VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5

PŘEDPORODNÍ KURZY A JEJICH EFEKTIVITA BĚHEM TĚHOTENSTVÍ

Bakalářská práce

TEREZA HAVLÍKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Porodní asistentka

Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

Praha 2015

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

Havlíková Tereza
3. A PA

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 4. 2014 Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Předporodní kurzy a jejich efektivita během těhotenství

Pre-natal Courses and Their Effectivity during Pregnancy

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.

V Praze dne: 1. 10. 2014

doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne:

Podpis: ……

Havlíková Tereza

PODĚKOVÁNÍ

Moc ráda bych poděkovala Mgr. Haně Tošnarové, Ph.D., za čas, který mi věnovala, za trpělivost, vstřícnost, cenné rady a spolupráci při zpracovávání bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala MUDr. Evě Matěchové za umožnění a pomoc při sběru dat k praktické části bakalářské práce v její ordinaci.

ABSTRAKT

HAVLÍKOVÁ, Tereza. *Předporodní kurzy a jejich efektivita během těhotenství.* Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Praha 2015. 56 s.

Tématem bakalářské práce je efektivita předporodních kurzů odrážející se během celého těhotenství a zejména v průběhu porodu. Teoretická část práce charakterizuje předporodní kurzy jako takové, jejich historii a vývoj, celkový průběh porodu, definice a teorie porodu. Rané šestinedělí a první styky novorozence s matkou, zejména před odchodem z porodnice domů.

Nosnou částí bakalářské práce je kvantitativní průzkum šestinedělek. Věkové rozmezí respondentek bylo mezi 18 – 35 lety a více. Dotazníkové šetření bylo zaměřeno zejména na průběh porodu, a to zdali jej předporodní kurzy mohou ovlivnit. Sběr dat k vyhodnocení probíhal pomocí dobrovolných a anonymních dotazníků, které jsme ponechali v gynekologické ordinaci Nuselské polikliniky. Souběžně jsme také prováděli dotazníkové šetření pomocí internetových dotazníků.

Výsledky průzkumného šetření prokázaly, že respondentky volící účast na předporodních kurzech mají zájem o to, být připravené. Naopak rodičky, které předporodní kurzy neabsolvují, spoléhají na rady zdravotního personálu, internetu, rodiny a známých a v neposlední řadě volí také zdroje literární.

Klíčová slova
Porod. Porodní asistentka. Předporodní kurzy. Rodička. Vedení porodu.

ABSTRACT

HAVLÍKOVÁ, Tereza. *Pre-natal Courses and Their Effectivity during Pregnancy.* MedicalCollege. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Prague 2015. 56 pages.

The theme of the bachelor's thesis id the effectiveness of antenatal courses, which is reflected troughout pregnancy and especially during childbirth. The theoretical part of the thesis deals with the phenomenon of antenatal classes, their history and development, the whole process of labour, definitions and theories, related to childbirth. Early postpartum and first contact between newborn child and mother, especially before release from hospital, are also uncluded.

The significant part of the thesis handles with a quantitative survey puerperal women. The age range of the respondents was between 18-35 years and more. The questionnaire was aimed mainly at parturition, and to what extent pre-natal courses had affected it. Data collection as an evaluative tool was based on voluntary and anonymous questionnaires that were kept in the gynaecological surgery at Nuselská poliklinika. At the same time we also conducted a survey based on online questionnaires.

The results of the exploratory survey showed that respondents who decide to follow pre-natal courses preferred to get ready. Conversely, mothers who do not follow pre-natal courses rather relied on advice from medical personnel, the Internet, family and acquaintances as well as from published sources.

Key words
Delivery. Management of labour. Midwife. Pre-natal courses. Women in labour.

OBSAH

SEZNAM TABULEK, GRAFŮ A OBRÁZKŮ

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD 16

1 TĚHOTENSTVÍ 17

2 PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVY 20

1.1 PŘEDPORODNÍ KURZY 23

3 POROD 25

3.1 PRŮBĚH PORODU 25

4 PORODNICKÁ ANALGEZIE 29

4.1 REGIONÁLNÍ ANALGEZIE 30

5 OSOBA BLÍZKÁ U PORODU 33

6 PÉČE O NOVOROZENCE 35

7 PRŮBĚH RANÉHO ŠESTINEDĚLÍ A ÚSPĚŠNÉ KOJENÍ 37

7.1 PSYCHICKÝ STAV V ŠESTINEDĚLÍ 38

7.2 KOJENÍ 39

8 POPIS ZPRACOVÁNÍ PRŮZKUMU 43

9 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM, OTÁZKY A CÍLE 44

10 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ 45

11 DISKUZE 63

12 ZÁVĚR 67

SEZNAM LITERATURY 70

PŘÍLOHY

SEZNAM TABULEK, GRAFŮ A OBRÁZKŮ

Tabulka 1 – Hodnotící skóre podle Apgarové ……..……...36
Tabulka 2 – Rozdělení respondentek dle počtu porodů ……....…...45
Tabulka 3 – Informovanost respondentů o náplni předporodních kurzů ……...…….46
Tabulka 4 – Přehled zdrojů informací vykazující předporodní kurzy ……...…….47
Tabulka 5 – Rozdělení rodiček zdali absolvovaly předporodní kurzy či nikoliv ……...48
Tabulka 6 – Rozdělení respondentů dle absolvovaného typu předporodních kurzů …..49
Tabulka 7 – Co předporodní kurzy respondentkám nejvíce přiblížily ……...50
Tabulka 8 – Oblíbenost vybraných témat předporodních kurzů ……51
Tabulka 9 – Přehled zvolených typů porodnické analgezie …….....52
Tabulka 10 – Jednotlivé typy nefarmakologické analgezie zvolené respondentkami 53
Tabulka 11 – Přehled respondentek dle zájmu o farmakologickou analgezii ……54
Tabulka 12 – Přítomnost osoby blízké u porodu ……....55
Tabulka 13 – Přínos osoby blízké u porodu ……...56
Tabulka 14 – Přání osoby blízké u dalšího porodu ……57
Tabulka 15 – Přehled zdrojů informací ……..58
Tabulka 16 - Ovlivnění strachu z porodu ……...59
Tabulka 17 – Rozdělení respondentek do věkových kategorií …….....60
Tabulka 18 – Demografické rozdělení respondentek …….....61

Graf 1 – Rozdělení respondentek dle počtu porodů ……..….45
Graf 2 – Informovanost respondentů o náplni předporodních kurzů ……...……..46
Graf 3 – Rozdělení zdrojů informací vykazující předporodní kurzy …….....47
Graf 4 – Rozdělení rodiček dle absolvování předporodních kurzů ……....48
Graf 5 – Rozdělení respondentů dle absolvovaného typu předporodních kurzů ……49
Graf 6 – Rozdělení respondentek dle přiblížených okruhů předporodních kurzů ……..50
Graf 7 – Oblíbenost vybraných témat předporodních kurzů ……..51
Graf 8 – Rozdělení zvolených typů porodnické analgezie ……52
Graf 9 – Přehled jednotlivých typů nefarmakologické analgezie zvolené respondentkami ……..……...53
Graf 10 – Rozdělení respondentek dle zájmu o farmakologickou analgezii ……..54

Graf 11 – Přítomnost osoby blízké u porodu ……..55
Graf 12 – Znázornění přínosu osoby blízké u porodu ……56
Graf 13 – Přání osoby blízké u příštího porodu ……..57
Graf 14 – Rozdělení zdrojů informací ……58
Graf 15 – Ovlivnění strachu z porodu ……59
Graf 16 – Rozdělení respondentek do věkových kategorií ……60
Graf 17 – Demografické rozdělení respondentek ……...61

Obrázek 1 - První doba porodní (doba otevírací)
Obrázek 2 - První doba porodní (doba přechodná)
Obrázek 3 - Druhá doba porodní (doba vypuzovací)
Obrázek 4 - Kojící poloha vleže
Obrázek 5 - Kojící poloha vsedě
Obrázek 6 - Kojící poloha tzv. boční fotbalové držení
Obrázek 7 - Kojící poloha tanečníka
Obrázek 8 - Kojící poloha pro kojení dvojčat

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

EA – Epidurální analgezie

EKG – Elektrokardiogram

hCG – angl. zkr. lidský humánní choriogonadotropin (Humanchorionic gonadotropin)

L2-L3 – Oblast lumbálních (bederních) obratlů, konkrétně mezi 2-3 bederním obratlem

PCA – angl. zkr. pacientem řízená analgezie (patient-controlledanalgesia)

TENS – Transkutánní elektrická nervová stimulace

UNICEF – Hlavní světová organizace pro pomoc dětem (United Nations International Children's Emergency Fund)

UZ – Ultrazvukové vyšetření

(VOKURKA a kol., 2009)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Akrocyanóza – modravé zbarvení kůže rukou vznikající v chladu a spojené s výraznou potivostí. Končetiny bývají chladné, postižení bývá symetrické, je nebolestivé, závislé i na poloze. Nemá záchvatovitý charakter a nedochází k úplnému zastavení průtoku. K vyšetření lze použít kapilaroskopii.

Akupunktura – léčebná metoda pocházející z Číny. Je založena na vpichování jehel do určitých míst v kůži, která odpovídají léčenému onemocnění či orgánu.

Amenorea – vynechání menstruačního krvácení u ženy v období pohlavní zralosti a plodnosti (mimo těhotenství). Jako *primární* se označuje stav, kdy se nedostaví první menstruace do 18 let, jako *sekundární* vymizení krvácení u již dříve menstruující ženy.

Analgezie – bezbolestnost, vymizení vnímání bolesti. Vzniká při některých nervových poruchách, je součástí (a nižším stupněm) anestezie.

Apnoe – zástava dechu. Na určitý čas lze dýchání zastavit vůlí. Někdy se krátká a. objevuje při těžkých chorobách srdce, plic či mozku.

Asfyxie – dušení způsobené nedostatkem vzduchu, např. ucpáním dýchacích cest. Kromě hypoxie se rovněž hromadí oxid uhličitý.

Asystolie – stav, při němž na srdci vymizí jakákoliv elektrická a mechanická činnost, resp. kdy vymizí činnost komor. Dochází k okamžité zástavě krevního oběhu (není hmatný puls) k bezvědomí a bez okamžité resuscitace k smrti.

Audioanalgezie změna aktivity v mozkové kůře drážděním sluchového centra tzv. „bílým šumem", tj. směsí slyšitelných frekvencí o stejné intenzitě.

Ballottement – způsob vyšetření části organismu vyplněných (fyziologicky či patologicky) tekutinou. Provádí se stlačováním nebo nárazy rukou, které vyvolají pohyb (houpání) tělesa v tekutině obsaženého nebo s ní spojeného. Např. ke zjištění části plodu v plodové vodě nebo k průkazu tekutiny v kolenním kloubu.

Bilirubin – žlučové barvivo oranžovo červené barvy, lineární tetrapyrrol. Vzniká v těle z látek obsahujících hem, zejm. z hemoglobinu. Je trasportován krví do jater *nekonjugovaný*, kde je vychytáván jaterní buňkou a po *konjugaci* s další látkou je vyloučen do žluči. Žlučí se dostává do střeva, kde se působením bakterií dále mění. Jeho zvýšená koncentrace v krvi *hyperbilirubinemie* může vést k *ikteru*. Vysoká koncentrace je nebezpečná u novorozenců.

Deflexe – záklon, v porodnictví označení držení hlavy plodu, při níž se hlava zaklání, fyziologicky k ní dochází při třetí fázi porodu při porodu záhlavím, kdy při prořezávání hlava přechází do deflexe z předchozí flexe.

Dopplerův princip – echokardiografie, umožňující zobrazit proudění krve v srdci (směr, rychlost, typ proudění). Používá se zejm. k vyšetření chlopenních vad.

Dystonie – porucha *tonu* (napětí), nerovnováha.

Epidurální analgezie – druh svodné anestezie, při níž se anestetikum podává do páteřního kanálu mezi obratle a vak z tvrdé pleny mozkové, tímto prostorem procházejí míšní kořeny. Umožňuje znecitlivění rozsáhlejších okrsků těla a provedení i větších chirurgických zákroků. Může se užít i při porodu. Pacient je během zákroku při vědomí, nevnímá bolest a je zklidněn psychofarmaky.

Epiziotomie – chirurgické nastřižení hráze (*perinea*) při porodu. Provádí se v přesně vymezených místech jako prevence jejího roztržení při průchodu plodu. V současnosti se provádí běžně. Má profylaktický charakter. Je i prevencí pozdějších poruch pánevního dna.

Flexe – ohnutí, ohýbání. Pohyb, při kterém se zmenšuje kloubní úhel.

Fundus – dno, základ, rozšířená část dutého orgánu.

Hemoglobin – (*zkr. Hb, Hgb*) červené krevní barvivo. Je obsaženo v červených krvinkách (*erytrocytech*) u člověka se podílí na přenosu kyslíku krví. Váže kyslík v plicích a v ostatních tkáních jej odevzdává. K dalším funkcím patří přenos oxidu uhličitého a podílí se na acidobazické rovnováze.

Hydroanalgezie – používání vody k tlumení bolesti, jedna z metod nefarmakologické analgezie.

Hypnóza – stav podobný spánku uměle navozený druhou osobou (lékařem, hypnotizérem). K hlavním rysům patří zvýrazněná ovlivnitelnost, v níž je možné hypnotizovanému vložit do mysli různé pokyny, ovlivnit jeho vnímání, pohyby, vegetativní funkce, paměť atd. Toho lze využít při léčbě různých poruch, u nichž lze předpokládat psychické ovlivnění.

Hypothalamo-hypofyzo adrenální osa – představuje anatomicky a funkčně propojený systém hypofýzy a hypothalamu.

Choasma gravidarum - nepravidelné hormonálně podmíněné žlutohnědavé pigmentové skvrny v obličeji u žen v těhotenství.

Choriogonadotropin – zkr. hCG, glykoproteinový hormon vznikající v hypofýze, který produkuje v průběhu těhotenství spolu s dalšími hormony placenta. Tvoří se již několik

dnů po oplodnění budoucím základem placenty a vylučuje se močí. Na jeho prokázání je založena řada testů na stanovení těhotenství.

Instrumentální revize – zkratka RCUI, je gynekologický zákrok/operace prováděná v krátké celkové anestezii, při které je dutina dělohy vyprázdněna a vyčištěna pomocí tupé Bummovy kyrety. Za účelem odstranění zbytků plodového vejce.

Insuficience – nedostatečnost, selhávání. Neschopnost orgánu či orgánového systému plnit základní funkce.

Kolostrum – mlezivo. Tekutina, jejíž tvorba v mléčné žláze předchází vylučování mléka. Obsahuje mj. značné množství protilátek, které dodávají ochranu novorozenci.

Komisura – lat. spojení, srůst.

Kredeizace – profylaktické opatření k zabránění vzniku gonokokové konjunktivitidy u novorozenců.

Kyreta – ostrý chirurgický nástroj, sloužící k snímání části tkáně.

Linea fusca – lat. pigmentová střední linie mezi podbřiškem a pupkem, druh těhotenské hyperpigmentace.

Maniodepresivní – závažné duševní onemocnění (*psychóza*), při němž se střídají dvě extrémní nálady *deprese* a *mánie*.

Manuální lýze – provádí se v celkové anestezii, jedná se o manuální (ruční) vybavení lůžka (placenty) v případě, že se placenta sama neodloučí.

Mola hydatidosa – lat. chorobná změna trofoblastu (gestační trofoblastová nemoc), z něhož vzniká hroznovitý útvar vyplňující celou děložní dutinu, která je zvětšena. Plod většinou chybí, i když známky těhotenství mohou být patrné, děloha je zvětšena více, než by odpovídalo stupni těhotenství. Může vzniknout i u potratu. Někdy je provázená krvácením z pohlavních orgánů. V moči lze prokázat vysoké hodnoty hCG, který je tvořen buňkami moly. Diagnostikuje se ultrazvukovým vyšetřením a zejm. histologicky.

Multipara – žena, která víckrát rodila.

Myomterium – svalová vrstva dělohy. Tvoří ji hladká svalovina, jejíž uspořádání umožňuje zvětšení dělohy během těhotenství. M. vykonává kontrakce při porodu, ale rovněž při orgasmu.

Opiod – látka s podobným účinkem jako opiové alkaloidy. Zahrnuje jedna opiáty, jednak látky vznikající v orgasmu, tj. endorfiny a enkefaliny.

Osteoporóza – časné onemocnění charakterizované úbytkem kostní hmoty („řídnutí kostí“) Rozlišujeme 2 typy: *postmenopauzální* a *senilní*.

Oxytocin – nonapeptidický hormon tvořený v hypothalamu a vylučovaný do krve v zadním laloku hypofýzy. Má význam pro vypuzování mléka při kojení a pro stahy dělohy při porodu a orgasmu. Rovněž lék v porodnictví.

Parita – počet porodů.

Perienum – lat. hráz. Oblast na spodině trupu mezi zevními pohlavními orgány a řitním otvorem.

Primipara – prvorodička.

Progrese – postup, např. onemocnění jeho zhoršování, postup hlavičky při porodu.

Psychoprofylaxe – profylaxe psychologickými metodami.

Ptyalismus – nadměrné slinění. Vyskytuje se např. u některých otrav či v počátcích těhotenství.

Retrakce – stažení, zkrácení např. dělohy po porodu.

Rooming-in – angl. způsob poporodní péče o novorozence., který je během pobytu v porodnici umístěn s matkou v jedné místnosti.

Somatická bolest – bolest, která vychází z oblastí zásobovaných míšními nebo hlavovými nervy a nikoliv z útrob v těchto dutinách uložených a zásobovaných nervy vegetativními. Je ostrá, přesně lokalizovaná, ohraničená.

Spazmolytika – léky odstraňující spasmus vnitřních dutých orgánů, např. střev, ženských pohlavních orgánů.

Statim – okamžitě, ihned, naléhavé, neodkladné. Označuje vyšetření požadovaná přednostně vzhledem k zdravotnímu stavu pacienta.

Stetoskop – jednoduchý nástroj k poslechu tělních zvuků. Dnes užíván zejm.
v porodnictví k poslechu srdečních ozev plodu.

Subarachnoidální – podpavučnicový, pod pavoučnicí. Nalézá se zde mozkomíšní mok.

Syncyciotrofoblast – vrstva cytoplasmy s mnoha jádry bez buněčných hranic na povrchu blastocyty a celého plodového vejce. Prvotním úkolem je rozpouštění sliznice dělohy a vstřebávání produktů štěpení, které slouží k výživě zárodku (druhotným výsledkem je nidace vejce). Po nahlodání větších cév děložní sliznice a diferenciaci placenty je hlavním úkolem transport látek a tvorba hormonů.

Transperineální – přes, skrz perineum (hráz).

Transvaginální – přes, skrz pochvu.

Uterokinetika – látky zvyšující stažlivost děložního svalstva, častěji uterotonika.

Uteroplacentární jednotka – týkající se dělohy a plodového lůžka.

Viscerální bolest – bolest, která má zdroj v útrobách. Na rozdíl od somatické bolesti je spíše tupá, nepřesně lokalizovaná. Na jejím základě nelze spolehlivě určit, který orgán je postižen.

Vizualizace – náhled (např. na navržený produkt), ukázka, zobrazení, též ovlivňování vlastního zdravotního stavu navozováním určitých představ.

Žluté tělísko – corpus luteum, útvar ve vaječníku, který vzniká po ovulaci z Graafova folikulu. Produkuje ženské pohlavní hormony. Přetrvává několik dnů a nedojde-li k oplození vajíčka, postupně zaniká. Při oplození přetrvává řadu týdnů a do vytvoření placenty je důležitým místem tvorby hormonů nutných k udržení těhotenství.

(VOKURKA a kol., 2009), (ZAHRADNÍČEK, 2013)

ÚVOD

Stále více se setkáváme s ženami, které při porodu vyžadují některých možných alternativ porodů. Volba toho tématu byla ovlivněna zkušenostmi z odborné praxe. Některé ženy by rády měly přehled nad celkovým průběhem porodu, a proto se tak připravují cestou předporodních kurzů a sestavovaných porodních plánů. Naopak najdeme i skupinu žen, které mají z porodu strach, obavy, a do určité míry možná i odpor.

Bakalářská práce má dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části nejdeme kapitoly věnované historii předporodních kurzů a porodu samotného, co vůbec jsou to předporodní kurzy, jaké rozlišujeme typy a jak probíhají, jak probíhá příprava na porod, fyziologii samotného porodu, jeho definice a rozdělení dob porodních. Rámcově poukazujeme i na psychickou stránku věci. Dále také kapitoly ohledně porodní analgezie, přítomnosti osoby blízké u porodu, průběh raného šestinedělí, a první péče o novorozence, zejména ještě před propuštěním do domácí péče.

V praktické části jsme se pomocí anonymních dotazníků ptali žen gynekologické ordinace a příslušných internetových sítí věnovaných těhotenství a mateřství, jaká je jejich informovanost ohledně předporodních kurzů. Zdali je absolvovaly či nikoliv. Kde na možnost a přihlášení do předporodních kurzů narazily, popřípadě kde sbíraly potřebné informace a vážené rady. Jak se vyjadřují k otázce osoby blízké u porodu, a jak naložily s problémem porodní analgezie. Zda se na celkovém průběhu porodu odráží i to, po kolikáté žena rodí.

Cílem bakalářské práce je sestavit výběr relativních informací o těhotenství, porodu a předporodních kurzech, který může sloužit jako informační zdroj pro porodní asistentky a všeobecné sestry. Přispěje ke zkvalitnění poskytované péče, a prohloubí osobní i pracovní vztah s rodičkou. V neposlední řadě je také cílem zodpovězení průzkumného problému popsaného v praktické části.

1 TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství lidově označováno jako „jiný stav“. Přizpůsobení těla těhotenským změnám může být různé, a někdy se dokonce může lišit od stavů plného zdraví. Dochází ke změnám stavu hmotnosti, krevní distribuce, termokoagulačním a metabolickým. Dochází ke změnám v schopnosti pohybu, chování tělesného i psychického, často jsou pozměněny i vztahy k partnerovi, či rodině. Těhotenství samotné je ovlivňováno psychikou, genetikou, trofikou, různou měrou odolnosti vůči infekcím a různě zdatným kardiovaskulárním systémem.

Spolehlivá diagnostika těhotenství závisí na přístupnosti objektivních metod. Podle jejich charakteru můžeme příznaky těhotenství rozdělit do několika kategorií, a to na příznaky nejisté, pravděpodobné a jisté.

NEJISTÉ PŘÍZNAKY TĚHOTENSTVÍ:

To jsou ty příznaky, které většinou ženě navodí myšlenku těhotenství, a díky nimž ženy nejčastěji navštěvují gynekologa. Ženy, které již už těhotné byly, tzv. *multipary*, tyto příznaky pocítí rychleji. Oproti ženám, kterých se těhotenství týká poprvé tzv. *primipary*. Často jsou to změny chuti a nálad (dráždivost, proměnlivost nálad atd.), ranní nevolnosti, únava, *ptyalismus*, častější močení, zvýšená pigmentace a výskyt *linea fusca*, citlivost a změna pigmentace bradavek a *chloasmata*. Jedná se o morfologické a funkční změny projevující se mimo rodidla ženy.

PRAVDĚPODOBNÉ PŘÍZNAKY TĚHOTENSTVÍ:

Amenorea, jinými slovy vynechání menstruačního krvácení. Vždy při podezření na graviditu zjišťujeme datum poslední menstruace, pravidelnosti cyklu, pohlavní styk v posledních několika týdnech a kontracepci. Ovšem gravidita může probíhat i s krvácením v době menstruace, takové krvácení je však menšího rozsahu.

Hyper termická fáze. Tu definují křivky bazálních teplot, pokud trvají déle než 14 dní, pak se jedná o graviditu.

Dalšími příznaky jsou: pocit napětí a plnosti prsů, sekrece *kolostra*, zvětšení dělohy, změna její konzistence, změna zbarvení sliznic. Na podkladě návštěvy gynekologa a příslušných vyšetření se gravidita stanovuje nejčastěji kolem 6. týdne těhotenství. Což odpovídá zhruba 2 týdnům po nedostavení se termínu menstruačního krvácení (ZWINGER a kol., 2004), (ROZTOČIL 2008).

Palpační známky těhotenství. „K palpačním známkám těhotenství patří např.: *Dickinsonovo znamení,* kdy v oblasti uhnízdění plodu je děložní stěna měkčí. Dále *Piskáčkovo znamení*, které poukazuje na vyklenutí dělohy v místě uhnízdění vajíčka. *I. Hegerův znak* – kdy měkčí istmus dělohy vytváří dojem, že děložní hrdlo a tělo je lze možné oddělit. *II. Hegerův znak* říká, že na přední děložní stěně je možné při bimanuálním vyšetření vytvořit řasu. *Gaussův znak* – děložní hrdlo je zvýšeně pohyblivé bez současného pohybu děložního těla. *Pawlikův manévr* na zjištění *ballottementu* plodu, prudším pohybem vnitřní vyšetřující ruky proti děložnímu hrdlu lze vyvolat posun naléhající hlavičky ke konci 4. měsíce gravidity. *Pohyby plodu* jsou také příznakem ze skupiny velmi pravděpodobných příznaků, mohou ale být zaměňovány s peristaltikou“ (ZWINGER a kol., 2004).

JISTÉ PŘÍZNAKY TĚHOTENSTVÍ:

Průkaz choriogonadotrpinu. *Chorigonadotropin* (dále už jen hCG) je glykoprotein, který je syntetizovaný v *syncyciotrofoblastu* placenty. Redukuje funkci tzv. *žlutého tělíska* v časné graviditě, a od 3. - 4. týdne těhotenství je produkován placentou. Lze ho detekovat v moči a krvi těhotné. Těhotenské testy, které jsou volně dostupné v lékárnách, jsou založeny na přítomnosti hCG v moči. Nynější metody jsou schopné určit koncentraci hCG 7. - 8. den po koncepci. Metodou stanovení hCG lze získat dvojí výsledek, a to *kvalitativní* a *kvantitativní*. Kvalitativní výsledek je zbarvení či označení na diagnostických proužcích, které se do několika minut objeví v kontrolní zóně. Lze tak dospět negativního výsledku – není těhotná, nebo výsledku naopak pozitivního – je těhotná. Mezi kvantitativní metody patří metody laboratorní, které stanovují přesné hladiny hCG (ZWINGER a kol., 2004), (ROZTOČIL, 2008).

Stanovení hladin hCG umožňuje:

- Průkaz těhotenství.

- Hodnocení průběhu gravidity – dochází k pravidelnému zdvojnásobování hodnot hCG každý druhý den, až do 9. - 12. týdne gravidity, pak poklesne.
- Mimoděložní těhotenství – pokud vzestup hodnot nenastává nebo se zpomaluje.
- Mola hydatiosa – velmi vysoké hladiny hCG v krvi, po jejím odstranění pomalu klesá, je tedy nutné pravidelně kontrolovat minimálně do 6 měsíců po chirurgickém odstranění.
- Potrat – pokud vzestup hodnot chybí nebo klesají (ZWINGER a kol., 2004), (ROZTOČIL, 2008).

Průkaz plodového vejce pomocí UZ. Ultrazvukové vyšetření ukáže gestační váček v děloze, nebo i mimo ni od 4. - 5. týdne těhotenství. Nejnovější přístroje již mohou detekovat graviditu v 3. - 4. gestačním týdnu. A od 6. týdne gravidity lze prokázat srdeční akce plodu. Ty lze prokázat ještě pomocí: *Dopplerova principu*, EKG nebo ozev plodu *stetoskopem*.

Dále ještě objektivně prokázané pohyby plodu a palpační vyhmatání plodu. Palpační vyhmatání plodu lze provést cca od 24. týdne gravidity
(ZWINGER a kol., 2004), (ROZTOČIL, 2008).

2 PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVY

Jedná se o soubor činností porodníka, porodní asistentky, neonatologa, psychologa a v neposlední řadě také i fyzioterapeuta. Ti se snaží snížit úzkost, strach a bolest poučením ženy a nácviku chování za porodu. Porodní bolest však nelze odstranit a ani porodnické komplikace doprovázející porod. Lze však vytvořit jistý naučený a osvojený plán, jak proti bolesti pracovat.

Jako první se systematickou přípravou ženy zabýval Angličan **Dick Read**. Který vycházel z lékařského zasahování do porodního děje a popsal neustále se opakující a nekončící kruh *strach – napětí – bolest*. To jak ovládnout svůj strach nebo ho alespoň zmírnit doporučoval ženám na základě jejich poučení. Ženám radil jak ovládnout svalový tonus, tělesnou relaxací. Také doporučoval ženám přítomnost manžela u porodu a téměř okamžitý kontakt matky s novorozencem.

Téměř souběžně se na Ukrajině rozvijí *psychoprofylaxe* před porodem. Jejími tvůrci jsou **Ilja Velvovský** a **Platonov**, kteří vycházejí z učení I. P. Pavlova o podmíněných reflexech. Výsledkem, ke kterému dochází je, že pokud je psychoprofylaxe prováděná správně, vede k bezbolestnému porodu. Cíle psychoprofylaxe je odstranění negativních emocí, které porod doprovází a ovlivňují. Jako je například strach a potlačení již zažitých podmíněných reflexů, osvojení si nových podmíněných reflexů, které jsou směřovány k porodu a očekávanému dítěti. Těhotným ženám popisují průběh porodu a poučují je, jak by měly odstranit svůj strach z porodu.

Myšlenky těchto dvou tvůrců dále rozpracoval začátkem 50. let Francouz **Pierr Lamaze**. Jeho stěžejní myšlenkou bylo, že mysl může být cvičená k porodní bolesti. Zdůrazňoval pozici manžela, který je průvodcem ženy v průběhu gravidity i při porodu. Žena se učí ovládat své svaly pomocí mysli, relaxaci svalstva a speciálnímu dýchání. Lamaze prosazoval myšlenku přirozeného porodu. A říká, že pokud je porod bolestivý i po provedení předporodní přípravy, pociťuje žena zklamání ze sebe samé, neúspěch, pocity viny či prohry.

U nás se psychoprofylaxe po vzoru ukrajinských tvůrců široce uplatňovala v padesátých letech. A však vzhledem k přeceněným účinkům došlo k postupnému opuštění. K rozkvětu

psychoprofylaxe dochází znovu v osmdesátých letech při tzv. „humanizaci porodnictví“. Ženy tak byly poučovány v oblastech těhotenství, porodu, šestinedělí a byly seznámeny s prostředím porodních sálů. Získávaly tak praktické i teoretické rady o svalové relaxaci, způsobech dýchání při porodu a nácviku chování během porodu. Do jednotlivých kurzů byly různou měrou začleňovány prvky jógy a *hypnózy*. Také je podporována přítomnost manžela na přípravných kurzech i u porodu.

Klady předporodní přípravy:

- Snižuje porodní bolesti a úzkost.
- Snižuje nutnost aplikace léků, jako jsou *uterokinetika*, *spazmolytika* aj.
- Zkracuje porod.
- Zvyšuje sebekontrolu rodičky.
- Zvyšuje psychologický přínos prožitku z porodu.
- Žena prožívá radost ze spolupráce s manželem.
- Vytváří se pozitivní vztah matky k novorozenci.
- Jsou vytvořeny předpoklady pro správný průběh šestinedělí.

Takovou to předporodní přípravu vede zkušená porodní asistentka vyčleněná za tímto účelem, která má za sebou nejméně tříletou praxi na porodním sále. Základní předporodní příprava musí být dosažitelná všem ženám, které by o ní měly zájem. Během jednotlivých hodin kurzů si nastávající matka osvojuje základní informace o graviditě, porodu samotném a šestinedělí. Kurzy zahrnují také nácvik chování a účelného chování v jednotlivých porodních dobách. Struktura jednotlivých kurzů se liší v závislosti na místě působení. Je vhodné pokud si ženy vyberou porodnici, ve které chtějí rodit, a v závislosti na tom absolvují předporodní kurzy téhož pracoviště. V dnešní době tak narůstá stále více počet privátních kurzů předporodní přípravy, avšak jejich náplň může být značně odlišná.

V roce 1974 vychází v Paříži kniha **Frédericka Leboyera**, dříve porodníka a gynekologa, v současnosti filozofa, nazvaná *Pro porod bez násilí*. F. Leboyer bojuje proti násilí v porodnictví, ke kterému se otevřeně vyjadřuje a obviňuje porodníky z vlastních řad ze špatného zacházení s novorozenci. Ve svém díle popisuje současné lékařské násilí při vedení porodu jako násilí porodnic páchané na novorozenci. Celé dílo je napsané spíše v rovině filozofické nežli porodnické.

Michel Odent, je nejznámějším žákem F. Leboyera, podle zásad svého učitele vybudoval porodnici Pithiviers v blízkosti Paříže. V této porodnici nejen ženy rodí, ale je jim zde poskytována i prenatální péče a příprava na porod. Důraz celého personálu porodnice je kladen na smyslové vnímání plodu stimulací kinetickými a vibračními faktory. Například tancem, zpěvem atd. Klade důraz na přání ženy, je na ženě aby si vybrala a sama zvolila polohu, která je většinou spíše vertikální. Vhodná je poloha v kleče se skloněnou hrudí – tzv. *poloha modlitby*. Říká, že porod by měl proběhnout v poloze v podřepu, kdy je ženě oporou jedna nebo dvě osoby. V takovéto pozici totiž dochází k největšímu vzestupu tlaku v malé pánvi a k relaxaci perineálního svalstva. Je nutné za porodu omezit počet osob, protože rodička nemá být vystavěna mnoha pohledům. Ošetřujícím personálem je porodní asistentka, která má za úkol navázat s ženou pozitivní vztah, a to jak psychický, tak i přímý tělesný kontakt kůže na kůži. Pokud si rodička přeje přítomnost otce či rodiny, je vítána. Prostředí, v němž žena rodí, se má podobat civilně zařízenému pokoji. V průběhu porodních kontrakcí by žena měla odpočívat v bazénku s teplou vodou, kde jsou kontrakce účinnější a méně bolestivé. Rodička by neměla zadržovat křik. Je nutné, aby porod proběhl v přítmí a tichu, aby nedošlo k nepříjemnému ovlivnění novorozence světlem a hlukem, na které není připraven. Dítě musí být bezprostředně okamžitě umístěno na břicho matky, tak aby mohlo dojít ke vzájemnému kontaktu a dítě bylo v kontaktu s „živým“ teplem kůže matky. Důležitý je pohled z očí do očí. Ruce musí být volné, aby mohlo dojít ke kontaktu rukou a úst. Klade důraz na okamžité první přisátí. Pokud k němu z nějakého důvodu nedojde, je nutné ho opakovat po několika hodinách. Pupečník má být přestřižen až v době, kdy dojde k zástavě jeho pulzace, tzv. po dotepání. Tím je zajištěna dvojí oxygenace novorozence, a to pomocí vlastního dýchání a přechodem kyslíku od matky přes doposud neodloučenou placentu. Po porodu by novorozence měl být stimulován něžnými dotyky nejenom od matky, ale od všech příbuzných účastnících se porodu.

Cílem porodu bez násilí je zbavit rodícího se novorozence stresu. Význam stresu na novorozence je prokázán v závislosti na jeho adaptaci. Stresově na donošeného novorozence působí sucho, změna teploty, hluk a gravitační působení.

Popsaný model „porodu bez násilí“ je v běžné porodnické praxi nepoužitelný. Poukazuje však na upamatování, že se jedná o porod lidské bytosti. Některé části „porodu bez násilí“ se však staly skutečnou součástí porodního děje. Rodička se stává aktivním

společníkem v průběhu porodu, dalším společníkem jí bývá manžel anebo jiná osoba blízká (ROZTOČIL, 2008), (KOPŘIVOVÁ, 2007), (KRATOCHVÍL, 2009).

1.1 PŘEDPORODNÍ KURZY

V dnešní době je stále více žen, které přemýšlí o průběhu porodu a snaží se získat určité informace, o tom jak co nejvíce přispět ke zdárnému a nekomplikovanému porodu. Hledají tak cestu, jak z porodu udělat posilující a obohacující zážitek pro sebe, novorozence i ostatní členy rodiny. Předporodní přípravu nelze zaměřit jen na strach z porodu. Těhotné se taktéž bojí potratu, těhotenství, vrozených vad dítěte, toho že se o dítě po porodu nedokáží postarat, bojí se role matky, a bojí se také, jak bude dítě přijato do rodiny.

Porodnice dnes umožňují účast na předporodních kurzech, a však jednotlivé kurzy se mohou lišit obsahově i rozsahově. Cílem předporodní přípravy je snížení úzkosti a strachu spojené s blížícím se porodem, nabídnutí možností jak s bolestí pracovat a účelně jí zvládnout. Žena by tak měla být připravena na změny týkající se gravidity a po porodu. Měla by být seznámena a připravena na možné komplikace při porodu a jejich řešení. Pozornost se také obrací zejména k partnerovi a zbytku celé rodiny.

JEDNORÁZOVÉ PŘEDPORODNÍ KURZ

Jednorázový předporodní kurz probíhá nejčastěji v 36. týdnu gravidity. Je určen těhotným ženám i partnerům. Počet účastníků se odráží podle prostor, kde předporodní kurz probíhá. Omezený počet účastníků je výhodou, díky individuálnějším přístupům. Tento typ předporodního kurzu trvá 2-3 hodiny a zabývá se především organizačními tématy. Jako například, za jakých okolností vyrazit do porodnice, co s sebou nezapomenout, a jak porod probíhá. V neposlední ředě také témata šestinedělí a kojení. Kurz bývá zakončen prohlídkou porodního sálu.

VÍCEHODINOVÉ PŘEDPORODNÍ KURZY

Jedná se o podrobnější předporodní kurz, s kterým se začínám po 20. týdnu gravidity. Obsahuje 4–20 lekcí, lišící se zařízením ve kterém probíhají. Ženy jsou rozděleny do jednotlivých skupin, podle trimestrů aby probíraná témata byla odpovídající stavu.

V takových to kurzech jsou probírána dopodrobna témata těhotenství, porod, šestinedělí, kojení a péče o novorozence, následně kojence. Tato témata mohou být doplněna instruktážními filmy a praktickým nácvikem. Na závěr každé lekce probíhá otevřená diskuze k tématu.

NÁPLŇ JEDNOTLIVÝCH LEKCÍ

- Péče o sebe samu v průběhu těhotenství, informovat o správné životosprávě.
- Důležitost zdravě probíhajícího těhotenství, pro zdravě probíhající porod.
- Výběr místa a způsob porodu, co si vzít s sebou do porodnice.
- Co vše je potřeba zařídit pro miminko – výbavička.
- Porodní plán určený k porodu v nemocnici a jeho význam.
- Kdy jet do porodnice, příjem na porodní sál, kontrakce.
- Příprava k porodu a seznámení s průběhem porodnických operací.
- Průběh porodu ve všech dobách porodních – rozdělení porodu do jednotlivých dob, nácvik dýchání, porodní polohy, jednotlivé fáze tlačení, vhodné způsoby relaxace, porod novorozence, porod placenty, aktivní účast osoby blízké u porodu, užívání jednotlivých metod k tlumení bolesti.
- Kontakt matky s dítětem.
- Období po porodu, šestinedělí.
- Péče o novorozence v porodnici a doma, očkování, výběr kosmetiky, nácvik manipulace s dítětem.
- Podpora kojení, faktory podporující kojení, správná technika kojení, polohy při kojení, pomůcky, alternativní způsoby kojení, nejčastější problémy s kojením.
- První pomoc při nejčastějších úrazech dětí

(KOPŘIVOVÁ, 2005), (PORODNÍ DŮM U ČÁPA [online], 2015), (MATERNITY-CARE [online], 2015).

3 POROD

DEFINICE PORODU A KLASIFIKACE PORODŮ

„Porod, je děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce (plod, placenta, pupečník, plodová voda, plodové obaly) porozením z těla matky. Porozeným plodem rozumíme novorozence, který vykazuje známky života, nebo bez známek života s porodní hmotností 1000g a více. Za známky života považujeme akci srdeční, dýchací pohyby, aktivní pohyb dítěte a pulzaci pupečníku. Pokud nejsou splněny tyto podmínky, jedná se o potrat. Podle dosaženého ukončeného týdne těhotenství lze porod klasifikovat jako:“ (ROZTOČIL, 2008, s. 109).

- Předčasný porod – k porodu dojde před ukončením 37. týdne gravidity.
- Porod v termínu – k porodu dojde v průběhu 38. - 40. týdne gravidity.
- Potermínový porod – k porodu dojde po ukončeném 40. - 42. týdnu gravidity.
- Porod po 42. týdnu gravidity – jedná se o patologické přenášení (ROZTOČIL, 2008).

3.1 PRŮBĚH PORODU

Porod dělíme na základě na sebe navazujících procesů. A to na období přípravné, které je doprovázeno známkami blížícího se porodu. Dále na tři doby porodní a dobu poporodní, která se někdy označuje také jako 4. doba porodní. Na počátku blížícího se porodu lze použít břišní dýchání, při kterém se rodička dokáže lépe koncentrovat, uvolnit a uklidnit. Tento typ dýchání je vhodný, dokud děložní stahy nejsou tak časté a silné.

PRVNÍ DOBA PORODNÍ – DOBA OTEVÍRACÍ

První doba porodní začíná nástupem pravidelné děložní činnosti, která vede k progresi nálezu a končí zánikem branky. Pravidelnými kontrakcemi tak dochází k pasivnímu rozvíjení dolního děložního segmentu. Děložní hrdlo se pomalu otevírá, zkracuje, až úplně vymizí. První dobu porodní dělíme do 3 fází:

- Latentní fáze – Dochází ke stabilizaci kontrakcí a zvýšení jejich frekvence, trvání a intenzitě. Časové rozmezí této fáze záleží na *paritě* rodičky, jejím psychickém a fyzickém stavu.
- Aktivní fáze – Je charakteristická zrychlením kontrakční aktivity. Kontrakce jsou relativně krátké a vedou k rychlému rozvoji nálezu. Délka aktivní fáze je velmi individuální.
- Tranzitorní fáze – V této fázi dochází k mírnému zpomalení rozvoje porodního nálezu až do samého zajití branky. Frekvence děložní činnosti se zvyšuje a plod sestupuje svou naléhající částí do nižších rovin porodního kanálu. V tuto chvíli dochází ke spontánní ruptuře vaku blan.

Zejména v druhé části I. doby porodní, kdy žena pociťuje tlaky na konečník, lze využít podklíčkové dýchání (nebo také tzv. „psí dýchání“). Které je rychlé, povrchové a krátké, slouží k odlehčení tlaku na dělohu. Mimo kontrakce lze použít břišní hluboké a klidné dýchání, které slouží k odpočinku. Lze také využít metody vizualizace ke správné technice dýchání např. mořské vlny, které přicházejí a odeznívají stejně jako kontrakce. Některé ženy se cítí lépe ve svislé poloze při procházení, a jiné se cítí lépe v začátku vsedě v křesle, na balonu, sprše či vaně. Po nástupu intenzivnějších kontrakcí je však pro většinu žen přijatelnější horizontální poloha na lůžku. Použití pozic u porodu je různé např. pozice vestoje (umožňuje pohupovat se ze strany na stranu), podřep (s využitím gravitační síly), pozice vsedě na míči, na boku vleže (KOPŘIVOVÁ, 2005), (YATES, 2009), (CHMEL, 2008).

DRUHÁ DOBA PORODNÍ – VYPUZOVACÍ

Druhá doba porodní začíná zánikem branky a končí porodem plodu. V tuto chvíli pociťuje rodička potřebu zapojit břišní lis, tedy tlačit. Tím napomáhá k další progresi hlavičky plodu směrem k pánevnímu východu. Na této fázi je nutné, aby se rodička aktivně účastnila spojením dýchání a zapojením břišního lisu s děložními kontrakcemi. V průběhu této fáze prochází plod dolním děložním segmentem, zašlou brankou, pochvou až směrem k poševnímu východu. Druhá doba porodní by neměla přesáhnout více jak hodinu. Porodní mechanizmus můžeme rozdělit do několika částí. Nejprve tedy porod hlavičky, ten lze rozdělit na 4 fáze, a to *flexe - progrese, vnitřní rotace, deflexe a zevní rotace*. Dále porod ramének, kde vedoucím

bodem je tzv. přední raménko. Přední raménko se porodí až po úpon deltového svalu a následuje porod zadního raménka přes hráz. Porod trupu a hýždí většinou hladce navazuje.

Nejčastější poloha pro samotný porod je na porodním lůžku, které se dá dobře nastavit do zvolené polohy, a lze ho multifunkčně upravit do několika vhodných poloh. Dále je možnost využití porodní židle nebo vany. Dokud není zašlá branka, žena netlačí. Mimo kontrakce si dýchá hlubším, klidným dýcháním. Při příchodu kontrakce se oběma rukama chytí pod koleny, pak se zhluboka nadechne do břicha, silně sevře rty a zavře oči, přitáhne bradu na prsa a zatlačí do konečníku. Během jedné kontrakce nelze vydržet s dechem i silou, a proto je důležité zaklonit hlavu (k rozšíření hrudníku) zhluboka se nadechnout a znovu. Za jednu kontrakci lze 3-4x takto zatlačit. Během kontrakcí je důležitá relaxace. Pokud je žena v dobré kondici a porod probíhá tak jak má, je možné tlačit ve stoje a uléhá až v samotném závěru II. doby porodní. Možné je také tlačit v poloze na boku, kdy ještě napomáháme k poslednímu šroubovitému pohybu hlavičky. Je možné využít i porodní židle, kdy se žena nohama zapře o podlahu a je podepírána zezadu v podpaží. Možné je však rodit i v předkolu s oporou o ruce nebo na všech čtyřech. Představy vizualizace v II. době porodní jsou velmi užitečné, je dobré si představovat, jak miminko postupně postupuje porodním kanálem na svět, jak se vaše hráz otvírá, napíná a umožňuje miminku hladký průchod bez komplikací (KOPŘIVOVÁ, 2005), (ROZTOČIL, 2008), (ČERMÁKOVÁ, 2008).

TŘETÍ DOBA PORODNÍ – VYBAVENÍ LŮŽKA, POROD PLACENTY

V této fázi porodu dochází k porodu placenty, pupečníku a plodových obalů, také dochází k *retrakci myometria*. Dělí se na tři fáze:

- Fáze odlučovací – Děloha se po porodu plodu retrahuje, získává kulovitý tvar a *fundus* děložní sahá zhruba k pupku. Opět se objevují děložní kontrakce, které jsou však mnohem slabší než v druhé době porodní. Vlivem zmenšující se dělohy dochází k postupnému odloučení lůžka.
- Fáze vypuzovací – Po odloučení lůžka kontrakce neustávají, žena tak pociťuje nucení na tlačení. Žena sama placentu vytlačí a porodní nebo s pomoci porodníka.
- Fáze hemostatická – Po odloučení placenty v jejím místě zůstávají otevřené *uteroplacentární* cévy, které krvácejí. Na zástavě krvácení se podílí hemokoagulační

aktivita, následná trombóza cév a fyziologické zúžení cév stlačením stěn hladkého svalstva myometria.

Rodičce je intravenózně aplikována látka ke správnému stahování dělohy a odlučování placenty. Placenta je po odloučení vypuzena do pochvy, kdy je rodička vyzvána k přitlačení si, a porodí placentu. Poté porodník zhodnotí placentu a zkontroluje porodní cesty. Pokud nedojde k odloučení placenty, je třeba provést manuální vybavení v celkové anestezii. Je-li vybavená placenta nějak poškozená, nebo se nezdá být celá, je důležité provést *instrumentální revizi* děložní dutiny pomocí *kyrety* (ROZTOČIL, 2008), (KOPŘIVOVÁ, 2005).

DOBA POPORODNÍ

Často také nazývána jako čtvrtá doba porodní. Jedná se o tříhodinový interval od porodu placenty, ve kterém je žena nejvíce ohrožena poporodními komplikacemi v podobě krvácení. Po porodu se děloha stahuje, zmenšuje se a fundus sahá, zhruba tři prsty pod pupek. V tuto dobu dochází k přiložení novorozence k prsu, ke správnému započetí laktace a podpoře zavinování dělohy. Nyní má rodička i s partnerem čas pro sebe a své novorozené dítě. Porodní asistentka provádí kontrolu fyziologických funkcí, kontroluje míru krvácení a zavinování dělohy. (KOPŘIVOVÁ, 2005), (MIKULANDOVÁ, 2007).

4 PORODNICKÁ ANALGEZIE

V první době porodní se jedná zejména o bolest *viscerální*, která je způsobena děložními kontrakcemi a dilatací dolního děložního segmentu. Místo s nejvyšší bolestivostí se nachází v podbřišku a v kříži. Ve druhé době porodní se připojuje bolest *somatická*, která je způsobená traumatizací pochvy a *perinea*. Porodní bolest, tak negativně ovlivňuje vnímání porodu, prožitek anebo také vzpomínky na něj. Negativně působí také na plod/novorozence a prodlužuje dobu porodu. K tlumení porodní bolesti jsou užívány metody, které nemají negativní vliv na průběh porodu a dítě. Důležitými faktory vnímaní bolesti jsou také: příprava na porod, otec u porodu, poloha a dýchání. Cílem porodní *analgezie* je: porodnický komfort pro matku, fyziologický průběh porodu, optimální podmínky pro plod a zvýšení psychické vazby matka – plod.

DRUHY PORODNÍ ANALGEZIE

Porodní analgezie musí být vždy zvolena individuálně. Výběr jednotlivé metody závisí na: psychofyziologickém stavu rodičky a jejím přání, stavu plodu, porodnické situaci, vybavení porodního sálu a zkušenostech porodníka a anesteziologa.

Porodní analgezii můžeme rozdělit do dvou skupin, na nefarmakologickou analgezii a farmakologickou.

Mezi nefarmakologické metody porodní analgezie patří:

- Psychoprofylaktická příprava na porod – viz předporodní kurzy.
- Hypnóza.
- Akupunktura – je součástí tradiční čínské medicíny, pracuje s bioenergiemi či vitální silou, orientuje se na celkový organismus z energetického pohledu.
- Hydroanalgezie – základními metodami jsou: relaxační koupele a obklady, porod do vody a intradermální injekce (obstřiky) sterilní vodou.
- Audioanalgezie – tzv. poslech „bílého šumu“, ten žena poslouchá v průběhu porodu, je složen z mnoha frekvencí, které připomínají šum zurčící vody.

- TENS (transkutánní elektrostimulace) – přichycené elektrody v oblasti beder, jedná se o stejnosměrné proudové pulsy, navozuje efekt placeba, nejvíce užitečná v I. době porodní.
- Tlaková masáž – při bolestech v křížové oblasti páteře, lze využít i metodu míčkování.

Mezi farmakologické metody porodní analgezie řadíme:

- Systémově podaná analgetika – podávají se v dávkách, které bolest úplně neutiší, ale pouze utlumí, nevýhodou je možnost útlumu dechu matky i plodu, podávají se *intravenózně*, např. morfin, fentanil, sufentanil, nalbufin a další.
- Inhalační přípravky k analgezii – dnes nejvíce užívaný je Entonox, nástup i odeznění účinků je rychlé, jedná se o tzv. *pacientem kontrolovanou analgezii* (PCA), výhodou je bezpečnost, jednoduchost a minimální vliv na matku a dítě.
- Místní anestetika ke svodné analgezii – regionální analgezie (PAŘÍZEK a kol., 2012), (HÁJEK, 2014).

4.1 REGIONÁLNÍ ANALGEZIE

EPIDURÁLNÍ ANALGEZIE (EA)

Epidurální analgezie patří mezi nejúčinnější metody, kterými lze ovlivnit bolest při porodu. Podmínky k zavedení epidurální analgezie jsou: erudovaný anesteziolog, porodník, porodní asistentky, kontinuální sledování matky a plodu (monitoring), možnost statimového vyšetření koagulace, vybavený porodní sál v nemocnici, nástup pravidelné děložní činnosti. Při epidurální analgezii se používají anestetika v kombinaci s *opioidy*. Epidurální analgezie je přechodné přerušení nervových vzruchů podáním anestetika do prostoru v oblasti lumbálních obratlů. Dochází k omezení činnosti natriových kanálků, a tudíž nevzniká ani nezaniká akční potenciál, a dochází k přerušení bolesti. Speciální Tuoyho jehlou se postupně pronikne do epidurálního prostoru, kam je umístěn epidurální katétr. Indikacemi pro EA jsou: vyčerpaná rodička, kardiovaskulární choroby, oční choroby, plicní choroby, hepatopatie, preeklampsie, diabetes mellitus, poloha koncem pánevním, chronická *insuficience* placenty, vícečetné těhotenství, indukovaný porod, *dystonie*, protrahovaný porod atd. Naopak kontraindikacemi

jsou: infekce v místě vpichu, porucha hemokoagulačního systému, alergie na místní anestetika, neurologické onemocnění, odmítání ze strany pacientky aj.

SUBARACHNOIDÁLNÍ ANALGEZIE

Je obdobná metoda jako EA, jen s rozdílem, že punkce zasahuje do *subarachnoidálního* prostoru. Detekce prostoru je jasná, protože mozkomíšní mok vytéká. Punkce se provádí v poloze na levém boku jako u EA, nejčastěji v prostoru L2-L3. Provádí se tenkou punkční jehlou a k aplikaci se užívá opioid. Nástup účinku je téměř okamžitý. Nevýhodou je vznik hypotenze a častých postpunkčních bolestí hlavy. Výhodou oproti EA je téměř 100% účinnost a okamžitý nástup účinku.

PARACERVIKÁLNÍ BLOK

Je jednoduchá metoda, která nevyžaduje přítomnost anesteziologa. Při fyziologicky postupujícím porodu a brance 4-6 cm lze bolest blokovat injekcí s 5 ml místního anestetika. Působí vhodně na uvolnění tuhé nebo spastické děložní branky. Anestetikum aplikujeme po obou stranách děložního hrdla, pokud je branka zašlá již nelze tuto metodu použít. Tuto metodu provádí porodník.

PUDENDÁLNÍ BLOK

Tato metoda se používá v závěru druhé doby porodní při spontánním porodu. Aplikuje se místní anestetikum po obou stranách pánevního dna. Nevýhodou je, že tato metoda nezmírní bolesti vyvolané děložními stahy. Neaplikujeme, pokud se hlavička plodu nachází v pánevní úžině či východu, a hrozí poranění plodu. Jedná se o technicky nenáročnou a bezpečnou metodu jak pro matku, tak i plod. Pro aplikaci lze využít dva přístupy, a to *transvaginální* a *transperineální*. Tuto metodu provádí porodník.

MÍSTNÍ INFILTRACE PERIGEA

Tato technika je dostačující pro rodičku po porodu k bezbolestnému ošetření hráze. Je nevhodná pro velké poranění. Nejčastěji používáme 1% Mezokain, a to 10-20 ml. Výhodou je technická jednoduchost a minimální finanční náklady. Hlavní nevýhodou je, že nedochází k uvolnění svalstva pánevního dna. Provádí se v oblasti zadní *komisury*, vějířovitě po obou

stranách předpokládané *epiziotomie*. Tuto metodu může provádět porodník, ale i porodní asistentka (PAŘÍZEK a kol., 2012), (HÁJEK, 2014).

5 OSOBA BLÍZKÁ U PORODU

Pomoc při porodu se odlišuje v různých kulturách a historických obdobích. Od počátků věků je však porod rodinnou záležitostí, které se otec účastnil ať už přímo či nepřímo. Je pouze na vás koho si k porodu jako doprovod zvolíte, důležité je abyste se s danou osobou cítila dobře a sama sebou. Také je nutné, aby doprovod u porodu chtěl být. Jeho přítomnost na porodním sále má rodičce dodávat jistotu, sílu a hlavně klid. Pro větší klid samotného doprovodu (partnera) se doporučuje účast předporodních kurzů a příprav. Bohužel se může i stát, že je ženě s partnerem skvěle, ale u porodu se v jeho blízkosti nebude cítit dobře.

Co se od partnera očekává? Hlavně „být s partnerkou“ nejenom fyzicky, ale i psychicky. Od začátku porodu měří společně s rodičkou intervaly kontrakcí. Při prvních, ne tak silných, napomáhá rodičce doteky a masážemi. Podporuje ji. V přítomnosti partnera u porodu se rodička obvykle více ovládá a lépe spolupracuje s porodníkem a porodními asistentkami. Také vnímání bolesti je mírnější. Díky tomu jsou méně podávaná analgetika.

Je důležité být připraven, že role doprovodu u porodu je náročná. Dívat se na bolest blízké milované osoby není jednoduché, a je třeba s tím počítat. Také je nutné brát v úvahu vliv na budoucí sexuální život. A to jak ze stran partnera, tak i rodičky. Sexuální život nemusí být nijak negativně ovlivněn, ale také může. Naopak po společném prožitku porodu může dojít k prohloubení a zkvalitnění vzájemných vztahů partnerů a jejich pohlavního života.

V průběhu porodu je výhodou, pokud partner navštěvoval předporodní kurzy. Měl by mít zmapovanou cestu do porodnice, podílet se na přípravě věcí do porodnice, být empatický a klidný. Do jisté míry by měl být seznámený s porodním plánem rodičky, vědět jaká má rodička přání a podílet se na pomoci v průběhu porodu. A to konkrétně podáváním věcí, o které si žena řekne. Pomáhá rodičce při změně poloh, pomáhá s dýcháním, může ženu doprovázet na toaletu, do sprchy (sprchuje ji), podle potřeby rodičku masíruje, objímá, podporuje doteky. Ve II. době porodní sedí po boku rodičky, provádí oporu v různých polohách, povzbuzuje rodičku v tlačení a uvolnění, po narození pomáhá rodičce novorozence přidržet na bříšku, hladí ho po zádíčkách, vítá, může přestříhnout pupeční šňůru (na pokyn porodní asistentky). Také by neměl zapomenout poděkovat a ubezpečit rodičku, jak skvěle porod zvládla. Následně se tatínek děťátku věnuje, dohlíží na jeho první ošetření, fotí a

filmuje. Po zabalení je tatínkovi novorozeně svěřeno do náruče (KOPŘIVOVÁ, 2005), (RICHTER, 2007), (TRČA, 2008).

6 PÉČE O NOVOROZENCE

Ihned po porodu je novorozenec porodníkem či porodní asistentkou předán do péče pediatrů. Ti začnou provádět potřebná vyšetření v péči o miminko na vyhřátém novorozeneckém lůžku. To bývá součástí porodního sálu.

Pokud to stav novorozence vyžaduje, je potřeba mu odsát zbytky plodové vody z horních dýchacích cest. Dále se provádí ošetření podvázaného, nebo sponkou zabezpečeného pupečníku, který se zkontroluje a odezinfikuje. Oči jsou taktéž ošetřeny, aby nedocházelo k přenosu infekce z porodních cest na spojivky miminka. Provádí se tzv. *kredeizace*, pomocí očních kapek (*Ophthalmo-Septonexem*). Novorozence změříme a zvážíme.

Dětský lékař provádí celkové posouzení stavu novorozence. Poslouchá a hodnotí jeho dýchání, srdeční tep, prohmatává bříško, kontroluje napětí končetin a pohyblivost kyčlí, reflexy a barvu kůže. Každému novorozenci je na základě zhodnocení stavu uděleno tzv. *Apgar skóre*. Apgar skóre hodnotící poporodní vitalitu dítěte. Dále je novorozenec změřen, zvážen a je mu změřena tělesná teplota.

Po těchto předešlých krocích je důležité miminko označit štítkem se jménem, příjmením a datem narození, číslem, které je identické s číslem matky. Takzvaná *dvojí identifikace*.

Po ošetření novorozence na porodním sále, přiložíme dítě k matčinu prsu k takzvanému prvnímu přisátí. Pokud to stav novorozence dovoluje lze přiložit dítě matce na břicho tzv. kůži na kůži neboli „*skin to skin*“. Časné první přisátí stimuluje vyplavování *oxytocinu*, který napomáhá rozvinutí laktace a stahování dělohy. (ROZTOČIL, 2008), (KOPŘIVOVÁ, 2005)

V průběhu prvních dnů se novorozenec adaptuje na nové prostředí a samostatný život. Největší změny se týkají krevního oběhu, dýchání a termoregulace. Novorozenci mají vyvinuté reflexy, které jsou pro život nepostradatelné. Jako například sací reflex, polykací, úchopový a hledací. Ty během několika dnů stále zdokonalují.

Pokožku novorozence neošetřujeme, necháme ji vytvořit přirozený ochranný film. Teprve pokud by docházelo k výraznému vysušení, používáme neparfémované krémy

k promazávání. V kožních záhybech je naopak zvýšené riziko vzniku zapářky. Proto je na těchto místech důležitá důsledná hygiena a zamezení udržování vlhkosti.

Novorozenecká žloutenka vzniká v důsledku zvýšené hladiny *bilirubinu*. K takovému stavu dochází po porodu, po rozpadu *hemoglobinu* (přenašeče kyslíku v krvi), který je součástí červených krvinek. V některých případech je nutné léčebně zasáhnout tzv. *fototerapií*. Novorozenec je vystavován fialovému světlu, které napomáhá rozpadu bilirubinu a zbavuje pokožku, sliznice i oční bělma žlutého zabarvení (ROZTOČIL, 2008), (KOPŘIVOVÁ, 2005), (GREGORA, 2008).

Skóre podle Apgarové – slouží ke zhodnocení vitality a poporodní adaptace novorozence. Novorozence posuzujeme po 1,5 a 10 minutách života. Hodnotíme 5 kritérií, každé v rozmezí 0-2 body. Maximem je dosažení 10 bodů.

Tab. č. 1: Hodnotící skóre podle Apgarové

Kritérium	0 bodů	1 bod	2 body
Srdeční frekvence	0 (*asystolie*)	Menší než 100	Větší než 100
Dechové úsilí	0 (*apnoe*)	NEPRAVIDELNÉ	PRAVIDELNÉ
Barva kůže dána prokrvením	Modrá/ bílá	*Akrocyanická*	růžová
Svalový tonus	ochablý	Slabá flexe končetin/ snížený	normální
Reakce na podráždění	žádná	chabá	Normální křik

Zdroj: ROZTOČIL, 2008, s. 82

Vyhodnocení:

- „8-10 bodů – zralý novorozenec
- 7-4 body – lehká porodní *asfyxie*
- méně než 3 body – těžká porodní asfyxie“ (ROZTOČIL, 2008, s. 82).

7 PRŮBĚH RANÉHO ŠESTINEDĚLÍ A ÚSPĚŠNÉ KOJENÍ

Šestinedělí je období, kdy se všechny změny funkční, anatomické i hormonální vracejí zpět do stavu před otěhotněním. Jedná se tedy o období do obnovení menstruačního cyklu, to je ovšem individuální v závislosti na trvání laktace a frekvenci kojení. Rozmezí je tedy 6. - 12. týden po porodu. Těsně po porodu zůstává žena (nedělka) dvě hodiny na porodním sále, kde je pod intenzivním dohledem personálu. Porodní asistentky sledují krvácení, tlak, tělesnou teplotu a puls. Během této doby zpravidla nedělka dostává najíst a napít. Následně, pokud tomu stav dovoluje, je odvedena popřípadě převezena na oddělení šestinedělí. Průměrná délka pobytu na oddělení šestinedělí je 4 až 5 dní, v závislosti na stavu novorozence a matky.

ODPOČINEK PO PORODU A PRVNÍ VSTÁVÁNÍ

První hodiny na oddělení šestinedělí by žena měla věnovat spánku a odpočinku. Po třech až šesti hodinách se pokusí vstát a jít do sprchy. Je nutné podotknout, že každá žena svou rekonvalescenci prožívá individuálně, tudíž i doba prvního vstávání je odlišná. Je nutné, aby první vstávání probíhalo s doprovodem sestry nebo porodní asistentky. Před úplným vstáním z lůžka je zapotřebí chvíli posedět. Pokud se nemotá hlava a nehučí v uších, lze se projít pár kroky kolem lůžka a následně jít do sprchy.

HYGIENA PO PORODU

Ve sprše používáme příjemně teplou vodu, nikoliv horkou, která by mohla vést ke kolabování. Důležitým momentem první sprchy je spontánní močení. Pro ženu po porodu bude jednodušší variantou i nadále, zvláště pokud má nějaké porodní poranění. Jednak si žena nemusí sedat a následně vstávat, a také naředěná moč není tak agresivní, a tudíž neřeže. Pokud by se ženě nepovedlo spontánně vymočit je cévkována porodní asistentkou. První den omýváme genitál pouze vodou, další dny lze používat gely pro intimní hygienu. Porodní poranění je třeba pečlivě vysušit a pro lepší hojení nechat přístupné vzduchu, aby nedošlo k zapaření a následným potížím. Prosazuje zásadu „v suchu a větrat“. Je tedy dobré mít k použití osušky dvě, jednu na tělo a druhou na oblast genitálií. Oblast rodidel by měla být omývána po každé toaletě.

POPORODNÍ STAHY A OČISTKY

Každý den po porodu dochází k postupné retrakci dělohy, k takzvanému zavinování. Po porodu je děloha stažená k pupku a zhruba za deset dní sestoupí tak nízko, že není hmatná. K zavinování dělohy vedou stahy děložní, které lze pocítit jako tlak v břiše. Intenzivněji je žena pociťuje při kojení. Jsou nepravidelné a díky nim odchází z dělohy tzv. očistky. *Očistky* jsou vzhledem i pachem podobné menstruačnímu krvácení. Při kojení odchází očistky ve větším množství, což je naprosto fyziologická hormonální funkce. Během šestinedělí mění očistky svůj charakter, a to od sangvinolentního zbarvení (*lochia rubra* – jsou červené) přes serózní (*lochia serosa* – růžové či nahnědlé) až po bílé (*lochia alba, lactea*). (KOPŘIVOVÁ, 2005), (PETŘÍČKOVÁ, 2009), (CHMEL, 2004).

7.1 PSYCHICKÝ STAV V ŠESTINEDĚLÍ

Poporodní psychický stav lze u žen po porodu rozdělit do tří skupin, které v sebe mohou přecházet. Často bývá velmi obtížné ženu do jednotlivých stupňů zařadit.

První a největší skupinou jsou ženy, které nijak nevybočují od normálního psychického stavu netěhotné ženy. Své mateřské role se zhostili výborně, orientují se v interpersonálních vztazích a vnímají pocity štěstí a spokojenosti.

Dalším stupněm je tzv. **Poporodní blues**, jedná se o běžný projev šestinedělí. Projevuje se přechodnými stavy úzkosti, plačtivosti, podrážděnosti, psychickou labilitou, poruchami spánku, poruchami sebedůvěry a poruchou komunikace s okolím. Dochází ke změně postoje a pocitů k novorozenci, a to zejména v negativním slova smyslu. Příznaky se objevují během prvního týdne po porodu a nejčastěji do 10. dne se vrátí k normálu. V tomto případě není indikována medikamentózní léčba. Jedinou terapií a prevencí je snad vstřícní přístup okolí.

Poporodní deprese, je dalším stupněm. Tento stav se vyskytuje zhruba u 10 % žen. Může se projevit v kterékoliv období po porodu i spontánního nebo umělého potratu, ale také u předčasného porodu nebo mimoděložního těhotenství. Trvání poporodní deprese může být i rok. Rizikovými faktory jsou: mladé ženy (do 20 let), svobodné, nezajištěné, zdravotně handicapované, dětství v neúplné rodině, špatný vztah k otci dítěte a nízké sebevědomí. Jedná se o poruchu *hypothalamo-hypofyzoadrenální osy*. Chování nedělky se však neliší od stavů

netěhotné populace trpící depresí. Velmi často souvisí se ztrátou váhy, nespavostí, neschopností milovat svoji rodinu a špatnými vztahy k novorozenci. Léčba spočívá v psychoterapii a psychiatrické medikaci. Velmi často se tento stav opakuje v další graviditě, 50 až 100 %.

Poporodní (laktační) psychóza, je pravděpodobně druhem schizofrenie, který se modifikoval v průběhu šestinedělí. Jedná se o pacientky s psychózou před otěhotněním nebo s psychiatricky zatíženou rodinou anamnézou. Příznaky se vyskytují mezi 2. - 3. poporodním dnem, ale i déle. Převládá úzkost s *maniodepresivními* atakami a s halucinacemi. Žena s takovýmto onemocněním je pak léčena na psychiatrickém oddělení. (ROZTOČIL, 2008, KOPŘIVOVÁ, 2005).

7.2 KOJENÍ

Dle Sb. Zákonů č 104/1991, čl. 24.1, 24.2: „Dítě má právo na mateřské mléko jako jedinou potravu plně odpovídající jeho potřebám. Matka a dítě pak mají právo na odpovídající péči před i po porodu včetně podmínek, které usnadňují kojení.“ (ROZTOČIL a kol, 2008, s. 134).

Skutečná tvorba mléka začíná v období kolem porodu. Je stimulována hormonem prolaktinem, a ten je stimulovaný sáním dítěte. Mléko je v mléčné žláze produkováno neustále a během kojení dítě nevysaje celý prs. V období těsně po porodu nejsou prsy ještě nality, ale i tak obsahují **kolostrum** (mlezivo), které slouží jako předchůdce mléka a první potrava. Rozlišujeme tzv. **přední mléko,** které se nachází ve vývodech mléčné žlázy. A **zadní mléko**, které je v mléčných žlázách. Přední mléko obsahuje více cukru, naopak zadní mléko obsahuje více tuku a dodává tak dítěti energii. V prvních dnech při nástupu laktace, postupného rozvíjení a osvojování si kojení, je dobré přikládat po dvou hodinách k oběma prsům střídavě na 5-10 minut.

VÝHODY KOJENÍ PRO DÍTĚ I MATKU

Mateřské mléko je nejvhodnější potravou pro dítě. Jeho složení se mění v průběhu jednoho kojení i během celého období, kdy matka dítě kojí. Své složení přizpůsobuje potřebám dítěte. Také slouží jako prevence alergií, obezity, snižuje vznik chudokrevnosti a

méně často dochází k syndromu náhlého úmrtí novorozence. Kojení působí na psychický a citový vývoj dítěte. Upevňuje vazbu mezi matkou a dítětem a jejich vzájemný kontakt.

Kojení má zdravotní výhody i pro matku, a to při vyplavování oxytocinu stahuje dělohu, chrání ženu před rakovinou prsu, vaječníků a *osteoporózou*. Uspokojivé pocity dodávají matce psychické pohody. Mléko je snadno dostupné, sterilní, má přirozeně vhodnou teplotu a levné.

Zásadou úspěšného kojení je kojit časně, nejlépe hned nebo do 30 minut po porodu, kojit často, kdykoliv má dítě zájem nebo si řekne, nedávat dítěti pít nic jiného.

Mateřské mléko obsahuje vše pro správný vývoj a růst novorozence, následně kojence. Obsahuje: obranné látky, zejména sekreční imunoglobulin A, bílkoviny, tuky, sacharidy, vitamíny, minerální látky a stopové prvky (KOPŘIVOVÁ, 2005), (GREGORA, 2011), (MIKULANDOVÁ, 2007).

SPRÁVNÁ TECHNIKA KOJENÍ

Je základem pro úspěšné kojení. Technika vyžaduje správnou polohu matky i novorozence, a přisátí se správným sáním.

Hlavní zásady správné techniky:

- Zvolit pohodlnou pozici pro matku a dítě.
- Platí zásada: dítě k prsu, ne prs k dítěti.
- Matka přidržuje prs tak, aby se nedotýkala dvorce, prs podepírá zespodu.
- Bradavka vždy v úrovni úst dítěte.
- Drážděním úst bradavkou dítěte se vyvolá hledací reflex.
- Prs musí být nabídnut tak, aby dítě uchopilo bradavku a co největší část dvorce, a to více pod bradavkou než nad ní.
- Nikdy nepřikládáme k prsu křičící dítě.
- U dobře sajícího dítěte dolní ret a jazyk překrývají oblast pod bradavkou.
- Špička nosu a brada dítěte se musí dotýkat prsu.

- Matka nesmí odtahovat prs prsty.
- Ucho, raménko a kyčle dítěte musí být v jedné linii.
- Hlavička dítěte je výš, než nožičky.
- Zbytečně se nedotýkáme hlavičky, ani tváře dítěte, aby nedošlo k matení sacího reflexu.
- Při doteku hlavičky by prsty neměly přesahovat hranici ušní linie dítěte.
- Mezi matkou a dítětem nesmí být žádná překážka, jako je např. uzel zavinovačky aj.
- Kojení nesmí matku bolet.
  (KOPŘIVOVÁ, 2005), (GREGORA, 2008), (GREGORA 2011).

POLOHY PŘI KOJENÍ

- **Poloha vleže.** Kdy dítě leží podél boku matky, tělo má přitisknuté k tělu matky a obličejík k matce přivrácený. Tato poloha je vhodná pro ženy po císařském řezu, kdy je oblast jizvy ještě bolestivá, a dítě na ní tak netlačí svou vahou. Taktéž je vhodná pro ženy s velkými porodními poraněními, kterým sezení dělá potíže.

- **Poloha vsedě.** Hlavička dítěte leží mezi ohbím paže matky, druhou rukou přidržuje matka prs. Lze využít kojící polštář, který ženě pomůže podepřít novorozence. Polohu vsedě lze různě upravovat, ale důležité je dodržet pravidlo pohodlí matky. Lze kojit v tureckém sedu nebo s nohama volně spuštěným k zemi. Kojení je možné taktéž vpolosedě s podloženýma nohama. Tato poloha je vhodná pro matky po císařském řezu.

- **Boční, fotbalové či zadní držení.** Dítě leží na matčině předloktí, matka rukou podepírá ramínka dítěte, nožky dítěte jsou volně podél matčina boku. Předloktí matky je podepřeno polštářem.

- **Poloha tanečníka.** Dítě leží v matčině předloktí, které je podepřeno polštářem, ruka podpírá prs téže strany. Matka tak může při kojení měnit prs, aniž by musela měnit způsob držení dítěte. Tato poloha je vhodná při kojení dětí menší váhy, ale hlavně pro děti nedonošené.
- **Kojení dvojčat.** Kojení dvojčat probíhá současně, zajišťuje lepší sekreci prolaktinu. Jako pomoc lze také využít kojící polštář.
  (KOPŘIVOVÁ, 2005), (GREGORA, 2011).

„V roce 1991 Světová zdravotnická organizace a UNICEF zavedli „10 kroků k úspěšnému kojení“ do praxe. Cílem je podpora kojení a zvýšení počtu dětí výlučně kojených.

Písemně vypracovaná strategie přístupu ke kojení.

1. Písemně vypracovaná strategie přístupu ke kojení.
2. Školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie.
3. Informovat všechny těhotné ženy o výhodách a způsobech kojení.
4. Umožnit matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu.
5. Ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí.
6. Nepodávat novorozencům jinou stravu, kromě mateřského mléka.
7. Umožnit matkám a dětem „*rooming-in*“.
8. Podporovat kojení podle potřeby dítěte.
9. Nedávat kojeným novorozencům dudlíky.
10. Podporovat vytváření sítě následné péče o kojení prostřednictvím laktačních konzultantů.“
    (ROZTOČIL, 2008, s. 141).

8 POPIS ZPRACOVÁNÍ PRŮZKUMU

Praktická část bakalářské práce je zpracována jako kvantitativní průzkum. Zvolenou metodou k průzkumu byl strukturovaný dotazník. Dotazníkové šetření probíhalo v čase listopad 2014 – leden 2015. Průzkumný vzorec tvořily ženy navštěvující gynekologickou poradnu společně s prenatální péčí Nuselské polikliniky. A pomocí internetových dotazníků, které byly rozšířeny pomocí skupin na sociálních sítích soustřeďující otázky a rady ohledně těhotenství a mateřství.

TECHNIKA DOTAZNÍKU

Dotazník byl uveden průvodním dopisem doporučeným ženám, které byly ochotné dotazník vyplnit. V průvodním dopise bylo oznámeno, že dotazník je dobrovolný a anonymní, a také pro jaký účel bude využit. Bylo zde popsáno, jakých témat se otázky v dotazníku týkají. Dotazník obsahoval 17 otázek. Většina otázek v dotazníku byly otázky uzavřené a respondentky tak zaškrtly jednu vyhovující odpověď. Otázky č. 6, 7, 10 a 11 byly otázky polootevřené - obsahovaly kolonku jiné, kde respondentky mohly dopsat vhodnější variantu odpovědi pro přesnější vyjádření. Otázky č. 3, 5, 9 a 14 obsahovaly více možných variant odpovědí. Na pracovišti Nuselské polikliniky bylo rozdáno 20 dotazníků jako pilotní studie, které odhalilo jisté nedostatky v přesnosti vyjádření otázek či odpovědí. Veškeré nedostatky byly opraveny a následně bylo na Nuselské poliklinice rozdáno dalších 30 dotazníků, ze kterých se muselo pro nepřesnosti ve vyplňování 12 vyřadit. A ostatní data byla získána formou elektronických dotazníků. Poslední dvě otázky se týkají demografického rozdělení respondentek.

Celkový počet analyzovaných dotazníků činil 57.

Veškeré procesy a náklady související s popisovaným průzkumem pokrývala autorka.

9 PRŮZKUMNÝ PROBLÉM, OTÁZKY A CÍLE

PRŮZKUMNÉ TÉMA: Předporodní kurzy a jejich efektivita během těhotenství.

PRŮZKUMNÝ PROBLÉM: Jsou ženy, které navštěvovaly předporodní kurzy, více připravené a informované ohledně porodu než ty, které předporodní kurzy nenavštěvovaly?

PRŮZKUMNÉ CÍLE:

1. Zjistit, do jaké míry jsou rodičky informovány o průběhu porodu.
2. Zjistit, v jaké míře rodičky předporodní kurzy vyhledávají.
3. Zjistit, jak se rodičky vyrovnávali s porodními bolestmi, s ohledem zda absolvovaly předporodní kurzy.
4. Zda využily některou z alternativ nefarmakologické či farmakologické analgezie. Taktéž s ohledem zda absolvovaly předporodní kurzy.
5. Zjistit, v jaké míře požadují rodičky osobu blízkou u porodu.

10 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

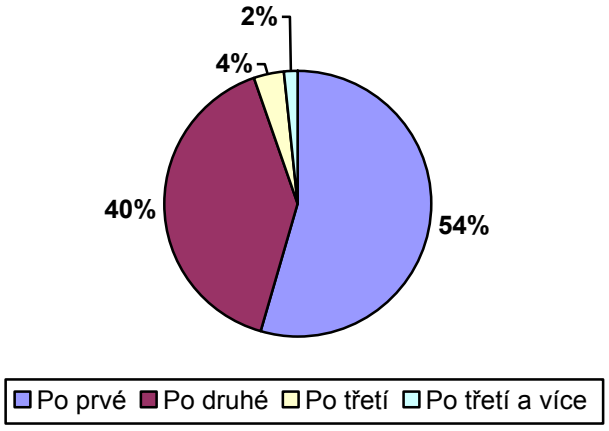
V této kapitole jsou popsány výsledky pomocí tabulek, kde je uvedena absolutní četnost a relativní četnost v %. Pro lepší názornost jsou také výsledky převedeny do grafického znázornění.

Otázka č. 1: Pokolikáté rodíte?

Tabulka 2 – Rozdělení respondentek podle počtu porodů

Odpovědi	*Absolutní četnost*	*Relativní četnost*
Po prvé	31	54 %
Po druhé	23	40 %
Po třetí	2	4 %
Po třetí a více	1	2 %
Celkem	57	100 %

Graf 1 – Rozdělení respondentek dle počtu porodů



První otázka dotazníku se týká počtu předešlých porodů jednotlivých respondentek. Předpokládáme, že počet zaznamenaných předešlých porodů ovlivňuje návštěvnost předporodních kurzů i celkový průběh porodu. Odpovědi byly rozděleny do celkem čtyř možností, a to: **a) po prvé 31 (54 %), b) po druhé 23 (40 %), c) po třetí 2 (4 %) a d) po třetí a více 1 (2 %)**. Celkový počet respondentek byl 57 (100%). Z odpovědí respondentek

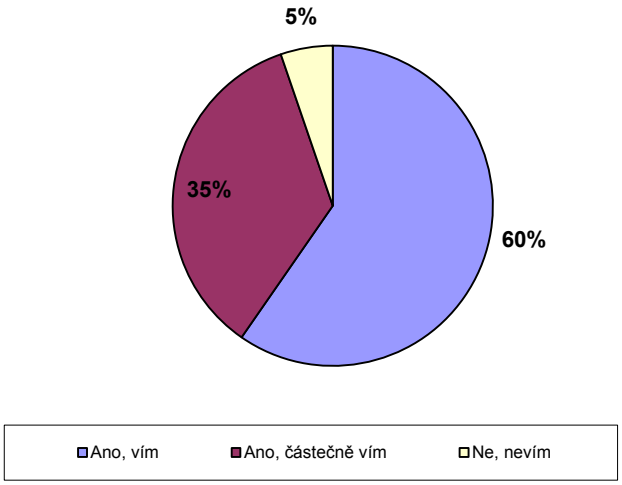
vyplívá, že nejčastěji předporodní kurzy navštěvují ženy prvorodičky, a to celkem 13 (23 %) žen z celkového počtu. Ženy rodící po druhé navštěvují předporodní kurzy v podobné míře, a to v zastoupení 11 (19 %) respondentek. Ženy rodící po třetí a po třetí a více, jsou v návštěvnosti předporodních kurzů téměř na stejné úrovni. Ženy rodící po třetí 2 (4 %) a ženy rodící po třetí a více 1 (2 %).

Otázka č. 2: Víte, jaká je náplň předporodních kurzů?

Tabulka 3 – Informovanost respondentek o náplni předporodních kurzů

Odpovědi	*Absolutní četnost*	*Relativní četnost*
Ano, vím	34	60 %
Ano, částečně vím	20	35 %
Ne, nevím	3	5 %
Celkem	57	100 %

Graf 2 – Rozdělení respondentek dle informovanosti o náplni předporodních kurzů



Druhá otázka dotazníku je zaměřena na informovanost těhotných žen ohledně předporodních kurzů. Dotazované ženy měly na výběr ze tří možných odpovědí, a to konkrétně odpovědi: **a) ano, vím 34 (60 %), b) ano, částečně vím 20 (35 %) a c) ne, nevím 3 (5 %)**. Ženy, které předporodní kurzy absolvovaly, odpovídaly následovně: a) ano, vím 24 (42 %), b) ano, částečně vím 3 (5 %). Rodičky volící odpověď c) ne, nevím 3 (5 %) předporodní kurzy nenavštěvovaly. Tato otázka částečně souvisí s průzkumným cílem: **Zjistit, v jaké míře rodičky předporodní kurzy vyhledávají.** Na základě jednotlivých

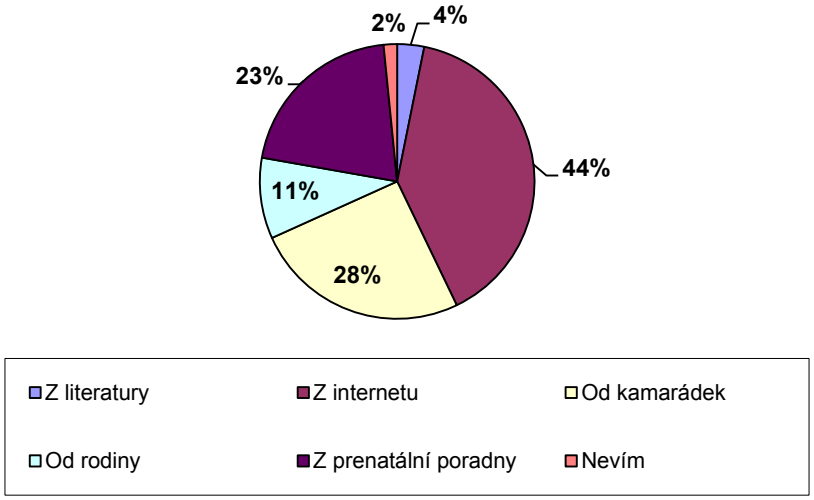
odpovědí lze předpokládat, že se těhotné ženy zajímají a vyhledávají informace o předporodních kurzech, i když je následně nenavštíví. Snaží se na těhotenství, porod a samotné mateřství co nejlépe připravit.

Otázka č. 3: Odkud o předporodních kurzech víte?

Tabulka 4 – Přehled zdrojů informací vykazující předporodní kurzy

Odpovědi	*Absolutní četnost*	*Relativní četnost*
Z literatury	2	4 %
Z internetu	25	44 %
Od kamarádek	16	28 %
Od rodiny	6	11 %
Z prenatální poradny	13	23 %
Nevím	1	2%
Celkem	57	100 %

Graf 3 – Rozdělení zdrojů informací vykazující předporodní kurzy



Další otázka dotazníku byla zaměřena na zdroje informací o předporodních kurzech, odkud rodičky čerpají. U této otázky bylo lze možné označit více možných odpovědí. Uvedené možnosti byly: **a) z literatury 2 (4 %), b) z internetu 25 (44 %), c) od kamarádek 16 (28 %), d) od rodiny 6 (11 %), e) z prenatální poradny 13 (23 %) a f) nevím 1 (2 %).** Předpokládáme, že v dnešním moderním světě budou rodičky nejvíce informovány pomocí internetu, prenatální poradny a kamarádek či rodiny. Tento předpoklad se nám u

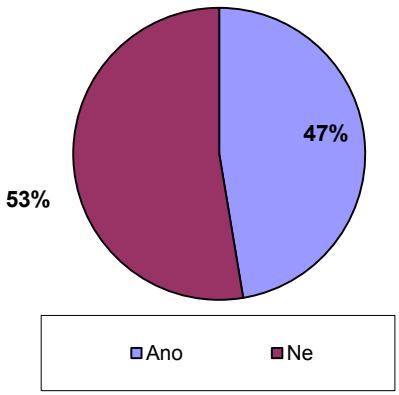
dotazovaných žen potvrdil, a však na rozdíl od historie, nyní těhotné ženy více čerpají rady v kruhu přátel, než samotné rodiny. Rodičky, které předporodní kurzy absolvovaly, zvolily následující odpovědi: a) z internetu 10 (18 %), b)od kamarádek 9 (16 %), c) od rodiny 3 (5 %) a d) z prenatální poradny 5 (9 %). Rodičky volící ostatní možné varianty se předporodních kurzů neúčastnily. Vzhledem k velmi nízkému procentuálnímu vyjádření u možnosti f) nevím, lze opět odpovědět na průzkumný cíl: **Zjistit, v jaké míře rodičky předporodní kurzy vyhledávají.** Rodičky se zajímají o zdraví své i svého nenarozeného dítěte, podporují průběh zdravého těhotenství a o předporodní kurzy se zajímají, můžeme říct, valně.

Otázka č. 4: Navštěvovala jste předporodní kurzy?

Tabulka 5 – Rozdělení rodiček zdali absolvovaly předporodní kurzy, či nikoli

Odpověď	*Absolutní četnost*	*Relativní četnost*
Ano	27	47 %
Ne	30	53 %
Celkem	57	100 %

Graf 4 – Rozdělení rodiček dle absolvování předporodních kurzů



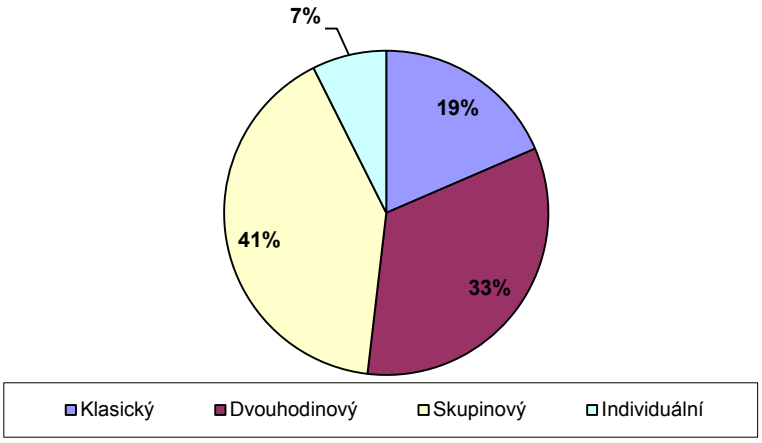
Otázka č. 4 byla zaměřena na absolvování předporodních kurzů. Na výběr byly možné dvě odpovědi, a to „ano“ nebo „ne“. Rodičky odpověděly následovně: **a) ano 27 (47 %) a b) 30 (53 %).** Můžeme tedy konstatovat, že návštěvnost předporodních kurzů a jejich odmítání je téměř na stejné úrovni. Jinak řečeno, polovina rodiček z vybraného výzkumného vzorku předporodní kurzy navštěvovala, a polovina ne.

Otázka č. 5: Který z typů předporodních kurzů jste absolvovala?

Tabulka 6 – Rozdělení respondentů dle absolvovaného typu předporodního kurzu

Odpověď	*Absolutní četnost*	*Relativní četnost*
Klasický	5	19 %
Dvouhodinový	9	33 %
Skupinový	11	41 %
Individuální	2	7 %
Celkem	27	100 %

Graf 5 – Rozdělení respondentů dle absolvovaného typu předporodního kurzu



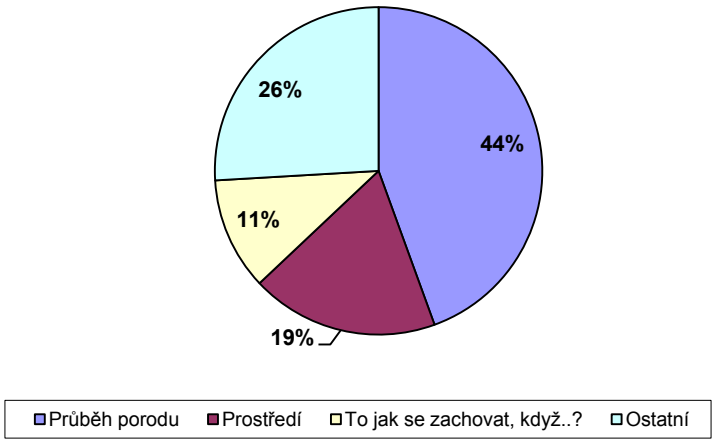
Otázka číslo 5 se dotýkala rodiček, které v dotazníku uvedly, že absolvovaly předporodní kurzy. Z celkového počtu 57 dotazovaný žen, účast předporodních kurzů potvrdilo 27. Ta to otázka byla orientována na jednotlivé typy předporodních kurzů, a to: **a) klasický 5 (19 %), b) dvouhodinový 9 (33 %), c) skupinový 11 (41 %) a d) individuální 2 (7%).** Pod pojmem klasický předporodní kurz myslíme takový, kde těhotné ženy probírají jednotlivá témata těhotenství, porodu a šestinedělí a může trvat i celý den. Dvouhodinový kurz, byl respondentkám popsán jako krátká sezení, vztahující se k té konkrétní porodnici a mající spíše organizační charakter. Pojem skupinový a individuální nebylo potřeba nijak zvláště specifikovat. V této otázce bylo možné zaškrtnout více možných odpovědí, např. jednalo-li se o kurz klasický skupinový nebo klasický individuální.

Otázka č. 6: Co vám předporodní kurzy nejvíce přiblížily?

Tabulka 7 – Co předporodní kurzy respondentkám nejvíce přiblížily

Odpověď	*Absolutní četnost*	*Relativní četnost*
Průběh porodu	12	44 %
Prostředí	5	19 %
To jak se zachovat, když..?	3	11 %
Ostatní	7	26 %
Celkem	27	100 %

Graf 6 – Rozdělení respondentek dle přiblížených okruhů předporodních kurzů



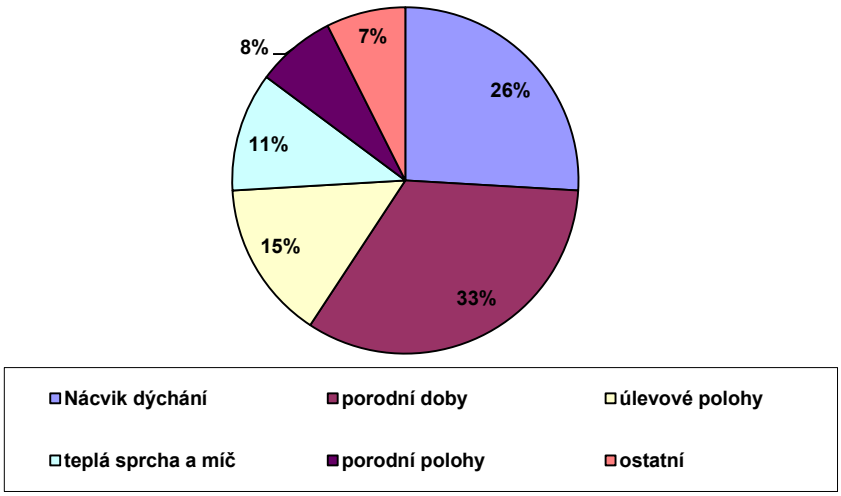
V otázce č. 6 se jednalo o vybrané okruhy předporodních kurzů. Tato otázka byla opět jen pro rodičky, které v otázce týkající se účasti předporodních kurzu odpověděly „ano“. Z celkových 27 absolventek předporodních kurzů jsme získali tyto údaje: **a) průběh porodu 12 (44 %), b) prostředí 5 (19 %), c) to jak se zachovat, když? 3 (11 %) a d) ostatní 7 (26%).** Na tuto otázku opět odpovídaly jen ženy, které předporodní kurzy absolvovaly. Tato otázka částečně souvisí s průzkumným cílem: **Zjistit, do jaké míry jsou rodičky informovány o průběhu porodu.** Víme, že rodičky se o průběh porodu zajímají zvláště, a můžeme tedy konstatovat, že v předporodních kurzech ženy nejvíce ocení rady a témata právě průběhu porodu. Položka ostatní byla zvolena rodičkami v největším počtu hned po průběhu porodu. V této odpovědi mohly ženy vepsat další možné okruhy, které jim byly v předporodních kurzech přiblíženy. Nejvíce rodičky uváděly dýchání při kontrakcích a péči o novorozence.

Otázka č. 7: Jaké téma z předporodních kurzů se vám nejvíce líbilo?

Tabulka 8 – Oblíbenost vybraných témat předporodních kurzů

Odpověď	*Absolutní četnost*	*Relativní četnost*
Nácvik dýchání	7	26 %
Porodní doby	9	33 %
Úlevové polohy	4	15 %
Teplá sprcha a míč	3	11 %
Porodní polohy	2	7 %
Ostatní	2	7 %
Celkem	27	100 %

Graf 7 – Oblíbenost vybraných témat předporodních kurzů



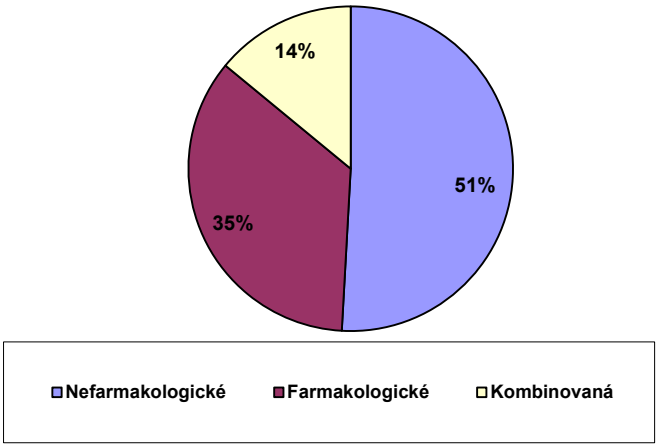
V otázce číslo 7 taktéž odpovídaly pouze ženy, které se účastnily předporodních kurzů. Ženy mohly volit i více možných odpovědí. Mezi nabízenými odpověďmi byly tyto: **a) nácvik dýchání 7 (26 %), b) porodní doby 9 (33 %), c) úlevové polohy 4 (15 %), d) teplá sprcha a míč 3 (11 %), e) porodní polohy 2 (7 %) a f) ostatní 2 (7 %).** Nejčastěji volenou položkou byly doby porodní a nácvik dýchání během porodu. Tudíž můžeme opět říci, že tato otázka souvisí s průzkumným cílem: **Zjistit, do jaké míry jsou rodičky informovány o průběhu porodu.** Položka ostatní byla opět určena pro témata nevyskytující se ve vybraných možnostech. Tuto položku zvolily pouze dvě rodičky a to k vyjádření svého názoru. Uvádějí zde prostory porodnice a nejistotu, jako téma, které jim bylo nejbližší.

Otázka č. 8: Jaké prostředky k tišení bolesti v průběhu porodu jste zvolila?

Tabulka 9 – Přehled zvolených typů porodnické analgezie.

Odpověď	*Absolutní četnost*	*Relativní četnost*
Nefarmakologické tišení bolesti (např. masáže, aromaterapie, atd.)	29	51 %
Farmakologické (s podáním preparátů k tišení bolesti v podobě prášků, injekcí či epidurálního katétru)	20	35%
Kombinovanou (obojí)	8	14 %
Celkem	57	100 %

Graf 8 – Rozdělení zvolených typů porodnické analgezie



Otázka číslo 8 se zabývala porodnickou analgezií. Rodičkám zde byly popsány typy analgezie. A to analgezie nefarmakologická, která byla popsána jako tišení bolesti bez poddání látek s analgetickými účinky. Např. masáže, aromaterapie, muzikoterapie atd. Farmakologická analgezie byla popsána jako tišení bolesti s podáním analgetických látek v podobě prášků, injekcí či zavedení epidurálního katétru. A jako třetí varianta byla uvedena analgezie kombinovaná se zařazením obou složek předešlých. Rodičky odpovídaly následovně: **a) nefarmakologické tišení bolesti 29 (51 %), b) farmakologické tišení bolesti 20 (35 %) a c) kombinovanou 8 (14 %).** Na tuto otázku odpovídaly všechny ženy účastnící

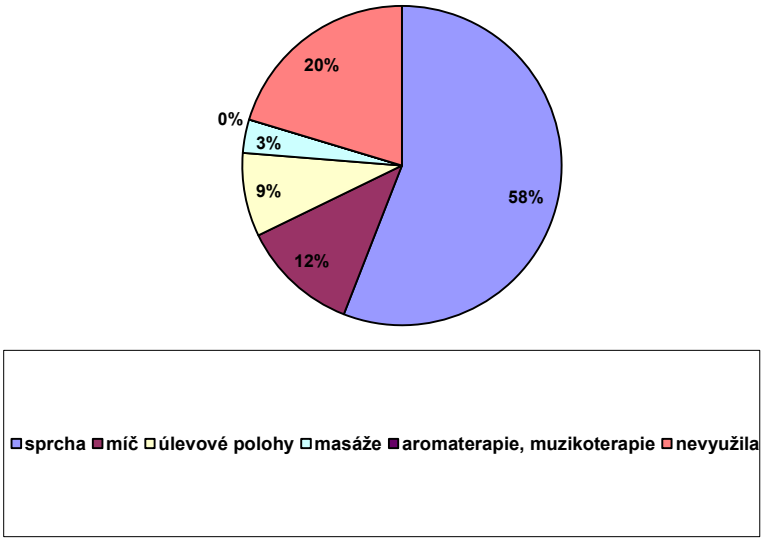
se průzkumu, bez ohledu na účasti v předporodních kurzech. Z toho vyplývá, že polovina žen, účastnící se průzkumu, dává přednost nefarmakologickému tišen bolesti. Ženy, které předporodní kurzy absolvovaly, odpověděly takto: a) nefarmakologické tišení bolesti 11(19 %), b) farmakologické tišení bolesti 11 (19 %) a c) kombinovanou 5 (9 %). Z našeho průzkumu tedy vyplývá, že předporodní kurzy nemají vliv na to, zda rodičky upřednostňují analgezii farmakologickou nebo nefarmakologickou. Tato otázka souvisí s průzkumným cílem: **Zjistit, jak se rodičky vyrovnávaly s porodními bolestmi, s ohledem zda absolvovaly předporodní kurzy.**

Otázka č. 9: Jaký druh nefarmakologického tišení bolesti jste zvolila v průběhu porodu?

Tabulka 10 – Jednotlivých typů nefarmakologické analgezie zvolené respondentkami.

Odpověď	*Absolutní četnost*	*Relativní četnost*
Sprcha	33	58 %
Míč	7	12 %
Úlevové polohy	5	9 %
Masáže	2	4 %
Aromaterapie, muzikoterapie aj.	0	0 %
Nevyužila	12	21 %
Celkem	57	100 %

Graf 9 – Přehled jednotlivých typů nefarmakologické analgezie zvolené respondentkami



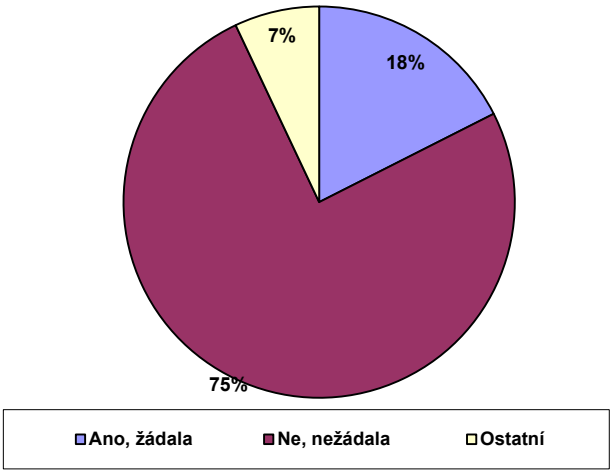
V otázce číslo 9 měly respondentky možnost opět více variant odpovědí. Tato otázka se týkala prostředků, které jsou nejčastěji využívány jako nefarmakologická analgezie. V nabídce byly tyto uvedené možnosti: **a) sprcha 33 (58 %), b) míč 7 (12 %), c) úlevové polohy 5 (9 %), d) masáže 2 (4 %), e) aromaterapie, muzikoterapie aj. 0 (0 %) a f) nevyužila 12 (21 %).** Z toho vyplývá, že rodičky v případě nefarmakologické analgezie nejčastěji volí sprchu a míč, pokud ji tedy využijí. Předpokládáme-li, že ženy absolvující předporodní kurzy jsou lépe seznámeny s možnostmi porodnické analgezie, a jsou tak lépe připraveny pracovat s bolestí. Z našeho průzkumu vyplývá, že ženy absolvující předporodní kurzy nejvíce žádají o formu nefarmakologické analgezie v podobě sprchy. V souvislosti s touto otázkou je nutné brát v úvahu i možnosti jednotlivých porodnic, zda je možné rodičkám v některých alternativách vyhovět či nikoliv.

Otázka č. 10: Žádala jste o farmakologické tišení bolesti?

Tabulka 11 – Přehled respondentek dle zájmu o farmakologickou analgezii

Odpověď	*Absolutní četnost*	*Relativní četnost*
Ano, žádala	10	18 %
Ne, nežádala	43	75 %
Ostatní	4	7 %
Celkem	57	100 %

Graf 10 – Rozdělení respondentek dle zájmu o farmakologickou analgezii



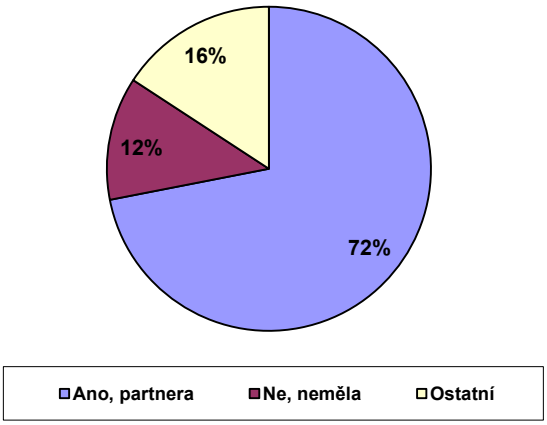
V otázce číslo 10 se nám jednalo o průzkum frekvence farmakologického tišení bolesti v průběhu porodu. Respondentky měly na výběr ze tří možných odpovědí, a to nezávisle na tom zdali absolvovaly předporodní kurzy či nikoliv. Jejich odpovědi byly následující: **a) Ano, žádala 10 (18 %), b) Ne, nežádala 43 (75 %) a c) Ostatní 4 (7 %).** S ohledem na to, zdali rodičky absolvovaly předporodní kurzy, jsou výsledky průzkumu obdobné a) ano žádala 7 (12 %), b) ne, nežádala 17 (30 %) a c) ostatní 3 (5 %). Ženy, které volily možnost „c) ostatní" uvedly, že jejich porod nakonec skončil císařským řezem, anebo volily pouze injekční podání látek s tlumícími účinky. Porovnáme-li tuto otázku, s otázkou č. osm našeho dotazníku dostáváme se k závěru, že ženy, které nežádaly o farmakologické tišení bolesti, ale přesto jej při porodu podstoupily, jsou v naprosté menšině, a to pouhých 5 (9 %) žen.

Otázka č. 11: Měla jste osobu blízkou u porodu?

Tabulka 12 – Přítomnost osoby blízké u porodu

Odpověď	*Absolutní četnost*	*Relativní četnost*
Ano, partnera	41	72 %
Ne, neměla	7	12 %
Ostatní	9	16 %
Celkem	57	100 %

Graf 11 – Přítomnost osoby blízké u porodu



Tato otázka byla zaměřena na přítomnosti blízkých osob na porodním sále. Nejčastěji se setkáváme s přítomností mužů, partnerů. Ale částečným záměrem této otázky bylo zjistit, zda se rodičky neobrací i na jiné rodinné příslušníky či přátele. Respondentky měly na výběr

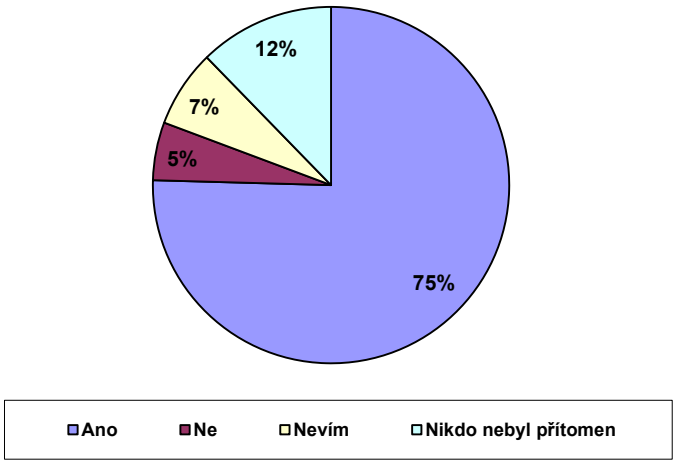
z těchto možností: **a) Ano, partnera 41 (72 %), b) Ne, neměla 7 (12 %) a c) ostatní 9 (16%).** Zjišťujeme, že rodičky opravdu nejvíce vyhledávají přítomnost svých partnerů u porodu. Ovšem ani ostatní rodinní příslušníci nejsou výjimkou. Nejčastěji rodičky uvádí matku a sestru, popřípadě prarodiče. Ženy, které navštěvovaly předporodní kurzy téměř vždy, až na výjimky, doprovázel partner. Můžeme tedy soudit, že předporodní kurzy na těhotenství, porod i rodičovství nepřipravují jen těhotné ženy, ale i jejich partnery a blízké okolí. Tato otázka souvisí s průzkumným cílem: **Zjistit, v jaké míře požadují rodičky osobu blízkou u porodu.** V nadměrné většině se nám tento průzkumný cíl potvrdil.

Otázka č. 12: Byla osoba blízká u porodu pro vás přínosem?

Tabulka 13 – Přínos osoby blízké u porodu

Odpověď	*Absolutní četnost*	*Relativní četnost*
Ano	43	75 %
Ne	3	5 %
Nevím	4	7 %
Nikdo nebyl přítomen	7	12 %
Celkem	57	100 %

Graf 12 – Znázornění přínosu osoby blízké u porodu



Otázka číslo 12 byla orientována na pocity rodiček z přítomnosti blízké osoby u porodu. Šlo nám zejména o to, zjistit, zdali osoba blízká u porodu byla pozitivní zkušeností či nikoliv. Rodičky měly na výběr ze čtyř možností**: a) ano 43 (75 %), b) ne 3 (5 %), c) nevím**

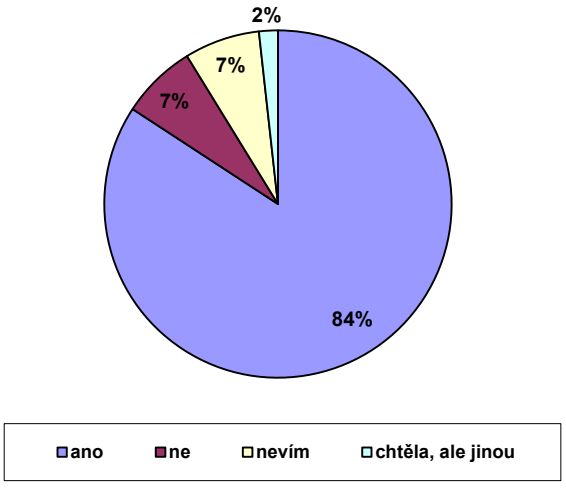
4 (7 %) a d) nikdo nebyl přítomen 7 (12 %). Tato otázka také souvisí s průzkumným cílem: **Zjistit, v jaké míře požadují rodičky osobu blízkou u porodu.** Na základě jednotlivých odpovědí můžeme říct, že rodičky přítomnost osoby blízké u porodu vyhledávají za účelem podpory. A tři čtvrtiny žen potvrzují, že osoba blízká u porodu pro ně byla přínosem. Ženy, které se účastnily předporodních kurzů, v naprosté většině odpovídaly pozitivně.

Otázka č. 13: Chtěla byste u dalšího porodu opět osobu blízkou?

Tabulka 14 – Přání osoby blízké u dalšího porodu

Odpověď	*Absolutní četnost*	*Relativní četnost*
Ano	48	84 %
Ne	4	7 %
Nevím	4	7 %
Ano, chtěla ale jinou (kamarádku, mamku atd.)	1	2 %
Celkem	57	100 %

Graf 13 – Přání osoby blízké u příštího porodu



V otázce číslo třináct jsme se zaměřily na přání rodiček ohledně osob blízkých. Tato otázka byla určena všem ženám výzkumného vzorku, bez ohledu na to zdali osobu blízkou měly či neměly u předešlého porodu. Respondentky odpovídaly následovně: **a) ano 48 (84 %), b) ne 4 (7 %), c) nevím 4 (7%) a d) ano, chtěla ale jinou (např. kamarádku, matku**

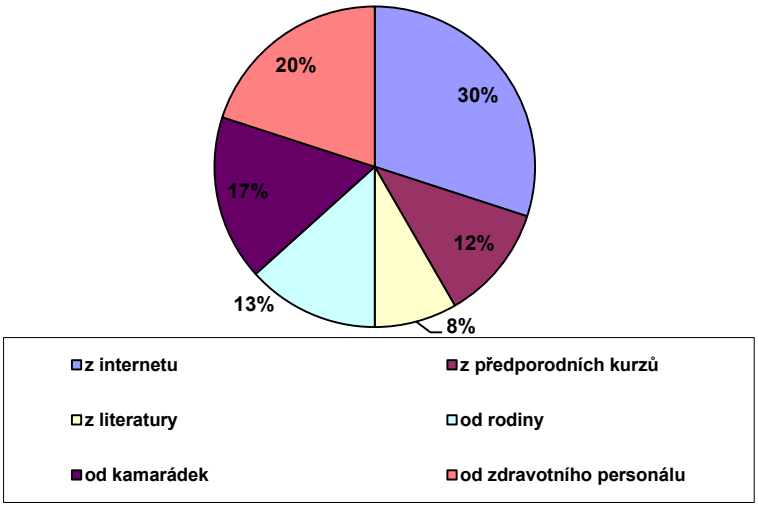
atd.) 1 (2 %). Ženy se v naprosté většině shodují, že osoba blízká je u porodu důležitou součástí. Bez ohledu na to, zda se účastnily předporodních kurzů či nikoliv. Těhotné ženy potřebují podporu, soucit a pocit bezpečí. Domníváme se, že přesně tyto aspekty se od osoby blízké očekávají během porodu. Dodávají ženě pocit, že celý průběh zkrátka není sama.

Otázka č. 14: Odkud jste nejvíce čerpala informace, které jste využila v průběhu porodu?

Tabulka 15 – zdroje informací

Odpověď	*Absolutní četnost*	*Relativní četnost*
Z internetu	18	32 %
Z předporodních kurzů	7	12 %
Z literatury	5	9 %
Od rodiny	8	14 %
Od kamarádek	10	18 %
Od zdravotního personálu	12	21 %
celkem	57	100 %

Graf 14 – zdroje informací



Otázka číslo 14 byla zaměřena na zdroje informací, které rodičky upotřebily během porodu. Cílem této otázky bylo zjistit, ke komu nebo na které zdroje se těhotné ženy obracejí a následně spoléhají. V této otázce měly respondentky možnost označit více vyhovujících odpovědí. Z našeho průzkumu vzešly tyto hodnoty: **a) z internetu 18 (32 %), b) z předporodních kurzů 7 (12 %), c) z literatury 5 (9 %), d) od rodiny 8 (14 %), e) od**

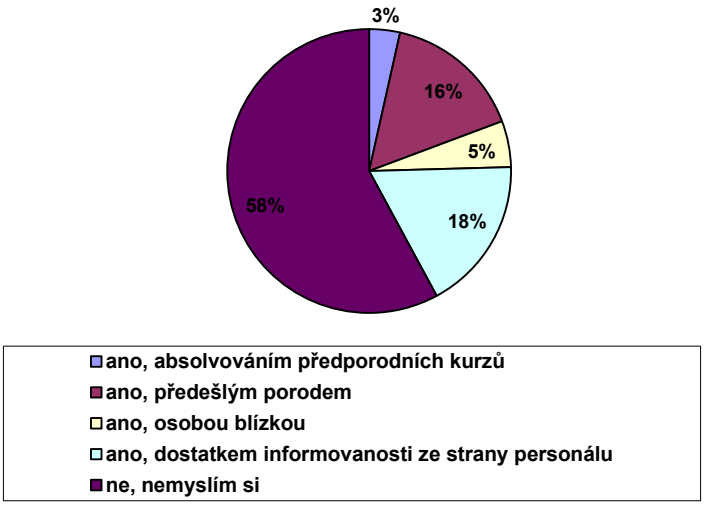
kamarádek 10 (18 %) a f) od zdravotního personálu 12 (21 %). Z našeho výzkumu víme, že předporodních kurzů se účastnilo 27 (47 %) z vybraného výzkumného vzorku. A pouze 7 (12 %) z nich uvádí možnost „z předporodních kurzů“. Nejvíce respondentky uvádí variantu internetu, což ne v každém případě může být spolehlivý zdroj, a také variantu zdravotního personálu. Spousta žen může mít sebe více shromážděných informací, ale v danou chvíli ne vše zapomenou a jsou oddané zdravotnímu personálu.

Otázka č. 15: Myslíte si, že mohl být váš strach z porodu ovlivněn některým z uvedených faktorů?

Tabulka 16 – Ovlivnění strachu z porodu

Odpověď	*Absolutní četnost*	*Relativní četnost*
Ano, absolvováním předporodních kurzů	2	4 %
Ano, předešlým porodem	9	16 %
Ano, osobou blízkou u porodu	3	5 %
Ano, dostatkem informovanosti ze strany personálu	10	18 %
Ne, nemyslím si	33	58 %
Celkem	57	100 %

Graf 15 – Ovlivnění strachu z porodu



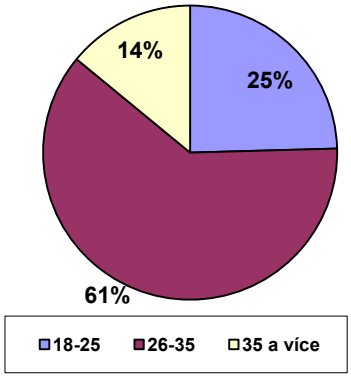
Tato otázka byla do našeho průzkumu zařazena spíše ze zvědavosti. Je jasné, že každá rodička pociťuje strach, který může být dosti rozlišný. Může se jednat o strach o sebe samu, dítě, samotný porod, jestli zvládne porodit a neselže aj. V našem dotazníku nešlo ani tak o to zjistit, jestli ženy pociťují strach, ale zda může být některým faktorem ovlivněn. Předpokládáme, že ženy absolvující předporodní kurzy jsou lépe připravené, než ženy čtoucí příručky a internetové stránky. Také předpokládáme, že ženy už dříve rodící, tedy zkušené, by mohly svůj strach vnímat jinak. A v neposlední řadě i osoba blízká by mohla mít svůj vliv. Ženy tak měly na výběr jednotlivé možnosti: **a) ano, absolvováním předporodních kurzů 2 (4 %), b) ano, předešlým porodem 9 (16 %), c) ano, osobou blízkou 3 (5 %), d) ano, dostatkem informovanosti ze strany personálu 10 (18 %) a e) ne, nemyslím si 33 (57 %).** Jak vidíme naše předpoklady a domněnky nebyly potvrzeny. Nejvíce se rodičky domnívají, že strach z porodu nemůže být nijak ovlivněn. Necelá třetina žen se domnívá, že dostatečná informovanost od lékařů, porodních asistentek a sester je vnímána pozitivně. A 16 % žen se domnívá, že předešlý porod je jakousi dostačující zkušeností pro změnu postoje a obav z porodu.

Otázka č. 16: Do které věkové kategorie se řadíte?

Tabulka 17 – Rozdělení respondentek do věkových kategorií

Odpověď	*Absolutní četnost*	*Relativní četnost*
18 – 25	14	25 %
26 – 35	35	61 %
35 a více	8	14 %
Celkem	57	100 %

Graf 16 – Rozdělení respondentek do věkových kategorií



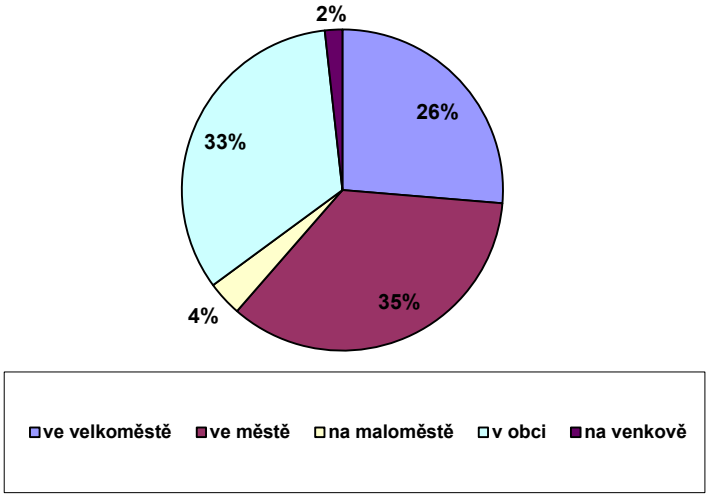
Předposlední otázka našeho dotazníku se týká věkového rozmezí rodiček. Nejenom, že se nám opět potvrzuje pravidlo porodnosti ve vyšší věkové kategorii, ale také chceme vysledovat, zdali věk těhotných žen ovlivňuje jejich účast na předporodních kurzech. Respondentky jsme podle věku kategorizovali do tří věkových skupin, a to: **a) 18 - 25 let 14 (25 %), b) 26 – 35 let 35 (61 %) a c) 35 a více let 8 (14 %).** Z výsledků se dozvídáme, že se na našem průzkumu nejvíce podílely ženy ve věku 26 – 35 let. Stejná věková kategorie také platí pro ženy, které nejvíce vyhledávají předporodní kurzy.

Otázka č. 17: Kde jste strávila převážnou část svého života?

Tabulka 18 – Demografické rozdělení respondentek

Odpověď	*Absolutní četnost*	*Relativní četnost*
Ve velkoměstě	15	26 %
Ve městě	20	35 %
Na maloměstě	2	4 %
V obci	19	33 %
Na venkově (myšleno „na samotě“)	1	2 %
celkem	57	100 %

Graf 17 – Demografické rozdělení respondentek



A poslední otázkou našeho dotazníku je demografické rozdělení respondentek. Domníváme se totiž, že ženy z větších měst, které mají předporodní kurzy téměř „na dosah

ruky“, oproti ženám z menších měst, vyhledávají předporodní kurzy více. Také předpokládáme, že mentalita velkoměst, kde každý spoléhá sám na sebe, je jiná, než např. na malém městě či v obci. Respondentky měly na výběr z těchto možností: **a) ve velkoměstě 15 (26 %), b) ve městě 20 (35 %), c) na maloměstě 2 (4 %), d) v obci 19 (33 %) a e) na venkově (respondentkám popsáno jako odlehlé obydlí) 1 (2 %).** Náš předpoklad je tímto potvrzen. Ženy, které navštívily předporodní kurzy, nejčastěji pochází z velkoměst.

11 DISKUZE

Cílem samostatného dotazníkového šetření by získat informace o významu předporodních kurzů a předporodních příprav v průběhu porodu. Pro porovnání vlastního výzkumného šetření jsme zvolili bakalářkou práci absolventky LF Masarykovy Univerzity katedry porodní asistence Petry Dokoupilové s názvem *„Význam předporodní přípravy a její vliv na porod“* z roku 2008.

V porovnání našeho průzkumného šetření s průzkumem P. Dokoupilové, náš vlastní dotazník obsahoval 17 krátkých otázek, oproti dotazníku P. Dokoupilové, ten obsahoval celkem 37 otázek. Také výzkumný vzorek respondentek se lišil. V našem průzkumu odpovídalo 57 žen, oproti dotazníku P. Dokoupilové, který byl zodpovězen 100 ženami. Co se týká jednotlivých otázek, některé jsou podobné nebo poukazující stejným směrem, jako otázky P. Dokoupilové.

V práci P. Dokoupilové je věková struktura respondentek rozdělena do následujících věkových skupin: 19 let a méně s 3 respondentkami (3 %), 20 – 25 s 15 respondentkami (15 %), 26 – 30 s 51 respondentkami (51 %), 31 – 35 s 26 respondentkami (26 %), 36 – 40 s 5 respondentkami (5 %) a 41 let a více s 0 respondentkami (0 %). V našem průzkumném šetření jsme respondentky rozdělily do tří věkových kategorií. Rodičky s největší frekvencí se nachází ve věkové kategorii 26 – 35 let s počtem 35 respondentek (tedy 61 %). Do značné míry se oba tyto průzkumy shodují. Otázka věkové kategorie je v průzkumu P. Dokoupilové zařazena jako první. V našem dotazníku se nachází jako 16. v pořadí. Na doporučení byly otázky věku a bydliště odsunuty do závěru dotazníku, některé respondentky by totiž otázky věku mohly ovlivnit v postoji k vyplnění dotazníku.

Další otázkou P. Dokoupilové byla otázka rodinného stavu. V našem dotazníku tato otázka nebyla zařazena. Ale dle průzkumu P. Dokoupilové se nejpočetnější skupinou staly ženy vdané, z důvodu rodinné pohody, dobrého rodinného zázemí a podpory jak finanční, tak psychické. Taktéž otázka vzdělání nebyla v našem průzkumném šetření uvedena. Nicméně na základě průzkumu P. Dokoupilové jsou nejpočetnější skupinou ženy středoškolsky vzdělané s maturitní zkouškou a následně ženy s vysokoškolským vzděláním.

Dotaz ohledně bydliště jednotlivých respondentek byl zařazen v obou průzkumech. V průzkumném šetření P. Dokoupilové je nejvíce žen s města (36 %), následně z vesnice (30 %) a velkoměsta (23 %). V našem průzkumném šetření jsou největší skupinou ženy žijící ve městě (35 %), následně ženy žijící v obci (33 %) a ženy z velkoměst (26 %).

Parita dotazovaných žen byla v našem dotazníku zařazena na místo 1. Dotazník P. Dokoupilové vyplnilo nejvíce primipar (54 %). Taktéž a i se stejnými procentuálními výsledky tomu bylo v našem průzkumu.

V práci P. Dokoupilové předporodní kurzy absolvovalo 56 % a 44 % ne. V našem šetření 47 % ano a 53 % ne.

V našem průzkumném šetření jsme také uvedly jednotlivé formy předporodních kurzů, které jsou dostupné. Uvádíme také otázku, zdali vůbec rodičky mají informaci o předporodních kurzech a odkud. Z našeho šetření vyplývá, že rodičky zprávu o předporodních kurzech mají nejčastěji z internetu (44 %), následně od kamarádek (28 %) a z prenatální poradny (23 %).

Také pátráme po tématech, které ženy nejvíce zaujaly a o kterých byly vůbec informovány. Dle výsledku P. Dokoupilové byly ženy v 79 % informovány o rozdělení porodních dob a možnostech tišení porodní bolesti. V 68 % jim byly objasněny alternativní metody a jejich využití. Následně v 66 % vhodné polohy pro I. a II. dobu porodní, vysvětlení správné techniky dýchání (63 %) a tlačení (57 %). V našem šetření se dozvídáme, že ženám byl nejvíce objasněn celkový průběh porodu, včetně jednotlivých dob porodních, ve 44 %, Prostředí porodních sálů v 19 %. Pod odpovědí ostatní 26 % se skrývalo nejčastěji dýchání při kontrakcích a péče o novorozence.

Otázka oblíbenosti jednotlivých témat předporodních kurzů navazuje na otázku předchozí a taktéž vykazuje podobné výsledky jako šetření P. Dokoupilové.

Nedílnou součástí porodu je zejména řešení porodní bolesti, která k porodu neodmyslitelně patří. V našem šetření jsme prokázali, že ženy v 51 % dávají přednost nefarmakologickým metodám. Rodičky, které prošly předporodními kurzy, volily při porodu rovně nefarmakologickou i farmakologickou analgezii v 19 %. Oproti šetření P. Dokoupilové,

které vykazuje větší využití farmakologických metod u žen absolvující předporodní kurzy. Následující dvě otázky toto téma rozvijí dopodrobna. Ptáme se respondentek na jednotlivé nefarmakologické i farmakologické metody. Z našeho průzkumu vyplývá, že ženy absolvující předporodní kurzy nejvíce žádají o formu nefarmakologické analgezie v podobě sprchy, anebo ji ani nevyužijí. Domníváme se, že jsou s metody nefarmakologické analgezie dostatečně seznámeny, a proto ji buď nevyužijí, anebo přechází rovnou k analgezii farmakologické. V praxi můžeme pozorovat časté podávání analgetik formou epidurálního katétru, díky našemu průzkumnému šetření se dozvídáme, že rodičky až ze 75 % o podání farmakologické analgezie nežádají. Domníváme se, že se ženy obávají následných komplikací či se obávají samostatného zavedení katétru.

Na otázku, zda měla rodička u porodu přítomného partnera či někoho z blízkých v šetření P. Dokoupilové odpovědělo z celkového počtu 56 žen, které absolvovaly předporodní přípravu, 55 žen ano. V 92 % se jednalo o manžela/partnera, další možnosti jako kamarádka, matka, otec, dula, byly velmi málo uváděny. Z výsledků je zřejmé, že častěji mají při porodu doprovod blízké osoby ženy, jež navštěvovaly kurzy předporodní přípravy. V našem šetření zjišťujeme, že rodičky opravdu nejvíce vyhledávají přítomnost svých partnerů u porodu a ani ostatní rodinní příslušníci nejsou výjimkou. Ženy, které navštěvovaly předporodní kurzy téměř vždy, až na výjimky, doprovázel partner. Z celkového počtu dotazovaných žen 72 % uvádí přítomnost partnera, 16 % přítomnost jiné blízké osoby a 12 % neuvádí nikoho. Až 75 % dotazovaných žen uvádí přínos osoby blízké u porodu, a až 84 % uvedlo přání osoby blízké při dalším porodu.

Také nás zajímalo, odkud ženy čerpají informace, které upotřebí v průběhu porodu. Předpokládáme, že ženy navštěvující předporodní kurzy a prenatální poradny jsou informované dostatečně. Taktéž informovanost od zdravotního personálu přímo na sále je velmi důležitá. Z výsledků našeho dotazování jsme zjistili, že nejvíce ženy dají na rady internetu (32 %), následně zdravotního personálu (21 %), od kamarádek (18 %), od rodiny (14 %) a z předporodních kurzů pouhých 12 %. Se spolehlivostí rad internetu by rodičky měly být opatrné. Také mě překvapuje, že procento předporodních kurzů je takto nízké. I když s největší pravděpodobností za to může doba plynutí těhotenství a psychické rozložení rodičky při příjezdu na sál. Může být překvapená, zaskočená, vyděšená a v tu chvíli jsou drahocenné rady dávno v zapomnění. Žena je tak odkázaná na rady lékařů a porodních asistentek. Také se domnívám, že procento zdravotního personálu y mohlo být i vyšší. Možné

je brát také v úvahu to, že některé ženy se zkrátka bojí zeptat nebo je to ani nenapadne, a naslouchají pouze aktuálním instrukcím.

Otázka týkající se strachu z porodu a jeho ovlivněním byla čistě ze zvědavosti. Je jasné, že jakýkoliv druh strachu k porodu neodmyslitelně patří, a dokud si ho žena nezakusí sama na sobě, neví, jak se rodící žena cítí. Na základě toho jsme se domnívali, že je možné strach z porodu ovlivnit některými faktory, ať už informovaností, přítomnosti osoby blízké, absolvováním předporodních kurzů či předešlým porodem. Zjistili jsme, že rodičky se z 57 % domnívají, že strach z porodu nelze nijak ovlivnit. Co nás naopak těší je, že u 18 % rodiček ovlivnil strach zdravotní personál. A 16 % rodiček ovlivnil předešlý porod.

12 ZÁVĚR

V této práci s názvem *„Předporodní kurzy a jejich efektivita během těhotenství“* jsme se v teoretické části zabývali historií vývoje předporodní přípravy, její současnou podobou, porodem, porodní analgezií, raným šestinedělím a prvotní péčí o novorozence. V praktické části jsme analyzovali výsledky dotazníkového šetření, které bylo zaměřeno na získání informací potřebných pro zodpovězení průzkumného problému a zjištění průzkumných cílů, uvedených v úvodu praktické části bakalářské práce.

Průzkumný problém: Jsou ženy, které navštěvovaly předporodní kurzy, více připravené a informované ohledně porodu než ty, které předporodní kurzy nenavštěvovaly?

Z našeho průzkumu se dozvídáme, že ženy, které předporodní kurzy absolvovaly, jsou dobře připravené na průběh porodu. Také jsou seznámeny s prostředím a s možnostmi jistých alternativ či přání. Ale ani ženy, které předporodní kurzy neabsolvovaly, nejsou pozadu. Vycházíme tak ze zjištění z otázky č. 15. A to tak, že většina žen se domnívá, že strach z porodu nelze nijak ovlivnit. A zřejmě tedy proto předporodní kurzy nenavštěvují. Spoléhají na rady lékařů, zdravotního personálu i rodiny stejně tak, jako rodičky absolvující předporodní kurzy. Můžeme tedy říci, že předporodní kurzy jsou jistou formou obohacení informací ohledně těhotenství, porodu a šestinedělí.

Průzkumný cíl 1: Zjistit, do jaké míry jsou rodičky informovány o průběhu porodu.

Cíl byl potvrzen. Nezávisle na tom, zda rodičky absolvovaly předporodní kurzy či nikoliv, mají dobré povědomí o tom, co těhotenství a porod obnáší. Také ví, kde mají jednotlivé zdroje informací vyhledávat a nebojí se ptát. Z tohoto průzkumného šetření vyplývá, že ženy připravující se na těhotenství, porod i mateřství jsou aktivní ve sběru informací a zajímají se. Díky dnešní moderní době internetu, je zdrojů informací nespočetná řada. Díky moderní vědě, zájmu a zvědavosti se pohled na dnešní svět neustále mění, a tak vycházejí další nové publikace o vzniku života, zrození člověka a následné péči. A taktéž i předporodní kurzy jsou vyhledávanou formou zdroje informací a praktického nácviku. Nedílnou součástí těhotenství

jsou i pravidelné návštěvy prenatální poradny, kde se ženy dozvídají základní potřebné informace.

Průzkumný cíl 2: Zjistit, v jaké míře rodičky předporodní kurzy vyhledávají.

Tento cíl byl částečně splněn. Zjistili jsme, že 60 % dotazovaných žen ví, o předporodních kurzech, ví, k čemu je ženy vyhledávají a co se v nich následně dozví. Také jsme se dozvěděli, že 44 % žen má informace o předporodních kurzech z internetových zdrojů, 28 % od kamarádek a 23 % z prenatální poradny. Téměř polovina (47 %) našeho výzkumného vzorku uvedla, že předporodní kurzy navštěvovala.

V dnešní době existuje velké množství institucí, kde předporodní kurzy navštěvovat. Je možné je navštěvovat v dané porodnici, kde je nastávají matka registrována. Nebo v některém z mateřských center. Výhodou pro absolvování předporodních kurzů v porodnici, ve které je žena registrovaná, přináší seznámení se s prostředím porodních sálů, popř. orientaci po areále, získání představy o čase dojezdu aj. Rodičky si taktéž mohou zvolit i formu předporodního kurzu. Z našeho šetření se dozvídáme, že rodičky nejčastěji volí skupinový předporodní kurz. Ten probíhá několika hodinovými až dvouhodinovými sezeními. Kde účastníci mají možnost probírat jednotlivá témata podrobně a nakonec v diskuzi klást dotazy. Do jisté míry je zde čas na instruktážní videa a praktický nácvik.

Průzkumná cíl 3: Zjistit, jak se rodičky vyrovnávali s porodními bolestmi, s ohledem zda absolvovaly předporodní kurzy.

Cíl byl částečně splněn. Z odpovědí respondentek jsme dospěli k závěru, že z 51 % dávají přednost nefarmakologické analgezii. Co se týká žen, které absolvovaly předporodní kurzy, se nám tento cíl tak úplně nepotvrdil. A to protože podle výsledků našeho dotazníkového šetření se dozvídáme, že stejné procento žen volilo jak analgezii nefarmakologickou, tak i farmakologickou a to v 19 %.

Průzkumný cíl 4: Zda rodičky využily některou z alternativ nefarmakologické či farmakologické analgezie. Taktéž s ohledem zda absolvovaly předporodní kurzy.

Tento cíl se nám částečně potvrdil. Rodičky mají možnost využívat alternativ nefarmakologické i farmakologické analgezie. Velmi často je rozhodnutí na zvoleném způsobu na samotné rodičce a doporučení lékaři (pokud to daná situace umožňuje). Jedná se o vzájemnou domluvu, kdy lékař či porodní asistentka navrhuje možný nejlepší způsob. A rodička si může zvolit, co je pro ni dle jejího přesvědčení nejpřínosnější. V části metod nefarmakologických jsme pátrali po všemi známých metodách, jako je např. sprcha, míč, úlevové polohy, ale i po těch méně využívaných jako jsou: muzikoterapie, aromaterapie, využití TENS aj. V našem průzkumném šetření se opravdu potvrdilo, že jejich využití je nulové. Domníváme se, že jsou s metody nefarmakologické analgezie dostatečně seznámeny, a proto ji buď nevyužijí, anebo přechází rovnou k analgezii farmakologické.

Průzkumný cíl 5: Zjistit, v jaké míře požadují rodičky osobu blízkou u porodu.

Tento cíl byl splněn. I trend osoby blízké u porodu se v dnešní době stává spíše tradicí. Ženy vyžadují své partnery u porodu, a v porovnání s minulostí i mužské polovičky jeví zájem. Rodičkám je však umožněno nemít u porodu pouze svého partnera, ale i ostatní členy rodiny či přátele, bude-li si to přát a daná situace to dovolí. I pozice porodních dul, není nic nového. V našem průzkumném šetření na otázku přítomnosti osoby blízké u porodu odpověděla kladně téměř tři čtvrtina žen. Stejné množství žen také odsouhlasilo, že přítomnost osoby blízké u jejich porodu byla vítána a ještě ve větší míře (až 84 %) očekávána pro porod nadcházející.

Cíle bakalářské práce byly splněny.

SEZNAM LITERATURY

Citováno podle mezinárodní normy ISO 7144:1968

CUPAK, B. et al., 2009. *The influence of pre-labour education in childbirth school on the level of stress of a woman in labour.* Poland: Department Science of Health, Jagiellonian Univercity Cracow. ISBN: 978-80-88866-61-9.

ČERMÁKOVÁ, B., 2008. *K porodu bez obav*. Brno: ERA. ISBN 978-80-7366-114-4.

DOKOUPILOVÁ, P., 2008. *Význam předporodní přípravy a její vliv na porod.* Brno: Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta, Katedra Porodní Asistence. Dostupný z: http://is.muni.cz/th/142429/lf_b/

GREGORA, M. a M. PAULOVÁ, 2008. *Péče o novorozence a kojence, Maminčin domácí lékař.* 3., doplněné a aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2564-2.

GREGORA, M. a M. VELEMÍNSKÝ ml., 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3081-3.

GREGORA, M. a M. VELEMÍNSKÝ ml., 2013. *Čekáme děťátko.* 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3781-2.

HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL, a kol., 2014. *Porodnictví.* 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

Hlavní zásady kojení. In: *Laktační liga* [online]. [cit. 2015-3-7] Dostupné z: http://www.kojeni.cz/texty.php?id=19

CHMEL, R., 2004. *Průvodce těhotenstvím.* Praha: Grada. ISBN 80-247-0962-7.

CHMEL, R., 2008. *Otázky a odpovědi o porodu.* 2. doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2142-2.

KOPŘIVOVÁ, D., 2005. *Český průvodce mateřstvím aneb Péče o matku a dítě.* Praha: Tvarohová – Kolář. ISBN 80-867-3808-6.

KOPŘIVOVÁ, D., 2007. *Psychoprofylaxe: Historie. Moderní babictví: odborný časopis pro porodnictví a gynekologii* [online]. č. 12, [cit. 2015-02-18]. ISSN 1214-5572. Dostupné z: http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-12/

KRATOCHVÍL, S., 2009. *Klinická hypnóza.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2549-9.

MIKULANDOVÁ, M., 2007. *Těhotenství, porod a šestinedělí, Nejčastěji kladené otázky a odpovědi.* Brno: Computer Press. ISBN 978-80-251-1470-4.

Náplň předporodní přípravy [online]. Baby online, MUDr. Jana Martincová, 2007-2015, [cit. 2015-3-5]. Dostupné z: http://www.babyonline.cz/porod/predporodni-priprava/napln-a-cile-predporodni-pripravy

NĚMCOVÁ, J., 2014. Skripta k předmětům Výzkum v ošetřovatelství, Výzkum v porodní asistenci a Seminář k bakalářské práci. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., ISBN 978-80-904955-9-3.

PAŘÍZEK, A. a kol., 2012. *Analgezie a anestezie v porodnictví.* 2., rozšířené a přepracované vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-893-3.

Partner a těhotenství. [online]. Porodnice.cz, Mother-Care-Centrum, s.r.o. 2014, [cit. 2015-2-23]. Dostupné z: http://www.porodnice.cz/tehotenstvi-a-z/partner-a-tehotenstvi.

PETŘÍČKOVÁ, R., 2009. *Jsem těhotná, ne nemocná! Rady, které vám jinde neprozradí.* Praha: Nakladatelství XYZ. ISBN 978-80-7388-274-7.

Pomůcky a polohy pro normální porod. In: *Aperio* [online]. Společnost pro zdravé rodičovství 2001-2015. [cit. 2015-3-5]. Dostupné z: http://www.aperio.cz/245/pomucky-a-polohy-pro-normalni-porod

Předporodní příprava [online]. Maternity-care 2006-2013, created by Končal studio, [cit. 2015-3-5]. Dostupné z: http://maternity-care.cz/predporodni-priprava

Přípravný kurz [online]. Gynekologicko-porodnická klinika, 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, redakční tým Apolinář 2013, [cit. 2015-3-4]. Dostupné z: http://apolinar.cz/cs/porodnice/pripravny_kurz

RICHTER, R. a E. SCHÄFER, 2007. *Kniha pro tatínky.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2083-8.

ROZTOČIL, A. a kol., 2008. *Moderní porodnictví.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1941-2.

Slovník cizích slov [online]. ABZ.cz. scs.abz.cz – web 2005-2015 [cit. 2015-03-7]. Dostupné z: http://slovnik-cizich-slov.abz.cz/

TRČA, S., 2004. *Partner v těhotenství a při porodu.* Praha: Grada. ISBN 80-247-0869-8.

VOKURKA, M. a J. UGO a kol., 2009. *Velký lékařský slovník*. 9., aktualiz. vydání Praha: Maxdorf. ISBN 978-807-3452-025.

YATES, S., 2009. *Příjemné těhotenství a krásný porod.* Brno: Computer Press. ISBN 80-247-0962-7.

ZAHRADNÍČEK, T., 2013. *Slovník cizích slov* [online]. TZ-one. [cit. 2015-03-11]. ISBN 978-80-87873-04-5.

ZWINGER, A. a kol., 2004. *Porodnictví.* Praha: Galén. ISBN 80-7262-257-9.

PŘÍLOHY

Příloha A – obrázky porodních poloh

Příloha B – obrázky kojících poloh

Příloha C – dotazník

Příloha D – protokol pro zadání dotazníku

Příloha E – Rešerše

Příloha A – Obrázky porodních poloh

Obrázek 1 - První doba porodní (doba otevírací)

Zdroj: Pomůcky a polohy pro normální porod – Aperio [online].

Obrázek 2 - První doba porodní (doba přechodná)

Zdroj: Pomůcky a polohy pro normální porod – Aperio [online].

Obrázek 3 - Druhá doba porodní (doba vypuzovací)

Zdroj: Pomůcky a polohy pro normální porod – Aperio [online].

Příloha B – kojící polohy

Obrázek 4 - Kojící poloha vleže

Zdroj: Laktační liga [online].

Obrázek 5 - Kojící poloha vsedě

Zdroj: Laktační liga [online].

Obrázek 6 - Kojící poloha tzv. boční fotbalové držení

Zdroj: Laktační liga [online].

Obrázek 7 - Kojící poloha tanečníka

Zdroj: Laktační liga [online].

Obrázek 8 - Kojící poloha pro kojení dvojčat

Zdroj: Laktační liga [online].

Příloha C – dotazník

Milé maminky,

Jmenuji se Tereza Havlíková a jsem studentka Vysoké školy zdravotnické o.p.s., kde studuji obor Porodní asistentka.

Tímto bych Vás ráda poprosila o chvilku vašeho času k vyplnění krátkého dotazníku, který mi bude sloužit ke sběru dat k mé bakalářské práci, s názvem Předporodní kurzy a jejich efektivita v průběhu porodu. Dotazníky jsou anonymní a výsledky nebudou nikde jinde zveřejněny ani použity. Skládají se z otázek na téma předporodní kurzy, porod, porodní analgezie, osoba blízká u porodu atd. Dotazník můžete vyplnit bez ohledu na to, zdali jste předporodní kurzy absolvovala či nikoliv.

Doufám, že pro Vás budou všechny otázky srozumitelné a jasné. A budu Vám velice vděčná, když si na ně najdete chvilku času, a mě tak pomůžete. Pokud byste měly nějaké připomínky, připište je, s radostí je přivítám.

Moc Vám všem děkuji za čas, který mi tímto věnujete. Mějte se krásně, buďte zdrávi, a ať Vám vaše děti nosí jen samou radost!

Mockrát děkuji
Havlíková Tereza

1. Po kolikáté rodíte?
    a. Po prvé
    b. Po druhé
    c. Po třetí
    d. Po třetí a více

2. Víte, jaká je náplň předporodních kurzů?
    a. Ano
    b. Ano, částečně vím
    c. Ne, nevím

3. Odkud o předporodních kurzech víte? (lze vybrat více odpovědí)

a. Z literatury
b. Z internetu
c. Od kamarádek
d. Od rodiny
e. Z prenatální poradny
f. Nevím

4. Navštěvovala jste předporodní kurzy? (Pokud ne, otázky číslo 7., 8. a 9. nevyplňujte)
    a. Ano
    b. Ne

5. Který z typů předporodních kurzů jste absolvovala? (lze vytvořit kombinaci např. klasický skupinový)
    a. Klasický (trvá i celý den, probírají se zde jednotlivá témata těhotenství a samotného porodu)
    b. Dvouhodinový (krátké setkání, účastnice se dozvědí nejnutnější informace vztažené k té konkrétní porodnici, mají spíše organizační charakter)
    c. Skupinový
    d. Individuální

6. Co Vám předporodní kurzy nejvíce přiblížily?
    a. Průběh porodu
    b. Prostředí
    c. To jak se zachovat, když…?
    d. Jiné (doplňte) ……

7. Jaké téma z předporodních kurzů se Vám nejvíce líbilo?
    a. Nácvik dýchání
    b. Porodní doby
    c. Úlevové polohy
    d. Teplá sprcha a míč
    e. Porodní polohy
    f. Jiné (doplňte) ……

8. Jaké prostředky k tišení bolesti jste zvolila během porodu?
    a. Nefarmakologické (např. masáže, aromaterapie, atd.)
    b. Farmakologické (s podáním preparátů k tišení bolesti v podobě prášků, injekcí či epidurálního katetru)
    c. Kombinovanou (oboje)

9. Jaký druh nefarmakologického tišení bolesti jste využila při porodu? (lze zaškrtnout více odpovědí)
    a. Sprcha
    b. Míč
    c. Úlevové polohy
    d. Masáže
    e. Aromaterapie, muzikoterapie…aj.
    f. Nevyužila

10. Žádala jste o farmakologickou analgezii?
    a. Ano, žádala jsem konkrétně o …….
    b. Ano, žádala
    c. Ne, nežádala

11. Měla jste osobu blízkou u porodu?
    a. Ano, partnera
    b. Ano, ……..
    c. Ne, neměla

12. Byla osoba u porodu pro Vás přínosem?
    a. Ano
    b. Ne
    c. Nevím
    d. Nikdo nebyl přítomen

13. Chtěla byste osobu blízkou u porodu znova (u dalšího)?
    a. Ano

b. Ne
c. Nevím
d. Ano, chtěla ale jinou (např. kamarádku, maminku, ...)

14. Odkud jste nejvíce čerpala informace, které jste využila v průběhu porodu? (lze vybrat více odpovědí)
    a. Z internetu
    b. Z předporodních kurzů
    c. Z literatury
    d. Od rodiny
    e. Od kamarádek
    f. Od zdravotního personálu

15. Myslíte si, že mohl být Váš strach z porodu ovlivněn některým z uvedených faktorů?
    a. Ano, absolvováním předporodních kurzů
    b. Ano, předešlým porodem
    c. Ano, osobou blízkou u porodu
    d. Ano, dostatkem informovanosti ze strany personálu
    e. Ne, nemyslím si

16. Do které věkové kategorie se řadíte?
    a. 18 – 25
    b. 26 – 35
    c. 35 a více

17. Kde jste strávila převážnou část svého života?
    a. Ve velkoměstě
    b. Ve městě
    c. Na maloměstě
    d. V obci
    e. Na venkově

Příloha D – protokol pro zadání dotazníku

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.
Duškova 7, 150 00 Praha 5

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	HAVLÍKOVÁ TEREZA
Studijní obor	PORODNÍ ASISTENTKA — Ročník 3.
Téma práce	PŘEDPORODNÍ KURZY A JEJICH EFEKTIVITA V PRŮBĚHU PORODU
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	NUSELSKÁ POLIKLINIKA
Jméno vedoucího práce	Mgr. HANA TOŠNAROVÁ, PhD
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum ○ bude spojen s finančním zatížením pracoviště ⊘ nebude spojen s finančním zatížením pracoviště
Souhlas vedoucího práce	⊘ souhlasím ○ nesouhlasím podpis
Souhlas náměstkyně pro ošetřovatelskou péči	⊘ souhlasím ○ nesouhlasím podpis

V PRAZE dne 20. 10. 2014

Havlíková
podpis studenta

Příloha E – Rešerše

PŘEDPORODNÍ KURZY A JEJICH EFEKTIVITA V PRŮBĚHU PORODU

Tereza Havlíková

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Klíčová slova: porod – childbirth, porodní asistentka – midwife, předporodní kurzy – pre-natalcourses, rodička – laboringwoman, vedení porodu – management oflabor

Časové vymezení: 2004-2015

Druhy dokumentů: vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje

Počet záznamů: 146 (vysokoškolské práce: 4 knihy: 50, články a příspěvky ve sborníku: 80, elektronické zdroje: 12)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů)

Základní prameny: - katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz)