

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

**STRACH JAKO JEDEN Z FAKTORŮ OVLIVŇUJÍCÍ
POSTOJ TĚHOTNÝCH ŽEN K PORODU – PRŮZKUM**

Bakalářská práce

JANA RŮŽIČKOVÁ

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

Růžičková Jana
3. A PA

Schválení tématu bakalářské práce

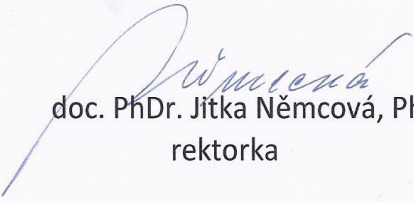
Na základě Vaší žádosti ze dne 14. 4. 2014 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Strach jako jeden z faktorů ovlivňující postoj těhotných žen k porodu -
průzkum

*Angst als einer der Faktoren, die die Einstellung der schwangeren
Frauen zur Geburt beeinflussen - eine Umfrage*

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

V Praze dne: 3. 11. 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

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla poděkovat své vedoucí práce paní Mgr. Haně Tošnarové, Ph.D. za ochotu, trpělivost a cenné rady při psaní své bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat svému konzultantovi MUDr. Čihákovi za přínosné rady.

ABSTRAKT

RŮŽIČKOVÁ, Jana. *Strach jako jeden z faktorů ovlivňující postoj těhotných žen k porodu - průzkum*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D. Praha. 2015. 58 s.

Tématem bakalářské práce je strach jako jeden z faktorů ovlivňující postoj těhotných žen k porodu - průzkum. Cílem této práce je zjistit, jaké jsou hlavní faktory strachu z porodu.

Teoretická část se zaměřuje na popis samotného porodu, jak může strach ovlivnit porod a jaký vliv může mít na plod. Praktická část této práce se zabývá průzkumem těhotných žen, které budou rodit poprvé, nebo již rodily. Věkové rozmezí respondentek bylo mezi 18–45 lety. Průzkum je zaměřen nejen na zjištění hlavních faktorů strachu z porodu, ale i na zjištění, jaké mají respondentky, které již jednou rodily, zkušenosti a jak tyto zkušenosti mohly ovlivnit následující těhotenství a porod. Použili jsme kvantitativní metodu průzkumu tedy dotazníky, které jsme rozdali mezi těhotné ženy v prenatální ambulanci ve VFN 1. LF UK a v ambulanci lékaře, u nějž jsem absolvovala svoji praxi. Výsledky průzkumného šetření prokázaly, že respondentky mají největší strach o své dítě, ale jsou patrné i nedostatky informovanosti a edukace o porodu, které mohou jako jeden z faktorů ovlivnit strach z porodu.

Klíčová slova: Bolest. Porod. Porodní asistentka. Psychika. Strach.

ZUSAMMENFASSUNG

RŮŽIČKOVÁ, Jana. *Angst als einer der Faktoren, die die Einstellung der schwangeren Frauen zur Geburt beeinflussen - eine Umfrage*. Die Medizinische Hochschule, gemeinnützige Gesellschaft. Der Qualifizierungsgrad: Bachelor (Bc.), Die Arbeitsleiterin: Mgr. Hana Tošnarová, Ph. D. Praha. 2015. 58 s.

Meine Arbeit befasst sich mit dem Thema Angst als einer der Faktoren, die die Einstellung der schwangeren Frauen zur Geburt beeinflussen – eine Umfrage. Das Hauptziel dieser Arbeit ist es festzustellen, welche Faktoren die Geburtsangst beeinflussen können.

Der theoretische Teil befasst sich mit der Geburtsbeschreibung, dem Einfluss der Geburtsangst auf die Mutter und den Embryo, und damit, wie die zu beeinflussen wäre. In dem praktischen Teil befindet sich die Umfrage unter den Schwangeren, sowohl denjenigen, die ihr erstes Kind auf die Welt bringen werden, als auch denjenigen, die schon ein Kind geboren haben. Die Befragten befanden sich in der Altersgruppe zwischen 18 und 45 Jahren. Die Umfrage widmet sich nicht nur den Hauptfaktoren der Geburtsangst, sondern sie stellt auch fest, welche Erfahrungen machten die Frauen bei ihrer ersten Entbindung, und wie diese Erfahrung die folgende Schwangerschaft und die Geburt beeinflussen können. Wir haben die quantitative Methode der Umfrage gewählt – die Fragebogen, die unter die schwangeren Frauen in der Pränatalklinik des Allgemeinen Fakultätskrankenhauses Prags und in der gynekologischen Ambulanz vom Arzt MUDr. Jindřich Čihák verteilt wurde. Die Umfrageergebnisse erwiesen, dass die Befragten die größte Angst um ihr Kind haben. Es stellten sich auch mangelnde Informationen über die Entbindung heraus, die als einer der Faktoren die Geburtsangst Einfluss auf die Geburtsangst ausüben können.

Die Stichwörter: Der Schmerz, die Geburt, die Hebamme, die Psyche, die Angst

PŘEDMLUVA

Téma naší bakalářské práce se nazývá strach jako jeden z faktorů ovlivňující postoj těhotných žen k porodu – průzkum.

Mezi základní projevy života patří rozmnožování. Pro oba rodiče představuje těhotenství a porod jeden ze zásadních zlomů v jejich životě. Postoj žen k porodu je zcela individuální.

Psychické stavy těhotné ženy jsou velmi často podmíněny osobností, zralostí osoby, věkem, postojem k těhotenství a přijmutím nové role nastávající matky. Během této doby může docházet i k pocitům úzkosti, ztracenosti a především strachu.

Mezi fyzické stavy řadíme závěrečnou fázi těhotenství, která představuje emočně nejnáročnější období, jež klade na organismus vysoké fyzické zatížení. Objevují se potíže se spánkem, tělesnou nepohodou a velikostí břicha, které mohou vyvolat pocit nemotornosti. Tuto fázi těhotenství vnímá těhotná jako nekonečnou a těší se na příchod dítěte, který je ale odvislý na blížícím se porodu, jenž může vyvolávat pocit strachu. Nastávající matka může mít strach z bolesti, z komplikací, může se obávat o život a zdraví dítěte, ale i o sebe. Strach může být ovlivněn i obavou ze selhání a také z poporodního období, kdy přichází nová role matky, která pečuje o své dítě a zodpovídá za rodičovství. Každá těhotná potřebuje během tohoto období podporu a pozornost od partnera, rodiny, zdravotnického personálu a okolí.

Faktorů, které ovlivňují postoj těhotných žen k porodu, je spousta, například věk, vzdělání, negativní zkušenosti z předešlých neúspěchů, onemocnění matky, sociální nebo ekonomická situace, nechtěné otěhotnění, užívání drog a jiných návykových látek a především strach. Proto jsme naši práci zaměřili na strach z porodu, jenž je jedním z faktorů, které mohou porod ovlivnit.

OBSAH

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD	14
1 TĚHOTENSTVÍ A POROD	15
1.1 FYZIOLOGICKÉ TĚHOTENSTVÍ.....	15
1.2 RIZIKOVÉ A PATOLOGICKÉ TĚHOTENSTVÍ.....	16
1.3 VYŠETŘOVACÍ METODY V TĚHOTENSTVÍ.....	17
1.4 POROD.....	19
1.4.1 PRVNÍ DOBA PORODNÍ, DOBA OTEVÍRACÍ.....	19
1.4.2 DRUHÁ DOBA PORODNÍ, DOBA VYPUZOVACÍ.....	20
1.4.3 TŘETÍ DOBA PORODNÍ, K LŮŽKU.....	21
2 POROD JAKO NÁROČNÁ ŽIVOTNÍ SITUACE	23
2.1 PSYCHOLOGIE V TĚHOTENSTVÍ A PŘI PORODU.....	24
2.2.1 PSYCHICKÉ VLIVY NA PLOD PŘI PORODU.....	25
2.2 EMOČNÍ PORUCHY.....	26
2.2.1 REAKCE NA STRACH.....	27
2.2.2 EMOČNÍ KRIZE PŘI PORODU.....	29
2.3 BOLEST.....	30
2.3.1 TOKOFOBIE.....	31
2.3.2 DŮSLEDKY PORODNÍCH BOLESTÍ NA MATKU A PLOD.....	32
3 JAK MŮŽEME OVLIVNIT STRACH Z PORODU	33
3.1 PRVKY OVLIVŇUJÍCÍ STRACH Z PORODU.....	33
3.1.1 PŘEDPORODNÍ KURZY.....	33
3.1.2 PORODNÍ PLÁN A PŘÁNÍ.....	34
3.1.3 PŘÍSTUP ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU.....	34
3.1.4 KOMUNIKACE PORODNÍ ASISTENTKY S RODIČKOU.....	35

3.1.5	OSOBA BLÍZKÁ U PORODU.....	35
3.1.6	DULA	36
3.1.7	TLUMENÍ BOLESTI PSYCHOLOGICKÝMI METODAMI	36
4	TLUMENÍ BOLESTI.....	38
4.1	NEFARMAKOLOGICKÉ METODY	38
4.2	FARMAKOLOGICKÉ METODY.....	39
5	POPIS ŘEŠENÍ PRŮZKUMU	42
5.1	ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU	45
6	INTERPRETACE VLASTNÍHO PRŮZKUMU.....	63
6.1	CÍL 1.....	63
6.2	CÍL 2.....	64
6.3	CÍL 3.....	65
7	DISKUZE.....	66
7.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	67
	ZÁVĚR.....	69
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	70
	SEZNAM PŘÍLOH	

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 - Cervix – skóre.....	18
Tabulka 2 - Věkové rozdělení respondentek.....	45
Tabulka 3 – Rozdělení respondentek dle počtu těhotenství.....	47
Tabulka 4 – Rozdělení respondentek dle počtu porodů	48
Tabulka 5 - Hodnocení předešlých porodů z pohledu respondentek.....	50
Tabulka 6 – Rozdělení průběhu předešlých porodů dle respondentek.....	52
Tabulka 7 – Výsledky toho, jaké je procento respondentek, které navštěvují předporodní kurzy.....	54
Tabulka 8 – Rozdělení respondentek dle dosaženého vzdělání	55
Tabulka 9 – Výsledky odpovědí respondentek, zda bude osoba blízká u porodu... ..	57
Tabulka 10 – Hodnocení odpovědí respondentek na otázku z čeho mají největší obavy.....	58
Tabulka 11 – Výsledky odpovědí respondentek, z kterého lékařského zásahu se obávají nejvíce.....	60
Tabulka 12 – Výsledky odpovědí respondentek, zda vědí co je to porodní plán....	62
Graf 1 – Věkové rozdělení respondentek	45
Graf 2 – Rozdělení respondentek dle počtu těhotenství	47
Graf 3 – Rozdělení respondentek dle počtu porodů	48
Graf 4 – Hodnocení předešlých porodů z pohledu respondentek	50
Graf 5 – Rozdělení průběhu předešlých porodů dle respondentek	53
Graf 6 – Výsledky toho, jaké je procento respondentek, které navštěvují předporodní kurzy	54
Graf 7 – Rozdělení respondentek dle dosaženého vzdělání	55
Graf 8 – Výsledky odpovědí respondentek, zda bude osoba blízká u porodu	57
Graf 9 – Hodnocení odpovědí respondentek na otázku z čeho mají největší obavy	58
Graf 10 – Výsledky odpovědí respondentek, z kterého lékařského zásahu se obávají nejvíce.....	61
Graf 11 – Výsledky odpovědí respondentek, zda vědí co je to porodní plán.....	62

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

CS – cervix - scóre

CTG – kardiokografie

DM – diabetes mellitus

HBsAG – s – antigen hepatitidy B

HIV – virus lidské imunodeficiency (human imunodeficiency virus)

IASP – International Association for the Study of Pain

oGTT – orální glukózový toleranční test

pH – *lat. pondus hydrogenia* tj. „potenciál vodíku“, též vodíkový exponent je číslo, kterým v chemii vyjadřujeme, zda vodný roztok reaguje kyselě či naopak zásaditě (alkalicky)

TENS – transkutánní elektrická nervová stimulace

UTZ – ultrazvuk

WHO – World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Abúzus – nadměrné užívání, zneužívání, nejčastěji nadužívání drog nebo také jejich užívání v nevhodnou dobu (práce, těhotenství)

Analgesie – bezbolestnost, vymizení vnímání bolesti

Braxtonovy-Hicksovy kontrakce – dolores praesagientes, nepravidelné děložní stahy, které se objevují již v průběhu těhotenství

Cervix – skóre – stupeň otevření děložního hrdla v těhotenství, čím je hrdlo více otevřené, tím je skóre vyšší

Dystokie – porucha mechanismu porodu vzniklá z mechanických nebo funkčních příčin

Empatie – schopnost vcítit se do druhého, do jeho myšlenek a pocitů

Fobie – chorobný, nepřiměřeně silný, neodůvodněný strach před určitou událostí nebo věcí, někdy provázený úzkostí

Gestační diabetes mellitus – (zkr. GDM) – cukrovka (diabetes mellitus) vznikající v době těhotenství, vliv má působení hormonů, které v této vznikají ve větším množství a působí proti inzulínu

Headovy zóny – oblasti na kůži, jejichž inervace vychází ze stejných míšních segmentů jako inervace určitých vnitřních orgánů

Hematom – rozsáhlý uzavřený krevní výron v hlubších tkáních (podkoží, svaly) spojený s otokem. K příčinám patří zejména úrazy a krvácivé poruchy

Hypertenze – vysoký krevní tlak

Hypertenze arteriální – onemocnění charakterizované zvýšeným tepenným tlakem ve velkém krevním oběhu. Jedno z nejčastějších onemocnění, jehož příčina většinou není známá (tzv. *esenciální h.*, u níž existuje řada teorií vysvětlujících její vznik)

Hypoxemie – nedostatek kyslíku v krvi; nejčastěji ve smyslu sníženého parciálního tlaku (paO₂) v arteriální krvi (tzv. hypotenzní h.) jedna z příčin → hypoxie tkání a organismu

Implantace – vsazení, zasazení

Intrauterinní – nitroděložní

Introit – *lat.* poševní vchod

Kardiopatie – kardiomyopatie zkr. KMP – onemocnění srdeční svaloviny myokardu

Kontrakce – stažení svalu

Laparotomie – chirurgické otevření břišní dutiny

Metabolická acidóza – acidóza způsobená metabolickými ději, tj. hromaděním protonů či k úbytku alkalických látek

Myometrium – svalová vrstva dělohy. Tvoří ji hladká svalovina, jejíž uspořádání umožňuje zvětšení dělohy během těhotenství

Nauzea – nevolnost, pocit na zvracení

Nidace – zahníždění. Pochod, při němž se blastocysta přiložená svým embryonálním pólem k děložní sliznici postupně zanoří do děložní sliznice, která ji přeroste a mezi 11. – 12. dnem vývoje se nad ní zcela uzavře

Obstipace – zácpa - obtížné, méně časté a málo vydatné vyprazdňování střev

Ovulace – uvolnění zralého vajíčka z Graafova folikulu ve vaječníku do vejcovodu, v němž je vajíčko cca 24 hodin schopno oplodnění

Partus – *lat.* porod

Potrat – umělé přerušování těhotenství provedené podle zákona 66/1986 Sb. a dále předčasně a samovolně ukončená těhotenství (jde - li o mrtvě narozený plod mladší než 28 týdnů těhotenství, popř. o hmotnosti menší než 1000 gramů, pokud nelze určit dobu trvání těhotenství)

Retroplacentární – za (resp. pod) – placentou. *Např. r. hematom při předčasném centrálním odlučování placenty*

Screening – použití diagnostických testů k vyhledávání rizikových nebo nemocných osob v exponované populaci zdánlivě zdravých osob bez příznaků daného onemocnění

Spontánní – samovolný, bezděčný

Sterilita – neplodnost

Ultrazvuk – zvukové vlnění o kmitočtu příliš vysokém, než aby bývalo slyšitelné lidským uchem, tj. cca nad 20 kHz, vyšetřovací metoda

Varixy – vakovitě rozšířená, vinutá žíla; žilní městka (VOKURKA, 2010).

ÚVOD

Jako téma bakalářské práce jsme si zvolili strach jako jeden z faktorů ovlivňující postoj těhotných žen k porodu - průzkum. V práci se zabýváme samotným porodem, strachem z porodu, jak na strach reaguje rodička a jak můžeme strach ovlivnit porod. Práci jsme zvolili především pro důležitost tohoto tématu a problematiky, pro klidný průběh těhotenství a porod. Jednou důležitou formou, jak můžeme ovlivnit strach a nejistotu, je přístup zdravotnického personálu, a to hlavně porodní asistentky, která má za úkol nejen pečovat o rodičku ze zdravotnického hlediska, ale i podpořit, uklidnit, vcítit se do pocitů rodičky a snažit se jí pomoci. Cílem této práce je přiblížení výše uvedené problematiky a zjistit hlavní faktory ovlivňující strach z porodu.

Mezi základní projevy života patří rozmnožování. Bez ohledu na výsledek je porod téměř pro každou ženu velice radostný a zároveň velmi bolestivý a stresující zážitek. Že je porod snadný, si myslí jen málo žen, i když většina z nich kladně očekává, že celý proces dobře zvládnou. V průběhu celého těhotenství dochází k řadě změn. Postoj žen k porodu je naprosto individuální. Strach z porodu je naprosto běžnou a přirozenou emocí žen, i přesto že o nich nehovoří. Můžou mít obavy z toho, že okolí jejich pocity nepřijme, jelikož těhotenství a porod se společensky chápe jako období plné radosti a štěstí. Proto se tedy domníváme, že si téma strach z porodu zasluhuje větší pozornost, protože strach z porodu může mít dopad na duševní zdraví matky či dítěte. Rádi bychom tuto bakalářskou práci věnovali porodním asistentkám a nastávajícím maminkám.

1 TĚHOTENSTVÍ A POROD

Mezi základní životní pochody ženy patří těhotenství a porod, které zajišťují zachování lidského rodu, a proto spadají v životě mezi procesy fyziologické. Těhotenství (gravidita) je období života, kdy v těle ženy a v jejím organismu dochází k vývoji plodu. Začne oplozením vajíčka, kdy mužské a ženské pohlavní buňky splynou a tím začíná těhotenství. Toto období dělíme na oplození (fertilizaci), nidaci (zanoření), implataci (uhníždění), vývoj plodového vejce a končí porodem novorozence. Z plodu se stává novorozenec v době přechodu z intrauterinního života do mimomateřského prostředí. Toto období trvá v průměru 10 lunárních měsíců po 28 dnech. Adaptace a přizpůsobení se na těhotenské změny jsou různé, variace jsou však od plného zdraví až do stavů chorobných (HÁJEK a kol., 2006), (ROZTOČIL, 2008), (ZWINGER, 2004).

1.1 FYZIOLOGICKÉ TĚHOTENSTVÍ

„Jiný stav“ je lidové označení pro těhotenství. Průměrné těhotenství bylo ve velkých studiích stanoveno na 280 dnů, tj. 40 ukončených týdnů těhotenství, což odpovídá 10 lunárním měsícům. Délka těhotenství se z praktických důvodů počítá od prvního dne poslední menstruace, i přesto že k ovulaci a oplodnění došlo přibližně o 14 dní později. Mateřský organismus se zcela mění a zasahuje téměř do všech funkcí, musí se přizpůsobit plodu jako dalšímu biologickému systému, který zasahuje téměř do všech funkcí, jako je tělesná hmotnost, rodidla, krevní oběh, dýchání, trávení, močové cesty, prsa, kůže, kostra a psychika. Těhotné s malým rizikem jsou pacientky bez rizikových faktorů v anamnéze a všechny výsledky vyšetření v průběhu těhotenství vykazující normální průběh. Taková těhotenství označujeme za fyziologická (HÁJEK, 2014), (TOLIMATOVÁ, 2005).

1.2 RIZIKOVÉ A PATOLOGICKÉ TĚHOTENSTVÍ

„Pouze v malém procentu případů mohou vzniknout komplikace ohrožující zdraví či život ženy, anebo vývoj plodu a narození živého a zdravého dítěte.“ (HÁJEK a kol., 2014, s. 237).

„V průběhu moderního porodnictví došlo k nejdůležitějším poznatkům zjištění, že většina patologických těhotenství vzniká převážně u skupiny rizikových žen, které vstupují do těhotenství bez zjevných chorobných příznaků, ale zatíženy různými rizikovými faktory.“ (HÁJEK a kol., 2014, s. 237).

Mezi rizikové faktory řadíme:

- věk matky,
- výška ženy,
- hmotnost před otěhotněním,
- abúzus (kouření, alkohol, drogy) (ROZTOČIL, 2008).

Mezi patologické chorobné stavy v těhotenství řadíme:

- esenciální hypertenze (140/90 mm Hg a více),
- kardiopatie matky,
- onemocnění plic,
- renální onemocnění,
- diabetes mellitus,
- onemocnění štítné žlázy,
- genetická onemocnění (ROZTOČIL, 2008).

Tyto ženy jsou pak souhrnně zařazeny do skupiny tzv. riziková těhotenství, u nichž je vyšší riziko vzniku některého z druhů patologického těhotenství (HÁJEK a kol., 2014).

1.3 VYŠETŘOVACÍ METODY V TĚHOTENSTVÍ

Cílem prenatalní diagnostiky je zdravá matka a porod fyziologického novorozence. K docílení záchytu chorobných stavů je nutná identifikace a kvalifikace rizikových faktorů. Základem je anamnéza s odhalováním možných rizik pro ženu, kdy lékař cílenými otázkami zjišťuje potřebné informace (ZWINGER, 2004).

Harmonogram prenatalní péče se provádí do 36. týdne těhotenství ve čtyřtýdenních intervalech a ve 37.–40. týdnu v týdenních intervalech u fyziologických těhotenství. Lékař však může počet návštěv určovat dle svého uvážení. Cílem prenatalní péče je včasný záchyt chorobných stavů, odchylek od normálního průběhu gestace a odhad rizik. V porodnictví slouží vyšetřovací metody k poznání zdravotního stavu těhotné ženy a plodu. (HÁJEK a kol., 2014).

Nejpozději do konce 12. týdne těhotenství by mělo být provedeno komplexní vyšetření každé těhotné ženy.

Pravidelné vyšetření:

- podrobný sběr anamnestických údajů a stesků těhotné,
- zevní porodnické vyšetření těhotné, určení hmotnosti a krevního tlaku,
- chemická analýza moči (bílkovina, pH, krev, cukr),
- bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix-skóre,
- od 24. týdne gravidity monitoring známek vitality plodu (HÁJEK a kol., 2014).

Tabulka č. 1 Hodnocení Cervix-skóre

Cervix-skóre	0.	1.	2.
naléhající část	klenba prázdná	plná nevyvinutá	plná vyvinutá
dilatace hrdla	< 0,5 cm	0,5-1,5 cm	> 1,5 cm
zkrácení čípku	0	<50%	> 50%
konzistence čípku	tuhá	polotuhá	měkká
lokalizace čípku	sakrálně	mediálně	ventrálně

Zdroj: HÁJEK a kol., 2014, s. 85.

Nepravidelná vyšetření:

16. týden těhotenství - krevní skupina+Rh faktor, krevní obraz - hladina hemoglobinu, hematokrit, počet erytrocytů, leukocytů a trombocytů, titr erytrocytárních protilátek, sérologické vyšetření HbsAg a HIV, protilátky proti syfilis, biochemický screening vrozených vývojových vad ve druhém trimestru.

18.–22. týden těhotenství – první ultrazvukový screening plodu.

24.–28. týden těhotenství – screening poruch glukózové tolerance (oGTT).

30.–32. týden těhotenství – druhý ultrazvukový screening, krevní obraz – hladina hemoglobinu, hematokrit, počet erytrocytů, leukocytů a trombocytů, titr erytrocytárních protilátek u žen Rh negativních a s krevní skupinou 0, sérologické vyšetření HbsAg a HIV (pouze výběrové u rizikových skupin), sérologie syfilis.

36.–37. týden těhotenství – detekace streptokoků skupiny B (pochva, rektum).

38., 39. a 40. týden těhotenství – kardiokografický non-stress test – výjimečně (u rizikových skupin) doporučen i dříve, ve 36. či 37. týdnu.

Zdroj: HÁJEK a kol., 2014, s. 85.

1.4 POROD

Partus neboli porod nazýváme každé ukončení těhotenství narozením živého či mrtvého plodu. Porod lze dělit na samovolný (*partus spontaneus*) anebo operační (*partus operativus*). Operační ukončení porodu buď vaginální cestou obratem, extrakcí, kleštěmi, nebo laparotomií císařským řezem či vybavením plodu při donošeném mimoděložním těhotenství. Již od 20. týdne těhotenství může těhotná zaznamenat podprahové kontrakční činnosti, označovány jako *Braxtonovy – Hicksovy kontrakce*, zpočátku však jen s velice nízkými amplitudami.

Samotný porod začíná obvykle pravidelnými děložními stahy, které vedou k rozvíjení dolního děložního segmentu, děložního hrdla a branky (ZWINGER, 2004).

Vlastní porod dělíme:

- první doba porodní, doba otevírací,
- druhá doba porodní, doba vypuzovací,
- třetí doba porodní, doba k lůžku (ZWINGER, 2004).

1.4.1 PRVNÍ DOBA PORODNÍ, DOBA OTEVÍRACÍ

„První dobou porodní začíná porod. Začnou pravidelné děložní stahy, odborně kontrakce, které způsobí rozevření a zánik děložního hrdla.“ (PAŘÍZEK, 2008, str. 414).

V průběhu tohoto období dochází následkem pravidelných děložních kontrakcí k rozvíjení dolního děložního segmentu, děložního hrdla a branky. Na konci první doby porodní již není žádná překážka mezi dutinou děložní a pochvou. Průběh této doby spočívá v přípravě rodičky, kdy po celou dobu sledují porodní asistentky vývoj porodního nálezu a ozev plodu. Lékař poté po příchodu rodičky na porodní sál zkontroluje porodní nález dle potřeby, minimálně po 2–3 hodinách, a určí případnou medikaci a postup (HÁJEK a kol., 2014).

První dobu porodní dělíme:

- latentní fázi,
- aktivní fázi,
- tranzitorní fázi (ZWINGER, 2004).

Latentní fáze – je doba, kdy se stabilizují kontrakce a zvyšuje se jejich frekvence, trvání a intenzita. Z počátku se mohou objevovat v intervalech 15–20 minut a mohou trvat 15–20 sekund. Na konci se objevují každých 5–7 minut a trvají 30–40 sekund. Postupně dochází k spotřebování čípku a ke zkracování děložního hrdla, z kterého vznikne tenká porodnická branka. Její průměr je v závěrečné chvíli 2–2,5 cm. V tomto období dochází také k sestupu hlavičky do porodních rovin (ZWINGER, 2004).

Aktivní fáze – je období mezi dilatací branky 2,5 cm až 8 cm. Tato fáze je charakterizována zrychleními kontrakční aktivity, které jsou relativně krátké a vedou k rychlému rozvoji porodnické branky. U prvorodičky dojde po 1 hodině ke zvětšení nálezu o cca 1,2 cm a u vícerodičky o cca 3 cm (ZWINGER, 2004).

Transitorní fáze – je období dilatace branky od 8 cm až do úplného zajetí porodnické branky. Dochází k sestupu naléhajících částí plodu do nižších rovin porodního kanálu. Kontrakce se zvyšují a objevují po 1–2 minutách a trvají 50–60 sekund. Může následkem dilatace děložního hrdla docházet ke slabému krvácení. Úplným zánikem porodnické branky končí první doba porodní (ZWINGER, 2004).

1.4.2 DRUHÁ DOBA PORODNÍ, DOBA VYPUZOVACÍ

„Druhá doba porodní začíná úplným rozvinutím branky dělohy a končí porodem dítěte.“ (PAŘÍZEK, 2008, str. 425).

Je to doba, ve které kontrakce vrcholí a rodička pociťuje potřebu zapojit břišní lis, a to následkem tlaku sestupující hlavičky na nervové pleteně v oblasti pánevního dna. Zapojením břišního lisu napomáhá k další progresi hlavičky. Tato doba by neměla přesáhnout hodinu.

Po celou dobu přechází plod přes dolní děložní segment, zašlou brankou, pochvou a pánevní dno směrem k poševnímu introitu. Dochází k napínání perinea a labia se od sebe vzdalují. V indikovaných případech se provádí mediální nebo mediolaterální, případně laterální nástřih hráze (*episiotomie*) z důvodu chránění hráze a urychlení porodu. Plod při průchodu porodními cestami provádí sérii pasivních pohybů, které nazýváme porodní mechanismus. První fáze porodního mechanismu je *flexe* hlavičky, kdy při vstupu do porodního vchodu je bradička přitlačena k hrudníku. Druhou fází porodního mechanismu je *vnitřní rotace*, při které se hlavička za progresu otočí o 90 stupňů z původního uložení šípového švu v příčném průměru pánevního vchodu do přímého průměru pánevní úžiny. Třetí fází porodního mechanismu je *deflexe*. Hlavička se opře o dolní okraj spony po porodu malé fontanely pod sponou stydkou. Čtvrtým porodním mechanismem je *zevní rotace*, kdy se hlavička po jejím porození otočí zátylkem na tu stranu, kde je hřbet plodu a obličejem na stranu opačnou. Ještě před výstupem hlavičky z pánevního východu vstupují raménka do pánevního vchodu, při kterém probíhá biakrominální průměr obvykle v opačném šikmém průměru než šev šípový při vstupu hlavičky do pánevního vchodu. Přední raménko se porodí přibližně po úpon *musculus deltoideus* na humeru, tam vznikne opěrné místo (*hypomochlion*), a tím se porodí vzadu přes hráz i zadní raménko.

Trup ani hýždě zpravidla již žádný pravidelný porodní mechanismus nemají a rodí se většinou hladce. Nicméně trup vykonává určitý mechanismus, a to *lateroflexi* podle zakřivené osy pánevního kanálu a částečnou *torzi* jako následek rotací hlavičky a ramének (ROZTOČIL, 2008).

1.4.3 TŘETÍ DOBA PORODNÍ, K LŮŽKU

„Třetí doba porodní začíná porodem dítěte a končí vypuzením placenty.“ (PAŘÍZEK, 2008, str. 434).

V průběhu této doby dochází k porodu placenty, pupečníku, plodových obalů, retroplacentárního hematomu a dochází k poporodní retrakci myometria. Děložní fundus je nyní ve výši pupku, je zaoblený a děloha má kulovitý tvar.

Po určité době opět přicházejí kontrakce, nazvané *contractiones ad secundinas*. Dle lokalizace, způsobu odlučování a porodu placenty nazýváme 3 typy mechanismu odlučování placeny.

- *Mechanismus podle Baudelocguea – Schultzeho*, při kterém se placenta odlučuje od centra k periférii a vytváří se při něm retroplacentární hematom. Placenta se rodí nejprve svou fetální částí a napomáhá k odlučování blan.
- *Mechanismus podle Duncana*, při kterém se placenta odlučuje většinou od distální periferie přes centrum k opačné periférii. Retroplacentární hematom odtéká volně pochvou a napřed se rodí placenta svou mateřskou částí.
- *Mechanismus podle Gessnera*, při kterém se placenta odlučuje od periferie. Vystupuje nejprve svou fetální stranou. Retroplacentární hematom byl před tím vyplaven.

Doba poporodní se často nazývá jako čtvrtá doba porodní. Je to interval po porodu placenty, který trvá obvykle 3 hodiny, ve kterém je žena nejvíce ohrožena častým poporodním krvácením. Myometrium se po porodu placenty a plodových obalů silně kontrahuje, děloha se zmenšuje a děložní fundus sahá asi tři prsty pod pupek. Děložní stěna je palpačně velmi tuhá (ROZTOČIL, 2008).

2 POROD JAKO NÁROČNÁ ŽIVOTNÍ SITUACE

Základním biologickým posláním ženy je reprodukce neboli rozmnožování. Porod je vypuzení celého plodového vejce z děložní dutiny porodními cestami za pomoci porodních sil. Strach z porodu je velikým nepřítelem pro přirozený porod a zkušenosti ukazují, že velmi negativně ovlivňuje spontánní porodní činnost. Rodičky, které jsou v celkovém klidu, pohodě a ve vlídně působícím prostředí, rodí mnohem lépe než rodičky sevřené hrůzou a nepohodou. Ač se o tom často nemluví, porod není jen tělesná záležitost (NEUHAUS, 2000).

Dokážou-li to rodičky vnímat, prožívají při porodu obrovský emoční zážitek a získávají zkušenosti. Pro všechny rodičky je porod životní výzva „*Porod je výzva.*“ (Ruth – Nunzia Preisig).

Jednou z nejzávažnějších obav, kterou musí umět personál rozehnat, je strach, zda dítě nebude poškozené nebo zda se nenarodí mrtvé. Tato obava roste s hraničními výsledky screeningových testů nebo s nejasnými nálezy na ultrazvuku. Na konci těhotenství narůstá u rodičky nejvíce strach z porodu a z toho, že nedokážou porodit. V situaci, kdy se již před porodem objeví obavy, že nebude mít kde bydlet, že nedokáže dítě vychovat, že bude odmítnuta rodiči či partnerem nebo, že ztratí zaměstnání, je vhodné kontaktovat psychologa. Strach z bolesti vytváří podmíněný reflex bolesti stupňovanou nejistotou z výsledku, tato nejistota se však dá narušit psychologickou přípravou (HÁJEK a kol., 2014).

Je zcela běžné, že v mysli ženy se s rychle blížícím termínem porodu dostává do popředí otázka bolesti. Bolest během porodu může být ovlivněna možnou negativní zkušeností či prostředím. Porodní bolest se řadí mezi nejsilnější bolest vůbec. Strach z porodu má jedno hlavní opodstatnění, od porodu není kam utéct. Za normálních okolností leží veškerá bolest a vyčerpání pouze na těhotné. Těhotné, které se snaží strach jednoduše obejít, řadíme do skupiny rodiček, které se většinou chlácholí argumenty, že porod je běžná věc.

Další skupinou rodiček jsou ty, které naopak shánějí všechny možné informace. A poslední skupinou rodiček je taková, která se rovnou svěří do péče vyspělé medicíny (RIEDLOVÁ, 2007).

2.1 PSYCHOLOGIE V TĚHOTENSTVÍ A PŘI PORODU

Klidné těhotenství bez starostí prožívá jen málo žen. První z obav či nejistot je, jak těhotenství přijme partner. Úzkost a obavy může způsobit nedostatek informací o těhotenství, porodu i mezilidských vztazích. Dále změny organismu v těhotenství stojí za zvýšením podrážděnosti, nervozitou ale i za nepřiměřenými reakcemi na stresové situace. Může také docházet k poruchám spánku, depresím, plačtivosti i ke zvýšené agresivitě, tento stav zhoršuje i výskyt somatických obtíží jako je zvracení, pálení žáhy, nauzea, otoky, varixy dolních končetin, dušnost, obstipace a omezená pohyblivost (HÁJEK a kol., 2014).

Abychom měli netraumatizované a zdravé dítě, mělo by být plánované a chtěné. Těhotná žena by měla mít nejen klidné těhotenství naplněné láskou, těšením se na dítě, ale i klidný, fyziologický a jemný porod s ohledem na psychiku dítěte. Dr. Michel Odent vybudoval podle zásad svého učitele F. Leboyera v Pihiviers u Paříže porodnici, kde je kladen důraz na smyslové vnímání plodu. Zde je jen na ženě, aby si zvolila ideální polohu pro porod. Dále říká, že je u porodu nutné omezit počet osob, aby nebyla rodička vystavena více nepříjemným pohledům. Mezi ošetřující personál patří porodní asistentka, která navazuje s rodičkou pozitivní vztah. Pokud si však rodička přeje otce u porodu, je tato možnost vítána (JUŘÍKOVÁ, 2007).

U žen, které velmi touží po dítěti, se často objevuje nepřiměřený strach z potratu. Tento strach se může naskytnout v důsledku předchozí léčené sterility či předchozích potratech. Často se u žen vyskytují obavy ze ztráty partnera v souvislosti se sníženou sexuální atraktivitou. Existují však i takové ženy, jež odmítají pohlavní styk v těhotenství, ale i po narození dítěte. Porod je odpradáвна vnímán jako magický děj téměř pro každou ženu (GUZIKOWSKI, 2007).

I partneři mohou pociťovat obavy z porodu, ze ztráty kontroly, z porodních bolestí partnerky, z komplikací při porodu či strach o život své partnerky nebo dítěte. Snaha zapojit do porodu otce však významně zlepšuje psychiku rodičky (MROWETZ, 2010).

2.2.1 PSYCHICKÉ VLIVY NA PLOD PŘI PORODU

Český emigrant žijící v USA MUDr. Stanislav Grof rozdělil perinatální období do 5 stadií tzv. bazálních perinatálních matic.

- I. Matrice – je období od početí do začátku porodních děložních stahů. Dítě cítí a vnímá velmi přesně pocity matky i její fyzické rozpoložení, které má matka vůči jemu samotnému. Jestliže je tato matrice harmonická a radostná, vytváří kvalitu jistoty, bezpečí a pevné půdy pod nohama v dalším životě a schopnost překonávat problémy. Jestliže je však dítě nechtěné, zplozené například pod vlivem alkoholu, násilím a pokud jej matka vnitřně odmítá, pak je toto zárodkem depresí a základního životního postoje, že nestojí vůbec za to žít.
- II. Matrice – tato matrice začíná porodními stahy dělohy a trvá po celou dobu první doby porodní. Tato fáze je z hlediska dítěte velmi nepříjemná. Dítě je nuceno do pasivity- nemůže dělat nic jiného, než čekat, a neví, co se s ním děje.
- III. Matrice - tato fáze je obdobím, kdy je plod po celou dobu vystaven silným tlakům. Zda probíhá první doba porodní fyziologicky 8–12 hodin, pak je pro dítě výchovná a posiluje odolnost. Trvá-li však déle, pak ji dítě nezpracuje a je zárodkem těžkých depresí.
- IV. Matrice - tato fáze začíná momentem, kdy jsou porodní cesty zcela otevřené a kdy dítě sestupuje. Ve srovnání s předešlou matricí je tato fáze optimistická a přináší úlevu, je ovšem velmi náročná fyzicky pro matku i pro dítě. Pokud třetí fáze probíhá s komplikacemi, mohou mít za následek koktavost, psychosomatické potíže, astma nebo potíže se zažíváním.

- V. Matrice - čtvrtá matrice je období od narození k přestřižení pupečníku. V tomto období prožívá novorozenec spoustu smyslových změn. Důležitou roli na pozitivní vjemy hrají: tiché hlasy, tlumené osvětlení, položení dítěte bezprostředně po narození na břicho matky, aniž by se přerušila pupeční šňůra, dále jemné a pomalé dotyky a přestřižení pupečníku až poté, co dotepe. V této matrice se děti setkávají s prvkem přijetí sebe sama. Jeli tato fáze bez komplikací, pak je zárodkem mentální dospělosti a člověk dokáže nést odpovědnost za sebe a své činy (JUŘÍKOVÁ, 2007).

2.2 EMOČNÍ PORUCHY

Samo o sobě může být také těhotenství zdrojem úzkosti, počátkem nebo zhoršením úzkostných poruch jak uvádějí někteří autoři.

Rozlišujeme tři základní faktory strachu a úzkosti těhotné:

- úzkost vztahující se k těhotenství a porodu,
- úzkost týkající se očekávané následující péče o dítě,
- úzkost jako psychopatologický symptom.

V roce 1997 *Sjergen* dokázal na vzorku celkem sta těhotných žen, které vyšetřil pro obavy z porodu, a zdokumentoval, že nejčastější nedůvěra při porodu je v 73 % nedůvěra k personálu, dále pak strach z vlastní neschopnosti (až 65 %), strach ze smrti své, dítěte nebo obou (55 %), strach z bolesti (44 %) a strach ze ztráty sebeovládání (43 %).

Jiný autor (HÁJEK, 1999) zase uvádí, že přibližně 70 % těhotných žen se nejvíce obává malformace plodu, dále, že až 35 % má strach z porodního poranění, 20 % má strach z epidurální analgezie a aplikace léků a 17 % uvedlo, že se nejvíce obává ze ztráty sebekontroly (HÁJEK a kol., 2014).

2.2.1 REAKCE NA STRACH

Porod je situace, na kterou má těhotná žena možnost připravovat se psychicky po dobu devíti měsíců. Přesto je to situace, která je velice složitá, nová a neobvyklá i pro ty ženy, které již rodily (HÁJEK a kol., 2006).

Mnohdy záleží na typu osobnosti, na odolnosti vůči zátěžovým situacím, životních zkušenostech, stavu organismu, vrozených vlastnostech, ale i na sociálních skutečnostech. Porod je pro ženu jedním ze zdrojů náročných situací, jimiž se formuje osobnost ženy (CHMEL, 2004).

Každý, kdo řeší rozpory a vyrovnává se se zkušenostmi, využívá obranné psychické mechanismy, které spoluutváří osobnost. Základní způsoby, jimiž se člověk vyrovnává, jsou: *útok, únik a volání o pomoc*.

Útok: Fyzický útok řadíme do neadaptivního chování, rodička při porodu v bolestech napadá partnera či personál (kouše, škrábe). Kritické situace u rodičky nastávají, kdy má rodička pocit, že např. lékař něco zanedbal (přenesená agrese), situace, kdy rodička buší do porodnického lůžka (agrese přenesená na věci) a situace, kdy se rodička kouše do předloktí (sebepoškozování).

Útěk: Rodička se při příchodu do porodnice vymlouvá, že nemůže zůstat (verbální únik ze situace). Útěk můžeme rozdělit na fyzický, kdy těhotná opustí sál a útěk, kdy se rodička stáhne do sebe a přestane komunikovat.

Volání o pomoc: Rodička upozorňuje na svůj stav tím, že zdůrazňuje své bolesti a hlasitě nařiká, aby přivolala nepřímo personál, když je na pokoji sama.

Porodní asistentka se může setkat s řadou obranných mechanismů, jako je *racionalizace, negativismus, regrese, projekce, identifikace, kompenzace, izolace, fixace, rezignace, represe, opačné reagování, disociace, somatizace*.

Racionalizace: Rodička vysvětluje svoji neschopnost spolupracovat při porodu nevhodným chováním porodní asistentky, lékaře či chybou špatného zařízení.

Negativismus: Rodička dělá vše naopak, zde se občas jedná o snahu upoutat pozornost. Odmítá dělat to, co by měla, a dělá to, co by dělat neměla a co se jí zakazuje. Jedná se o vzdorovité chování.

Regrese: Situace, kdy se rodička začne chovat způsobem, který neodpovídá jejímu věku a projevuje se nejčastěji emoční labilitou, sklonem k afektu či zvýšené pozornosti, péče a něhy.

Projekce: Vlastní averze vůči porodní asistenci vysvětluje tím, že jí nemá ráda. „Podle sebe soudím tebe.“

Identifikace: Rodička se identifikuje s jinými rodičkami nebo se svou matkou, která jí vyprávěla o hrůzách svého porodu. Jedná se o opačný proces projekce.

Kompenzace: Situace charakterizuje myšlení, jednání a prožívání, kterým rodička vyrovnává nějaký osobní nedostatek, volí si náhradní cíl. Např. žena, která nemůže mít děti, si dítě adoptuje.

Izolace: Jedná se o vystupňovanou formu úniku od distance až po úplnou sociální izolaci.

Fixace: Chování rodičky se dostane do situace, kdy se zastaví a lpí na starém řešení, jež však neodpovídá situaci.

Rezignace: Rodička po několika hodinách bolestí reaguje apaticky, lhostejně a pasivně. Má pocity marnosti a odmítá aktivizační techniky.

Represe: Charakterizuje chování, kdy žena potlačí myšlenky či představy, které jsou v rozporu s obecně uznávanými hodnotami. Jedná se o popření, potlačení a vytěsnění, které je vlastním únikem.

Opačné reagování: Tento obranný mechanismus nazýváme také „reaktivní výtvor“. Jde o nahrazení nepřijatelné vnitřní tendence jejím pravým opakem.

Disociace: Narušení rodičky, jejího vnitřního života a jednání, při kterém dochází ke štěpení a rozdvojení. Jedinec prožívá pocit, že se ho vážná situace netýká.

Somatizace: Problém, který je na psychické úrovni, nahrazuje rodička tělesným symptomem (RATISLAVOVÁ, 2008).

2.2.2 EMOČNÍ KRIZE PŘI PORODU

Prožívání celého děje při porodu je velmi individuální, i tak ovšem můžeme vysledovat jisté okamžiky, které rodičky prožívají intenzivněji, a ty můžeme označit jako typické emoční mezníky při porodu (JUŘÍKOVÁ, 2007).

Emoční krize můžeme dělit:

- v počátku porodu,
- na počátku aktivního porodu,
- v přechodu z I. do II. doby porodní,
- při vypuzování hlavičky plodu.

Již v počátku pravidelných děložních kontrakcí pociťuje rodička určité změny od zkušeností s poslíčky a cítí, že nadchází to, na co se tak dlouho těší, ale čeho se zároveň obává. Ve chvíli, kdy se uvědomí: „Dnes je den D, dnes budu rodit.“, může docházet k prvnímu rozrušení či nejistotě, hledá oporu v partnerovi a vyhledává kontakt s porodní asistentkou.

Porod je ve fázi aktivní ve chvíli, kdy děložní kontrakce sílí a nelze je již odvracet. V tuto chvíli rodička potřebuje podporu okolí, pocit bezpečí a dostatečně volný pohyb. Porodní asistentka by měla doporučit přirozené metody vedení porodu, pokud však rodička cítí, že situaci nezvládá a vyžaduje medikamentózní léčbu nebo epidurální analgezii, je třeba jí bez výčitek vyhovět (pokud nejsou okolnosti, které by tomu bránily).

Na konci první doby porodní vrcholí porodní bolesti a rodička je v tuto chvíli velmi často vyčerpaná a může pociťovat tlak hlavičky na konečník. Rodičky jsou často zoufalé a ptají se: „Jak dlouho ještě?“. K pocitu obnovy energie dopěje rodička na úplném konci první doby porodní, kdy začne využívat své síly k tlačení, je vědomě přítomna a sleduje pokyny porodní asistentky. Rodička může být zmatena z jiných a nových pocitů bolesti. Porodní asistentka i partner, který v tuhle chvíli může být velmi psychicky unaven, rodičku povzbuzují, aby uvolnila svaly pánevního dna, a pomáhají při úpravě polohy (HOLANCOVÁ, 2005).

2.3 BOLEST

Jeden z významných faktorů ovlivňující strach z porodu je bolest.

„Bolest je podle IASP a WHO definována jako nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození. Je vždy subjektivní.“ (PAŘÍZEK, 2012, str. 97).

Bolest je komplexní fenomén, který obsahuje jak fyzickou, tak i emocionální složku. Všeobecně dělíme bolest na: akutní, chronickou, somatickou, viscerální a fantomovu. Dále ji pak dělíme na vystřelující, zánětlivou, ischemickou a bolest v oblasti Headových zón.

Mezi porodní bolesti řadíme kontrakce, břišní lis a zemskou gravitaci. Děložní kontrakce jsou stahy svaloviny myometria v aktivní, horní části dělohy. Kontrakce děložní svaloviny, které jsou reverzibilními, rytmicky se opakujícími charakterizovanými stahy s následující relaxací svalových buněk. Horní a dolní děložní segment pracují koordinovaně. Její trvání udává děložní kontrakce v sekundách. Za krátkou děložní kontrakci považujeme kontrakci o délce 20 a méně sekund, a pokud přesahuje 45 sekund, hodnotíme je jako dlouhé děložní kontrakce. Intenzitu hodnotíme v torrech (Torr) nebo kilopascalch (kPa). Pokud síla děložní kontrakce přesáhne 60 torrů, je silná. Pokud je intenzita menší než 20 torrů, je slabá.

Pravidelnost děložních kontrakcí značí, že se dle schématu pravidelnosti rozvíjí od nižší frekvence, délky a intenzity k vyšším hodnotám. Břišní lis je však aktivní, vůlí ovladatelný. Rodička ho používá po zajetí branky v době děložní kontrakce. Technika a nácvik používání břišního lisu je součástí průběhu přípravy na porod. Zemská gravitace napomáhá k pasivní dilataci porodních cest, proto jsou vertikální polohy nejvhodnější pro porod – poloha vestoje, vkleče, vsedě, v přisednutí. U prvorodičky vyžaduje celý porod asi 110–150 kontrakcí a u vícerodičky asi 60–80 kontrakcí.

Velikost a tvar hlavičky je determinující pro průchod plodu porodními cestami, vzhledem k tomu, že se plod nejčastěji rodí v poloze podélné hlavičkou. Hlavička je poměrně nepoddajná a tuhá. Pokud projde hlavička pánevními rovinami, je pravděpodobné, že projdou i ostatní části plodu až na vzácné případy dystokie ramének.

Fontanely dělíme na velkou fontanelu (*fontanela maior*) a malou fontanelu (*fontanela minor*), dále na hlavičce plodu rozlišujeme tvrdou část lebeční (*neurocranium*) a měkkou část obličejovou (*slanchnocranium*). Lebeční část se skládá ze dvou kostí čelních (*os frontale*), dvou kostí temenních (*os parietale*), dvou kostí spánkových (*os temporale*), jedné kosti záhlavní (*os occipitale*) a dvou kostí klínových uvnitř lebky (*os sphenoidale*) (ROZTOČIL, 2008).

2.3.1 TOKOFOBIE

Tokofobie je typickou fobií vyskytující se v těhotenství. „Je to strach z porodu navzdory silné touze mít dítě.“ (HÁJEK a kol., 2014, str. 393). Tuto fobii můžeme dělit na primární a sekundární.

Primární tokofobie souvisí především se strachem z porodu. Spouštěčem tohoto strachu může být například shlédnutý film s porodem nebo doslechnutí o tom, že nějaká žena při porodu měla závažné komplikace. Může způsobovat odkládání těhotenství nebo vyhýbání se pohlavnímu styku.

Sekundární tokofobie se může objevit jako následek jakéhokoliv traumatu spojeného s předchozím těhotenstvím (HÁJEK a kol., 2014).

K velkým porodním bolestem velmi přispívá napětí a strach. Mezi další faktory se řadí také emoce, pocit bezmoci, osamění a únava, ke kterým se pojí napětí svalů, jež snižuje přísun kyslíku do dělohy, což působí zvýšenou bolest. Při porodu je velmi důležité, aby se rodička chovala spontánně, neměla pocit se někomu zavděčit nebo si něco dokázat a neměla obavy, že se shodí. Měla by dát svobodně najevo, co jí dělá dobře a co by potřebovala od ostatních. Pro zpříjemnění porodu potřebuje pocit bezpečí, teplo a nerušeně se poddat bolestem (ŠINDELÁŘOVÁ, 2005).

2.3.2 DŮSLEDKY PORODNÍCH BOLESTÍ NA MATKU A PLOD

Porodní činnost je pro rodící ženu jak psychická, tak fyzická zátěž, vyvolávající řadu změn v organismu. Tato zátěž splňuje všechny znaky stresové reakce organismu. Stresová reakce rodičky na porodní děj je výhodná pro samotný porodní proces. Obdobná stresová reakce plodu je důležitá pro jeho postnatální adaptaci. Pokud by stresové reakce překročily mezní hodnoty, došlo by k negativním působením této hormonální odpovědi. Bolest vyvolává segmentální a suprasegmentální reflexní reakce, které zvyšují ventilaci, a je stimulován sympatický nervový systém s výsledným zvýšením srdečního výdeje a zvýšenou spotřebou kyslíku. V důsledku změn je plod ohrožen hypoxemií a metabolickou acidózou. Jediným řešením je odstranit bolest. Dalším negativním důsledkem bolesti by mohly být emoční poruchy a negativní ovlivnění vztahu matky k dítěti (RATISLAVOVÁ, 2008).

3 JAK MŮŽEME OVLIVNIT STRACH Z PORODU

Bez ohledu na výsledek je porod téměř pro každou ženu velice radostný a zároveň velmi bolestivý a stresující zážitek. Horší než bolest však může být prožívání děsivých pocitů nejistoty v kterékoli fázi. Že je porod snadný, si myslí jen málo žen, i když většina z nich kladně očekává, že celý proces dobře zvládnou.

3.1 PRVKY OVLIVŇUJÍCÍ STRACH Z PORODU

Mezi základní prvky přípravy těhotných k porodu se řadí podávání hodnotných informací, seznámení se s odbornou terminologií, učení a nácvik poloh, dechových cviků a jiných relaxačních metod. Mezi další důležité prvky řadíme aktivitu těhotných žen, jako je například jóga, cvičení s míči, plavání, v neposlední řadě sem patří i seznámení s nefarmakologickými metodami k tlumení bolesti a jiným možnostem. Rodičky by se také měly seznámit s prostředím porodnice či porodního domu a navázat terapeutický vztah s porodní asistentkou, kde velkou roli hraje důvěra. Tyto všechny prvky redukuje strach, podporují sebedůvěru a sebevědomí těhotné ženy (RATISLAVOVÁ, 2008).

3.1.1 PŘEDPORODNÍ KURZY

Předporodní příprava se nejčastěji provádí v posledním trimestru v několika sezeních. Je formou kurzů a hlavním smyslem je odstranění negativních emocí z porodu se zdravotně výchovnými lekcemi a cvičením prováděným hlavně ke konci těhotenství s cílem připravit všechny rodičky na porod psychicky a fyzicky (ČERMÁKOVÁ, 2008).

Psychická příprava má za úkol odstranit všechny negativní emoce a naopak navodit celkově pozitivní postoj k porodu, vzbudit v rodičce důvěru a zajisti pocit bezpečí. Rodičky jsou poučeny o nutnosti a potřebě klidu, uvolnění se a o možnostech tlumení nepříjemných pocitů v průběhu porodu. Dále je nastávající matka poučena o správné hygieně po celou dobu těhotenství a v šestinedělí, o životosprávě a sexuálním životě.

Hovoří-li se o šestinedělí, poučuje se rodička o změně psychiky a o tom, jak pečovat o případná porodní poranění. Dostatek času je velmi nutné věnovat k tématu kojení, které může v některých případech velmi negativně ovlivnit psychiku.

Fyzická příprava spočívá v těhotenské gymnastice, v nácviku správného dýchání, účinného tlačení při porodu a nácviku relaxace. Cvičení je jedním z účelových prvků udržení si tělesné aktivity, na posilování některých svalových skupin a na navození příjemných pocitů, nikoli však na zvyšování tělesné zdatnosti. Cviky jsou přizpůsobeny konkrétnímu stádiu těhotenství a při jakékoliv bolesti či dušnosti musí žena cvičení přerušit. Provádí se tedy posilovací cviky, ale také zároveň dechová cvičení, relaxační cviky a cviky pro zvýšení pohyblivosti kyčelních kloubů. Nácvik relaxace bude pro každou rodičku výhodou při porodu, uvolněním se snižuje napětí svalů, bolest a zlepšuje se prokrvení malé pánve (STADELMANN, 2009).

3.1.2 PORODNÍ PLÁN A PŘÁNÍ

Všechny požadavky, které by chtěla rodička během porodu dodržet, formuluje písemně v porodním plánu. Lékař a porodní asistentka se s těmito požadavky seznamují při příjmu. Je to prostředník mezi matkou a personálem na porodním sále. Porodní plán by měla těhotná sestavit a připravit ve spolupráci s porodní asistentkou nebo doulou, s ohledem na vybavenost vybrané porodnice. Vypracovat porodní plán není tak jednoduché, jelikož v případě nepravidelností by jeho dodržování mohlo ohrozit zdraví či život rodičky nebo jejího dítěte. I když mnohdy matka na svém těle nemusí pociťovat jakékoliv ohrožení, nemůže ona ani nikdo jiný dopředu znát, a tedy ani zaručit hladký průběh porodu (PAŘÍZEK, 2014).

3.1.3 PŘÍSTUP ZDRAVOTNICKÉHO PERSONÁLU

Při komunikaci s rodící ženou záleží velmi na dodržování pravidel efektivní komunikace. U prvního kontaktu je vhodnou metodou technika aktivního naslouchání (povzbuzení, objasnění, zrcadlení, parafrázování, shrnutí, ocenění). Nejdůležitějším bodem v komunikaci s rodičkou je získání si důvěry. Lékař i porodní asistentka by měli podávat informace jasně a srozumitelně (RATISLAVOVÁ, 2008).

3.1.4 KOMUNIKACE PORODNÍ ASISTENTKY S RODIČKOU

Porodní asistentka má za úkol starat se o rodící ženu od příjmu až po překlad na oddělení šestinedělí. Velmi důležitou součástí porodních asistentek je etika. Kontakt a důvěra s porodní asistentkou a lékařem by měla být v tomto náročném období velkou oporou těhotné. V průběhu celého těhotenství by měla těhotná navštěvovat pravidelně porodní asistentku a lékaře v gynekologické ambulanci, chodit na preventivní kontroly nebo na psychoprofylaktickou přípravu před porodem (ČERMÁKOVÁ, 2010).

Porodní asistentka by měla svým jednáním usilovat o redukci nežádoucí psychické zátěže a pomáhat stabilizovat narušenou psychickou nebo somatickou činnost. Rozhodující je vytvoření pozitivně laděného vztahu. Porodní asistentka k tomu vztahu může využít psychologických prostředků - jako je otevřená komunikace, empatie a podpora, akceptace klientky, profesionalita, respekt, úcta, individuální přístup, ocenění, nedirektivní přístup a úprava prostředí k pohodlí rodičky. Rodička zažívá bolestivé podněty spojené s lékařskými výkony, zvláště s pravidelným vyšetřováním. V souvislosti s ošetrovatelskou péčí vnímají zejména aplikace injekce a v neposlední řadě celý porodní proces. Během celého porodu je důležitá hlavně psychická podpora, snaha o orientaci na dítě. Veškeré pocity, které rodící žena prožívá, jí napomáhají se orientovat v porodním procesu. Nesmí se však stát, aby porodní asistentka jakkoliv bagatelizovala bolest rodičky. Péče o nastávající maminku je celkově náročné časové období (KOUTNÁ, 2014).

3.1.5 OSOBA BLÍZKÁ U PORODU

Rodička může být při porodu doprovázena kromě porodní asistentky také osobami, kterým důvěřuje a s kterými se cítí dobře, například s partnerem, přítelkyní, matkou anebo doulou. Většinou přichází rodička do porodnice s partnerem. Zdravotnický personál by měl její volbu plně respektovat, jelikož primární zdroj sociální opory může být pro ženu velmi přínosný. Přítomnost partnera vyvolává podporu ve sféře psychické a ve vytvoření pocitu bezpečí, který těhotná potřebuje. Ve znojenské nemocnici se poprvé roku 1984 uskutečnil první porod za přítomnosti otce. Tato metoda byla v té době podrobena velké kritice a bylo zdůrazňováno, že humanizace zdravotnictví by měla probíhat na vědecké bázi.

Po roce 1989 se celkově měnil vztah *lékař – pacient*, diskuze utichla a zaznívala spíše pozitivní stanoviska. Spolupráce mezi otcem a rodičkou v tomto období velmi usnadňuje přirozenou pomoc ze strany otce. V současné době počet přítomných otců u porodu dosahuje zhruba 90 %. Přítomnost a podpora jinými rodinnými příslušníky anebo přáteli je méně obvyklá. Přítomnost přítelkyně, sestry anebo matky, po které často rodička při porodu volá, může být někdy velmi prospěšná, pokud ona sama prožila samovolný a nekomplikovaný porod, může pak vnést do události pozitivní znalosti (RATISLAVOVÁ, 2008), (ROZTOČIL, 2008).

3.1.6 DULA

U duly se předpokládá, že je to žena, která má své děti, protože žena, která porodila, má cit pro danou situaci a přirozeně dokáže soucítit. Nepředepisují žádné vzorce pro dýchání ani porodní řád. Dula nabízí především „náruč“, snaží se tedy vytvořit prostředí, které může maminky citově „podržet“. Dula je žena, která poskytuje péči těhotné, rodičce za porodu ale i šestinedělce, má jen základní školení o vedení porodu a různé ošetrovatelské postupy, nezasahuje však do kompetence zdravotnického personálu. Její hlavní úlohou a úkolem je vytvořit příjemnou a klidnou atmosféru, usnadnit, zpříjemnit a ulehčit prožívání porodu. Na rozdíl od porodní asistentky nenesou žádnou zodpovědnost za průběh porodu a nemusí se věnovat potřebným zdravotnickým úkonům. Poskytuje ženě emoční, fyzickou, morální a psychickou podporu (KLAUS, 2004), (RATISLAVOVÁ, 2008).

3.1.7 TLUMENÍ BOLESTI PSYCHOLOGICKÝMI METODAMI

Mezi psychologické metody řadíme: *sugesce, relaxaci, odvedení pozornosti, kognitivní metody, behaviorální metody, psychoterapeutický vztah, hypnózu a placebo*. Tyto metody se vzájemně doplňují a kombinují.

Sugesce: Jedná se o metodu emociogenní neboli „vymlouvání“, při které si jedinec s vyloučením racionální kontroly přebírá určitou ideu.

Relaxace: Metoda, při které se jedinec uvolní, zvolní, uklidní a zbaví se napětí.

Odvedení pozornosti: Rodička odvádí pozornost od bolesti soustředěním se na jinou činnost – vnímání dechů či tepla při obkladech.

Kognitivní metody: Zahrnuje utváření si představ. Cílem je poznat kognitivní mapu rodičky, zhodnotit ji a případně pozměnit.

Behaviorální metody: Součástí této metody je vlastní a spontánní aktivita rodičky. Cílem je naučit se postupy, jak zvládnout bolest.

Psychoterapeutický vztah: Kladný vliv pro rodičku má pocit bezpečí, jistoty a hlavně důvěra mezi rodičkou, porodní asistentkou a lékařem.

Prostředí: Klidné a intimní prostředí může kladně ovlivnit stres a úzkost.

Hypnóza: Stav podobnému transu, který může rodička využít během porodu. Je navozen sugescí útlumů. Metoda je velice náročná a je nutná příprava během těhotenství (RATISLAVOVÁ, 2008).

4 TLUMENÍ BOLESTI

Cíle tlumení porodních bolestí je porodnický komfort pro matku, fyziologický průběh porodu, optimální podmínky pro plod a zvýšení psychické vazby (bonding) matka-plod. Hlavním cílem je tlumit bolest, ale nepotlačovat efektivitu děložní činnosti. Porodnická analgezie je vždy zvolena individuální, výběr metody záleží na stavu plodu, porodnické situaci, vybavení porodního sálu, psychofyziologickém stavu rodičky, jejím přáním, zkušenostech porodníka a anesteziologa (SMILEK, 2011).

Tlumení bolesti dělíme na farmakologickou a nefarmakologickou, která zahrnuje následující metody: psychoprofylaktická příprava na porod, hypnóza, akupunktura, hydroanalgezie, audioanalgezie a TENS. Do farmakologických metod řadíme systémově podávaná analgetika a anxiolytika, inhalační přípravky k analgezii a místní anestetika ke svodné analgezii (PAŘÍZEK, 2008).

Vnímání porodních bolestí je zcela individuální proces. Představuje ale společnou zkušenost pro všechny ženy. U rodiček jsou důležité psychické a fyzické dispozice, svoji nezastupitelnou roli mají ale i sociální a kulturní vlivy. Během spontánního porodu pociťuje rodící žena až 60% bolesti různé intenzity. Na konci první doby porodní jsou děložní stahy vnímány nejbolestivěji. Většina rodiček dnes očekává účinné tlumení porodních bolestí. K základnímu managementu v porodnictví patří porodnická analgezie. Součástí předporodní přípravy je podání všech možných informací o dostupných metodách porodnické analgezie. Je-li zvolena nejvhodnější porodnická analgesie a je-li podána ve správný čas, můžeme očekávat snížení porodnických komplikací jak u rodičky, tak u novorozence. Tlumení bolesti dělíme na nefarmakologickou a farmakologickou.

4.1 NEFARMAKOLOGICKÉ METODY

Nejvýznamnější metodou bývá *psychoprofylaxe*, kde je obsahem seznámit ženu s průběhem celého porodu a zbavit ji strachu a připravit ji fyzicky na porodní zátěž.

Hypnóza je účinná u jedné čtvrtiny rodiček, dle jejich individuální sugestibility.

Audioanalgezie potlačuje nebo zmírňuje pocit bolesti změnou aktivity mozkové kůry. Podstatou této metodou je dráždění sluchového centra.

Akupunktura, akupresura, někteří odborníci ale zdůrazňují neúčinnost akupunktury u žen bílé rasy na mírnění porodních bolestí.

Elektroanalgezie se využívá za pomoci proměnlivých elektrických stimulů na kůži po obou stranách páteře v oblasti dolní hrudní a horní bederní páteře. Tato metoda je neškodná pro plod a matku, není však příliš účinná.

Hydroanalgezie je umístění těhotné ve vodní lázni v první době jako relaxační koupel. Tato metoda se využívá poměrně často a může jí využít jen zcela zdravá žena a zcela zdravý plod.

Alternativní polohy při porodu jsou polohy např. vestoje, vkleče, v dřepu anebo vsedě, kdy je žena buď přidržována porodní asistentkou, nebo se drží za okolní předměty.

4.2 FARMAKOLOGICKÉ METODY

Celková anestezie – soubor metod, kde se podáním centrálně účinných látek modifikuje vnímání bolesti, a to změnou emocionálního výboje a zvýšením prahu bolesti

Analgetika pro injekční podání

Petidin – podobný účinek jako u morfinu a nejvíce používaný lék u porodu.

Tramadol – analgetikum, neovlivňuje krevní oběh matky.

Nubain – prostupuje placentou, je v těle matky rychle odbourán a má menší vliv na dýchání.

Fytoterapie

Užití bylinných extraktů je možné používat vdechováním, hovoříme pak o *aromaterapii* anebo *fytoterapii*, které se vtírají do kůže formou olejových roztoků.

Inhalační analgesie

Oxid dusíku se využívá ve směsi s kyslíkem pro vdechování během porodu. V České republice se skoro vůbec nepodává.

Místní anestezie – podávání lokálně účinných látek, které modifikují vnímání bolesti.

Infiltrace kožních zón (Headovy zóny)

Pro nízkou analgetickou účinnost a celkem velké množství místního anestetika se tato metoda neprovádí.

Obstřík pochvy a hráze

Nejčastěji používaná metoda v porodnické praxi, která se podává při epiziotomii či ošetření porodního poranění.

Pudendální analgezie

Druh anestetika, které se podává v místě stydkého nervu (nervus pudendus), jímž vedou do míchy bolestivé vzruchy. Úlevu postihuje pouze hráz a zevní třetina pochvy. Nedostatky této metody jsou podmínky pro podání, jako je prodloužení druhé doby porodní, kde může dojít k vymizení nutkání k tlačení nebo využití této metody, které lze užít jen ve druhé době porodní.

Paracervikální analgezie

Tato metoda přeruší vedení bolesti v nervových drahách v oblasti děložního hrdla, používá se na bolest u fyziologického porodu, nebo když je tuhá porodní branka. Podmínkou pro podání je porodní branka o průměru 3-4 cm při kontinuálním elektronickém sledování plodu.

Epidurální analgezie

Bolest v první době porodní je viscerální neboli tupá. Její původ vychází z děložního těla a narůstá po celou první dobu porodní.

K postupnému zavádění této metody u nás docházelo od začátku 90. let minulého století. Používají se lokální anestetika amidového typu, jelikož jejich účinek je delší a jsou méně toxická. Provádí se proniknutím speciální Touyho jehlou - postupně kůží, podkožím, skrze ligamentum supraspinosum, ligamentum infraspinosum, ligamentum flavum a epidurální prostor, kde se umístí katetr. Je to přechodné přerušení nervových vzruchů podáním anestetik do prostoru v oblasti lumbální páteře. Provádí se na levém boku. Pro aplikaci epidurální analgezie musí být splněny podmínky a požadavky. Indikace jsou jednak ze strany matky a i ze strany plodu.

Subarachnoideální analgezie

Subarachnoideální analgezie je obdobná metoda jako epidurální analgezie, ale provádí se punkce do subarachnoideálního prostoru. Punkce se provádí stejně jako epidurální analgezie v poloze na levém boku nejčastěji v prostoru páteřních obratlů L2-L3 a provádí se co nejtenčí jehlou, aby unik mozkomíšního moku byl co nejmenší. Podávají se vždy opiáty (např. morfin, sufentanyl, fentanyl). Výhodou je 100% účinnost oproti epidurální analgezie s okamžitým nástupem účinku a menším rizikem pro CNS (centrální nervová soustava) a myokard.

Kombinovaná subarachnoideální a epidurální analgezie

Kombinace obou předchozích postupů (PAŘÍZEK, 2008).

5 POPIS ŘEŠENÍ PRŮZKUMU

Tématem naší bakalářské práce je strach jako jeden z faktorů ovlivňující postoj těhotných žen k porodu – průzkum. Postoj těhotných žen k porodu je velmi individuální. Těhotná se těší na příchod dítěte, ze samotného porodu může mít však obavy a strach. Faktorů, které ovlivňují postoj k porodu je mnoho – věk těhotné, onemocnění těhotné, zkušenosti, ekonomická a sociální situace a především strach.

Cílem průzkumu je zjistit hlavní faktory strachu z porodu, které mohou ovlivnit porod a jeho průběh, případně které také mohou ovlivnit strach či obavy z následujícího těhotenství. To, že se ženy nejvíce bojí o zdraví a život svého dítěte, jsme předpokládali, hledali jsme však i další jiné faktory strachu z porodu, kterým bychom mohli předejít, anebo je řešit.

PRŮZKUMNÝ PROBLÉM

Jsou respondentky dostatečně spokojeny s předešlými porody? Jsou dostatečně informovány o průběhu porodu, a které další faktory ovlivňují porod? Spousta prvorodiček může být velmi ovlivněna informacemi jak z veřejných zdrojů, tak od kamarádek či od matek, které sdělují těhotné své hrozné zážitky ze svého porodu. Naopak vícerodičky mohou být ovlivněny předešlým porodem, který například neměl hladký průběh. Domníváme si, že téma strach z porodu a jeho řešení by si zasloužilo odbornou i laickou pozornost. Zabránění strachu z porodu může vést ke snížení císařských řezů na žádost rodičky, které dle znění Světové zdravotnické organizace nezvyšuje větší bezpečnost dítěte a matky při porodu.

PRŮZKUMNÉ CÍLE, PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavním cílem průzkumných otázek pomocí dotazníkového šetření je zjistit hlavní faktory ovlivňující strach z porodu ve spojení se zkušenostmi, věkem ale i informovaností o průběhu těhotenství a porodu.

Cíl 1: Zjistit hlavní faktory, které ovlivňují strach z porodu?

Průzkumná otázka 1a: Z čeho mají respondentky nejvíce obavy?

Průzkumná otázka 1b: Kterých lékařských zásahů se respondentky nejvíce obávají?

Cíl 2: Jak ovlivňuje strach z porodu věk, vzdělání, či předešlé porody?

Průzkumná otázka 2a: Do které věkové kategorie respondentky patří?

Průzkumná otázka 2b: Po kolikáté jsou respondentky těhotné?

Průzkumná otázka 2c: Po kolikáté budou respondentky rodit?

Průzkumná otázka 2d: Jak respondentky hodnotí předešlý porod?

Průzkumná otázka 2e: Jak proběhl předešlý porod dle respondentek?

Průzkumná otázka 2f: Jaké je dosažené vzdělání respondentek?

Cíl 3: Jak ovlivňuje strach z porodu přítomnost osoby blízké u porodu, absolvování předporodních kurzů, nebo zda vědí co je to porodní plán?

Průzkumná otázka 3a: Bude osoba blízká u porodu?

Průzkumná otázka 3b: Navštěvují respondentky předporodní kurzy?

Průzkumná otázka 3c: Vědí respondentky, co je to porodní plán?

METODIKA PRŮZKUMU

Ke zkoumání daného problému jsme zvolili kvantitativní přístup a data jsme získali metodou dotazníku. Dotazník tvoří celkem 11 položek, které jsou složené z uzavřených a polouzavřených otázek. Dotazník obsahuje otázky, které zjišťují hlavní faktory ovlivňující strach z porodu. Z těchto 11 otázek jsme si stanovili 3 cíle. **Na stanovený cíl 1** odpovídají položky 9 a 10, položky číslo 1, 2, 3, 4, 5 a 7 se vztahují na **stanovený cíl 2** a položky číslo 6, 8, 11 odpovídají na **stanovený cíl 3**.

. K vyhodnocení získaných dat jsme použili deskriptivní popis, tzn. relativní a absolutní četnosti, dále jsme výsledky uvedli v 11 tabulkách a grafech. Celkem bylo rozdáno 70 dotazníků v prenatální ambulanci ve VFN 1. LF UK a u soukromého lékaře MUDr. Jindřicha Čiháka v jeho ambulanci.

ČASOVÝ HARMONOGRAM

V září 2014 jsme kompletovali literární zdroje, které jsou potřebné k vypracování teoretické části bakalářské práce. V listopadu 2014 jsme si stanovili cíle práce, vypracovali průzkumné otázky a vytvořili dotazník, který zjišťoval hlavní faktory ovlivňující strach z porodu.

Vlastní sběr dat probíhal v soukromé praxi MUDr. Jindřicha Čiháka a ve VFN 1. LF UK v období od 1. ledna 2015 do 25. ledna 2015. Zpracování získaných dat proběhl v únoru 2015.

PRŮZKUMNÝ SOUBOR

Průzkumný soubor tvoří těhotné ženy ve věkovém rozmezí od 18 do 45 let. Těhotné jsme oslovili osobně, pomocí přátel a sester v ambulancích pro těhotné. Tuto věkovou kategorii jsme volili podle nejčastějšího věkového rozmezí těhotenství a porodu. Nejčastější věkové rozmezí zkoumaného souboru bylo 26–35 let. Zajímavé by bylo jistě srovnání s populací jiných národností a jiných kultur. Toto srovnání by však výrazně přesáhlo rámec naší bakalářské práce.

5.1 ANALÝZA VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

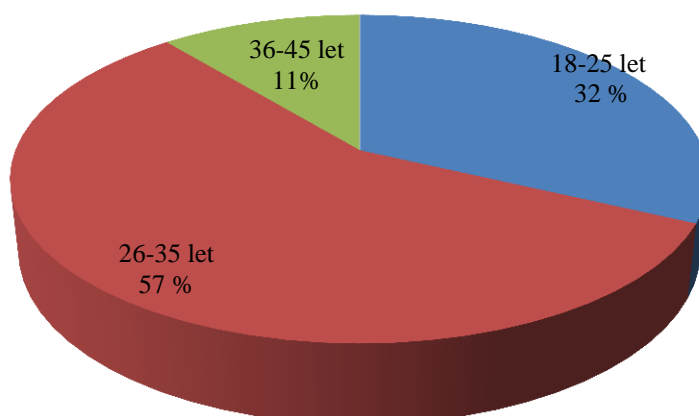
V této kapitole jsou výsledky průzkumu uvedeny v tabulkách s absolutní četností a relativní četností v procentech. Pro lepší přehlednost výsledků jsou uvedená data převedena do grafů.

Položka č. 1 - Do které věkové kategorie patříte?

Tabulka č. 2 - Věkové rozdělení respondentek

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A) 18-25 let	18	32 %
B) 26-35 let	32	57 %
C) 36-45 let	6	11 %
Celkem	56	100%

Graf 1 Věkové rozdělení respondentek



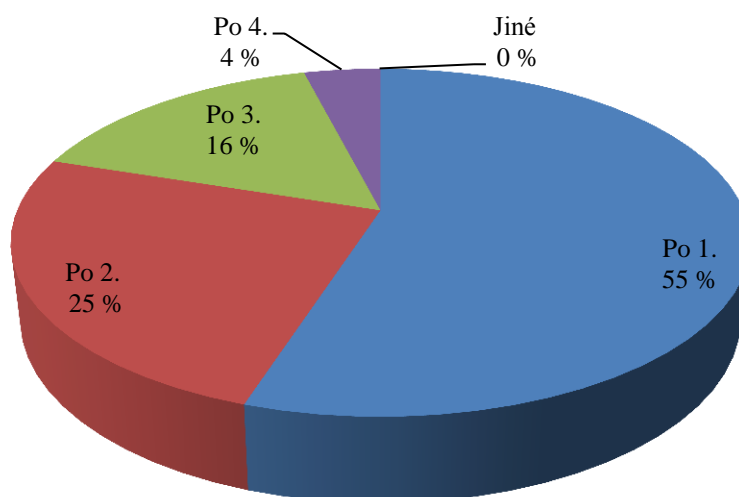
Na otázku číslo 1 „Do které věkové kategorie patříte?“ odpovědělo celkem 56 (100 %) respondentek, z toho 18 (32 %) jich odpovědělo 18–25 let, 32 dotazovaných (57 %) odpovědělo 26–35 let a 6 (11 %) respondentek odpovědělo 36–45 let.

Položka č. 2 - Po kolikáté jste těhotná?

Tabulka č. 3 - Rozdělení respondentek dle počtu těhotenství

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A) Po 1.	31	55 %
B) Po 2.	14	25 %
C) Po 3.	9	16 %
D) Po 4.	2	4 %
E) Jiné (prosím doplňte)	0	0 %
Celkem	56	100%

Graf 2 Rozdělení respondentek dle počtu těhotenství



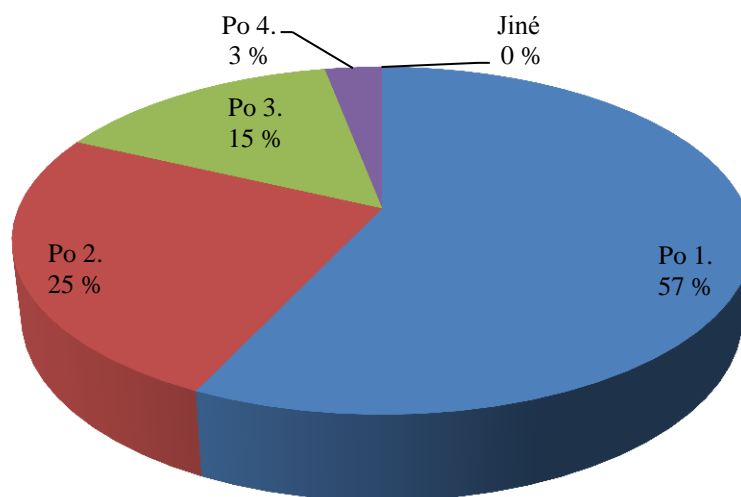
Na otázku číslo 2 „Po kolikáté jste těhotná?“ odpovědělo celkem 56 (100 %) respondentek, z toho jich 31 (55 %) odpovědělo poprvé, 14 (25 %) respondentek podruhé, 9 (16 %) respondentek potřetí a 2 (4 %) respondentky uvedly počtvrté.

Položka č. 3 - Po kolikáté budete rodit?

Tabulka č. 4 - Rozdělení respondentek dle počtu porodů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A) Po 1.	35	57 %
B) Po 2.	15	25 %
C) Po 3.	4	15 %
D) Po 4.	2	3 %
E) Jiné (prosím doplňte)	0	0 %
Celkem	56	100%

Graf 3 Rozdělení respondentek dle počtu porodů



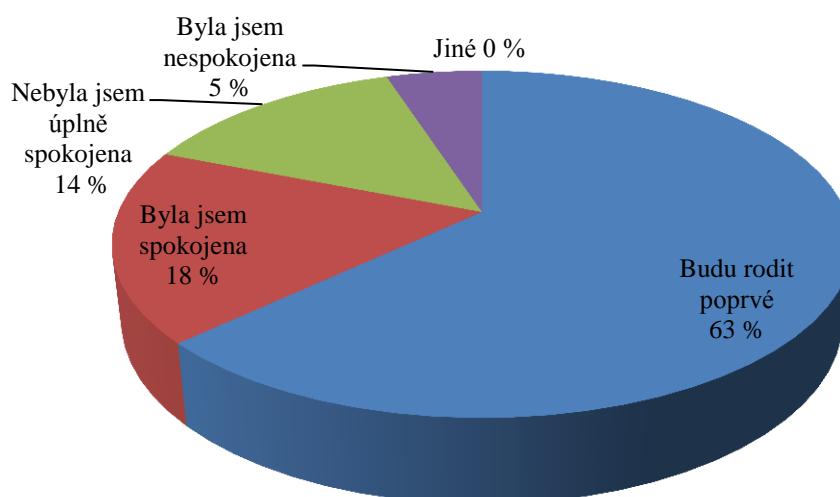
Na otázku číslo 3 „ Po kolikáté budete rodit?“ odpovědělo celkem 56 (100 %) respondentek, z toho jich 35 (57 %) odpovědělo poprvé, 15 (25 %) respondentek podruhé, 4 (15 %) respondentky potřetí a 2 (3 %) respondentky uvedly počtvrté.

Položka č. 4 - Jak hodnotíte předešlé porody?

Tabulka č. 5 - Hodnocení předešlých porodů z pohledu respondentek

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A) Budu rodit poprvé.	35	63 %
B) Byla jsem spokojena.	10	18 %
C) Nebyla jsem úplně spokojena.	8	14 %
D) Byla jsem nespokojena.	3	5 %
E) Jiné (prosím doplňte)	0	0 %
Celkem	56	100 %

Graf 4 Hodnocení předešlých porodů z pohledu respondentek



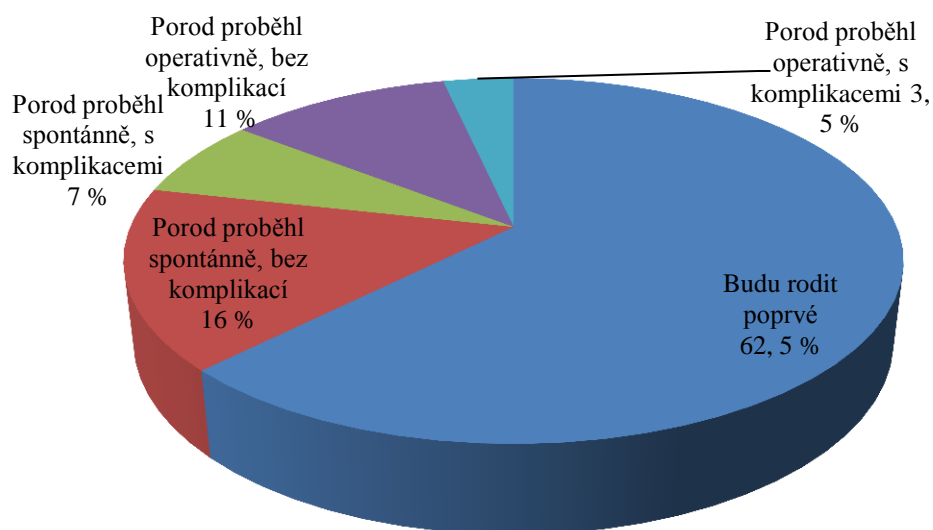
Na otázku číslo 4 „Jak hodnotíte předešlé porody?“ odpovědělo celkem 56 (100 %) respondentek, z toho jich 35 (63 %) odpovědělo „Budu rodit poprvé“, 10 (18 %) respondentek označilo odpověď „Byla jsem spokojena“, 8 (14 %) respondentek odpovědělo „Nebyla jsem úplně spokojena“ a 3 (5 %) respondentky uvedly „Byla jsem nespokojena“.

Položka č. 5 - Jak proběhl předešlý porod?

Tabulka č. 6 - Rozdělení průběhu předešlých porodů dle respondentek

Odpověď	Relativní četnost	Relativní četnost (%)
A) Budu rodit poprvé.	35	62,5 %
B) Porod proběhl spontánně, bez komplikací.	9	16 %
C) Porod proběhl spontánně, s komplikacemi.	4	7 %
D) Porod proběhl operativně, bez komplikací.	6	11 %
E) Porod proběhl operativně, s komplikacemi.	2	3,5 %
Celkem	56	100 %

Graf 5 Rozdělení průběhu předešlých porodů dle respondentek



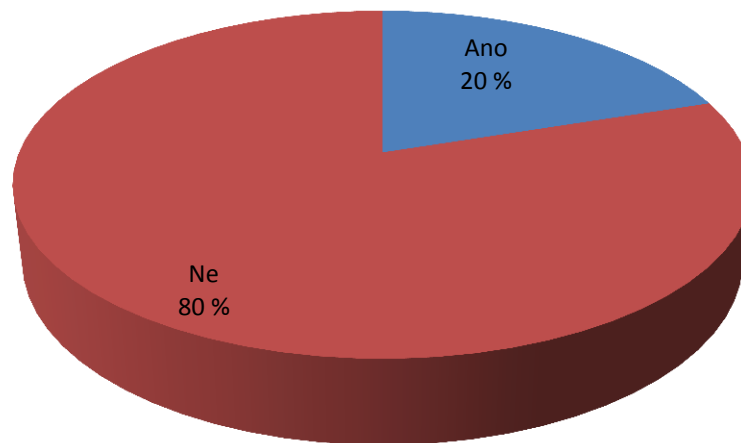
Na otázku číslo 5 „Jak proběhl předešlý porod?“ odpovědělo celkem 56 (100 %) respondentek, z toho jich 35 (62, 5 %) odpovědělo „Budu rodit poprvé“, 9 (16 %) dotazovaných označilo odpověď „Porod proběhl spontánně, bez komplikací“, 4 (7 %) respondentky uvedly „Porod proběhl sponánně, s komplikacemi“, 6 (11 %) respondentek uvedlo „Porod proběhl operativně, bez komplikací“ a 2 (3, 5 %) respondentky označili variantu „Porod proběhl operativně, s komplikacemi“.

Položka č. 6 - Navštěvujete předporodní kurzy?

Tabulka č. 7 - Výsledky toho, jaké je procento respondentek, které navštěvují předporodní kurzy

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A) Ano	11	20 %
B) Ne	45	80 %
Celkem	56	100 %

Graf 6 Výsledky toho, jaké je procento respondentek, které navštěvují předporodní kurzy



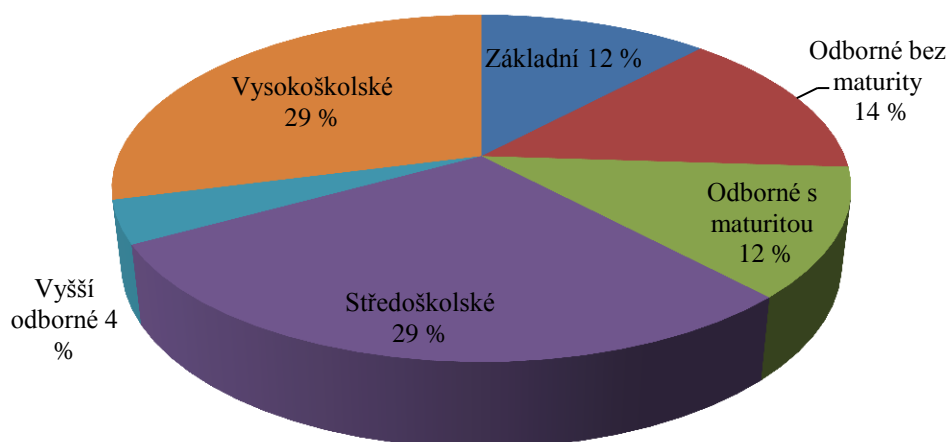
Na otázku číslo 6 „Navštěvujete předporodní kurzy?“ odpovědělo celkem 56 (100 %) respondentek, z toho jich 11 dotazovaných (20 %) odpovědělo „Ano“ a 45 (80 %) respondentek uvedlo „Ne“.

Položka č. 7 - Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

Tabulka č. 8 - Rozdělení respondentek dle dosaženého vzdělání

Odpo věď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A) Základní	7	12 %
B) Odborné bez maturity	8	14 %
C) Odborné s maturitou	7	12 %
D) Středoškolské	16	29 %
E) Vyšší odborné	2	4 %
F) Vysokoškolské	16	29 %
Celkem	56	100 %

Graf 7 Rozdělení respondentek dle dosaženého vzdělání



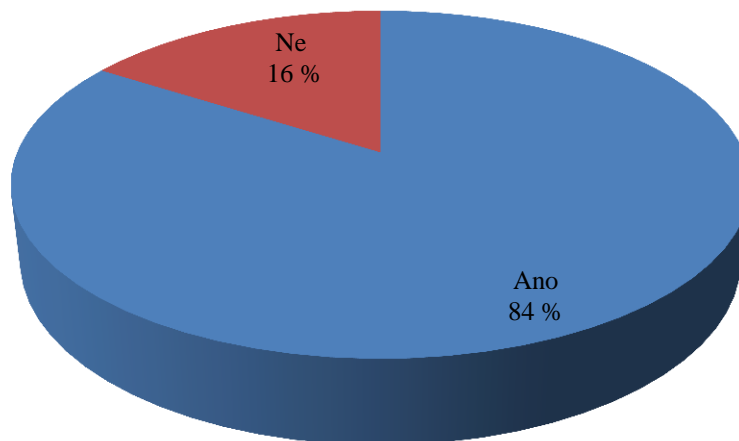
Na otázku číslo 7 „Jaké je Vaše dosažené vzdělání“ odpovědělo celkem 56 (100 %) respondentek, z toho 7 (12 %) respondentek odpovědělo „Základní“, 8 (14 %) respondentek označilo „Odborné bez maturity“, 7 (12 %) respondentek uvedlo „Odborné s maturitou“, 16 (29 %) respondentek odpovědělo „Středoškolské“, 2 (4 %) respondentky označily odpověď „Vyšší odborné“ a 16 (29 %) respondentek uvedlo „Vysokoškolské“.

Položka č. 8 - Bude osoba blízká u porodu?

Tabulka č. 9 - Výsledky odpovědí respondentek, zda bude osoba blízká u porodu

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A) Ano	47	84 %
B) Ne	9	16 %
Celkem	56	100 %

Graf 8 Výsledky odpovědí respondentek, zda bude osoba blízká u porodu



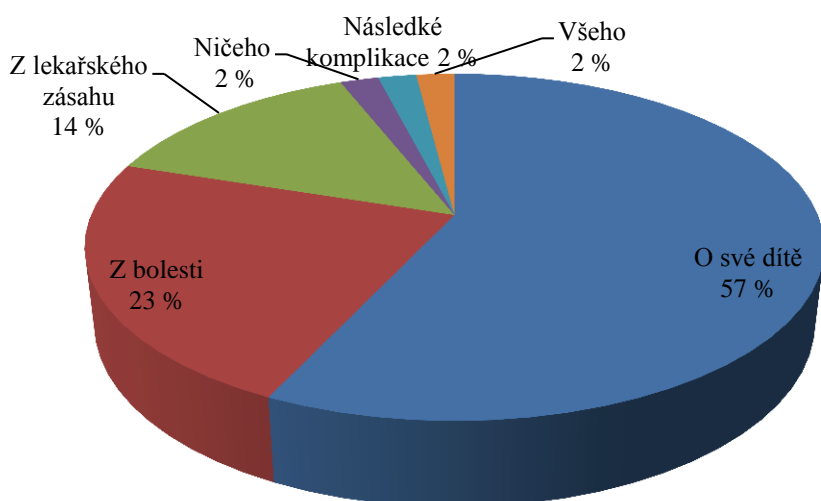
Na otázku číslo 8 „Bude osoba blízká u porodu?“ odpovědělo celkem 56 (100 %) respondentek, z toho jich 47 (84 %) uvedlo odpověď „Ano“ a 9 (16 %) respondentek odpovědělo „Ne“.

Položka č. 9 - Z čeho máte největší obavy?

Tabulka č. 10 - Hodnocení odpovědí respondentek na otázku z čeho mají největší obavy

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A) O své dítě	32	57 %
B) Z bolesti	13	23 %
C) Z lékařského zásahu	8	14 %
D) Jiné (prosím doplňte)	1 - Ničeho	2 %
	1 - Následné komplikace	2 %
	1 - Všeho	2 %
Celkem	56	100 %

Graf 9 Hodnocení odpovědí respondentek na otázku z čeho mají největší obavy



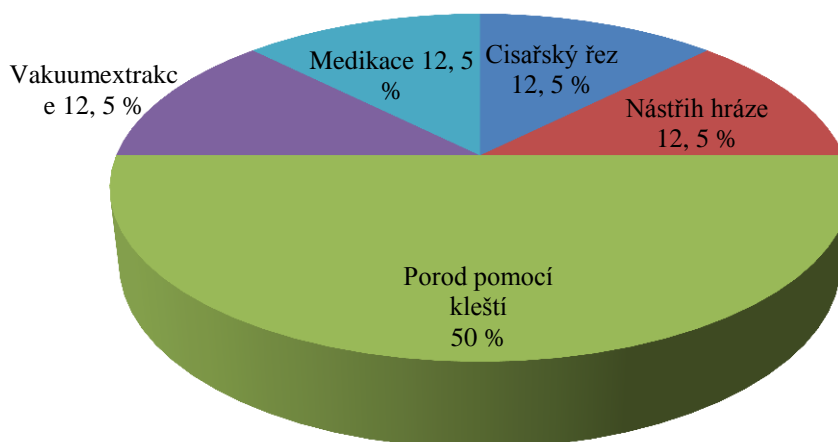
Na otázku číslo 9 „Z čeho máte největší obavy?“ odpovědělo celkem 56 (100 %) respondentek, z toho jich 32 (57 %) odpovědělo „O své dítě“, 13 (23 %) respondentek označilo „Z bolesti“, 8 (14 %) respondentek uvedlo „Z lékařského zásahu“, 1 (2 %) respondentka odpověděla „Ničeho“, 1 (2 %) dotazovaná „Následné komplikace“ a 1 žena (2 %) napsala „Všeho“.

Položka č. 10 - Kterého lékařského zásahu se obáváte nejvíce?

Tabulka č. 11 - Výsledky odpovědí respondentek, z kterého lékařského zásahu se obávají nejvíce

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A) Císařský řez (porodnická operace, během níž je novorozenec vybaven z děložní dutiny cestou chirurgicky otevření břišní stěny)	1	12,5 %
B) Vakuumextrakce (je porožením plodu tahem za pelotu, která je přisátá k hlavičce plodu uměle vytvořeným podtlakem)	1	12,5 %
C) Porod pomocí kleští (operační porodnický postup s použitím porodnických kleští)	4	50 %
D) Nástřih hráze	1	12,5 %
E) Jiné (prosím doplňte)	1 - Medikace	12,5 %
Celkem	8	100 %

Graf 10 Výsledky odpovědí respondentek, z kterého lékařského zásahu se obávají nejvíce



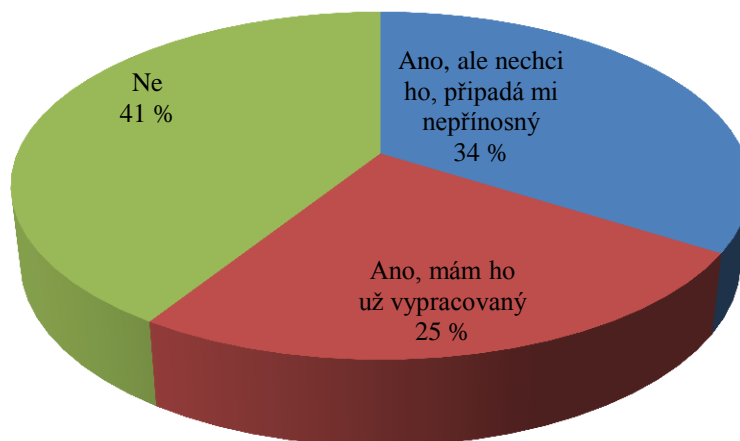
Na otázku číslo 10 „Kterého lékařského zásahu se obáváte nejvíce?“ odpovědělo celkem 8 (100 %) respondentek, z toho 1 (12,5 %) respondentka odpověděla „Císařský řez (porodnická operace, během které je novorozenec vybaven z děložní dutiny cestou chirurgicky otevřené břišní stěny)“, 1 (12,5 %) respondentka odpověděla „Vakuumextrakce (je porozením plodu tahem za pelotu, která je přisátá k hlavičce plodu uměle vytvořeným pod tlakem)“, 4 (50 %) respondentky uvedly odpověď „Porod pomocí kleští (operační porodnický postup s použitím porodnických kleští)“, 1 (12,5 %) respondentka odpověděla „Nástřih hráze“ a 1 (12,5 %) respondentka napsalo možnost „Medikace“.

Položka č. 11 - Víte, co je to porodní plán?

Tabulka č. 12 - Výsledky odpovědí respondentek, zda vědí co je to předporodní plán

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
A) Ano, ale nechci ho, připadá mi nepřínosný.	19	34 %
B) Ano, mám ho už vypracovaný.	14	25 %
C) Ne.	23	41 %
Celkem	56	100 %

Graf 11 Výsledky odpovědí respondentek, zda vědí co je to předporodní plán



Na otázku číslo 11. „Víte, co je to porodní plán?“ odpovědělo celkem 56 (100 %) respondentek, z tohoto počtu 19 (34 %) uvedlo odpověď „Ano, ale nechci ho, připadá mi nepřínosný“, 14 (25 %) respondentek odpovědělo „Ano, mám ho už vypracovaný“ a 23 (41 %) respondentek označilo „Ne“.

6 INTERPRETACE VLASTNÍHO PRŮZKUMU

Hlavním cílem průzkumného šetření je odhalit hlavní faktory strachu z porodu.

Průzkumného šetření se účastnilo celkem 56 (100 %) respondentek z prenatalních poraden v Gynekologicko-porodnické klinice VFN a 1. LF UK a na pracovišti GYNEPRO s. r. o. MUDr. Jindřich Čihák. Věkové rozmezí respondentek se pohybovalo ve věku od 18 do 45 let. Nejvíce respondentek bylo ve věkovém rozmezí 26-35 let, a to 32 žen (57 %), ve věkovém rozmezí 18-25 let se nacházelo 18 respondentek (32 %) a nejnižší počet respondentek se objevil ve věkovém rozmezí 36-45 let, jednalo se o 6 žen (11 %).

6.1 CÍL 1

Zjistit hlavní faktory strachu z porodu.

Průzkumná otázka č. 9 „Z čeho máte největší obavy?“ a průzkumná otázka číslo 10, jež na předchozí otázku navazovala, „Kterého lékařského zásahu se obáváte nejvíce?“, zjišťovaly hlavní faktory strachu.

Celkové shrnutí výsledků

Z těchto průzkumných otázek jsme zjistili, že téměř všechny respondentky pocítují z něčeho strach či obavu. Po shrnutí těchto dvou otázek zjišťujeme, že největší obavy mají respondentky o své dítě, na druhém místě jsou obavy z bolesti a jako poslední stojí strach z lékařského zásahu. Některé respondentky uvedly, že mají také například obavy ze všeho, neboli z neznámého a jedna uvedla, že nemá obavy či strach z ničeho. Při odpovědi na otázku č. 9, „Z lékařských zásahů“ jsme respondentku odkázali na následující otázku číslo 10, která se zaměřuje na konkrétní příčinu strachu.

Na tuto otázku nejvíce respondentek odpovědělo, že mají největší obavy z porodu pomocí porodnických kleští, dále pak respondentky odpovídaly stejnými díly na odpovědi císařský řez, vakuumextrakce, nástřih hráze a pro volnou odpověď uvedla jedna respondentka obavu z medikace.

6.2 CÍL 2

V druhém stanoveném cíli zjišťujeme, jak strach z porodu ovlivňuje věk, vzdělání, či předešlé zkušenosti. Průzkumná otázka č. 1 „Do které věkové kategorie patříte?“, dále průzkumná otázka č. 7 „Jaké je Vaše dosažené vzdělání?“, otázky č. 2 „Po kolikáté jste těhotná?“ a 3 „Po kolikáté budete rodit?“ navazovali na průzkumné otázky č. 4. a 5., které zjišťovaly hodnocení a průběh předešlého porodu.

Celkové shrnutí výsledků

Z průzkumné otázky číslo 1 zjišťujeme, že největší počet respondentek patří do věkového rozmezí 26 až 35 let, přičemž většina z nich bude rodit poprvé. Otázku 4 „Jak hodnotíte předešlý porod?“ a otázku číslo 5 „Jak proběhl předešlý porod?“ jsme položili těm respondentkám, které se chystají na druhý, případně další porod. Nejvíce 10 (18 %) respondentek uvedlo, že bylo spokojeno, 8 žen (14 %) odpovědělo, že nebylo úplně spokojeno a jen 3 (5 %) respondentky byly nespokojeny. Tuto otázku hodnotíme vzhledem ke spokojenosti respondentek celkem pozitivně. Otázka číslo 2 „Po kolikáté jste těhotná?“ a otázka číslo 3 „Po kolikáté budete rodit?“ navazovali na otázky číslo 4 a 5. Na otázku č. 5 „Jak proběhl předešlý porod?“ uvedlo až 35 (63, 5 %) respondentek odpověď „Budu rodit poprvé“. Druhou nejčastější volenou odpovědí bylo „Porod proběhl spontánně, bez komplikací“ na kterou odpovědělo 9 (16 %) těhotných žen. Tuto otázku hodnotíme pozitivně vzhledem k často nekomplikovaným porodům, kde respondentky kladně hodnotí to, že byly zároveň spokojeny a jen 3 (5 %) ženy byly nespokojeny.

A na otázku č. 7 „Jaké je Vaše dosažené vzdělání?“, odpovědělo nejvíce respondentek, že mají nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské a vysokoškolské, jako další nejčastější odpovědí bylo odborné bez maturity a pak následovalo základní vzdělání a odborné s maturitou. Z podrobného šetření vyplývá, že většina těhotných žen v souvislosti s vysokoškolským vzděláním zároveň absolvují předporodní kurzy, které napomáhají k redukci strachu z porodu.

6.3 CÍL 3

Ve třetím stanoveném cíli zjišťujeme, jak strach z porodu ovlivňuje podpora ze strany blízké osoby či absolvování předporodních kurzů, nebo zda těhotné vědí co je to porodní plán. Průzkumná otázka číslo 8 „Bude osoba blízká u porodu?“, průzkumná otázka číslo 6 „Navštěvujete předporodní kurzy?“ a otázka číslo 11 „Víte, co je to porodní plán“ jsou průzkumné otázky, které zjišťují výše uvedený cíl.

Celkové shrnutí výsledků

Na otázku číslo 8 „Bude osoba blízká u porodu?“ odpovědělo 47 (84 %) dotazovaných žen „Ano.“ a jen 9 (16 %) respondentek odpovědělo „Ne“. Tuto odpověď interpretujeme tak, že těhotné ženy vnímají pozitivně přítomnost osoby blízké u porodu. Na otázku číslo 6 „Navštěvujete předporodní kurzy?“ odpovědělo 45 (80 %) těhotných „Ne.“ a 11 (20 %) respondentek uvedlo „Ano“. Návštěvy předporodních kurzů jsou velmi přínosnou metodou k redukci strachu z porodu. Rodičky zde získávají potřebné informace, které mohou napomoci k větší jistotě. Na průzkumnou otázku číslo 6 lze navázat otázkou číslo 11 „Víte, co je to porodní plán?“, na kterou 23 (41 %) žen odpovědělo „Ne.“, 19 (34 %) dotazovaných odpovědělo „Ano, ale nechci ho, připadá mi nepřínosný.“ a 14 (25 %) těhotných odpovědělo „Ano, mám ho už vypracovaný.“ O tom co je to porodní plán a o jeho výhodách se dozvídají těhotné ženy především na předporodních kurzech. Porodní plán obecně volí především ty ženy, které preferují alternativní přístup k porodu. Většina žen nevyužívá nebo vůbec neví co je porodní plán. Přičemž by mohl právě tento porodní plán pomoci redukovat strach z porodu, neboť si v něm těhotná plánuje ve spolupráci s porodní asistentkou průběh svého porodu.

7 DISKUZE

Faktorů, které ovlivňují postoj těhotných žen k porodu, je mnoho. V naší bakalářské práci jsme se zaměřili na konkrétní faktor ovlivňující porod a to strach. Strach z porodu může vyvolat spoustu komplikací při porodu, ale i obavy v dalším těhotenství. V praxi jsme se osobně setkali s ženami, které volily porod císařským řezem z důvodu strachu z přirozeného porodu. Proto se nám toto téma zdá velmi důležité. Není žádoucí jejich strach a obavy zanedbávat, ale naopak je třeba přispět k tomu, aby na porod vzpomínaly jako na krásný zážitek a neměly strach z dalšího těhotenství a porodu.

Naši bakalářskou práci jsme porovnali s prací Černochové (2007), jejímž hlavním cílem bylo zmapovat různorodé obsahy strachů těhotných žen v souvislosti s porodem. Na rozdíl od naší práce autorka tento strach rozšířila i na problematiku mateřství, partnerství a rodinného života. Z výsledku jejího zkoumání nezjišťujeme hlavní příčiny obav z porodu, ale jsou zde pouze okrajově zmíněny pravděpodobné vztahy mezi konkrétními strachy a jejich příčinami z pohledu žen. Mezi hlavní příčiny zařadila strach o dítě a o sebe, strach z komplikací, strach z bolestivého porodu, strach z primární péče o novorozence a strach z proměny milostné stránky s partnerem, které následně jednotlivě rozebrala. V naší bakalářské práci zjišťujeme jako hlavní faktory strachu strach o dítě a strach z bolesti.

Studie (HODNETT et. al., 2013) byla zaměřena na oblast skandinávských zemí, kde autorka podrobně zjišťovala faktory ovlivňující porod. Ve Spojeném království, Finsku a Švédsku byl zjištěn strach z porodu nebo žádost matky jako důvod pro 7–22 % porodů císařským řezem. Studie na více než 8000 těhotných žen zkoumala a rozebírala odpovědi týkající se množství a kvality strachu z porodu na ženách různé parity, tyto ženy porodily v nemocničním prostředí, které poskytovalo moderní porodnictví s kombinovanými alternativními porody. Až 50 % těhotných žen uvedlo strach o zdraví dítěte a 40 % uvedlo strach z bolesti, 12 % odpovědělo strach týkající se lékařských zásahů.

Výsledky této studie se shodují s naším průzkumem, kde strach o zdraví dítěte byl na prvním místě (57 %), na druhém místě byl strach z bolesti (23 %) a strach z lékařského zásahu na třetím místě (12 %).

7.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

To, že má většina těhotných žen strach z porodu je zcela přirozená věc. Rozhodli jsme se v této práci zjistit hlavní příčinu obav a to, čeho se těhotné obávají nejvíce. Z průzkumného šetření jsme zjistili, že jak prvorodičky, tak vícero-dičky mají největší obavy o dítě a na druhém místě z bolesti.

Doporučení pro porodní asistentky:

- Plně podporovat těhotnou po celou dobu těhotenství.
- Vyslechnout její trápení a stesky.
- Vysvětlit a doplnit potřebné informace, které mohou pozitivně ovlivnit obavy z porodu.
- Seznámit těhotnou s metodami tlumení bolesti při porodu.
- Doporučit, jak se psychicky i fyzicky připravit na porod.
- Být po celou dobu empatická, milá a ochotná těhotné nápomoci.

Doporučení pro těhotné v průběhu těhotenství:

- Navštěvovat předporodní kurzy, kde se těhotná seznamuje s tím, jak se fyzicky a psychicky připravit k porodu a na období po něm. Zjišťuje, co obnáší první, druhá a třetí doba porodní. A osvojuje si metody, které tlumí bolest.
- Vytvořit s porodní asistentkou či doulou porodní plán.
- Zvážit, zda by chtěla mít těhotná na blízku dudu, která je specializovaně školena. Umí být nápomocna a dovede poradit v situacích, kdy si těhotná není jistá.
- V průběhu těhotenství by měla těhotná nejen dostatečně relaxovat a odpočívat, ale mít i dostatečný pohyb (plavání, procházky, těhotenská cvičení).
- Ke konci těhotenství se může těhotná aktivně připravovat na porod (masáž hráze, dechová cvičení, nácvik s Anibell pro posílení pánevního dna).

- Snažit se na porod myslet pozitivně, v případě úzkostných obav kontaktovat porodní asistentku či vyhledat pomoc.

Doporučení pro těhotné při porodu:

- Vybrat si pro porod prostředí, které bude těhotným ženám vyhovovat.
- Najít polohu, v které je rodičce nejvíce pohodlně.
- Nebát se zeptat na cokoliv, co je ženám nejasné.
- Využít nefarmakologické i farmakologické metody pro tlumení bolesti.
- Snažit se zůstat v klidu a spolupracovat se svým tělem.
- Požádat partnera, porodní asistentku či maminku o podporu a přítomnost u porodu.
- Zjistit sama, co jí, jako rodičce nejvíce vyhovuje.

ZÁVĚR

Téma bakalářská práce zjišťuje hlavní faktory příčin strachu z porodu. Zjišťujeme, čeho se těhotné nejvíce obávají, jak tomu lze předcházet a čím můžeme tyto obavy řešit. Jednou z nejdůležitějších potřeb rodičky pro přirozený porod je cítit se bezpečně, být informovaná a udržovat empatickou komunikaci s porodní asistentkou a personálem. Toto téma bakalářské práce jsme zvolili s ohledem na následující praxi v oboru za účelem objasnění hlavních faktorů strachu a snahou řešit konkrétní faktory a napomoci tak k příjemnému porodu bez zbytečných obav.

Hlavní cíl průzkumu se podařilo zjistit. V průzkumném šetření jsme zjistili, čeho se ženy obávají nejvíce, zda obavy pocházejí ze špatných zkušeností předešlých porodů a jak moc se informují o průběhu porodu a vše kolem něj. Vyplývá, že nejvíce se bojí o své dítě a následně z bolesti. Dále jsme zjistili, že respondentky nejsou dostatečně informovány, neví co je to porodní plán, a až 80 % respondentek nenavštěvuje předporodní kurzy.

Přístup k této práci máme velmi zodpovědný především pro empatický přístup k rodičkám a snahou jim co nejvíce pomoci od bolesti a obav z porodu. Výsledky praktické části jsme očekávali takové, jaké vyšly, hledali jsme však i jiné faktory ovlivňující porod. Doufáme, že se z těchto výsledků inspirujeme jak jednat s jednotlivými rodičkami a jak jim pomoci od strachu. Doporučujeme navázat na tuto práci a porovnat přípravu a průběh porodu i v jiných kulturách.

Stanovené cíle bakalářské práce byly splněny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ČERMÁKOVÁ, B., 2008. *K porodu bez obav*. Brno: ERA, ISBN 978-80-7366-114-4.
- ČERMÁKOVÁ, B., 2010. *K porodu bez obav*. 2. aktualiz. vyd. Vážany nad Litavou: JoshuaCreative, ISBN 978-80-904414-3-9.
- ČERNOCHOVÁ, L., 2007. *Strach z porodu obsahy, příčiny a strategie zvládnání*. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Bakalářská práce.
- GUZIKOWSKI, W., K. POWOLNY, a H. MOTAK-POCHRZEST, 2007. Evaluation of psychophysical mood after family and traditional delivery. *Česká gynekologie*, Roč. 72, č. 2, s. 98-103. ISSN 1210-7832.
- HÁJEK, Z., E. ČECH, a K. MARŠÁL, a kolektiv, 2014. *Porodnictví 3., zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-4529-9.
- HODNETT, D. E. et al., 2013. *Continuous support for women during childbirth*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 7. Art. No.: CD003766.DOI:10.1002/14651858. ISSN 1469-43X.
- HOLANCOVÁ, M., 2005. Předporodní příprava. Časopis *Porodní asistence* č. 1. ISSN 1804-2740.
- CHMEL, R., 2004. *Průvodce těhotenstvím: jak se připravit na otěhotnění, jednotlivé měsíce těhotenství, porod, šestinedělí*. Praha: Grada, ISBN 80-247-0962-7.
- JUŘÍKOVÁ, L., 2007. *Sestra – článek: Psychologické prožívání porodu*. roč. 17/č. 12. ISSN 1210-0404.

KLAUS, H., M, H., J. A. KENNEL a H. P. KLAUS., 2004. *Porod s doulou*. Praha: One woman press, ISBN 80-86356-34-5.

KOUTNÁ, Z., Z., GARNEKOVÁ., 2014. Porodní asistentka a porodní bolest. *Sestra*, roč. 24, č. 4, s. 41-42. ISSN 1210-0404.

MROWETZ, M., 2010. Porodní bolest - porodní radost. *Zdravotnické noviny*, roč. 59, č. 16, s. 18. ISSN 1805-2355.

NEUHAUS, W., 2000. *Psychosomatik in Gynäkologie und Geburtshilfe*. Stuttgart: Enke im Thieme – Verl. ISBN 3-13-118021-8.

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

PAŘÍZEK, A., 2012. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. Galén. ISBN 9788072628933.

PAŘÍZEK, A., 2014. *Kniha o těhotenství a dítěti*. Galén. ISBN 978-80-7262-594-9.

RATISLAVOVÁ, K., 2008. *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area s. r. o., ISBN 978-80-254-2186-4.

RIEDLOVÁ, O., 2007. Porod a bolest. *Diagnóza v ošetrovatelství*, Roč. 3, č. 1, s. 13-15. ISSN 1801-1349.

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

SMILEK, M., 2011. *Porodní analgezie*. Praha: Národní lékařská knihovna. ISBN neuvedeno.

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

ŠINDELÁŘOVÁ, A., 2005. Předporodní příprava. In: *Moderní babičtví*. Praha: Levret, č. 7, s. 20-23. ISSN 1214-5572.

TOLIMATOVÁ, J., I. ŠTĚTOVSKÁ, 2005. Průvodkyně počátky mateřství. *Psychologie Dnes*, 11, 6, 22-24.

VOKURKA, M. a J. UGO et al., 2009. *Velký lékařský slovník*. 9., aktualiz. vyd. Praha: MAXDORF. ISBN 978-807-3452-025.

ZWINGER, A., 2004. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0822-7.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Dotazník

Příloha B Schválení ke sběru dat k bakalářské práci

Příloha C Rešerše

PŘÍLOHY

Příloha A Dotazník



Milá klientko!

V úvodu bych Vám chtěla nejprve pogratulovat jako nastávající mamince. Jsem studentka Vysoké školy zdravotnické, o. p. s., obor porodní asistentka. Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma: STRACH Z PORODU. Jestliže pociťujete strach či obavy z porodu, které jsou přirozené, vyplňte prosím následující dobrovolný a anonymní dotazník. Dotazník vyplňte zaškrtnutím Vaší odpovědi.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu.

Růžičková Jana

1. Do které věkové kategorie patříte?

A) 18-25

B) 26-35

C) 36-45

2. Po kolikáté jste těhotná?

A) Po 1.

B) Po 2.

C) Po 3.

D) Po 4.

E) Jiné.....(prosím doplňte)

3. *Po kolikáté budete rodit?*
- A) *Po 1.*
 - B) *Po 2.*
 - C) *Po 3.*
 - D) *Po 4.*
 - E) *Více*
4. *Jak hodnotíte předešlé porody?*
- A) *Budu rodit poprvé.*
 - B) *Byla jsem spokojená.*
 - C) *Nebyla jsem úplně spokojená.*
 - D) *Byla jsem nespokojená.*
 - E) *Jiné.....(prosím doplňte)*
5. *Jak proběhl předešlý porod?*
- A) *Budu rodit poprvé.*
 - B) *Porod proběhl spontánně, bez komplikací.*
 - C) *Porod proběhl spontánně, s komplikacemi.*
 - D) *Porod proběhl operativně, bez komplikací.*
 - E) *Porod proběhl operativně, s komplikacemi.*
6. *Navštěvujete předporodní kurzy?*
- A) *Ano*
 - B) *Ne*
7. *Jaké je Vaše dosažené vzdělání?*
- A) *Základní*
 - B) *Odborné bez maturity*
 - C) *Odborné s maturitou*
 - D) *Středoškolské*
 - E) *Vyšší odborné*
 - F) *Vysokoškolské*
8. *Bude osoba blízká u porodu?*
- A) *Ano*
 - B) *Ne*

9. Z čeho máte největší obavy?

- A) O své dítě
- B) Z bolesti
- C) Z lékařského zásahu
- D) Jiné.....(prosím doplňte)

Jestliže jste u předchozí otázky zvolila odpověď C), pokračujte, prosím otázkou č. 10.

Jestliže jste u předchozí otázky zvolila odpověď A)nebo B), anebo D) pokračujte, prosím otázkou č. 11.

10. Kterého lékařského zásahu se obáváte nejvíc?

- A) Císařský řez (porodnická operace, během níž je novorozenec vybaven z děložní dutiny cestou chirurgicky otevřené břišní stěny)
- B) Vakuumextrakce (je porozením plodu tahem za pelotu, která je přisáta k hlavičce plodu uměle vytvořeným podtlakem)
- C) Porod pomocí kleští (operační porodnický postup s použitím porodnických kleští)
- D) Nástřih hráze
- E) Jiné.....(prosím doplňte)

11. Víte, co je to porodní plán?

- A) Ano, ale nechci ho, připadá mi nepřínosný
- B) Ano, mám ho už vypracovaný
- C) Ne

„Přivést na svět dítě znamená vykoupit se v pramenu života.“

Frederick Leboyer

Příloha B Schválení ke sběru dat k bakalářské práci

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	RŮŽIČKOVÁ JANA	
Studijní obor	PORODNÍ ASISTENTKA	Ročník 3
Téma práce	STRACH, JAKO JEDEN Z FAKTORŮ OVINNÝCH POSTATEHOTNÝCH ŽEN K PORODU - PRŮZKUM	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	GYNEPRO S.R.O. MUDr. Jindřich Čihák	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Hana Tošnarová, Ph.D.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

podpis GYNEPRO s.r.o.
 MUDr. Jindřich Čihák
 Gynekologická ordinace
 Frýdecká 439
 podpis Praha 9 - Letňany
 tel.: 266 090 173

v Praze dne

Jana Růžičková
podpis studenta

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	Ružičková, Jana	
Studijní obor	POROBNÍ ASISTENTKA	Ročník 3.
Téma práce	STRACH, JAKO JEDEN Z FAKTORŮ OVLIVNŮJÍCÍ POSTAVI TĚHOTNÝCH ŽEN K PORODU - PŘEVZLET	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	WFN a 1. LE UK Praha	
Jméno vedoucího práce	MgI. Hana Tošnarová, Ph.D.	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zátížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím	

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE
V PRAZE
podpis MĚSTEK PRO NEJLÉKAŘSKÁ
ZDRAVOTNICKÁ POVOLENÍ A KVALITU
PÉČE
KATEGORIE 2

podpis
Mgr. Dita Svobodová, Ph.D.
Dita

v Praze dne 11. 11. 2014

Ružičková
podpis studenta

Příloha C Rešerše

STRACH JAKO JEDEN Z FAKTORŮ OVLIVŇUJÍCÍ POSTOJ TĚHOTNÝCH ŽEN K PORODU - PRŮZKUM

Jazykové vymezení: čeština, němčina

Klíčová slova: bolest - der Schmerz, porod - die Geburt, porodní asistentka - die Hebamme, psychika - die Psyche, strach - die Angst

Časové vymezení: 2004-2014

Druhy dokumentů: knihy, články, elektronické zdroje, vysokoškolské práce

Počet záznamů: 76 (vysokoškolské práce: 5, knihy: 26, články a příspěvky ve sborníku: 45)

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)