaguje a jak tedy ovlivňuje jeho psychiku lze rozdělit do tří skupin příznaků stresového stavu. Jedná se o příznaky fyziologické, psychologické a behaviorální. Velmi citlivá skupina je skupina příznaků behaviorálních, které se projeví naším jednáním a chováním. Je to například změna denního rytmu (nespavost), nerozhodnost, nářky a bědování, změny ve stravování (nechutenství), nepozornost, vyhýbání se práci, úkolům, zodpovědnosti a s tím spojená snížená kvalita práce, u kuřáků vyšší počet vykouřených cigaret, závislosti na drogách, alkoholu. Pokud je ovlivněna naše psychika, často se to projeví změnami nálady, podrážděností, trápením se, starostmi, únavou, emocionální oploštělostí nebo omezováním kontaktu s okolím. Stres působí i na fyzično, tedy na naše tělo. Bušení srdce, bolesti hlavy, bolesti za hrudní kostí, zvýšené svalové napětí, nechutenství, bolesti břicha, ztráta sexuální apetence, exantém, migréna či změny menstruačního cyklu u žen. I takto může stres ovlivňovat naše tělo. (20, str. 22-23)

4.2.1 Adaptivní zvládání stresu

V práci zdravotníka, tedy i porodní asistentky je vhodné, aby zdravotnický profesionál zvládal stres adaptivním způsobem. Zvládání, neboli coping, zahrnuje behaviorální a kognitivní strategie, které jedinec využívá ke zvládnutí stresové situace a negativních emočních reakcí, které daná událost vyvolala. Lze rozlišit dvě hlavní formy zvládání zátěže. Je to zvládání, které je zaměřené na problém, což je vlastně určité preventivní chování s cílem snížit nebo odstranit riziko škodlivých důsledků, ke kterým by v souvislosti se stresovou situací mohlo dojít, a také je to zvládání zaměřené na emoce s cílem snížit emoční stres. (25, str. 602)

Adaptivní přístup může tedy spočívat například ve změně situace, což zahrnuje změny velké, jako je změna zaměstnání, přestěhování se nebo změny menší, které mohou zahrnovat úpravu denního režimu, apod. Dalším adaptivním přístupem je nácvik dovedností zvládání zátěžových situací, kam můžeme zahrnout různé způsoby relaxace, supervizi, nácvik asertivity nebo například konzultace s odborníkem. Velmi nápomocná

je i určitá změna pohledu na situaci, kdy se učíme vidět situaci i s jejími důsledky z různých perspektiv, ale i schopnosti zvládnání daných situací. (19, str. 64)

4.2.2 Neadaptivní zvládnání stresu

V souvislosti s náročnými, stresovými situacemi v práci porodní asistentky se často objevují i neadaptivní projevy zvládnání stresu. Je třeba si uvědomit, že toto chování neřeší primární problém. Jedná se spíše o manévry, díky nimž se se situací momentálně vypořádáme, avšak nepomáhají nám danou situaci zvládnout. Pro představu uvedu příklady neadaptivního chování, které uvádí ve své publikaci J. Šopek (1992) a které se v praxi porodní asistentky mohou vyskytovat. Agrese a nepřátelský postoj vůči kolegům či klientkám je u porodní asistentky nežádoucí. Dále sem patří negativismus, který se projevuje vzdorovitým chováním porodní asistentky. Únik je dalším příkladem v souvislosti například vyhýbání se některým výkonům, kontaktu s rodičkou, apod. Egocentrismus lze vysvětlit tak, že porodní asistentka vidí pouze své problémy a považuje sebe samu za střed dění. Projekce, kdy porodní asistentka např. nedodrží hygienické předpisy, protože ostatní kolegyně také ne, velmi úzce souvisí s technikami racionalizace a cílem snížit vlastní pocity viny. Sama si tedy odůvodní a ospravedlní svoje nepřijatelné chování. Identifikace může být přínosná, pokud se porodní asistentka ztotožní s vhodnou osobností, naopak nikoli. Kompenzací rozumíme určitou touhu vyniknout ve vlastní profesi, která může být zaměřena na péči o klienty ze společenského hlediska, různé plánování společenských aktivit s cílem zaujmout ostatní svými činy a působností ve svém povolání. Opět se jedná o nevhodnou reakci na zátěž. Racionalizace je jedním z nejčastějších mechanismů v souvislosti s těmito reakcemi, kdy nezdarem prostřednictvím racionalizace měníme v úspěch. Izolace je dalším způsobem reagování, kdy se porodní asistentka může izolovat jak v pracovním životě, (stranění se kolegům, klientkám, omezování docházení do zaměstnání) tak v životě osobním. Regrese se u porodních asistentek nejčastěji projeví v oblasti potřeb, hodnot a zájmů například pocity méněcennosti. Fixace je spjatá s přehnaným zevšeobecněním o lidech. Například tvrzení, že „*všechny vrchní sestry jen hledí, jak na člověka vyžrát*“ a další přenesené negativní zkušenosti mohou být projevem fixace. Rezignace se objevuje nejčastěji v souvislosti s léčbou. Například pokud se narodí extrémně nezralý novorozenec a porodní asistentka zaujme rezignující postoj „*je moc nezralý, nedopadne to dobře*“. Zde je nutná velká obezřetnost vůči rodičce a celé rodině, aby poráženecký postoj nenahlodal je samotné.

Regrese může mít souvislost s potlačením pocitů viny. Opačné reagování je reagování opačné, než jsou naše vnitřní motivy. Například porodní asistentka, která si tajně přeje stát se staniční porodní asistentkou, může dávat najevo negativní postoj ke staniční sestře. Disociace může být spjatá s nadměrným teoretizováním o problémech a situacích, kterých se porodní asistentka ve skutečnosti bojí nebo je nezvládá. Substitute, neboli nahrazení, je posledním příkladem neadaptivních projevů porodní asistentky v souvislosti s působením zátěže na její psychiku. Například angažování se zejména v činnostech, ve kterých se porodní asistentka cítí jistě a má v nich úspěch a vyhýbání se činností, které úspěch nepřinášejí. (23, 109-112)

4.3 Syndrom pomahače

Schmidbauer (2008) popisuje, že jedinec, který je zasažen syndromem pomahače, získává náklonnost svého okolí zejména svým chováním. Jedinec pomáhá velmi nutkavě a všemocně, a to je velmi nebezpečné zejména nemocným, kteří potřebují spíše aktivizovat. Velmi často tito lidé nedokáží oddělit svoje povolání od soukromého života. „*Syndrom pomocníka tkví v neschopnosti projevit vlastní city a potřeby, která se stala součástí osobnostní struktury.*” (24, str. 16)

Často není vůbec jednoduché, ani pro zkušeného odborníka, odlišit dobrého pomocníka bez syndromu pomocníka a pomocníka se syndromem. Syndrom pomocníka je závažný pro psychiku zdravotníka proto, že je rizikovým faktorem k rozvoji syndromu vyhoření. (24, str. 15-17)

4.4 Burn out syndrom

„*Burn out, tímto termínem je označována emoční vyprahlost, odcizení, ztráta smyslu pro osobní zaujetí pracovní činností, vystupňovaná nespokojenost zejména s pracovními podmínkami.*” (22, str. 164)

Syndrom vyhoření nejčastěji postihuje zdravotnické profese, ale i politiky, právníky, učitele, tedy profese, ve kterých dochází k velice úzkému kontaktu s lidmi. Emoční vyčerpání, ztráta motivace či pracovního zaujetí často postihuje ty, kteří se horlivě a radostně zapojili do svého povolání. Ztráta nadšení, odcizení, emoční vyprahlost spojené s psychickým a fyzickým vyčerpáním až apatií ke svému okolí, to vše je spojeno se syndromem vyhoření. To, co napomáhá syndromu vyhoření, jsou často kladené vysoké

nároky a nesplnění cílů, které člověk prožívá jako porážku. Člověk, který celý život pomáhá ve své profesi druhým, často není schopný požádat druhého o pomoc pro sebe. Dalšími faktory napomáhající syndromu vyhoření je neustálá potřeba pomáhat jiným lidem a prožívání stresu jak z pracovního, tak ze soukromého života. Se syndromem vyhoření je spojená i vystupňovaná nespokojenost s pracovními podmínkami, (např. asymetricky probíhající ošetrovatelská péče, nedocnění práce porodní asistentky) které jsou často rozhodující pro vznik syndromu vyhoření. Dále je to nedostatek radosti z práce, kdy se nedostaví pocit úspěchu (např. péče o rodičku s mrtvým plodem). Stoupající tlak v zaměstnání a málo svobody v rozhodování. V neposlední řadě k rozvoji syndromu vyhoření může pomoci i necitlivé vedení, které není schopno ocenit práci daného zdravotníka. Syndrom vyhoření má i svoje fáze. První fází je stádium nadšení, kdy se jedinec v práci vysoce angažuje, převládá nadšení, ideály, vysoký zájem o svou profesi. Druhou fází je stagnace, kdy jedinec zjišťuje, že se vytyčené cíle nedaří realizovat. Třetí stádium, frustrace, zde se objevují první psychické a fyzické příznaky. Práce se stává zklamáním a vnímání pacienta je spíše negativní. Předposlední fází je fáze apatie, kdy sestra vykonává práci jen nezbytně nutnou, vyhýbá se odborným rozhovorům. Poslední fází je vlastní syndrom vyhoření, kdy dochází k maximálnímu vyčerpání, odosobnění, emoční oploštělosti. Ideální je, když se podaří zastavit rozvoj syndromu vyhoření ve fázi stagnace. Příkladem psychických příznaků syndromu vyhoření je ztráta nadšení, nechut', negativní postoj k sobě samé, kolegům, ostatním, až těžké deprese, různé psychické poruchy či myšlenky na sebevraždu. Emocionální příznaky zahrnují únavu, vyčerpání, ztrátu zájmu, ale i užívání drog a alkoholu. Mezi fyzické příznaky lze zařadit poruchy spánku, svalové napětí, hypertenzi, apod. Samozřejmě že dochází i k ovlivnění sociální oblasti, kdy často zdravotník ztrácí angažovanost, chuť pomáhat druhým, omezuje kontakty jak s kolegy, tak s klienty a přibývají jak pracovní, tak soukromé konflikty. V první řadě je důležité syndromu vyhoření předcházet. Na první místo stavět vždy svoje zdraví, neklást si vysoké nároky, naučit se říkat ne, upravit si vlastní priority, umět relaxovat, dobíjet svoje tělo i mysl a pěstovat dobré mezilidské vztahy tak, aby se nám dobře žilo. Pokud už se objeví nějaké příznaky, nebo zdravotník pociťuje, že „není něco v pořádku“, je dobré obrátit se na odborníka a využít jeho pomoc, protože velmi často není možné si pomoci sám. (21)

4.5 Porodnické situace ovlivňující psychiku porodní asistentky

Ráda bych uvedla některé situace v porodnictví, které by dle mého názoru, mohly ovlivnit profesní či osobní život porodní asistentky. Zda tyto situace opravdu ovlivní život porodní asistentky ve vnímání vlastního těhotenství a porodu, bych se ráda dozvěděla v praktické části mé práce. S ovlivněním psychiky porodní asistentky úzce souvisí jistě i její empatie. Důležité pro zdraví porodní asistentky ale je, aby neztratila svůj objektivní náhled na situaci. Empatií tedy rozumíme respektování klientčiny autonomie, také určité subjektivní pochopení dané klientky, ke kterému nám může pomoci společné sdílení zkušeností při zachování pozice pozorovatele. (26, str. 57-58)

4.5.1 Ranný a pozdní spontánní potrat

Ranný spontánní potrat je samovolné ukončení gravidity do 12. týden těhotenství. Dle Roztočila (2001) jsou nejčastější příčinou chromozomální poruchy, které vedou ke spontánnímu potratu potratového vejce. Přibližně každé osmé těhotenství postižené chromozomální aberací je spontánně potraceno. (14, str. 157)

Od 1.4.2012 platí v České republice nový zákon 372/2011 kde je definováno, kdy se jedná o porod a potrat a kde je uvedeno že: „*Plodem po potratu se rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z matčina těla neprojevuje ani jednu ze známek života a současně jeho porodní hmotnost je nižší než 500g, a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů. Biologickými zbytky po potratu se především rozumí placenta a těhotenská sliznice.*” (27)

Průběh pozdního potratu může začít odtokem vody plodové, nástupem pravidelných děložních kontrakcí nebo může být bez klinických příznaků. Porodní asistentka a její empatie, profesionalita, citlivost a psychologický přístup je opět nezbytný i přes to, že tato situace klade na psychiku porodní asistentky velkou zátěž. Jedná se o potrat plodu staršího 12. týdne těhotenství, a čím větší je gestační stáří plodu, tím je situace více stresující. Ať už se porodní asistentka setká s pozdním potratem kdykoli, vždy se se situací musí vyrovnat a v komunikaci se ženou využít své profesionality. (14, str. 162)

4.5.2 Porod mrtvého plodu

„Fetální úmrtí je úmrtí plodu, které nastalo před úplným vypuzením nebo vynětím z matčina těla – bez ohledu na délku těhotenství. Úmrtí je prokázáno tím, že po oddělení z těla matčina plod nedýchá, ani neprojevuje známku života jako je srdeční činnost, pulzace pupečníku, nebo nesporný pohyb kosterních svalů.“ (27)

Prvním příznakem zátěže na psychiku porodní asistentky je okamžik, kdy u těhotné ženy začíná hledat přístrojem ozvy plodu, ale nenachází je. Žena, která se nachází ve fázi šoku a chaotických emocí při zjištění, že její dítě nežije, často obrací svůj vztek vůči zdravotnímu personálu. Porodní asistentka by měla být připravena vhodně reagovat a to zejména velmi citlivě. Porodní asistentka by ještě před porodem plodu měla se ženou naplánovat průběh porodu, dostatečně ženu informovat o porodní analgézi a nabídnout i akt rozloučení se s dítětem. Toto rozhodnutí by mělo být vždy na ženě samotné, která by měla mít možnost ho kdykoliv změnit. Porodní asistentka by měla rodiče podpořit v jejich rozhodnutí rozloučit se s dítětem, pojmenovat ho a umožnit jim chvíli soukromí. Zvládat očekávanou roli porodní asistentky a v tak náročné životní situaci je velmi těžké. V těchto případech se u zdravotníků projevuje vyhybavé chování, protože na psychiku porodní asistentky je enormní psychická zátěž. Objevuje se také prožívání intenzivních emocí smutku, kontrast smrti a zrození, návaly bezmoci a selhání. Velmi nevhodné jsou obranné mechanismy v práci porodní asistentky, jako je vyhýbání se rodiče, nevhodné zacházení s mrtvým plodem či únik ze situace. Porodní asistentky, které jsou schopny provést rodinu porodem mrtvorozeného dítěte vychází i z tak emočně náročné situace posíleny pocitem, že udělaly, co mohly. Po porodu mrtvého plodu by měla porodní asistentka ženu ocenit za zvládnutí své role. Porodní asistentky, které se setkávají se ženami v ambulantní péči, by měly rozeznat patologické reakce žen po porodu mrtvého plodu, mezi které patří oploštělost citů útlum emocí, deprese, úzkost, užívání drog či alkoholu, různé psychosomatické projevy, neustávající zlost a prolongované truchlení. Pokud se porodní asistentka rozhodne pomáhat ženě, která prožívá náročné chvíle po takové ztrátě, měla by si sama nejdříve ujasnit vlastní pocity ve vztahu k této příhodě. Může se stát, že porodní asistentka ženu v myšlenkách obviňuje např. z nevhodného chování během těhotenství. Právě uvědomění si těchto pocitů, může porodní asistentce pomoci k uvolnění a také k tomu, aby se těmito pocity nenechala ovlivnit v péči o ženu po porodu mrtvého plodu a její blízké. Citlivý přístup, naslouchání, pojmenovávání dítěte, tedy pokud jméno má

a respekt k truchlení rodičů, nejen na to by měla porodní asistentka myslet během péče o ženu, která porodila mrtvý plod a i o celou její rodinu. (4, str. 76-78)

4.5.3 Předčasný porod

Předčasným porodem je myšlen porod před dokončeným 37. týdnem těhotenství. Tato horní hranice je dobře definovatelná. Dolní hranicí v České republice je od 1.4.2012 22. týden těhotenství, který nahradil původně stanovenou hranici viability (schopnost přežití dítěte mimo dělohu) na 24. týden těhotenství. Výskyt předčasných porodů v ČR je kolem 6%. V 85% je předčasný porod příčinou neonatálního úmrtí novorozenců bez VVV. (28, str. 163-164)

Vždy je nutné brát v úvahu i gestační stáří novorozence. Dle něj se odvíjí i další prognóza. Psychika porodní asistentky pečující o nezralé novorozence je zatížená i nejčastějšími problémy těchto dětí, které jsou zároveň i těmi nejzávažnějšími. Patří sem komplikace respirační, kardiovaskulární problémy, problémy hematologické a gastrointestinální, metabolické a endokrinní, postižení CNS, renální komplikace a další jako jsou zejména infekce. (6, str. 493)

Práce porodních asistentek na neonatologických jednotkách intenzivní či intenzivní a resuscitační péče je velmi náročná. Pečují o děti s často nejistou prognózou a současně se musí věnovat i rodičům a poskytovat jim psychickou péči. Pracují se ženami, které na svojí mateřskou roli nemusely být ještě připraveny, mají různé psychické potíže, ale i přesto po prvním pochování dítěte rodiče často získávají pocit sounáležitosti a péče o dítě. Porodní asistentka podporuje metodu tzv. klokánkování, kdy si rodiče přikládají nahého novorozence k sobě na hrud', což podporuje jak pozitivní stav dítěte, tak navázání vztahu rodič – dítě. Do péče o rodinu se zapojuje mnoho odborníků, věnují se jim a pracují s nimi. Velmi důležitá je ale i podpora, péče a práce s porodními asistentkami, dětskými sestrami a zdravotníky pečujícími o předčasně narozené děti. (4, str. 74-75)

4.5.4 Kritické stavy u rodičky za porodu

Stavy, které ohrožují na životě a zdraví rodičku či plod jsou často spojeny s koncem těhotenství a porodem. Postihují ženy, které jsou postiženy nějakou patologií v souvislosti a s těhotenstvím nebo akutní zvrát u žen naprosto zdravých s fyziologickým průběhem těhotenství. Jedná se o stavy spojené s akutním krvácením z různých porodnických příčin, různé typy embolií, náhlé křečové záchvaty ohrožující rodičku i plod na životě či akutní

ukončení vaginálního porodu operativně z důvodu akutního ohrožení plodu či matky na životě či zdraví. (17, str. 379)

S těmito stavy úzce souvisí i mateřská mortalita neboli úmrtnost, tedy úmrtí ženy v souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestineděním do 42 dnů po porodu. Nejčastější příčinou úmrtí matky v souvislosti s těhotenstvím a porodem je akutní porodnické krvácení. (14, str. 308)

Tyto stavy jsou náročné i pro psychiku porodní asistentky. Je si vědoma mnoha situací, které během těhotenství a porodu mohou nastat a ohrožují na životě či zdraví matku nebo plod. Sama v roli porodní asistentky musí rychle jednat, protože jakékoli pochybení může mít fatální následky. Nejen předešlé situace, které jsem uvedla, jsou závažné. Je jich bohužel daleko více, více zátěžových situací v práci porodní asistentky, které ovlivní její psychiku samozřejmě v závislosti na její osobnosti. Mnoho z takových profesních zážitků může mít vliv na osobní život porodní asistentky a později a na její prožívání těhotenství a porodu.

5 PSYCHOHYGIENA V PRÁCI PORODNÍ ASISTENTKY / SESTRY

„Duševní hygiena je definována jako soubor poznatků, pravidel a preventivních prostředků, jejichž cílem je ochrana a udržení psychického zdraví.“ (23, str. 199)

Tato mezioborová disciplína má velmi úzký vztah jak k medicíně, tak k psychologii i sociologii a dalším společenským vědám. Pojem duševní zdraví lze vysvětlit jako žádoucí stav, který je optimální či ideální. Duševně zdravý člověk obvykle představuje rozumovou kompetenci, produktivitu, vytrvalost, nezávislost, realismus, toleruje frustraci či stres, je flexibilní, vyrovnaný, umí se osvobodit od vnitřních konfliktů a oplývá dalšími obdobnými kvalitami. Nelze tento stav chápat jako neměnný či konečný, protože člověk se ve svém životě setkává s mnoha těžkostmi. Protože jsou zdravotnická povolání z hlediska vlastní odborné přípravy i konkrétního profesionálního výkonu povoláními náročnými a na porodní asistentku jsou kladena velká očekávání, fyzické i psychické nároky, tak je psychohygiena v práci porodní asistentky k udržení psychického zdraví téměř nezbytná. (23, 199-203)

5.1 Metody psychohygieny v práci porodní asistentky/sestry

Metody psychohygieny, které nyní uvedu, jsou dle M. Bouchala a J. Škopka (1992) určitými vodítky, jak si s určitými těžkostmi poradit co nejlépe. Následující techniky mohou pomoci k posílení sebedůvěry a naučení se zklidnit. Důležité je, si některý ze způsobů vybrat a pěstovat ho tak dlouho, až se výsledek dostaví. Odpoutání se od starostí po odchodu ze zaměstnání či naopak je dobré se odpoutat od starostí, které si s sebou nesete. Může to být například jen počítání lidí, kteří nosí brýle, a vy je potkáte po cestě domů. I taková metoda může zastavit tok nepříjemných myšlenek a zmírnit napětí. Smytí prachu denní všednosti, kdy po příchodu ze zaměstnání smyjte příjemnou sprchou únavu, vyčerpání, starosti. Po sprše se položte nejlépe se složenou dekou na zem, zavřete oči, pomalu dýchejte nosem a během této doby si nepřipouštějte žádnou starost, protože ty stejně odplynuly s proudem sprchy. Naučte se řešit starosti a problémy, vždy si kriticky promyslete, jakou roli jste v dané situaci hráli, utříd'te s myšlenky, klidně je i slovně vyjádřete a možná vás napadne, jak postupovat dál. Problém vždy nakonec musíte vyřešit sami, a když se to podaří, zaplaví vás příjemný pocit úlevy a uklidnění. Pusťte k sobě radost, myslte pozitivně, vzpomínejte na radostné chvíle, či na okamžiky během dne, které vás potěšily. Pokojně spěte, zvolte si určité spánkové rituály a ty dodržujte. Věnujte pozornost tomu, co jíte a jak, pravidelná stravování, menší porce a vhodné potraviny, i tato metoda může posílit naše psychické zdraví. (12, str. 145-150)

Křivohlavý J. (2010) ve své publikaci doporučuje procházky v lese, či městském parku, odpoutání se od starostí a radování se z přírodních krás je pro psychiku člověka také určitou relaxací. Mezi další metody relaxace řadí např. dýchání, které ovlivňujeme vlastní vůlí, či záměrné uvolňování a napínání různých svalů našeho těla, ale i ventilaci emocí třeba psaním deníku, popovídáním si, či návštěvou psychologa. (20, str. 35-37)

5.1.1 Klasická relaxační cvičení

Jedná se o hlubší podobu relaxace, kterou je nutné cvičit. Mezi nejpoužívanější metody patří autogenní relaxační trénink profesora Schultze, uvolňování různých částí těla podle profesora Reicha a Jacobsonova progresivní relaxace. Ve všech těchto uvedených metodách se počítá s tím, že máme při relaxaci zavřené oči. (20, str. 37-38)

Autogenní relaxační trénink profesora Schultze zahrnuje princip uvolňování svalového napětí, nejlépe v poloze v sedě, ale také zahrnuje autosugestivní navozování představ ovládnutí vnitřních orgánů, koncentraci na citové indiferentní podněty a současně i navozování mentálního klidu a pravidelného dýchání. Cílem této metody je nejen svalová relaxace, prohlubování sebepoznávání, zlepšování koncentrace, ale i zdokonalování sebekontroly či snižování vlivu negativních afektů, sebeřízení klidového ladění a tlumení bolesti. Tento trénink lze cvičit individuálně, nejlépe se šesti opakováními, ale je doporučováno začít cvičit pod vedením instruktora. Fází cvičení je 6 a jsou zaměřené na navozování různých pocitů v těle pomocí své mysli. Například pocitů tepla, tíhy, zaměření na pravidelné dýchání a srdeční akci. Soustředění se na provádění těchto cviků je velmi důležité. (20. str. 38-42)

Uvolňování různých částí těla dle profesora Reicha, který upozoroval, že někteří lidé mají ztuhlé určité partie těla a v souvislosti s bolestivostí těchto míst je ještě více napnou. Zaměřil se tedy na 7 okruhů nejčastějšího svalového napětí na lidském těle, které se svými postupy snaží zrelaxovat. (2, str. 42-43)

Jacobsonova progresivní relaxace, systém relaxace je založen na poznacích fyziologie svalové relaxace. Návuk Jacobsonovy metody není jednoduchý. Lze ji považovat za přestavbu našeho vnímání napětí těla a jeho systematickým odstranění. Jedná se o poměrně dlouhodobou záležitost, kdy se terapeut napřed zaměří na pocity svalového napětí, které nejprve navodí až v hraniční úrovni a poté jej zruší do úplného svalového uvolnění. Efektem tohoto cvičení je opět upevnění duševní rovnováhy, dobré ovládnutí se, navození vnitřního klidu či vliv na zvládnutí strachu, obav či duševní tísně. (20, str. 43-45)

5.1.2 Supervize v práci porodní asistentky/sestry

„Supervize je metoda práce cílem zaměřená na podporu a rozvoj kvality práce a profesionality – pracovníka, týmu či celé organizace. ” (29, str. 9)

Supervize je příležitostí k rozvoji, k hledání vysvětlení či porozumění vlastním neúspěchům a nejistotám. Jedná se také o metodu, která může pomoci psychickému uvolnění všech zúčastněných. Aby mohla supervize probíhat, je nutná přítomnost supervidovaného, tedy pracovníka, který supervizi přijímá a supervizora, tedy osoby, která supervizi poskytuje. Funkce supervize jsou velmi rozmanité. Od funkce podpůrné, kdy je cílem dobré zvládnutí profesních nároků pracovníkem, přes funkci vzdělávací, která

spočívá v rozvoji odbornosti až po funkci řídící, kde je cílem pochopení, přijetí a naplňování profesionálních hodnot. Supervisor může poskytovat supervizi individuální, kdy se jedná o kontakt supervidora pouze s jedním pracovníkem, či skupinovou, která umožňuje kontakt 3-7 pracovníků, kteří mohou ve skupině diskutovat o svojí práci, pocitech a vztazích. Týmová supervize není zaměřena na práci jednotlivce, ale na efektivitu celého týmu. Přínos supervize pro zdravotnické pracovníky je velký. Od rozvíjení sebereflexe, získání nových pohledů pochopení profesionálních hodnot, zajištění kvality práce až po prevenci syndromu vyhoření či učení se konstruktivnímu řešení problémů. (28, str. 28-29)

5.1.3 Balintovská skupina

Je jedna z forem supervize. Balintovské skupiny jsou metodou zaměřené se na problém, kdy pracovník přichází s konkrétním případem, se kterým si neví rady. Ve skupině je 8-10 členů, kteří společně dodržují pravidla a zásady Balintovské skupiny, jako je otevřenost, upřímnost, rovnocennost, používání srozumitelné terminologie a diskuze o předávání životních zkušeností. I když se nedoporučuje uzavírání přátelství mezi členy skupiny nebo aby byly členové spolupracovníci, tak právě toto pravidlo není všeobecně přijímáno a často je Balintovská skupina využívána při supervizích na pracovištích. Metoda je vhodná i pro porodní asistentky, které mohou předkládat různé zátěžové situace ze své praxe, se kterými se často setkávají, ale těžce srovnávají. I tato forma supervize má svojí strukturu. První fází je přednesení případu, druhou fází jsou otázky na protagonistu, třetí fází je fantazie, kdy protagonista mlčí a ostatní členové skupiny zapojují svojí fantazii, intuici, tvořivost a čtvrtou fází je doporučení, kdy členové skupiny navrhnou určité řešení a vyjadřují svoje prožitky a zkušenosti. Poslední fází je závěrečná rekapitulace, kdy začíná hovořit opět protagonista, který sděluje to, co ho oslovilo, zaujalo a poskytuje skupině zpětnou vazbu. Není nutné, aby protagonista odcházel s pocitem, že už ví, jak situaci řešit, může se totiž cítit až nepochopený či má pocity neúčinnosti supervize, ale po čase může zjistit, že některá sdělení pro něj byla přece jen cenná. (29, str. 78-81)

6 ZDRAVOTNÍK V ROLI PACIENTA

Na úvod mé poslední kapitoly teoretické části, bych ráda podotkla, že těhotenství není nemoc. Bohužel, z důvodu nedostatku literatury jsem se rozhodla uvést alespoň toto téma, abych přiblížila pocity zdravotníků, kteří se sami dostávají do role klienta. Těhotenství je sice naprosto fyziologický proces v ženském těle, ale současně může být provázeno i některými patologickými procesy, jako je například nemoc vzniklá v jeho průběhu nebo před ním. Doufám, že přínosem bude zpracování mé praktické části, která je zaměřená na prožívání vlastního těhotenství a porodu porodní asistentkou. Profesionální vědomosti o nemocech, mohou jistě chránit zdravotníky před zkresleným názorem na nemoc, mohou usnadnit léčení i prevenci, ale na druhé straně poznatky o komplikacích, možnostech nepříznivé prognózy, (v případě porodních asistentek zejména v souvislosti s průběhem těhotenství a porodu) mohou zdravotníka zneklidnit více než laika. (23, str. 130)

Velmi důležitý je postoj pacienta a současně zdravotníka k nemoci. Bálint (1999) říká, že *„pacientův postoj k jeho vlastní nemoci rozhodujícím způsobem určuje průběh jakékoliv terapie.“* (30, str. 61)

6.1 Psychika zdravotníka jako nemocného

V souvislosti s nemocí zdravotníka je často popisovaný tzv. repudiační poměr k nemoci, kdy zdravotníci navštíví lékaře se svými problémy mnohem později než ostatní nemocní. Jedná se o obranu vůči nejistotě a obavám, které zdravotník pociťuje. Často se také vyskytuje autodiagnostika, kdy si zdravotník v souvislosti s příznaky, které pociťuje, diagnostikuje v rámci „optimistické logiky“ nějaké neškodné onemocnění. Na autodiagnostiku často navazuje i autoterapie. K odvedení pozornosti od vlastního stavu zdravotníka, mu velmi pomáhá pracovní vytížení a péče o nemocné. Až v okamžiku, kdy zdravotník není schopen vykonávat svoji práci, může dojít ke druhému extrému, kterým je přecenění vážnosti choroby a přehnaně pesimistická prognóza. Své místo zde zastupuje i psychická projekce, kdy zdravotník ví, že se nemocným neříká vždy pravda, a tak předpokládá, že u něj je to stejné. Velmi často u zdravotníků diagnostice lékařem předchází povrchní či symptomatická léčba. Častá bagatelizace obtíží zdravotníkem může v důsledku znamenat i opožděnou diagnostiku závažného onemocnění. Péče o nemocného zdravotníka je obtížná a často nedosahuje ani péče o jiné občany, protože se nedá

soustavně vyšetřit, spíše se svěruje svým kolegům, kteří ho nezávazně ústně diagnostikují (23, str. 130)

6.2 Pravidla pro vyšetřování a léčení nemocného zdravotníka

Nezbytné je zejména dodržování stejných odborných měřítek a postupů jako u ostatních nemocných či důkladné vedení zdravotnické dokumentace. Odborné poznámky a návrhy je vhodné chápat jako subjektivní projevy a ne jako odbornou spolupráci či pomoc. Těžko průhledná psychická racionalizace se objevuje také často, když nám nemocný zdravotník zdůrazňuje, jak rozumově, tak odborně svá přání a návrhy, které jsou ale ve skutečnosti emočního původu. Pokud se například bojí nějakého odborného vyšetření, může se jej snažit odbornými argumenty oddálit nebo je dokonce nepodstoupit.

Pro navázání důvěrného vztahu je lepší, když je lékař odborně zkušenější a spíše starší než nemocný zdravotník. Respektování intimity a subjektivních pocitů vzhledem k pohlaví, což se týká také gynekologie a porodnictví, je opět nezbytné. Tradičně je vhodnější, když je žena ošetřována mužem než naopak. (23, str. 130-131)

6.3 Psychika porodní asistentky v roli těhotné a rodičky

Porodnictví je obor, kde žena přichází do kontaktu s lékařem často jako zdravý člověk v souvislosti s těhotenstvím a porodem. Pokud je ošetřující lékař muž, jen obtížně může pochopit pocity spojené s mateřstvím a ženstvím, jako je menstruace, početí, těhotenství, porod, zásah do ženských orgánů při gynekologických operacích, klimakteriu, apod. Porodní asistentka by měla vědět, jaká je sama žena, jak se jako žena projevuje i jeví ostatním. Teprve až potom může sama porozumět druhým ženám, svým klientkám. (12, str. 110-111)

Porodní asistentka je v životě ženy velmi důležitou osobou, je průvodkyní mnoha výjimečnými ženskými akty. Jak se ale prolíná role porodní asistentky jako ženy, budoucí matky, která je těhotná či rodící? V okamžiku, kdy se porodní asistentka dostane do role těhotné ženy, neztrácí roli porodní asistentky. Myslím, že nelze potlačit roli porodní asistentky, ani znalosti a zkušenosti s porodní asistencí spjaté. Výhodou pro porodní asistentku mohou být její znalosti v oblasti těhotenství, ví, jak vše probíhá, nemusí se vyptávat nebo studovat literaturu o těhotenství a může pociťovat i určitou jistotu v tom,

že má ve všem ohledně těhotenství přehled. Také se nemusí hned tak něčeho zaleknout, zbytečně plašit v situacích, které jsou pro ženu, která není v porodní asistenci znalá, nové a tudíž je neumí zhodnotit, na rozdíl od porodní asistentky. Značnou nevýhodou mohou být pro porodní asistentku její zkušenosti z vlastní praxe. Ne vždy se setkává se situacemi radostnými, a proto se jí během vlastního těhotenství mohou určité negativní zkušenosti zpětně vybavovat. Myšlenky na různé komplikace, které mohou v průběhu těhotenství nastat, dle mého názoru zcela jistě napadnou každou těhotnou porodní asistentku, rozdílem však bude, do jaké míry se nechá těmito myšlenkami ovlivnit.

V předchozím textu zmiňovaný repudiační poměr se může projevit i ve vztahu porodní asistentky k těhotenství, jako k fyziologickému ději v životě ženy. Projevit se může například tím, že porodní asistentka sice sama zjistí, že je těhotná provedením močového těhotenského testu, ale svého gynekologa navštíví až po 12. týdnu těhotenství. Mohlo by to být způsobeno například určitou obavou o osud těhotenství. Nervozita těhotných žen před výsledky testů prenatalní diagnostiky je častým jevem. Porodní asistentky, které jsou těhotné a čekají na výsledky prenatalních testů, mohou být stresovány více, protože mají znalosti v oblasti prenatalní diagnostiky a znají možná rizika. Mohou například vyžadovat více testů, aby se ujistily, že je vše v pořádku. Často jim bude také vyhověno, protože se mohou stávat u svých gynekologů protekčními klientkami a často každý lékař vše více kontroluje, když ošetřuje své známé, přítelkyně či kolegyně porodní asistentky. Na druhou stranu v případě možných komplikací mohou porodní asistentky své potíže bagatelizovat a racionálně si situaci vysvětlovat. Jistě budou porodní asistentky ovlivněny i oddělením, na kterém pracují. Jiné zkušenosti mají porodní asistentky například z oddělení rizikových a patologických těhotenství a porodní asistentky z oddělení šestinedělí. Znalosti však mají všechny stejné a ty nelze vytěsnit ani během prožívání vlastního těhotenství.

Období porodu může být pro porodní asistentku také stresující. Přes veškerou snahu odpoutat se od svých vědomostí ohledně porodních komplikací a ne vždy zcela pozitivními zkušenostmi s porodem se mohou projevit například zvýšenou kontrolou vlastního porodu. Zaměřování se například na kvalitu odteklé vody plodové, na pravidelnost kontrakcí, na CTG monitoring plodu nebo na progresi nálezu na měkkých porodních cestách. To vše může provázet porod porodní asistentky. Kladně může být psychika porodní asistentky ovlivněna zachováním chladné hlavy, určitou jistotou například v tom, kdy odjet do porodnice. Příznivě může působit i to, že se porodní asistentka chystá родit na svém

pracovišti a zná tedy ošetřující personál. Zde samozřejmě záleží na tom, jaké mají pracovní vztahy, ale v případě přátelských a kolegiálních vztahů může být porod porodní asistentky obohacen o příjemnou atmosféru, kolegiální vztahy, jistotu a důvěru. Během svého porodu se porodní asistentka jako rodička dostává do submisivní role. I když bude rodit na svém pracovišti, kolegyně její porod očekávají a během porodu spolu vše ochotně konzultují, tak je porodní asistentka v průběhu svého porodu více rodičkou než porodní asistentkou a zůstává v péči svých kolegů. Rodící porodní asistentce může být umožněno do svého porodu více zasahovat a podílet se na vedení vlastního porodu, i proto, že ošetřující personál respektuje znalosti a zkušenosti porodní asistentky. V tomto případě, by se mohl projevit určitý rozdíl přístupu personálu k porodním asistentkám a k ženám, které přichází do cizího prostředí, nikoho neznají, nejsou porodními asistentkami a musí se spolehnout na to, že personál o ně pečuje tak, jak nejlépe umí. Každá porodní asistentka, která vede porod, má určitý subjektivní názor na to, jak porod vést. V ideálním případě rodící porodní asistentce u porodu asistuje její kolegyně, se kterou si je blízká a v pohledu na možnosti vedení porodu se ztotožňují. Nevýhodou pro porodní asistentku může být, v případě, že rodí na svém pracovišti, nutnost sdělování svých osobních dat a informací při příjmu k porodu nebo pocity studu. To vše ale záleží na osobnosti porodní asistentky.

PRAKTICKÁ ČÁST

Formulace problému

Těhotenství a porod patří mezi velmi náročná životní období v životě ženy. Porodní asistentka je velice významnou a neoddělitelnou součástí těchto náročných období. Sama se ve své praxi setkává se situacemi, které jistě dopadají i na její psychiku. Co se ale stane v okamžiku, kdy se sama porodní asistentka stává těhotnou a posléze i rodící ženou? Jak toto obecně náročné období zvládá právě ona, ta, která má být ostatním ženám průvodkyní těhotenstvím a porodem a nyní se sama dostává do role těhotné a rodící. Cílem mého průzkumu je zjistit, jak porodní asistentka prožívala svoje vlastní těhotenství a porod a zda ji v tom ovlivnilo její vzdělání, povolání a praxe.

Cíle

Cíl 1: Zjistit, jak porodní asistentka subjektivně prožívala průběh vlastního těhotenství

Cíl 2: Zjistit, zda porodní asistentku ovlivnily její vědomosti a zkušenosti v navázání kontaktu s vlastním plodem

Cíl 3: Analýza pocitů porodní asistentky v průběhu vlastního porodu

Cíl 4: Zpracování vhodného přístupu k porodním asistentkám v roli těhotných a rodiček jako výstup do praxe

Metodika výzkumu

Do své bakalářské práce jsem si zvolila kvalitativní formu výzkumu, díky které mohu lépe vnímat pocity porodních asistentek. Použila jsem polostandardizovaný rozhovor.

Vzorek respondentů

Rozhovor byl proveden s porodními asistentkami minimálně jednou rodícími, tak abych mohla zmapovat jejich pocity jak v průběhu těhotenství, tak během porodu. Výběr respondentů byl záměrný a všechny tři porodní asistentky souhlasily se zveřejněním jejich odpovědí. Postupně uvedu a průběžně zhodnotím rozhovory se třemi porodními

asistentkami, které budu rozlišovat písmeny A, B a C. Dvě z porodních asistentek rodily v období předešlých tří let a jedna porodní asistentka rodila před více než třiceti lety. Ve výzkumu porovnávám zejména jejich pocity, ve kterých se prolínají role, které nelze oddělit, tedy těhotné a rodící ženy a současně i porodní asistentky. Všechny rozhovory byly použity do praktické části mé bakalářské práce a byly zaznamenávány formou písemnou.

Zpracování výsledků

Rozhovor č. 1: porodní asistentka A

Iniciály ženy: I. H., 59 let, vdaná, středoškolské vzdělání, porod první v roce 1975 ♂ a porod druhý v roce 1976 ♂, do r. 1979 pracovala v nemocnici MUDr. Mulače v Plzni, od r. 1980 pracovala v ambulantní sféře gynekologických ordinací, v současné době pracuje v soukromé gynekologické ordinaci

„Kde nebo na jakém oddělení jste před těhotenstvím a popřípadě i v těhotenství jako porodní asistentka pracovala?“

„V té době jsem pracovala na gynekologicko-porodnickém oddělení doktora Mulače, kde bylo oddělení gynekologické spojené s oddělením šestinedělí.“

„Jaké pocity jste prožívala od okamžiku, kdy jste zjistila, že jste těhotná?“

„No, každé těhotenství jsem prožívala jinak. U toho prvního jsem měla pocity slastné. U toho druhého jsem se cítila trochu provinile, protože nebyl plánovaný. Doposud mám výčitky svědomí, že jsem toho druhého trochu ošidila. Když jsem zjistila, že jsem těhotná tak krátce po prvním porodu, tak jsem svému porodníkovi plakala na rameni. Takže jsem napřed byla trochu vyděšená, ale poté už jsem i druhé těhotenství prožívala jako to první.“

„Máte pocit, že vás ovlivnilo povolání porodní asistentky v prožívání Vašeho těhotenství?“

„Myslím že jo. Člověk si uměl lépe poradit, protože s tím pracoval. Věci, které jiní neznali, tak pro mě byli samozřejmé.“

„Kdy jste se s těhotenstvím svěřila širší rodině a přátelům?“

„S oběma těhotenstvími ihned, asi někdy kolem 6. týdne těhotenství, ale bylo to zejména proto, že jsem nevydržela to nikomu neříct.“

„Ovlivnily Vás vaše znalosti a zkušenosti z praxe v tom, kdy jste s plodem začala navazovat kontakt?“

„Od začátku jsem to brala tak, jako že čekám dítě. Ani bych nemohla jít na interrupci. Od začátku těhotenství jsem si s ním povídala, poslouchali jsme hudbu, a to u obou těhotenství.“

„Vybavovaly se Vám během těhotenství některé negativní zkušenosti z praxe, se kterými jste se setkala v průběhu svého povolání?“

„To jo. Největší jsem měla strach z Downa, protože u nás v porodnici se alespoň jeden ročně narodil. Myslela jsem na to, aby se to nestalo i mně, ale snažila jsem se ty myšlenky hned odehnat. Když se u nás jeden Down v tom roce kdy jsem byla těhotná už narodil, tak jsme si s kolegyní říkaly, že jeden už tady byl, a tak se nám to už vyhne. Tím jsme se chlácholily. Vlastně se provotrimestrální screening v té době nedělal, a to byla si výhoda v tom, že jsem se nemusela obávat nějakých výsledků, na druhou stranu, tady nějaké obavy byly i tak, protože ta hrozba tady byla.“

„Co jste pociťovala při návštěvách prenatální poradny?“

„Strach jsem nepociťovala. V té době nebyly ani ultrazvuky. Váhu jsem nahlásila od oka, moč jsem nenosila a tlak mi změřili. Ptali se jestli se cítím dobře, odpověděla jsem že ano a šla jsem domů. Nemusela jsem se stresovat, protože prenatální diagnostika nebyla tak dokonalá jako dnes, vlastně jsem ani nevěděla, co se mi narodí.“

„Měla jste tendenci v průběhu těhotenství zvýšeně kontrolovat a ujišťovat se, jako porodní asistentka a současně i těhotná žena, že vše probíhá tak, jak má?“

„Ne, já jsem maximálně důvěřovala svému porodníkovi. Když mi řekl, že jsem v pořádku, tak jsem mu věřila. Měla jsem pocit bezpečí, a proto jsem neměla potřebu se sama ujišťovat, že jsem v pořádku. Jak jsem již říkala, tak prenatalní diagnostika opravdu nebyla vůbec tak dokonalá jako dnes, a proto mě to ani nenutilo něco více kontrolovat a fixovat se na to, aby všechny výsledky dopadly dobře a stresovat se.“

Porodní asistentka I. H., která rodila více než před třiceti lety vnímala příchod prvního těhotenství velmi pozitivně. Druhé těhotenství, které bylo neplánované a velmi časně od prvního porodu v ní zpočátku nevyvolávalo tak radostné pocity jako to předchozí. Navázání kontaktu s plodem a svěření se svým blízkým proběhlo u obou těhotenství bezprostředně po zjištění gravidity a její teoretické vědomosti ani zkušenosti z praxe jí v tomto neovlivnily.

Povolání porodní asistentky paní I. H. v prožívání těhotenství ovlivnilo převážně pozitivně. Věděla, co jak probíhá a na co se připravit. Negativní zkušenosti z praxe jí ovlivnily zejména v souvislosti s výskytem porodu dítěte s Downovým syndromem, se kterým se ve své praxi setkávala a měla tedy obavy, aby i její dítě nebylo takto postižené, protože prenatalní diagnostika a péče v té době nebyla ani zdaleka na takové úrovni jako je dnes. Přesto se snažila svoje negativní myšlenky potlačit a prožívat těhotenství v pozitivní náladě. I když prenatalní péče nebyla dokonalá, tak těhotná žena v té době měla výhodu v tom, že se nemusela obávat výsledků prenatalních testů, které jsou prováděny v dnešní době. Velkou výhodou pro ní byl kladný vztah s jejím porodníkem, kterému plně důvěřovala, a tak neměla potřebu kontrolovat průběh svého těhotenství jakožto porodní asistentka.

„Máte pocit, že Vás ovlivnilo Vaše povolání v prožívání porodu?“

„Myslím že ani ne, protože v okamžiku kdy se ta situace týká té osoby, tak jedná úplně jinak. Zpanikařila jsem a úplně jsem zapomněla na to, že jsem porodní bába. Změnila jsem svůj postoj a řekla bych, že mě moje povolání ani neovlivnilo. Paniku ale

vyrovnával pocit důvěry v mého porodníka a já jsem věděla, že kdyby se něco dělo, tak že by mě dostal ze všech průšvihů.”

„Jaké pocity jste měla, když jste zjistila že začínáte rodit?“

„Oba porody začaly nástupem kontrakcí, ale při prvním porodu jsem panikařila, dokonce jsem přijela do porodnice o dva dny dříve, protože jsem špatně odhadla sílu kontrakcí. Jistější jsem si byla až při druhém porodu, to už jsem nepanikařila.“

„Jak probíhal Váš porod?“

„Jak jsem už říkala, tak při prvním porodu jsem do porodnice dorazila o dva dny dříve, takže mě paní doktorka pustila zpět domů a dostala jsem nařízené procházky na čerstvém vzduchu. Po dvou dnech opět nastaly kontrakce a já jsem ráno vyrazila do porodnice, kde jsem dostala injekci na bolest a v poledne jsem porodila. Druhý porod začal opět kontrakcemi, ale bylo to už rychlejší. Po příjezdu do porodnice jsem dostala infúzi s Oxytocinem a ležela jsem na infúzi, také mi udělali dirupci a byla zelená voda. Samozřejmě mě napadlo, že by to mohl být průšvih. Malý byl nakonec takový hypotrof. Také v ten den všichni z oddělení slavili narozeniny mé kolegyně a mě nechali na oddělení. Všichni říkali, že mám ještě dost času. Já jsem potom poprosila kolegyni, která se kolem mě nachomýtla, aby mě vyšetřila, že už opravdu porodím. No a byla tam hlava.“

„Napadalo Vás v průběhu vlastního porodu, co vše by se mohlo zkomplikovat?“

„Vlastně to šlo nakonec tak rychle, že ani ne. Spíše si to člověk nechce ani připouštět. Snažila jsem se negativní myšlenky potlačit. Ale je pravda, že u druhého porodu po té dirupci, když byla zelená voda, tak to mě napadlo, že by mohly nastat komplikace, to ano. Současně když jsem rodila druhého syna, tak na sále rodili kolizní polohu dvojčat, a to na mě nepůsobilo zrovna dobře.“

„Kontrolovala jste průběh vlastního porodu?“

„To opravdu ne. Dnes je to jiné, všechno je důkladnější. Jsem přesvědčená, že kdyby se v té době natáčelo třeba CTG, tak bych ho jistě sledovala a kontrolovala. V době mých porodů nebyla za porodu tak intenzivní monitorace jako dnes a ani já jsem tedy neměla tolik co kontrolovat. ”

„Ujišťovala jste se u personálu, který Vás v průběhu porodu ošetřoval, zda je vše v pořádku?“

„Určitě. Už to bude? Kolik tam je? Ptala jsem se jestli už prořezává hlava a podobně. Kolegyně mě vyšetřovala a konzultovaly jsme postup porodu. Bylo to tak u obou porodů. ”

„Kontrolovala jste činnost personálu v průběhu vlastního porodu?“

„To jo. Důvěřuj, ale prověřuj. Kontrolovala jsem, zda pravidelně sledují ozvy plodu, zda dodržují hygienické postupy i správné ošetrovatelské postupy. Musím říci, že mi vadilo, že jsem nemohla vidět ošetření ani jednoho z dětí po porodu. U obou porodů je odnesly a ukázaly mi je až po ošetření. ”

„Vměšovala jste se nějak do práce porodní asistentky či lékaře v průběhu vlastního porodu?“

„To ne. Sledovala jsem jejich práci. Samozřejmě, že konzultace a spolupráce tady byla. Ale řídil si to lékař s porodní asistentkou, a tak by to asi mělo být. Je pravda, že mezi námi byl takový kolegiální přístup. ”

„Pocit'ovala jste v průběhu vlastního těhotenství a porodu nějaké výhodu v tom, že jste porodní asistentka?“

„No, asi jo. Člověk tak věděl, že nejde do ničeho neznámého. Myslím si, že i po porodu mi moje povolání pomohlo v tom, že jsem si uměla zorganizovat domácnost. Měla

jsem doma dvě malé děti a věděla jsem co se jak dělá, jak o ně pečovat, co musí být sterilní a podobně. Ani s kojením jsem neměla problém, i když v té době byla minimální osvěta, ale moje povolání mi to vlastně ulehčilo. Nepotřebovala jsem se nikoho ptát co se jak dělá a jestli to dělám správně.”

„Jaký by podle Vás měl být přístup personálu k porodní asistenci, která je těhotná či rodící?”

„Určitě bych si představovala, aby mě brali jako těhotnou a rodící, ale současně i jako porodní asistentku, člověka, který o tom něco ví.”

Porodní asistentka I. H., rodila před více než třiceti lety na svém bývalém pracovišti. Na počátku tvrdí, že jí její povolání v prožívání vlastních porodů neovlivnilo, nijak negativně. Spíše vyzdvihuje pozitivní efekt jejich znalostí a praktických zkušeností z praxe porodní asistentky v prožívání vlastních porodů, jako je znalost průběhu porodu, a tedy i nepřítomnost pocitu neznáma, který často pociťují rodičky, které s porodním procesem zkušenost nemají. I přes to jí při prvním porodu přepadly pocity paniky a její role porodní asistentky byla v tomto ohledu částečně potlačena. Při druhém porodu se do popředí dostaly pocity větší jistoty. I když na začátku rozhovoru tvrdí, že jí její povolání v prožívání porodů neovlivnilo, dále se ukázalo, že tomu ve skutečnosti až tak není. Při druhém porodu, jí v hlavě začaly proudit myšlenky na možné komplikace v okamžiku, kdy po dirupci vaku blan byla u plodu zelená voda plodová. Průběh vlastních porodů zvýšeně nekontrolovala, což jak podotýká, bylo spíše tím, že v té době nebyla taková intrapartální monitorace jako dnes. Kolegiální vztah s ošetřujícím personálem vedl k tomu, že měla možnost průběh porodu konzultovat v přátelské atmosféře. Do práce personálu se nijak nevměšovala, ale i přes to se zaměřovala na postupy a poskytování péče, která jí byla věnována. Výhody svého povolání ve spojitosti se svými těhotenstvími a porody vidí zejména v tom, že byla v mnoha ohledech orientovaná a znalá a ani se nemusela nikde dožadovat informací o péči o dítě. Ráda by, aby v péči o porodní asistentky těhotné a rodící, členové ošetřujícího týmu respektovali i vzdělání porodních asistentek, jejich vědomosti a současně i praktické zkušenosti.

Souhrn:

Porodní asistentka I. H., nyní pracující v soukromé gynekologické ordinaci a na částečný úvazek na Oddělení rizikových a patologických těhotných zavzpomínala na pocity, které prožívala při svých těhotenstvích a porodech.

V bloku mého rozhovoru, který je zaměřen na pocity v průběhu těhotenství, vyzdvihuje většinou pozitiva. Povolání porodní asistentky jí v prožívání těhotenství ovlivnilo spíše pozitivně ve smyslu dostatečných vědomostí a orientace. Negativní ovlivnění přichází až v okamžiku, kdy se zaměřuji na negativní zkušenosti z praxe, kde vzchází najevo, že setkávání se s porodem dítěte s VVV během své praxe, vyvolávalo u těhotné porodní asistentky chmurné myšlenky. Její těhotenství tedy provázely určité pocity nejistoty o správný vývoj plodu, což mělo spojitost i s primitivní prenatalní péčí té doby ve srovnání s antepartální monitorací a diagnostikou prováděnou nyní.

Druhá část byla zaměřená na období porodu. Paniku při prvním porodu střídaly pocity jistoty při porodu druhém. Pozitivně opět vnímala své znalosti a zkušenosti s porodem i obdobím po porodu a péči o dítě, a také velkou důvěru ve svého porodníka i kolegiální přístup všech svých kolegů. I když zpočátku přiznala, že se začátkem porodu zapomněla na to, že vůbec je porodní bába, tak během svých porodů konzultovala postup porodu i péči s porodní asistentkou. Je tedy znát, že aniž by si to sama uvědomila, tak se její role porodní asistentky projevila i během vlastního porodu, a to i v okamžiku zjištění charakteru odteklé vody plodové a spuštění koloběhu myšlenek na možné komplikace nebo když zjistila, že současně při jejím druhém porodu rodila žena s kolizní polohou dvojčat, což je velice závažná komplikace. Prolínání rolí porodní asistentky a rodící ženy se ukázalo i při odpovědi na otázku, který se týkala sledování činnosti personálu. I když paní I. H. byla ošetřována svými kolegy, tak přes to zaměřila svojí pozornost na správné postupy a péči, která jí byla během porodu poskytována.

Byla by nerada, aby se zapomínalo v péči o porodní asistentky těhotné a rodící na to, že jsou samy právě ty, které těhotenstvím a porodem provází, a tak jsou současně i znalé v těchto oblastech.

Rozhovor č. 2: porodní asistentka B

Iniciály ženy: E. K. Č., 32 let, vzdělání vysokoškolské, porod v roce 2010 ♂, nyní na RD a současně pracuje jako soukromá porodní asistentka, poskytuje návštěvní činnost, vede prenatální kurzy

„Kde nebo na jakém oddělení jste před těhotenstvím a popřípadě i v těhotenství jako porodní asistentka pracovala?“

„Pracovala jsem jako porodní asistentka na porodním sále a současně i na oddělení šestinedělí v okresní nemocnici.“

„Jaké pocity jste prožívala od okamžiku, kdy jste zjistila, že jste těhotná?“

„Měla jsem velkou radost. Dlouho jsem chtěla miminko, bylo to žádané. Nikde jsem to ale neříkala, do poradny jsem šla až ve 12. týdnu, v práci jsem to řekla až v 17. týdnu.“

„Neměla jste na druhou stranu obavy například z časně ztráty?“

„Nějaké obavy tam byly, ale že bych se nějak strachovala, to ne. Nic takového jsem si nepřipouštěla.“

„Máte pocit, že vás ovlivnilo Vaše povolání v prožívání vlastního těhotenství?“

„Určitě, samotné vzdělání v porodní asistenci také, ale mě spíše to, co jsem si absolvovala dále potom, různé kurzy, semináře. Zejména Barbara Kosfeld. Z mého pohledu mě ovlivnilo pozitivně, že jsem věděla, co si mohu dovolit, že nepůjdu na oGTT, že to pro mě není důležité nebo když jsem měla chuť jít do sauny, tak jsem šla. Takže spíše pozitivní přínos. Ale samozřejmě že negativní myšlenky tam byly také.“

„Kdy jste se s těhotenstvím svěřila širší rodině a přátelům?“

„Svěřila jsem se až tak v 18. až 20. týdnu těhotenství, spíše ve 20. týdnu. Jeden z důvodů byl ten, že děda měl kulaté narozeniny a babička v té době taky slavila, tak nás napadlo, že

by to byl dobrý dárek. Měli jsme tedy vymyšlené, že to bude takový dárek. Neměla jsem potřebu to říkat dříve. Měla jsem radost a ostatní to nepotřebují vědět. Věděl to pouze můj manžel a moje sestra, nikdo jiný.”

„Ovlivnily Vás Vaše znalosti a zkušenosti z praxe v tom, kdy jste s plodem začala navazovat první kontakt?“

„Kontakt byl rozhodně navázaný od počátku. Vzhledem k tomu, že vedu kurzy předporodní přípravy a vím, že je navázání kontaktu s plodem důležité. Takže v tomto smyslu jsem byla ovlivněná, ale pozitivně.”

„Vybavovaly se Vám během těhotenství některé negativní zkušenosti z praxe, se kterými jste se setkala v průběhu svého povolání?“

„Ne, tohle si nevybavuji. Možná ano, ale negativní myšlenky se člověk snaží spíše zapudit. Určitě tam nebylo to, abych se v těhotenství stresovala tím, že se něco může stát.”

„Co jste pociťovala při pravidelných návštěvách prenatalní poradny?“

„Nijak zvlášť jsem je neprožívala. Já jsem cítila, že je vše v pořádku. Naučila jsem se vnímat svoje tělo.”

„Neměla jste třeba obavy z výsledků prenatalních screeningů?“

„Ne, v tom smyslu, že mi řeknou, že je něco špatně, tak ne. Když se zpětně zamyslím, tak jsem obavy opravdu neměla. Byla jsem poměrně vytížená, chodila jsem do práce, studovala jsem. Možná že kdybych měla více volného času, tak že bych nad tím přemýšlela. Potom, když mi kolegyně poslala třeba zprávu, že je vše v pořádku, tak mě vlastně ani nenapadlo, že by to mělo být jinak.”

„Měla jste tendenci v průběhu těhotenství zvýšeně kontrolovat a ujišťovat se, jako porodní asistentka a současně i těhotná žena, že vše probíhá tak, jak má?“

„Snažila jsem se spíše vnímat svoje tělo a vnímat nějaké signály. Že bych si třeba měřila břicho, jestli roste tak, jak má, tak to asi ne.“

Těhotenství bylo pro porodní asistentku E. K. Č. vítanou zprávou. Radost a nadšení provázely téměř celé těhotenství. Znalosti, které jako porodní asistentka získala a dále rozvíjela, přispěly k naučení se vnímat své vlastní tělo, a tak si byla dobře vědoma toho, co si může jako těhotná žena dovolit. Pokud jí přišly na mysl negativní myšlenky, snažila se je potlačit. Podotýká, že ve sdělování těhotenství byla zdrženlivá. Ne z důvodu nějakých obav o jeho osud, ale protože neměla potřebu se svému okolí svěřovat. Sama jako lektorka předporodní přípravy vyzdvihuje důležitost prenatální komunikace, kterou i se svým plodem navázala ihned po zjištění gravidity. Prenatální diagnostika pro ní nebyla stresující, její vytíženost v průběhu těhotenství možná pomohla k tomu, že jí na mysl nepřicházely myšlenky na nepříznivé výsledky. Neměla potřebu zvýšeně kontrolovat, zda se v jejím těhotenství a jeho průběhu vyskytují nějaké odchylky, důvěřovala svému tělu a jeho signálům.

„Máte pocit, že Vás ovlivnilo Vaše povolání v prožívání vlastního porodu?“

„Hm, asi určitě. Spíše pozitivně. Vědomosti, zkušenosti, znalosti, prostě spíše pozitivně. Věděla jsem, jak to probíhá, jak to je.“

„Jaké pocity jste měla, když jste zjistila, že začínáte rodit?“

„První kontakt s kontrakcí a s tou silou bylo tedy překvapení. Už během gravidity jsem přemýšlela o tom, že budu rodit doma. Nicméně ke konci těhotenství byl malý vysoko a trochu tam byla šikmá poloha. Byla jsem po termínu porodu a strašili mě sekci. Chtěli mě hospitalizovat, ale to jsem nechtěla. Šla jsem k jinému gynekologovi, který mi dal ještě týden, a poté jsem sama cítila, že se to upravilo. Nakonec po nějaké podpoře pomocí homeopatika a cviků se to rozběhlo. Ale už tam byla taková nejistota, že tam byla ta šikmá poloha. Pro porod doma jsem měla zajištěnou svojí porodní asistentku kamarádku,

gynekoložku a pediatričku. Nevím, jestli chcete abych Vám tady vyprávěla celý svůj porod.”

„Určitě ano, to měla být moje další otázka, prosím pokračujete a popište mi průběh Vašeho porodu.”

„Tu noc, kdy jsem rodila, v porodnici sloužila právě ta moje kamarádka porodní asistentka. Doma jsem se vyšetřila, a když jsme přijeli do porodnice, tak záznam byl dobrý, bylo tam 8 cm, ale bylo to vysoko. Hospitalizovat jsem úplně ještě nechtěla, takže jsem se nenechala přijmout. Nikdo to ve špitále nevěděl, takže z toho pak byla trochu aféra. Řešili jsme, jestli tam zůstanu nebo pojedu domů. Také moje vztahy s panem primářem nebyly ideální. To bylo to, co mě rušilo a štvalo. Nicméně jsme tam zůstali, udělali jsme příjem a vyvstal problém, když dorazila paní doktorka, službu konající lékařka. Nelíbil se jí CTG záznam a řešilo se to dál. Volala primářovi a mezitím mě přemlouvala, že píchneme vodu. To jsem odmítla a řekla jsem, že když už přijede primář, tak s tím píchnutím vody můžeme počkat až na něj. Poté přijel primář, píchnul vodu a řekl, že je to vysoko a že pojedeme na sekci. Udělal se akutní sekce, dostala jsem celkovou anestézii, to také nechápu, proč jsem nedostala epidurál, podle mě to tak akutní nebylo. Já jsem sice ten záznam, který se před tou sekcí natáčel, neviděla, ale slyšela jsem, že byl dobrý. Udělala se tedy akutní císařský řez. Spoustu věcí vidíte až s odstupem, ani nevím, jestli mě někdo poučil, byla jsem trochu zatlačena do rohu a přemýšlím o tom, co jsem mohla zpětně ovlivnit a do jaké míry. Dítě bylo dobré a výhodou bylo, že jsem měla dítě po celou dobu u sebe a třetí den jsme šli domů. Poté tam vznikla aféra, že jsem přišla do porodnice dřív, že se hned nedělal příjem a že ta moje kolegyně mohla zabít mě i dítě a podobně. U porodu se mnou byla i moje gynekoložka, na kterou byla panem primářem podaná stížnost. Také to bylo poslední kapkou pro mojí kamarádku porodní asistentku, která na tento popud odešla z nemocnice. To byl vlastně negativní efekt celého porodu.”

„Nezvažovala jste tedy odjezd do jiné porodnice, když jste si byla vědoma toho, že s personálem nemáte ideální vztahy?”

„Určitě jsem přemýšlela o tom, že bych mohla jet jinam, ale nakonec jsem tam zůstala kvůli malému. Věděla jsem, že novorozenecká péče je celkem bez problémů a že budu moci

mít malého pořád u sebe, což by jinde asi nešlo. Také jsem do porodnice jela cíleně za svoji kolegyní, aby zkontrolovala ozvy plodu, nebyla jsem rozhodnutá, že tam zůstanu. Ani věci jsem si s sebou žádné nebrala.”

„Napadalo Vás v průběhu vlastního porodu, co vše by se mohlo zkomplikovat?”

„Bylo to tam, protože jsem věděla, že tam byla ta šikmá poloha a já jsem raději chtěla natočit malého a být v klidu, že je vše v pořádku, i když já jsem věděla, že je všechno dobré. Ale jak jsem vyškolená od Barbary Kosfeld, tak vím, že nic není jen tak z nenadání.”

„Kontrolovala jste průběh vlastního porodu?”

„Vnímala jsem to, že jsou kontrakce pravidelné a efektivní. Vyšetřila jsem se a věděla jsem, že jsou tam třeba 4 cm a že to postupuje. Ale vzhledem k tomu, že jsem přenášela a že tam na konci těhotenství ta šikmá poloha byla, tak jsem pro svůj klid jela a nechala si natočit to CTG.”

„Vyhodnocovala jste si CTG záznam, který Vám za porodu natáčeli?”

„První záznam jsem kontrolovala, ten druhý jsem pouze slyšela, ale neviděla. Ale slyšela jsem, že je v pořádku. Důležité bylo, že jsem věděla, že je to v pořádku, máte takový důkaz, že je to opravdu dobré a i ten vnitřní pocit, že je to dobrý. Jistě, že kdyby to nebylo v pořádku, tak by mě to znepokojovalo.”

„Ujišťovala jste se u personálu, který Vás v průběhu porodu ošetřoval, zda je vše v pořádku?”

„Já má pocit, že jsem tam byla jakoby porodní asistentkou sama sobě. Na záznam jsem se samozřejmě podívala a zkontrolovala ho. Ptala jsem se té své kamarádky, jak to vypadá, když mě vyšetřovala. Když to tak vezmu zpětně, tak to vnímám tak, že jsem vystoupila z role té rodičky a byla jsem opravdu porodní asistentkou sama sobě.”

„Když jste popisovala svůj porod, tak jsem to vnímala tak, že k ošetřující lékařce jste důvěru příliš neměla, bylo to tak?“

Ano, lékařce jsem tak úplně nedůvěřovala, protože jsem jí znala z praxe a neztotožňuji se s jejím přístupem. Ale důvěřovala jsem té svojí kolegyni porodní asistentce a svojí gynekoložce, i když si myslím, že se bála, i když by nemusela. S primářem tam byla jasná nedůvěra. Myslím si také, že je to o té důvěře, protože jinak bych nemusela vystupovat z té role rodičky a být si porodní asistentkou.“

„Kontrolovala jste činnost personálu v průběhu vlastního porodu?“

„No jasně, že třeba když spadly ozvy plodu na moje ozvy, že jsem říkala doktorce, že zbytečně zmatkuje, namísto toho, aby mě zpolohovala. Potom jsem dostala kyslík, tak jsem si ho samozřejmě sundala, protože to bylo zbytečné. Vnímala jsem i ostatní personál. Nevím, jestli jsem přímo kontrolovala, ale prostě někde to v té hlavě máte, jak se co má dělat a tak. Zpětně si vybavuju tu aféru a tak. Co jsme s tehdy třeba s kolegyní udělaly špatně.“

„Vměšovala jste se nějak do práce porodní asistentky či lékaře v průběhu vlastního porodu?“

„Se svojí kamarádkou porodní asistentkou jsme se domlouvaly a přemýšlely. Samozřejmě jsem nesouhlasila například s tím, že mi chtěli píchnout vodu a tak. Takže jsem se tomu bránila. Také to byl důvod, že jsem se nenechala ihned přijmout, vlastně až po hodině a půl až do dvou hodin. od příchodu do porodnice jsem se nechala přijmout, možná také proto, že jsem věděla, kdo slouží. Třeba to píchnutí vody jsem konzultovala i s tou mojí gynekoložkou, která tam byla se mnou.“

„Pociťovala jste v průběhu vlastního těhotenství a porodu nějaké výhody v tom, že jste porodní asistentka?“

„Jo, pociťovala. Věděla jsem, co je normální a co není. Někaké příznaky a rizika. Že bych hned někam neběžela s nějakým píchnutím a že prostě víte, co si můžete a nemůžete dovolit. Ono je to dost dvojsečné, má to svoje pro i proti.“

„Jaký přístup byste očekávala jako porodní asistentka v roli těhotné či rodičky od ošetřujícího personálu?“

„Na jedné straně mě při porodu brali jako normální pacientku, ale na druhou stranu jsem nedostala to vysvětlení, proč se dělá sekce a tak. Měly mě brát spíš tak, že jsem porodní asistentka a několikaletou praxí a že mi nemůžou něco navěsit na nos a že nejsme člověk, který do toho nevidí.“

E. K. Č., porodní asistentka, která se v průběhu těhotenství připravovala na domácí porod. Nakonec porodila na svém bývalém pracovišti císařským řezem. Na otázku, zda jí ovlivnilo její povolání v prožívání vlastního porodu, zpočátku odpovídala s naprostou jistotou, že ano. Zdůrazňovala ale zejména pozitivní ovlivnění, zejména v souvislosti s orientací se v porodním procesu. Během hlubšího rozhovoru na toto téma vyplynulo, že jí její znalosti a zkušenosti neovlivnily jen pozitivně, ale v souvislosti se šikmou polohou plodu ke konci těhotenství se během porodu objevily pocity nejistoty a i přes to, že se naučila vnímat svoje tělo a jeho signály, se rozhodla k navštívení porodnice a natočení CTG záznamu, aby sama sebe ujistila, že je vše v pořádku. Průběh porodu se snažila monitorovat sama, po příjezdu do porodnice kontrolovala kvalitu CTG záznamu a ve spolupráci s kamarádkou porodní asistentkou i progresi porodu. Potvrzuje, že v případě nějaké patologie by byla znepokojená. Spolupráce s kamarádkou porodní asistentkou byla narušena lékaři, se kterými E. K. Č. v mnoha postupech neztotožňovala. Jak sama říká, byla porodní asistentkou sama sobě, a tak mnohdy zasahovala do postupů personálu, zejména lékařů, se kterými nesouhlasila. Nakonec byl indikován akutní císařský řez, ale i když byla porodní asistentkou v roli rodičky, tak podotýká, že jako rodičce jí nebylo vše dostatečně vysvětleno. Zpětně přemýšlí o jiných možných řešení, která mohla podniknout v průběhu vlastního porodu a o aféře, která měla negativní efekt nejen na celý porod.

Výhody toho, že je porodní asistentkou viděla v souvislosti se svým těhotenstvím a porodem v tom, že se orientovala ve fyziologiích i patologiích a byla tedy schopna zhodnotit, co normální je a co ne. Byla by ráda, aby porodní asistentky těhotné a rodící byly ošetřujícím personálem přijímány celistvě. Tedy jako těhotné či rodící ženy, ale současně jako vzdělané porodní asistentky.

Souhrn:

E. K. Č. je porodní asistentkou, která je momentálně na rodičovské dovolené se svým synem. Přesto je pracovně velice vytížená a na mé požádání zavzpomínala na nedávné těhotenství a porod syna, který nedopadl podle jejích představ.

Ze zjištění těhotenství se radovala, byla šťastná a zpočátku si radostnou zprávu ponechala pro sebe. Povolání porodní asistentky a vzdělávání se na seminářích s Barbarou Kosfeld pro ní bylo v prožívání těhotenství spíše výhodou a pokud se v těhotenství objevily negativní myšlenky, tak se je snažila potlačit. Neobávala se výsledků prenatalních testů, byla pozitivně naladěna a orientovala se dle svých vlastních pocitů. Na druhé straně jí znepokojilo zjištění, že na konci těhotenství plod zaujímal šikmou polohu. Nakonec jí tato informace narušila připravovaný domácí porod, pro který měla zajištěnou jak porodní asistentku, tak pediatričku.

Zážitek celého porodního procesu byl pro rodící porodní asistentku nakonec úplně jiný, než si představovala. V domácím prostředí průběh svého porodu monitorovala sama, přes to jí myšlenky na šikmou polohu, kterou plod ke konci těhotenství zaujímal, donutily jet do porodnice a nechat si natočit CTG. Se svojí porodní asistentkou a současně kamarádkou, která měla asistovat u domácího porodu a sloužila na porodním sále i tu noc, kdy E. K. Č. rodila, spolu konzultovaly a obě se podílely na péči v průběhu porodu. I přes to se E. K. Č. zaměřovala na to, jak její porod probíhal, kontrolovala ho a sledovala i činnost personálu, zejména lékařů, což mohlo být způsobeno neztotožněním se s jejich postupy. Nesoulad, nedůvěra a ne zrovna ideální vztahy rodící porodní asistentky s lékaři narušily atmosféru porodu, který byl nálezem na děložním hrdle 8 cm, odteklé vodě plodové a nevstupující naléhající části plodu ukončen akutním císařským řezem v celkové anestézii. Velmi negativně vnímala to, jak s ní bylo jednáno, cítila, že tak úplně není o všem informována a současně že není respektována tak, jak by si představovala.

Nedostatečná informovanost ze strany lékařů mohla být opomenuta z toho důvodu, že předpokládali, že není nutno E. K. Č. nic osvětlovat, vždyť je porodní asistentkou a sama by tedy měla důvody indikovaných postupů pochopit. Navíc byla v submisivní roli a nezbývalo jí tedy nic jiného, než se podřídit. Podotýká, že během svého porodu musela vystoupit z role rodičky a být více porodní asistentkou. I po porodu zdravého novorozence byl porod porodní asistentky dále řešen vedením a vyústil v nepříjemné spory.

Porodní asistentka E. K. Č. se ke svému porodu v myšlenkách stále vrací a přemýšlí o tom, co by se zpětně mohlo změnit a udělat jinak, tedy alespoň tak, aby její porod nebyl tak negativně narušen. Bylo by podle ní dobré, aby se s porodními asistentkami jednalo jako s odbornicemi, které jsou znalé ve svém oboru a i jako těhotné či rodičky mají právo se svého vlastního těhotenství i porodu aktivně účastnit.

Rozhovor č. 3: porodní asistentka C

Iniciály ženy: L. S., 30 let, vdaná, vysokoškolské vzdělání, první porod v roce 2011 ♀, nyní je na RD a ve 28. týdnu druhého těhotenství, 3 roky pracovala na porodním sále, poté na oddělení pro riziková a patologická těhotenství, je lektorkou kurzů předporodní přípravy, vede cvičení s těhotnými

„Jaké pocity jste prožívala od okamžiku, kdy jste zjistila, že jste poprvé těhotná?“

„Velkou radost a nadšení. Myslím, že v tomto jsem se nelišila od ostatních těhotných žen, které se těší, až otěhotní. Také jsme čekali delší dobu, takže jsem byla opravdu šťastná.“

„Je nějaký rozdíl v tom, jak jste vnímala první těhotenství a jak prožíváte to druhé?“

„Velký. Hodně k tomu přispěl fakt, že je každé z nich úplně jiné. A do toho péče o dceru. Je ještě docela malá. Věkový rozdíl mezi nimi bude necelé 2 roky. Když jsem čekala Julii, měla jsem přesně spočítáno stáří těhotenství na dny. V tomto těhotenství se musím občas podívat do diáře, abych zjistila, v kolikátém už jsem vlastně týdnu. Dcerka mi každý večer maže břicho, mazlí se s ním a pusinkuje miminko. Také si s ní o miminku povídáme, povídáme si spolu i miminku do břicha. Já si s ním jinak moc nepovídám, spíš jen břicho pohladím. Když hodně prcek kope, tak se mu začnu víc věnovat. Jakoby si říkalo o mou pozornost. Občas se snažím jít cvičit a věnovat se jenom sobě a dítěti v břiše. To si pak hodně užívám třeba relaxaci, kdy veškerou pozornost věnuji jemu.“

„Máte pocit, že Vás ovlivnilo Vaše povolání v prožívání vlastního těhotenství?“

„Ano. Na jednu stranu jsem byla klidnější, nemusela jsem studovat a pročítat žádnou literaturu o těhotenství a porodu, teoreticky jsem byla připravena. Spíš jsem občas s úsměvem porovnávala své pocity s literaturou. Na druhou stranu jsem si z praxe vybavovala různé situace, které v těhotenství mohou nastat. Například samovolný potrat, VVV plodu, předčasný porod a podobně.“

„Kdy jste se s těhotenstvím svěřila širší rodině a přátelům?“

„Myslím, že relativně dost brzy. Určitě jsme nevyčkávali do konce prvního trimestru.“

„Ovlivnily Vás Vaše znalosti a zkušenosti z praxe v tom, kdy jste s plodem začala navazovat první kontakt?“

„Těžko říci. Asi to velkou roli nehrálo.“

„Takže jste s navázáním kontaktu nebyla zdrženlivější, například proto, že jste věděla, že může dojít k časně ztrátě?“

„Ne, myslím, že v tomto ohledu mě to neovlivnilo. Věděla jsem, že k tomu může dojít, ale zdrženlivá jsem v navázání kontaktu nebyla.“

„Kdy jste s plodem začala navazovat první kontakt?“

„Hned od začátku, kdy jsem zjistila, že jsem těhotná, jsem s dítětem promlouvala. Nejprve jen v myšlenkách, ale dost brzy i nahlas.“

„Vybavovaly se Vám během těhotenství některé negativní zkušenosti z praxe, se kterými jste se setkala v průběhu svého povolání?“

„Určitě ano. Jak jsem zmínila, tak se mi vybavovaly myšlenky na potrat, VVV, předčasný porod, nitroděložní úmrtí plodu. Vždy jsem měla vytyčené cíle. Nejdříve jsem měla obavu z potratu, tak jsem si říkala, ať už je 12. týden za námi. Pak jsem byla nervózní před screeningem. Další vytyčenou metou byla hranice viability plodu. Když jsme ji překročili, tak jsem si říkala, aspoň 30. týden.“

„Co jste pocítovala při pravidelných návštěvách prenatalní poradny?“

„Při běžné těhotenské poradně, kdy se jen vyplnila řádka v tabulce v těhotenské průkazce, jsem si připadala vlastně zbytečně. Na konci těhotenství, s přibývajícímí otoky, kilogramy, stoupajícím tlakem, pro mě byla každá poradna stresující. Na CTG potom byla tachykardie plodu. Ke konci těhotenství mě proto více hlídali, ale já jsem nechtěla být hlídaná, tak jsem měla takové útěkářské sklony a ani se mi na kontroly nechtělo chodit.“

„Měla jste tendenci v průběhu těhotenství zvýšeně kontrolovat a ujišťovat se, jako porodní asistentka a současně i těhotná žena, že vše probíhá tak, jak má?“

„Mám dojem, že jsem se upínala na důležité věci, jako například genetický screening, ultrazvukový screening. Nemám pocit, že bych průběh těhotenství nějak zvýšeně kontrolovala. Nevsugerovávala jsem si žádné problémy navíc, protože jsem žádné problémy nechtěla.“

Porodní asistentka L. S. nyní prožívá svoje druhé těhotenství, které je pro ní jiné, než bylo to první, protože je do něj zapojená i její malá dcera, ale ve vzpomínkách se ochotně vrátila i k tomu prvnímu. Na to, až bude moci být porodní asistentka L. S. v roli těhotné ženy, dle svých slov s manželem čekali již delší dobu, proto pro ní bylo zjištění těhotenství radostnou zprávou. Povolání porodní asistentky jí v prožívání vlastního těhotenství jednoznačně ovlivnilo. Pocity klidu a znalostí v oblasti těhotenství střídaly myšlenky na nepříznivé situace, které v těhotenství mohou nastat. Nic jí ale nebránilo, aby se s těhotenstvím svěřila svým blízkým ještě před ukončeným 12. týdnem těhotenství. Na vědomí jí přicházela rizika spojená s těhotenstvím a vývojem plodu, ale v navázání kontaktu s plodem jí to neovlivnilo. Téměř bezprostředně po zjištění těhotenství začala navazovat prenatalní komunikaci. Během prožívání těhotenství měla vytyčené určité cíle, které pro ní byly jakési záchytné body a určitým překlenutím rizikových období gravidity. Po jejich překročení, klesala nervozita a obavy o průběh těhotenství. Klasické návštěvy prenatalní poradny pro L. S. stresující zpočátku nebyly, mnohem více zatěžující pro ní bylo provádění screeningových testů, kdy se sice obávala jejich výsledků, ale sama se snažila si žádné problémy nevyhledávat a nějak zvýšeně se nekontrolovat. S narůstající graviditou se ke konci těhotenství vyskytly určité komplikace, které si žádaly častější monitoraci těhotné

porodní asistentky, která na její psychiku opět působila zátěžově. Kontroly sice absolvovala, ale se značnými pocity nervozity.

„Máte pocit, že Vás ovlivnilo Vaše povolání v prožívání vlastního porodu?“

„Určitě ano, i když jsem se opravdu snažila naprosto oddat porodnímu procesu, odpojit mozek a nechat vše jen tak plynout.“

„Jaké pocity jste měla, když jste zjistila, že začínáte rodit?“

„Radost z toho, že už konečně nastal ten den, kdy se mi narodí dítě, střídaly obavy, aby všechno dopadlo dobře. V okamžiku, kdy mi odtekla voda, jsem si říkala, že teď už se musí začít něco dít.“

„Jak probíhal Váš porod?“

„V pátek jsem šla do poradny, kde mi naměřili vysoký TK, generalizované otoky, vysoký váhový přírůstek, váhový odhad dítěte dle USG 4 kg, stav po 2 x LEEP. Druhý LEEP pro vytnutí stenózy po 1. LEEPu plus dilatace hrdla děložního. Následovala hospitalizace, lačnění, oxytocinový test, který se nedokončil, protože kontrakce děložní už jsem měla při NST a ještě večer preindukce. Od půlnoci jsem měla kontrakce po 5 minutách. Noc jsem strávila na nadstandardním pokoji střídavě v posteli, ve sprše. Ráno před 6. hodinou mě vyšetřila bývalá kolegyně z PS. Při vyšetření odtekla plodová voda, nález byl zbytek hrdla pro 2 prsty. Šla jsem na sál. Po odtoku vody plodové kontrakce výrazně zesílily, byly po 2 minutách. Po CTG jsem šla do vany, kde jsem strávila asi 2 hodiny. Z vany jsem vylézala s vaginálním nálezem lem. Pak jsme zůstali s manželem docela dlouho sami. Na sále měli akutní sekci, tuším pro výhřez pupečníku. Vzpomínám si, že manžel už byl dost nervózní, protože já jsem si přitlačovala, občas dost intenzivně, a on už měl strach a říkal, že někoho zavolá, že mu tam porodím. Pak už jsem s porodní asistentkou tlačila, nejdříve ve dřepu, v podřepu, mezitím mi ještě napojila CTG. A pak začaly alterovat ozvy, přišli 2 lékaři. Lehla jsem si na porodní postel a tlačila, všichni už byli nervózní, nastal stres. Po porodu dceru pediatr stimuloval. Apgar skóre 8-9-10. Vzpomínám, jak jsem se dívala na novorozenecké lůžko, byla fialová, neplakala. Po chvíli

už byla v pořádku. Měla jsem ji u sebe nepřetržitě, krásně se přisála k prsu... Personál odběhl k dalšímu akutnímu problému a my si vychutnávali první společné chvíle. Půl hodinu po porodu přišli opět 2 lékaři, kteří byli u porodu a začali spěchat na placentu. Už chtěli svolávat ARO na manuální lýzi, já už ale cítila kontrakci a říkala, ať ještě chvíli počkají, že už určitě placenta půjde. Za chvíli byla porozena i placenta. Následovalo ošetření porodního poranění. Pak jsem si přešla na dvojlůžko a s manželem jsme se kochali dcerou. Vůbec jsem se necítila unavená, šla jsem do sprchy, pak pěšky na oddělení šestinedělí. Dcera byla stále s námi.”

Vyhovovalo Vám to, že jste na porodním sále byla s manželem delší dobu sama, bez péče personálu?”

„V podstatě jo. Ale měla jsem takové nutkání si sledovat ozvy plodu sama, když už dlouhou dobu nikdo nešel.”

„V tomto Vás asi také ovlivnilo Vaše povolání, protože kdybyste nebyla porodní asistentka, tak by Vás tam samotnou asi nenechali, co myslíte?”

„To ano. Věděli, že kdyby se něco dělo, tak že se ozvu. Pořád mi opakovali, abych zazvonila kdyby něco.”

„Napadlo Vás v průběhu vlastního porodu, co vše by se mohlo zkomplikovat?”

„Určitě napadlo. Velmi intenzivně jsem sledovala především vstupní monitor na PS, po odtoku vody plodové. A pak když začaly alterovat ozvy na konci II. doby porodní. Už v těhotenství mě děsila představa akutní sekce.”

„Kontrolovala jste průběh vlastního porodu?”

„Sledovala jsem zejména CTG záznamy, to ano, bohužel jsem se tomu neubráníla. V té době, kdy jsme byli s manželem sami, tak jsem měla nutkání kontrolovat ozvy, ale namyslím si, že bych ten průběh nějak zvýšeně kontrolovala. Já jsem z vany vylezla s lemem, takže už nebylo co kontrolovat.”

„Ujišťovala jste se u personálu, který Vás v průběhu porodu ošetřoval, že je vše v pořádku?“

„Předtím než jsem šla na sál, když jsem byla ještě na riziku, tak jsem si vyžádala vyšetření od starší porodní asistentky pracující na porodním sále, které důvěřuji. Ptala jsem se jí, jestli si myslí, že to čtyřkilové dítě porodím. Řekla, že si myslí, že jo. To pro mě byla taková vzpruha, protože do té doby mě všichni jen strašili, že to skončí sekci. To u mě ale nepřipadalo v úvahu.“

„Kontrolovala jste činnost personálu v průběhu vlastního porodu?“

„Bohužel v okamžiku, kdy se vyřešila ta akutní sekce, tak nastal šrumelec u mě. Bylo ta tak, že akutní sekce se vyřešila a teď vyřešíme i tebe. A teď jsem měla hned vytlačit to čtyřkilové dítě. Tak až teď jsem začala sledovat kdo co a jak dělá a jak se chová.“

„Vměšovala jste se nějak do práce porodní asistentky či lékaře v průběhu vlastního porodu?“

„Odmítala jsem třeba nějaké medikamenty, které mi chtěli přidat do vany. Říkala jsem, tohle jo a tohle ne. Pořád mi chtěli dávat nějaké opiáty, tak ty jsem odmítala, ale nechala jsem si dát Buscopan. Potom když jsem tlačila, tak mi tam lékařka neustále dilatovala pochvu, tak to jsem jí zarazila, ať to nedělá, že v okamžiku, kdy mi to začne dělat, že mi přestane kontrakce. Rodila mě moje kamarádka porodní asistentka a vždy, když jsem po kontrakci otevřela oči a viděla jsem, že u toho stojí ona, tak mi to dalo další sílu. Prosadila jsem si svůj bonding, protože mě vždy mrzelo, že pediatrický personál spěchá na oblečení dítěte a zavinutí do zavinovačky a až pak teprve přikládá dítě matce k prsu. Kontakt skin to skin tam je opravdu jen na chvíli, ale já jsem si ho opravdu užila. I mně jí chtěli balit do zavinovačky, ale já jsem pro ní přinesla čepičku, ponožky, osušku. A protože jsem měla dceru po porodu neustále u sebe, tak jsem si jí sama vykoukala až někdy odpoledne. To bylo také moje přání, žádné koupání personálem 2 hod. po porodu.“

„Pocit'ovala jste v průběhu vlastního těhotenství a porodu nějaké výhody v tom, že jste porodní asistentka?“

„ Mám pocit, že dnes ženské pročítají různé knihy a diskuze o porodu. V tomhle ohledu jsem byla taková, že jsem nic neřešila. Nevím, jestli to byla nakonec výhoda. Pro mě by to byla velká prohra, kdyby porod skončil sekci. Myslím, že jsem byla standardní těhotná, ale ne rodička, že jsem tomu všemu chtěla dát prostor a sama jsem se snažila prosazovat a aktivně se účastnit vlastního porodu. Výhody to mělo i pro mou práci porodní asistentky, pro cvičení s těhotnými, pro kurzy předporodní přípravy. Mám tu osobní zkušenost, prožitek vlastního těhotenství a porodu. Ne vždy a pro každou těhotnou ženu platí ta věta, kterou se dočtete skoro v každé knize o těhotenství a porodu, že těhotenství je nejkrásnější období v životě ženy. Do 21. Týdne jsem trpěla opravdu nepřetržitou nevolností, ve dne, v noci. Tak jsem vyzkoušela všechny vyčtené zaručené rady z knih. A nic.“

„Jaký přístup byste očekávala jako porodní asistentka v roli těhotné či rodičky od ošetřujícího personálu?“

„Pro mě bylo strašně důležité prožít ten spontánní porod a chyběla mi ta důvěra. Nejvíc mi vadilo, že mě nikdo nepodržel, pořád mi nastiňovali tu formu operativního porodu. Pro mě to ale nikdy nebylo, chtít operativní porod. Vysvětlovat jsem nic nepotřebovala, věděla jsem, co bude, ale chyběla mi ta podpora jako ženy, rodičky. Také mi přišlo, že tím, že jsem do toho viděla, tak že mě chtěli co nejrychleji vyřešit a hlavně aby to dítě bylo co nejrychleji venku. I když jsem logicky věděla co a proč je, měla jsem pocit, že jsem tam byla trochu na obtíž. Všichni byli nervózní. Z toho všeho vyplývá, že bych ocenila větší podporu, důvěru ve mě, jako v ženu, která zvládne porodit svoje dítě. Ideální by bylo, kdyby se dala odbourat taková ta nervozita z toho, že ošetřujete kulicha, i když to je věc, kterou asi nelze ovlivnit.“

L.S., porodní asistentka se zkušenostmi z porodního sálu a oddělení pro riziková a patologická těhotenství porodila první dceru na svém bývalém pracovišti. Přiznává, že jí její povolání v prožívání vlastního porodu jednoznačně ovlivnilo i přesto, že se ve svých

myšlenkách snažila odpoutat od svých vědomostí a zkušeností. Pocity radosti z toho, že přivede na svět svoje první dítě, částečně zastiňovaly i obavy. Ne příliš příznivý stav na konci těhotenství si vyžádal hospitalizaci a preindukci k porodu. Lékaři byli k vedení porodu vaginální cestou spíše skeptičtí, s čímž se porodní asistentka rozhodně neztotožňovala. Kontrakce v průběhu noci zesilovaly a ranní vyšetření blížkou a velmi zkušenou porodní asistentkou dodalo L. S. důvěru v sebe sama. Během vyšetření odtekla plodová voda a L. S. se přemístila na porodní sál, kde se natáčel vstupní monitor, který sledovala a současně ho i vyhodnocovala. Poté trávila většinu času ve vaně. S manželem měli soukromí, ostatní personál byl zaneprázdněn akutním případem, ale to porodní asistentce nijak nevadilo. Stresující okamžiky nastaly, když se vyřešil akutní stav jiné rodičky a došlo na porodní asistentku L. S. ve chvílích, které následovaly po tom, co L. S. vylezla z vany a byla zjištěna bradykardie plodu. Nastal shon a zasahování do porodu, které rodící porodní asistentce příliš nevyhovovalo, a tak i L. S., která byla sice v roli rodičky, ale také v roli porodní asistentky si aktivně prosazovala svoje pocity a do svého porodu a postupu personálu zasahovala. Po porodu plodu byla její psychika dále ovlivněna i pohledem na dceru, která musela být taktilně stimulována. Úlevu přinesl pohled na růžovějící tělíčko novorozené dcerky. Dalším, ne příliš příznivým okamžikem bylo čekání na porod placenty, kdy se schylovalo k manuálnímu vybavení. Nakonec byla placenta porozena přirozeně. Po porodu si už L. S. s manželem a dcerou užívali společně chvíle.

L. S. by v péči o porodní asistentky, které se dostanou do role těhotných a rodících žen uvítala více podpory od ošetřujícího personálu v jejich vlastní ženství a v to, že jsou schopny porodit svoje dítě přirozenou cestou i v situacích, kdy tomu aktuální stav příliš nenasvědčuje. Ona sama toto velmi postrádala. Bylo by vhodné, aby se ošetřující tým snažil alespoň částečně odbourat nebo pracovat s pocity nervozity během péče o personálu známé rodící porodní asistentky či jiné zdravotníky.

Souhrn:

L. S. je porodní asistentka, která je nyní na RD se skoro dvouletou dcerou a nyní se připravuje na porod druhého potomka. V průběhu jejího těhotenství i porodu hrálo významnou úlohu i její vzdělání a povolání porodní asistentky.

V první sekci rozhovoru, která byla zaměřená na prožívání těhotenství paní L. S. vylíčila pocity, které provázely její těhotenství. Radost a nadšení z početí prvního potomka byly provázeny pocity, které mají souvislost s povoláním porodní asistentky. Objevovaly

se myšlenky na rizika a komplikace, tak jak je jako porodní asistentka velmi dobře znala a byla si jich vědoma. Přesto nic nebránilo zahájení prenatalní komunikace hned zpočátku těhotenství a svěření se s graviditou svým blízkým. Rozdíl mezi prožíváním prvního a druhého těhotenství je patrný zejména tím, že do prožívání druhé gravidity je zapojena i dcera L. S., která s nenarozeným sourozencem navazuje pravidelně kontakt. Samozřejmě, je prožívání druhého těhotenství ovlivněno i péčí L. S. o malou dcerku, které věnuje mnoho času, a tak si na svého druhého očekávaného potomka musí čas vyhranit, což při prvním těhotenství nebylo nutné. Negativně na její psychiku v průběhu prvního těhotenství působila zejména prenatalní diagnostika, natáčení CTG záznamů, vědomosti o rizicích v jednotlivých obdobích těhotenství, ale i její stav na konci gravidity, který z lékařského hlediska nebyl zcela ideální a kvůli kterému se L. S. obávala častějších kontrol, které byly nařízeny. Naopak výhodou pro ní byly její znalosti, nemusela si nic zjišťovat, na nic se ptát a zbytečně se stresovat nepodstatnými věcmi.

Období porodu bylo pro porodní asistentku L. S. více stresující. Lékaři předpokládali ukončení těhotenství spíše císařským řezem. L. S. byla odhodlána svoje dítě porodit vaginálně, věřila sama sobě, ale chyběla jí podpora a vyslovení důvěry od většiny ošetřujícího personálu. S hospitalizací pro potermínovou graviditu a vyvolání porodu narůstala nejistota. Sílu jí dodalo vyšetření zkušenou porodní asistentkou a její vyslovení důvěry v to, že zvládne svoje dítě porodit. Na porodním sále sledovala kvalitu natáčeného CTG, vyjadřovala se a zasahovala do nabízené medikace a strávila většinu času relaxací ve vaně za přítomnosti manžela. Ošetřující personál se jí na porodním sále z důvodu jiného akutního případu příliš nevěnoval, ale to L. S. nevadilo, věděla, že v případě nutnosti se sama ozve. Náhlý vpád personálu a tlak na rychlé vyřešení porodu působily nervozitu na obou stranách. Během samotného vypuzování plodu se vyjadřovala k tomu, co je jí příjemné a co ne, jak co vnímá a co jí nedělá dobře. Velmi pozitivně na ní působila přítomnost blízké porodní asistentky. Zjistila jsem, že nejen v tomto okamžiku se L. S. projevila jako rodička, ale současně i jako porodní asistentka. Další zátěží byla pomalejší poporodní adaptace dcerky a stresování personálem při delším čekání na odloučení placenty. Placenta byla odloučena a vypuzena, dcerka se po chvíli zadaptovala, byl zahájen poporodní bonding a rodina si užívala první společné chvíle. Výhody rolí těhotné a rodičky a současně i porodní asistentky byly pro L. S. v tom, že se orientovala v oboru, byla znalá a nezabývala se zbytečnostmi. To, že si sama prožila těhotenství a porod jí také pomohlo v rozvoji samotného výkonu práce porodní asistentky, nyní má možnost srovnávat jak

svoje vědomosti a zkušenosti z praxe, tak právě tu svojí osobní zkušenost s vlastním těhotenstvím a porodem. Na druhou stranu byla určitá orientace se v oboru i nevýhodou. Přemýšlení o rizicích, vytyčování si cílů spojených s dosažením určitého gestačního věku a podobně. Vše nasvědčuje tomu, že nelze tyto role oddělit.

L. S. by uvítala během svého těhotenství a porodu větší podporu a důvěru ze strany personálu, které se jí převážně nedostávalo. I když sama sobě věřila a nepřála si operativní ukončení porodu, tak ze strany ošetřujících zdravotníků se podpory nedočkala, ale možná o to více na sebe byla pyšná, že zvládla porodit svoje dítě vaginálně. V péči o porodní asistentky těhotné a rodící, které jsou personálu známé a jsou tzv. kulichové, tedy protekční klienti, by se dle L. S. nemělo zapomínat na to, že stres a nervozita, kterou ošetřující personál prožívá při poskytování péče, se přenáší i na ně samotné a že to vnímají třeba i tím více, protože sami často o takové VIP klientky pečovaly.

7 DISKUZE

Téma bakalářské práce „Porodní asistentka v roli těhotné a rodičky“ jsem si sama zvolila, protože si myslím, že ani literatura, ani praxe se tomuto tématu příliš nevěnuje. To, jak se chovat ke zdravotníkovi, který se dostane do role pacienta je v knihách popsáno. Minimálně je v literatuře zmiňováno, jak přistupovat k porodním asistentkám, které nejsou v roli nemocných žen, nýbrž v roli těhotných či rodících žen. Potvrdilo se mi, že na toto téma je minimální množství literatury, ale přesto jsem se rozhodla dále pokračovat a sama zjistit, jak porodní asistentky prožívaly svoje těhotenství a porody, zda je v tom prožívání ovlivnilo jejich vzdělání nebo povolání a jak by bylo možné k nim přistupovat v době, kdy jsou samy těhotnými a rodícími porodními asistentkami. Dochází totiž k zajímavému prolínání rolí. Porodní asistentka, která je vzdělanou odbornicí a ve své praxi se setkává nejen s těhotnými a rodícími ženami se sama dostává do role těhotné a rodičky, ale současně je stále v nepotlačitelné roli porodní asistentky.

Respondentkami byly porodní asistentky, které porodily alespoň jedno dítě. Každá z nich byla jiná, jedinečná. Jejich společným znakem bylo, že všechny byly v prožívání vlastního těhotenství a porodu ovlivněny vzděláním a povoláním porodní asistentky. Dle výsledků, které vyplynuly z mých rozhovorů, můžeme tedy předpokládat, že porodní asistentky nedokáží ve svém prožívání těhotenství a porodu potlačit roli porodní asistentky, a proto je důležité, aby ošetřující personál nepřistupoval k těhotným či rodícím porodním asistentkám tak, jako k ženám, které nejsou v oboru porodní asistence vzdělané.

Mým prvním cílem bylo zjistit, jak porodní asistentka subjektivně prožívala průběh vlastního těhotenství. Všechny tři porodní asistentky po zjištění, že jsou těhotné, prožívaly pocity štěstí a radosti. Pouze u porodní asistentky A se při zjištění druhého těhotenství objevily pocity nejistoty a překvapení a na rozdíl od těhotenství prvního na počátku nepřevažovaly slastné pocity. Bylo to způsobeno zejména velmi časným a neplánovaným otěhotněním po prvním porodu. Velmi rychle se to ale změnilo, protože i když těhotenství bylo neplánované, tak bylo chtěné, což je dle Aleny Mallanové, spoluautorky knihy Speciální psychologie (2001), příznivá varianta, na rozdíl od situace, kdy by dítě bylo nechtěné. Pocity, které popisovaly respondentky, se nijak nelišily od pocitů jiných žen, které zjistí, že jsou těhotné. Ovlivnění povoláním porodní asistentky se v prožívání

těhotenství projevilo jasně u všech třech dotazovaných. Na jedné straně znalosti v oblasti těhotenství, informovanost, určitá jistota v tom, že každá z nich znala, jak těhotenství probíhá a co si může dovolit a na druhé straně určité obavy způsobené opět znalostmi a zkušenostmi z praxe. Porodní asistentka A byla negativně ovlivněna tím, že se v době svých porodů setkávala s porodem plodů s VVV a tehdejší prenatalní diagnostika neposkytovala takové možnosti jako dnes, proto i když se snažila tuto myšlenku potlačit, přesto jí provázela po celá těhotenství. Na druhou stranu porodní asistentka C rodila v dnešní době špičkové prenatalní péče a diagnostických testů prováděných v průběhu gravidity a ve srovnání s porodní asistentkou A měla obavy právě z důležitých vyšetření, která v době porodu porodní asistentky A nebyly tak dostupné. Porodní asistentku C, ovlivnily negativně myšlenky na spontánní potrat, VVV plodu, předčasný porod či intrauterinní úmrtí plodu. Ze všech tří porodních asistentek byla, dle mého názoru, porodní asistentka C ovlivněna negativními myšlenkami spojenými s výkonem své praxe na oddělení rizikových a patologických těhotenství velké kliniky, nejvíce. Přesto se ale snažila problémy nevyhledávat a vzhledem k nepříznivému stavu ke konci těhotenství si nepřipouštět komplikace, které by mohly nastat v souvislosti s jejím stavem. Ke konci těhotenství s častými kontrolami stoupala nervozita a na vědomí jí přicházela fakta, která souvisela s jejím stavem a jako porodní asistentka si byla vědoma možných komplikací, ke kterým by mohlo dojít. Jasně zde velkou roli hrály vědomosti porodní asistentky, které nepříznivě působily na psychiku respondentky C, která si nechtěla připustit myšlenku operativního porodu, který jí na konci těhotenství vzhledem k jejímu stavu hrozil. Porodní asistentka B, se snažila od negativních myšlenek na komplikace co nejvíce odpoutat, zaměřovat se na sebe a vnímat svoje tělo. Původně se připravovala na domácí porod, důvěřovala sobě a svému tělu a to jsem opravdu z rozhovoru s ní cítila. Její mysl ke konci těhotenství ovlivnily myšlenky na šikmou polohu plodu, která se na konci gravidity vyskytla. I když porodní asistentka B věřila, že se šikmá poloha plodu upraví, myšlenky na komplikace s tímto stavem spojené jí neopouštěly. I ona byla ovlivněna svými znalostmi a zkušenostmi v prožívání svého těhotenství nejen pozitivně. Pokud bych měla srovnat prožívání těhotenství všech tří porodních asistentek, bez ohledu na prožívání radostných pocitů, které prožívaly všechny, tak dle mého názoru byla svým povoláním nejvíce ovlivněna porodní asistentka C, která v rozhovoru popisovala větší škálu komplikací, které jí v souvislosti s těhotenstvím a jeho prožíváním napadly. Také se zaměřovala na jednotlivá období v těhotenství a přiřazovala si k nim určité cíle, které souvisely s vývojem plodu a

dosažení určitého gestačního stáří plodu. Po jejich překročení pocítovala úlevu v tom, že byly dosaženy a určitá rizika, kterých si byla vědoma a byla spojena s jednotlivými obdobími, se neprojevila. Porodní asistentka B, žena, která se i přes své znalosti a zkušenosti připravovala na domácí porod svého syna, byla nejvíce znepokojena nepříznivou polohou plodu na konci těhotenství, ale prožívání svého těhotenství popisovala s převahou pozitiv. U porodní asistentky A se sice objevovaly myšlenky na VVV plodu, se kterou měla zkušenost ze své praxe, ale z mého pohledu byla v souvislosti se svým povoláním a prožíváním těhotenství negativně ovlivněna ze všech třech porodních asistentek nejméně.

Mým druhým cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda porodní asistentku ovlivnily její vědomosti a zkušenosti v navázání kontaktu s plodem. I když jsem takticky kladla otázky tak, abych zjistila, zda opravdu nedošlo k určitému odkladu vazby na plod například z důvodu negativních zkušeností z praxe, či nějakých obav o prospívání těhotenství, tak ani jedna z respondentek z žádného takového důvodu neodkládala navázání kontaktu s plodem. I když se u dotazovaných porodních asistentek objevovaly myšlenky na možné komplikace či časnou ztrátu, a to zejména u porodní asistentky C, ani jednu z nich to nevedlo ke zdrženlivosti v navázání kontaktu s plodem. Obvykle dochází k navázání prvního kontaktu s plodem ve II. trimestru těhotenství, kdy těhotná žena začíná cítit první pohyby plodu. Všechny tři porodní asistentky navázaly kontakt se svými plody téměř bezprostředně po zjištění těhotenství. U porodní asistentky B to bylo dáno zejména velkým důrazem na prenatální komunikaci, který klade i během vedení svých předporodních příprav, což může svědčit o tom, že jí její znalosti opravdu ovlivnily v navázání kontaktu s plodem, a to pozitivně. Porodní asistentku A neovlivnilo v navázání kontaktu ani druhé neplánované těhotenství a u obou těhotenství využívala prenatální komunikaci od jejich počátku. Pro mě bylo zajímavým zjištěním i to, že se dvě ze tří porodních asistentek svěřily s těhotenstvím svému okolí před ukončeným prvním trimestrem, i když se jedná o nejzranitelnější období. Pouze porodní asistentka B se svěřila zpočátku pouze manželovi a sestře, ale až kolem 20. týdne ostatním blízkým. Nebylo to však dáno žádnými obavami, ale pouze soukromým plánem. Znamená to tedy, že ani jednu porodní asistentku neovlivnily její vědomosti ani zkušenosti v tom, kdy se s těhotenstvím svěřily svému okolí.

Mým předposledním cílem bylo analyzovat pocity porodních asistentek v průběhu vlastního porodu. Porodní asistentka A rodila obě děti před více než třiceti lety. To, jak prožívala svůj porod, bylo jednoznačně ovlivněno jejím povoláním porodní asistentky. Už

jen to, že rodila na svém pracovišti, a tak přístup k ní byl velmi kolegiální, ovlivnilo pozitivně atmosféru porodu. I porodní asistentky B a C rodily na svém pracovišti, ale v dnešní době, kdy je porodní monitoring intenzivnější než byl v době porodu porodní asistentky A. Prožitky porodní asistentky A se prolínaly se znalostí v oboru. Pozitiva spojená se znalostmi v porodním procesu střídal myšlenky na komplikace při zjištění kvality odteklé vody plodové nebo nepříjemné pocity při současném porodu kolizní polohy dvojčat na vedlejším porodním boxu, které by se jen těžko zmocnily rodičky, která není odborně znalá v porodním procesu. Ošetření obou dětí mimo místnost porodu, či pohled na hypotroffického syna v porodní asistentce A také vyvolával ne příliš kladné pocity. Na rozdíl od porodní asistentky B měla porodní asistentka A maximální důvěru ve svého porodníka a vřelý vztah s ošetřujícím personálem, ale i přes to se i při jejím porodu projevila role porodní asistentky, ať už jen v tom, že konzultovala průběh svého porodu s kolegy nebo v tom, že se zaměřovala na práci personálu, protože věděla, jaké postupy jsou správné. Porodní asistentka B do poslední chvíle plánovala domácí porod. Využila svoje povolání k tomu, aby si řídila svůj porod doma. Sama se vyšetřovala, zaměřovala se na kontrakce, vnímala sebe samu. Ale i když měla vše potřebné maximálně zajištěné, nakonec jí donutily myšlenky, možná právě ovlivněné povoláním porodní asistentky, aby odjela do porodnice, nechala si natočit CTG monitor a opravdu se ujistila, že je vše v pořádku. Porodní asistentky C a B mají společné to, že obě měly představu o tom, jak by chtěly svoje porody prožít, ale jejich představy nebyly zcela naplněny. Byla den před porodem hospitalizována pro preindukci porodu. Samotná hospitalizace pro ní byla psychicky náročná a nedostatek podpory k vaginálně vedenému porodu od většiny personálu a vlastně i kolegů jí moc sil nepřidal. Sílu jí dodala až kolegyně, zkušená porodní asistentka. Jak porodní asistentka B, tak porodní asistentka C měly u svého porodu svojí kamarádku porodní asistentku, ale obě mají společné také to, že nebyly ostatním personálem dostatečně podpořeny, na rozdíl od porodní asistentky A, která v tomto ohledu nestrádala. Porodní asistentka C byla dosti progresivní na to, aby si uhájila vaginálně vedený porod, využila jak role těhotné a rodičky, tak role porodní asistentky. Zasahovala do průběhu svého porodu, rozhodovala se, co ona sama chce, ozývala se při nechtěných zásazích do porodu a vaginálně porodila svojí první dceru. Uhájila si svůj poporodní bonding, kontakt s dítětem skin to skin, uplatňovala i roli porodní asistentky, a tím si zajistila uskutečnění svých představ o porodu i během porodu vlastního. Velmi pravděpodobné je, že si personál nechal zasahovat do své rutinní práce i proto, že před

nimi byla těhotná a rodící porodní asistentka. Negativně jí při svém porodu opět ovlivnily její vědomosti a zkušenosti, například při nepříznivém CTG monitoru, který si vyhodnocovala nebo při pohledu na promodralého novorozence, který musel být stimulován. Intenzivně vnímala i nervozitu personálu při péči o ní, jako známou PAS, která narušovala atmosféru porodu. Na rozdíl od porodní asistentky B, porodní asistentka C prožila svůj porod s pocitem hrdosti na sebe samu. Porodní asistentka B po příjezdu do porodnice spolupracovala se svojí kamarádkou porodní asistentkou, která měla asistovat u domácího porodu, zpočátku bez přítomnosti lékařů, kteří nebyli úmyslně přivoláni. Tak jako porodní asistentka C, také monitorovala CTG monitor, kolegiálně konzultovala další postup s porodní asistentkou, ale zpočátku si nepřála, aby lékařka, se kterou neměla ideální vztahy, byla přivolána na porodní sál. Nepříznivé vztahy porodní asistentky B s lékařským personálem měly negativní efekt na celý průběh porodu. Naopak od porodní asistentky A zde panovala velká nedůvěra porodní asistentky B k lékařům, kteří byli u porodu nakonec přítomni. I když se porodní asistentka B vynořila z role těhotné a rodičky a stala se i během svého porodu více porodní asistentkou, snažila se odmítat zásahy do průběhu porodu, uplatňovala svoje znalosti a zkušenosti a do poslední chvíle věřila svému tělu, tak byl indikován akutní císařský řez v celkové anestézii. Psychika porodní asistentky utrpěla další ránu i tím, že nebyla informována o indikaci k akutnímu postupu a že nedostala možnost podání spinální anestézie a v neposlední řadě i vznik aféry týkající se celého jejího porodu. Naopak jako pozitivum zde byl následný nepřetržitý kontakt se zdravým synem. Já sama jsem při rozhovoru s porodní asistentkou B vnímala zklamání z toho, že jí nebylo umožněno prožít svůj vlastní porod. Zajímavostí je, že více než třicetiletý rozdíl mezi porody porodní asistentky A a porodní asistentky B a C je také takový, že porodní asistentka B a C měly o porodu určitou představu, plány a očekávání, které mi během rozhovoru sdělovaly, ale porodní asistentka A svůj porod neplánovala, spíše brala porodní proces takový, jaký je. Tento rozdíl by mohl být dán právě tehdejší dobou, kdy ženy nevyužívaly porodních plánů a své porody neplánovaly, protože přijímaly přístup a rady zdravotníků.

Všechny tři porodní asistentky prožily těhotenství a porod. Pro každou z nich představovalo jejich povolání i určité výhody v tom, jak vnímaly celé období těhotenství a porodu. Dohromady měly společné, to, že jim určitá znalost v oboru přinášela jistotu. Porodní asistentka B ale podotýkala, že se jedná spíše o dvojí prožitky. Na jedné straně jistota, co si může jako těhotná dovolit a na druhé straně vědomí komplikací a rizik.

Porodní asistentka A pocítovala hlavní výhody také v následné domácí péči o novorozence, ve které se také díky svému povolání orientovala. Pro porodní asistentku C se staly prožitky těhotenství a porodu velkým přínosem i pro její další práci porodní asistentky.

Posledním a čtvrtým cílem mé bakalářské práce je, sestavit určitý přehled přístupu k těhotným a rodícím porodním asistentkám, který by mohl být vodítkem pro personál pečující o porodní asistentku v roli těhotné a rodičky. Budu vycházet z výsledků, které jsem zjistila během svých rozhovorů. Úmyslně jsem do svého rozhovoru proto zařadila i otázku, jak by si porodní asistentky představovaly, aby se k nim ošetřující personál choval. Mnoho jsem vyčetla i z nonverbálních projevů porodních asistentek a snažila jsem se vnímat i jiná, než slovní vyjádření pocitů. Každá z nich byla jedinečná, s výjimečnými porodními příběhy, které se staly vzorem pro mojí práci a pro splnění čtvrtého cíle.

Výstup do praxe – Desatero vhodného přístupu personálu k porodní asistentce v roli těhotné a rodičky

1. Staneš-li se součástí okamžiku, kdy je porodní asistentce sděleno lékařem, že je těhotná, buď jí oporou. Nezapomeň, že je nutné reagovat vždy dle signálů, které můžeš z projevů porodní asistentky vyčíst.

Tento bod jsem zařadila z toho důvodu, že v průběhu všech tří rozhovorů, které jsem provedla, se ukázalo, že porodní asistentky prožívaly pocity radosti a štěstí, ale na druhou stranu byly ovlivněny i negativními myšlenkami na různé komplikace, kterých si byly vědomy.

2. Zjistíš-li, že je porodní asistentka, tvoje kolegyně, těhotná, ale sama se ti nesvěřila, na nic se neptej, nic nezjišťuj, zprávu nerozšiřuj a buď diskrétní.

Těhotenství je velmi osobní záležitost a i během mého rozhovoru se ukázalo, že i když porodní asistentka prožívá velkou radost z toho, že je těhotná, nemusí mít potřebu se svěřovat svému okolí.

3. Nezapomeň, že i když je porodní asistentka těhotná, je stále odborníkem. Je nutné tento fakt respektovat a přistupovat k porodní asistentce jako k sobě rovné a znalé v oboru, i když je aktuálně v situaci těhotné ženy. Přesto ale nezapomínej naslouchat jejím dotazům, které mohou být položeny pouze za účelem ujištění se, že je opravdu vše v pořádku.

Není nutné, aby personál k porodní asistentce přistupoval jako k těhotné ženě, která je laikem v oboru a vysvětloval všechny podrobnosti spjaté s těhotenstvím a aktuální péčí v daném gestačním stádiu. Na druhou stranu je nutné, aby byl personál připraven na to, že právě porodní asistentka potřebuje takovou odpověď na otázku, která ji ujistí, že je během jejího těhotenství vše tak, jak má.

4. Nezapomeň, že se porodní asistentka během své praxe setkala s různými komplikacemi a patologickými stavy. Právě tyto zkušenosti mohou ovlivnit prožívání jejího těhotenství. Buď tedy připraven/a na to, že pro ni mohou být např. prenatální screeniny více stresující, než pro jiné ženy. Vymez si na porodní asistentku více času, počítej i s nutností delší konzultace

a opět nezapomeň, že vzhledem k znalostem a zkušenostem porodní asistentky je nutné zvolit vhodný, nejlépe kolegiální přístup.

Orientace se v diagnostice VVV opět dle mých rozhovorů působí na psychiku porodní asistentky. Proto si myslím, že je nezbytné, aby byl personál připraven na to, že bude nutné se porodní asistence v souvislosti s tímto tématem možná věnovat déle, tak aby pocity nervozity byly minimalizovány.

*5. Měj na paměti fakt, že porodní asistentce mohou v hlavě probíhat myšlenky na různé komplikace, které v těhotenství mohou nastat. Buď připraven/a na to, že se s takovými myšlenkami nemusí vždy svěřit, proto se snaž během kontaktu s ní **podporovat její psychiku** a dle dané situace a atmosféry si o jejích obavách popovídat a tím i možná uvolnit proud negativních myšlenek.*

V průběhu mých rozhovorů se ukázalo, že každá z porodních asistentek měla v průběhu těhotenství myšlenky spjaté s určitými riziky. Ať už se jednalo o ukončený 12.t.t., hranici viability plodu, riziko VVV či nepříznivou polohu plodu k vaginálnímu porodu. Všem třem chyběla určitá podpora ze strany personálu, která by jim v těhotenství přidala větší pocit jistoty.

6. Buď v průběhu porodu porodní asistentce oporou, vyslov důvěru v její vlastní tělo.

Ukázalo se, že porodní asistentky jsou dle mých rozhovorů velmi citlivé na přístup personálu v průběhu vlastního porodu. Je nutné, aby ošetřující personál porodní asistentku v průběhu jejího porodu podporoval, pokud lze očekávat, že slova důvěry podpoří psychiku porodní asistentky.

7. Minimalizuj pocity nervozity během péče o známou porodní asistentku – kolegyni - VIP klientku.

Stresující atmosféra, která může být způsobena chaotickou péčí či nervozitou personálu během porodu porodní asistentky, je dalším faktorem, který nepříznivě působí a ovlivňuje prožívání vlastního porodu porodní asistentkou.

8. Pokud je to možné, konzultuj s porodní asistentkou postupy a návrhy péče během jejího porodu, dostatečně jí o všem informuj, buď kolegiální a respektuj její přání a postoje.

Porodní asistentka má více než jiné ženy určitou představu o vedení porodu. Dobré je vše předem prokonzultovat a během porodu pečovat o porodní asistentku jako o rodičí ženu, ale současně i jako o sobě rovnou vzdělanou ženu v porodní asistenci. Nezbytná je i dostatečná informovanost rodičí porodní asistentky, vysvětlení nutnosti indikací a úkonů. Vhodná bude volba kolegiální péče a snaha neřadit se jako ošetřující personál do dominantní role.

9. Nastanou-li v průběhu porodu porodní asistentky nějaké komplikace, zajisti maximální informovanost porodní asistentky, a pokud to lze, konzultuj s ní i řešení situace, která nastala. Mysli na to, že porodní asistentku nelze uklidnit slovy, která lze využít při práci s ostatními rodičkami, proto je nezbytné s ní jednat tzv. „na rovinu“.

Dotazované porodní asistentky potvrdily moje předpoklady, kdy se mi potvrdilo, že komplikace, které v průběhu porodu nastaly, byly schopny samy identifikovat, přemýšlet nad nimi a vzpomínat na možná rizika s nimi spjatá.

10. Umožni porodní asistentce prožít svůj vlastní porod.

Nejdůležitější bod z mého desatera. I přes všechny rutinní postupy a zvyklosti paušálně poskytované péče rodičkám, nezapomínej dát prostor k tomu, aby všem ženám, nyní v souvislosti s mojí prací, porodním asistentkám, bylo umožněno prožít svůj porod tak, aby i porodní asistentky, které samy odvedly desítky porodů, po tom svém vlastním porodu cítily, že dokázaly samy odvést i ten svůj vlastní.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci se zabývám tématem porodní asistentka v roli těhotné a rodičky. Jak je ovlivněna žena, která je celý svůj dosavadní život porodní asistentkou, má znalosti a zkušenosti, které jsou spjaté s porodní asistencí a nyní se dostává do role jí tak blízké, těhotné a posléze rodící ženy. Zajímám se o to, jak moc jsou porodní asistentky ovlivněny svým povoláním při prožívání vlastního těhotenství a porodu.

V teoretické jsem se z důvodu nedostatku literatury zaměřila na obecná témata týkající se těhotenství, porodu, rolemi porodní asistentky v životě ženy nebo psychické zátěže, která je na psychiku porodní asistentky neustále vyvíjena a je téměř spjatá s povoláním porodní asistentky. Sama jsem si toto téma bakalářské práce zvolila, a tak pro mě bylo velkým zklamáním, když jsem zjistila, že zájem autorů o to, jak porodní asistentky prožívají vlastní těhotenství či porod, je minimální.

Praktická část bakalářské práce pro mě byla největším obohacením. Rozhovory se třemi porodními asistentkami, které prožily svá těhotenství a porody, jak v roli těhotných a rodičích, tak i v neoddělitelné roli porodních asistentek. Zpracovávání praktické části mi přineslo uspokojení z toho, že jsem byla obohacena a poznatky, po kterých jsem prahla. Cíle, které jsem si stanovila, byly tedy splněny. Rozhodla jsem se, zejména z toho důvodu, že zájem o psychiku porodních asistentek těhotných či rodičích je minimální, že zpracuji určitý přehled vhodného přístupu personálu k porodní asistentce v roli těhotné a rodičky, který bude vycházet právě z rozhovorů, které jsem s porodními asistentkami uskutečnila.

Velmi otevřený přístup všech porodních asistentek, které mi poskytly rozhovory, věnovaly mi svůj čas, si zaslouží můj velký dík. Byla bych velmi ráda, kdyby toto téma bylo rozšiřováno o další poznatky a tak, jako je zájem literatury o zdravotníka v roli nemocného, se zájem přenesl i na porodní asistentky, které se nedostávají do role nemocných, ale do role těhotných a rodičích žen, které prožívají naprosto fyziologické, ale mnohdy náročné období v životě ženy s tím rozdílem, že právě ony jsou těmi, které prožívají o jednu roli navíc, roli porodní asistentky.

SEZNAM LITERATURY

1. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvidavé rodiče)*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2010. 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3.
2. BRŮHA, Dominik a PROŠKOVÁ, Eva. *Zdravotnická povolání*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2011. 559 s. ISBN 978-807-3576-615.
3. Kdo je porodní asistentka. In: UNIPA. [online]. [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=57&Itemid=63
4. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Vyd. 1. Praha: Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
5. BERÁNKOVÁ, Světlana a MORAVCOVÁ, Markéta. *Základy ošetrovatelské péče o rodičku v průběhu fyziologického porodu*. Vyd. 1. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2007. 70 s. ISBN 978-80-7395-011-8.
6. ZWINGER, Antonín. *Porodnictví*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2004. 511 s. ISBN 978-807-2622-573.
7. KAMENÍKOVÁ, Miroslava. Křehká image pracoviště. *Sestra*. Praha: Mladá Fronta a. s. 2007, č. 12, s. 26-27. ISSN: 1210-0404
8. CHMEL, Roman. *Otázky a odpovědi o porodu*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha : Grada Publishing, 2008. 144 s. ISBN 978-80-247-2142-2
9. MROWETZ, Michaela, CHRASTILOVÁ, Gauri a ANTALOVÁ, Ivana. *Bonding-porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti*. Vyd. 1. Praha: DharmaGaia, 2011, 279 s. ISBN 978-80-7436-014-5.
10. TEUSEN, Gertrud a GOZE-HÄNEL Iris. *Prenatální komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 79 s. ISBN 80-717-8753-1.
11. LORENZOVÁ, Eva. Psychika ženy v těhotenství. In: <http://www.psychikavtehotenstvi.cz/> [online]. © 2013 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: <http://www.psychikavtehotenstvi.cz/clanky/tehotenske-pocity.html>
12. ČECHOVÁ, Věra, MELLANOVÁ Alena, ROZSYPALOVÁ, Marie. *Speciální psychologie*. 2., upravené vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997, 173 s. ISBN 80-701-3243-4.

13. PAŘÍZEK, Antonín. Kniha o těhotenství a dítěti. Psychické změny těhotných. In: <http://www.porodnice.cz/> [online]. © 2002 - 2011 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/psychicke-zmeny-tehotnych>
14. ROZTOČIL, Aleš. *Porodnictví*. Vyd. 1. Brno: IDVPZ, 2001, 333 s. ISBN 80-701-3339-2.
15. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a porodu: první český interaktivní průvodce těhotenstvím, porodem a šestinedělím*. Vyd. 2. Praha: Galén, 2006, 414 s. ISBN 80-726-2411-3.
16. MATĚJČEK, Zdeněk, LANGMEIER, Josef. *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama, 1986, 365 s. ISBN neuvedeno
17. HÁJEK, Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 443 s. ISBN 80-247-0418-8.
18. DUŠOVÁ, Bohdana, MAREČKOVÁ, Jana. *Úvod k péči porodní asistentky o ženu s patologickým a rizikovým těhotenstvím*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií, 2009, 233 s. ISBN 978-80-7368-611-6.
19. PRAŠKO, Ján. *Proti stresu krok za krokem*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2001, 187 s. ISBN 80-247-0068-9.
20. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 119 s. ISBN 978-802-4731-490.
21. ČERNÁ, Renáta, KOŽÍŠKOVÁ, Zuzana. Syndrom vyhoření (burn-outsyndrom) u zdravotních sester. In: www.urologiepropraxi.cz [online]. © 2009 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/uro/2004/06/10.pdf>
22. HLADKÝ, Aleš. *Zdravotní aspekty zátěže a stresu*. Praha: Karolinum, 1993, 173s. ISBN 80-706-6784-2.
23. JOBÁNKOVÁ, Marta. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. 2., upravené vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1992, 215 s. ISBN 80-701-3127-6.
24. SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Syndrom pomocníka*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 234 s. ISBN 978-807-3673-697.
25. HEWSTONE, Miles, STROEBE, Wolfgang. *Sociální psychologie: moderní učebnice sociální psychologie*. Portál: 2006, 769 s. ISBN 80-736-7092-5.
26. ROZTOČIL, Aleš. *Intenzivní péče na porodním sále*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996, 274 s. ISBN 80-701-3230-2.

27. Demografické informační centrum. Definice vztahující se k narození dítěte / potratu. In: *www.demografie.info* [online]. © 2004 – 2009 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: http://www.demografie.info/?cz_porodnost_definice
28. ROZTOČIL, Aleš a kolektiv. *Moderní porodnictví*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
29. MICHKOVÁ, Adéla. *Supervize*. Vyd. 1. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008, 106 s. ISBN 978-80-7394-145-1.
30. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
31. Mezinárodní konfederace porodních asistentek. Mezinárodní definice porodní asistentky. In: *www.pdcap.cz* [online]. © 2000 - 2013 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: <http://www.pdcap.cz/Texty/PA/DefinicePA.html>
32. Normální porod. Právo volby českých žen na to, kde a s kým rodit, hrubě porušeno. In: *http://normalniporod.cz* [online]. © 2012 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: <http://normalniporod.cz/tiskove-zpravy/pravo-volby-ceskych-zen-na-to-kde-a-s-kym-rodit-hrube-poruseno/>
33. LÁBUSOVÁ, Eva. Cesty ke spokojenému porodu. In: *www.evalabusova.cz* [online]. [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: http://www.evalabusova.cz/cesty/I_8.php
34. APERIO. *Porodní příběhy : Rodíme se jednou*. Vyd. 1. Praha : Smart Press, 2006. 264 s. ISBN 80-87049-03-9.
35. GABBE, Steven G, NIEBYL, Jennifer R, SIMPSON, Joe, Leigh. *Obstetrics: normal and problem pregnancies*. Vyd. 5. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone/Elsevier, 2007, 1391 s. ISBN 04-430-6930-1.
36. LORENZOVÁ, Eva. Těhotenství jako životní krize? In: *http://www.psychikavtehotenstvi.cz/* [online]. © 2013 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: http://www.psychikavtehotenstvi.cz/clanky/tehotenstvi-jako-zivotni-krize_.html
37. PAŘÍZEK, Antonín. Kniha o těhotenství a dítěti. Trvání těhotenství. In: *http://www.porodnice.cz/* [online]. © 2002 - 2011 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/tehotenstvi/jsem-tehotna-zdrava/zazrak-poceti-embryo/trvani-tehotenstvi>

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

WHO - World Health Organization

CTG – kardiokardiof

VVV – vrozené vývojové vady

PAS – porodní asistentka/y

např. – například

tzv. – takzvaný

apod. – a podobně

t. t. – týden těhotenství

i. v. - intravenózně

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Desatero podnětů pro zdravotní sestry v péči o jejich vlastní zdraví

Příloha 2: Kroky k podpoře bondingu

Příloha 3: Fotografie poporodního bondingu porodní asistentky C s novorozenou dcerou

Příloha 4: Výstup do praxe – Desatero vhodného přístupu personálu k porodní asistentce v roli těhotné a rodičky

PŘÍLOHY

Příloha 1: Desatero podnětů pro zdravotní sestry v péči o jejich vlastní přežití

1. Buď k sobě mírná, vlídná, laskavá.
2. Uvědom si, že tvým úkolem je jen pomáhat druhým lidem a ne je zcela změnit. Změnit můžeš jen sama sebe, ale nikdy druhého člověka – ať jím je kdokoli a ať je tvá snaha sebevětší.
3. Najdi si své útočiště, tj. místo, kam by ses mohla uchýlit do klidu samoty ve chvíli, kdy naléhavě potřebuješ uklidnění.
4. Druhým lidem na oddělení – svým spolupracovníkům a spolupracovnicím i vedení buď oporou a povzbuzením. Neboj se je pochválit, i když si to třeba zaslouhují jen trochu.
5. Uvědom si, že je zcela přirozené tváří v tvář bolesti a utrpení, jehož jsi denně svědkem, cítit se zcela bezmocně a bezbranně. Připusť si tuto myšlenku. Být pacientům a jejich příbuzným nablízku (být s nimi) a pečovat o ně je někdy mnohem důležitější, než mnohé jiné.
6. Snaž se změnit způsoby, jak to či ono děláš. Zkus to, co děláš, dělat pokaždé – pokud možno – jinak.
7. Zkus poznat, jaký je rozdíl mezi dvěma různými způsoby nařikání:
 - a) mezi tím, které zhoršuje beztak již těžkou situaci
 - b) tím, které bolest a utrpení tiší.
8. Když jdeš domů z práce, soustřeď se na něco dobrého a pěkného, co se ti podařilo v práci dnes udělat – a raduj se z toho.
9. Snaž se sama sebe neustále povzbuzovat a posilovat. Jak? Např. tím, že nebudeš vždy stejným způsobem (stereotypně – jen ryze technicky a zvykově – bezmyšlenkovitě)

vykonávat své úkoly. Snaž se z vlastní iniciativy, tj. nikým nenucena, z vlastní vůle, někdy pokusit udělat něco jinak – tvořivě (asi tak, jak to dělá výtvarný umělec, např. malíř či architekt).

10. Využívej pravidelně povzbuzujícího vlivu přátelských vztahů v pracovním kolektivu i v jeho vedení jako zdroje sociální opory, jistoty a nadějného směřování životy.

11. Ve chvílích přestávek a volna, když přijdeš do styku se svými kolegyněmi a kolegy, se vyhýbej jakémukoli rozhovoru o úředních věcech a problémech v zaměstnání. Odpočín si tím, že budete hovořit o věcech, které se netýkají vaší práce a vašeho „úředního“ styku.

12. Plánuj si předem „chvíle útěku“ během týdne. Nedovol, aby ti někdo či něco tuto radost překazilo nebo ti ji někdo narušil.

13. Nauč se raději říkat „rozhodla jsem se“, nežli „musím, mám povinnost“ či „měla bych“. Podobně se nauč říkat raději „nechci“, nežli „nemohu“. Takto osobní řeč vedená sama k sobě pomáhá. Přesvědč se o tom.

14. Nauč se říkat druhým lidem nejen „ano“ i „ne“. Když nikdy neřekneš „ne“, jakou hodnotu pak asi má tvé „ano“?

15. Netečnost (apatie) a zdrženlivost (rezervovanost) ve vztazích s druhými lidmi je daleko nebezpečnější a nadělá více zla a hořkostí, nežli připuštění si skutečnosti (reality), že více, nežli děláš, se opravdu udělat nedá. Připusť si to – uvědom si, že nejsi všemohoucí.

16. Raduj se, hrej si a směj se – ráda a dost často.

Zdroj: KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Sestra a stres. první. Praha: Grada Publishing, 2010, 128 s. ISBN: 978-80-247-3149-0

Příloha 2: Kroky k podpoře bondingu podle Mgr. Michaely Mrowetz

- 1) **položení nahého dítěte na matčino nahé břicho ihned po porodu** (po porodu sekcí k tváři maminky)
- 2) **podpora a nepřerušování tohoto kontaktu nejméně 2, lépe 12 hodin** (při porodu sekcí může zastoupit kontakt kůže na kůži tatínek, pro dítě jsou jeho bakterie zdraví přínosnější, než-li bakterie ošetřujícího personálu), pokud maminka potřebuje osobní pauzu, může kontakt zajistit tatínek
- 3) **ošetření dítěte na těle matky a zabalení dítěte i matky jako jedné jednotky** do teplých osušek a přikrývek (maminky, sprchujte se po porodu v co nejdelším intervalu a hlavně si neumývejte prsa)
- 4) matka a dítě jsou v kontaktu **“skin to skin”**, kůže na kůži
- 5) **umožnění a podporování vizuálního kontaktu – pohledu z očí do očí matky a dítěte**, podložení hlavy matky, pokud rodí v leže (pokud musí být dítě v inkubátoru, zajištění webových kamery matce anebo fotek a videí v pravidelných intervalech)
- 6) **pomoc s přísátím miminka k bradavce dle jeho tempa a připravenosti** ideálně do 45 minut – nespěchejte (strká si pěstičky do úst, na kterých má plodovou vodu, aby jej k bradavce dovedla, ta voní stejně jako plodová voda, olizuje si rty a kývá hlavou ze strany na stranu – zásadně neomývat dítěti ruce od plodové vody a nechat je volně), po medikovaných porodech je miminko chvíli unavené, je zapotřebí nechat jej odpočinout na kůži matky, oba také vylučují potřebné množství oxytocinu k podpoře jejich vzájemného kontaktu
- 7) **zajištění pohodlné polohy pro matku** (křeslo, postel, polštáře) i dítě (v náruči matky)
- 8) zajištění klidného, vstřícného a **intimního prostředí ze strany zdravotníků**

9) jakékoliv **vyšetření a ošetření dítěte** (sejmutí skóre Apgarové, stetoskop, podvaz pupeční šňůry) **provést na těle matky** (u rizikového novorozence v blízkosti matky, aby měla nad miminkem kontrolu, alespoň vizuální)

10) eliminace techniky, videokamery, mobilního telefonu v těchto neopakovatelných prvních okamžicích – *Maminky, nedívejte se na mobily, smsky počkají stejně jako jejich adresáti a do fotoaparátů. Dívejte se na své miminko a do jeho očí, tento jedinečný okamžik vašemu miminku a vám žádné fotografie ani videa později nezprostředkují. Vyhrává to miminko, které jeho tatínek vyfotí s maminkou při bondingu s pohledem z očí do očí!*

Zdroj: Kroky k podpoře bondingu. In: www.klinickapsycholozka.cz [online]. [cit. 2013-03-13]. Dostupné z:

http://www.klinickapsycholozka.cz/tisksoubory/misa_clanky_tiskA4.pdf

Příloha 3: Fotografie poporodního bondingu porodní asistentky C s novorozenou dcerou – kontakt skin to skin



Zdroj: vlastní

Příloha č. 4: Výstup do praxe - Desatero vhodného přístupu personálu k porodní asistentce v roli těhotné a rodičky



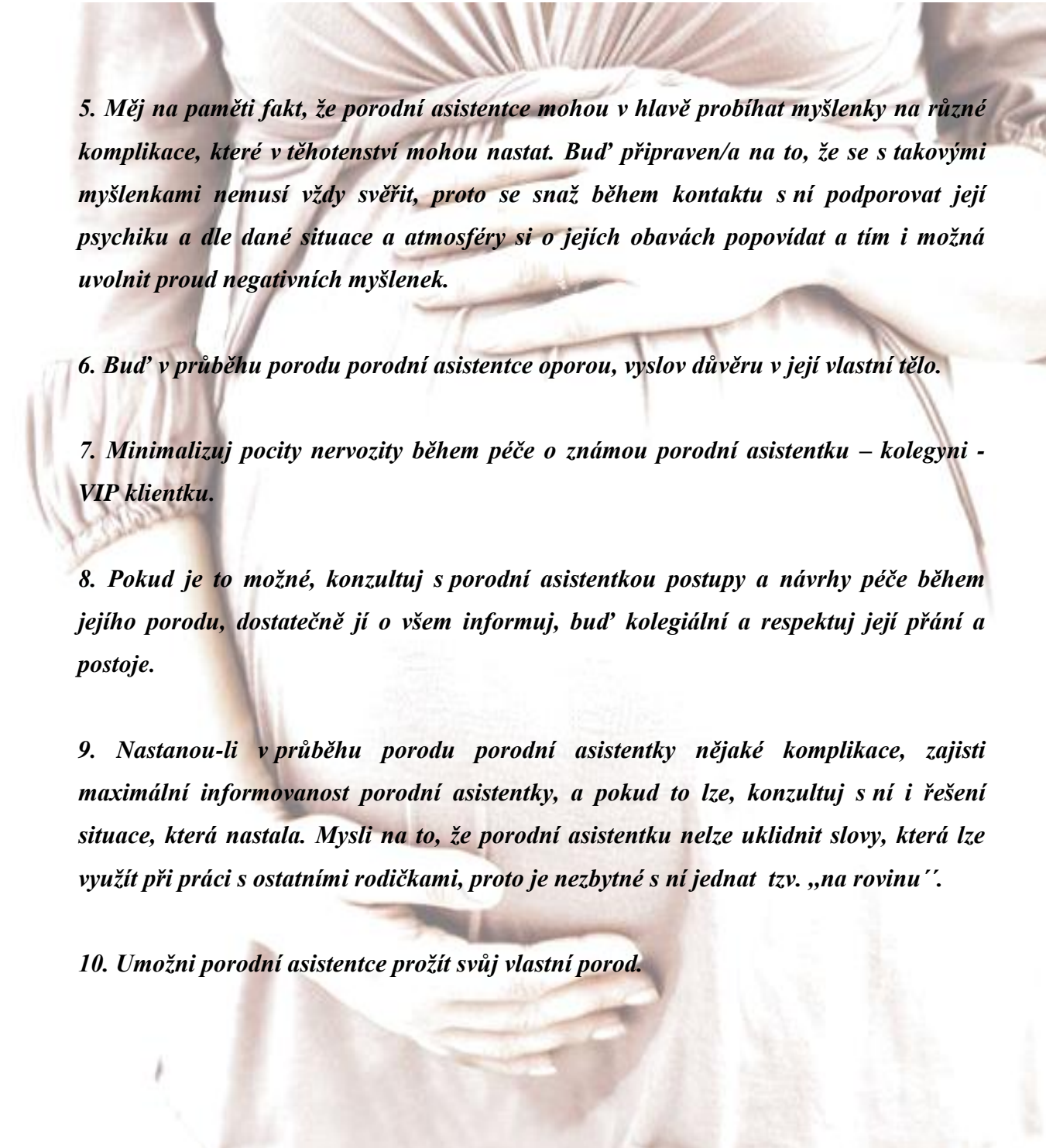
**Desatero vhodného přístupu personálu k porodní asistentce
v roli těhotné a rodičky**

1. Staneš-li se součástí okamžiku, kdy je porodní asistentce sděleno lékařem, že je těhotná, buď jí oporou. Nezapomeň, že je nutné reagovat vždy dle signálů, které můžeš z projevů porodní asistentky vyčíst.

2. Zjistíš-li, že je porodní asistentka, tvoje kolegyně, těhotná, ale sama se ti nesvěřila, na nic se neptej, nic nezjišťuj, zprávu nerozšiřuj a buď diskrétní.

3. Nezapomeň, že i když je porodní asistentka těhotná, je stále odborníkem. Je nutné tento fakt respektovat a přistupovat k porodní asistentce jako k sobě rovné a znalé v oboru, i když je aktuálně v situaci těhotné ženy. Přesto ale nezapomínej naslouchat jejím dotazům, které mohou být položeny pouze za účelem ujištění se, že je opravdu vše v pořádku.

4. Nezapomeň, že se porodní asistentka během své praxe setkala s různými komplikacemi a patologickými stavy. Právě tyto zkušenosti mohou ovlivnit prožívání jejího těhotenství. Buď tedy připraven/a na to, že pro ni mohou být např. prenatální screeniny více stresující, než pro jiné ženy. Vymez si na porodní asistentku více času, počítej i s nutností delší konzultace a opět nezapomeň, že vzhledem k znalostem a zkušenostem porodní asistentky je nutné zvolit vhodný, nejlépe kolegiální přístup.



5. Měj na paměti fakt, že porodní asistentce mohou v hlavě probíhat myšlenky na různé komplikace, které v těhotenství mohou nastat. Buď připraven/a na to, že se s takovými myšlenkami nemusí vždy svěřit, proto se snaž během kontaktu s ní podporovat její psychiku a dle dané situace a atmosféry si o jejích obavách popovídat a tím i možná uvolnit proud negativních myšlenek.

6. Buď v průběhu porodu porodní asistentce oporou, vyslov důvěru v její vlastní tělo.

7. Minimalizuj pocity nervozity během péče o známou porodní asistentku – kolegyni - VIP klientku.

8. Pokud je to možné, konzultuj s porodní asistentkou postupy a návrhy péče během jejího porodu, dostatečně jí o všem informuj, buď kolegiální a respektuj její přání a postoje.

9. Nastanou-li v průběhu porodu porodní asistentky nějaké komplikace, zajisti maximální informovanost porodní asistentky, a pokud to lze, konzultuj s ní i řešení situace, která nastala. Mysli na to, že porodní asistentku nelze uklidnit slovy, která lze využít při práci s ostatními rodičkami, proto je nezbytné s ní jednat tzv. „na rovinu“.

10. Umožni porodní asistentce prožít svůj vlastní porod.