

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Subjektivní pohled žen na předporodní přípravu

Klára Kolářová

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Klára Kolářová  
Osobní číslo: Z14049  
Studijní program: B5349 Porodní asistence  
Studijní obor: Porodní asistentka  
Název tématu: Subjektivní pohled žen na předporodní přípravu  
Zadávající katedra: Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1. BAŠKOVÁ, Martina. Metodika psychofyzické přípravy na porod. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 122 s. ISBN 978-80-247-5361-4.
2. PAŘÍZEK, Antonín. Kniha o těhotenství a dítěti. 4. vyd. Praha: Galén, 2009, 776 s. ISBN 978-80-7262-653-3.
3. RATISLAVOVÁ, Kateřina. Aplikovaná psychologie porodnictví. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
4. SKUTILOVÁ, Vladana. Jak na strach a úzkost v těhotenství. 1. vyd. Praha: Grada, 2016, 158 s. ISBN 978-80-247-5469-7.
5. TAKÁCS, Lea, Daniela SOBOTKOVÁ, Lenka ŠULOVÁ a kolektiv. Psychologie v perinatální péči. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.

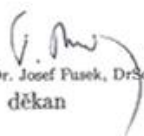
Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Zuzana Škorníčková**


Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2017**

  
prof. MUDr. Josef Fusek, Dr.Sc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. února 2017

## Prohlášení autora

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 24. 4. 2017

Klára Kolářová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Tímto bych ráda poděkovala vážené paní Mgr. Zuzaně Škorníčkové za odborné vedení mé bakalářské práce, podnětné rady, trpělivost a čas, který mi při zpracování této práce věnovala.

Děkuji také zdravotnickým zařízením, které mi umožnily provedení výzkumného šetření, a respondentkám, které byly ochotné se tohoto šetření zúčastnit.

Velké díky patří mé rodině, která mě v průběhu celého studia podporovala.

## **ANOTACE**

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na předporodní přípravu. Pojednává o jejím vývoji v historii, významu, metodice a organizaci. Dále se soustředí na psychologické souvislosti těhotenství a porodu. Zabývá se také psychologickými aspekty porodní bolesti. Výzkumná část bakalářské práce zjišťuje organizaci předporodních kurzů, hodnocení informací, které v nich ženy získaly, jejich využití v průběhu porodu a přínos pro zmírnění strachu. Informace pro výzkum byly získány formou dotazníkového šetření.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Porod, porodní bolest, předporodní příprava, psychika ženy, těhotenství

## **TITLE**

Women's Subjective Perspective of Antenatal Preparation

## **ANNOTATION**

The theoretical part of this bachelor thesis is aimed at an antenatal preparation. This part tells its readers about the development of the antenatal preparation in the past, its purpose, methodology and organization. It is also focused on a psychological connection between pregnancy and childbirth. It also takes into account the psychological aspects of a labour pain.

The practical part of this bachelor thesis is concerned with the organization of the antenatal courses, the evaluation of information that women gained at them, its application during the childbirth and its benefits for reducing the fear of childbirth. Information for this research was obtained by the questionnaire form.

## **KEYWORDS**

Antenatal preparation, female psychology, childbirth, labor pain, pregnancy

# OBSAH

0	ÚVOD.....	10
	CÍLE PRÁCE.....	11
	Cíle teoretické části.....	11
	Cíle praktické části.....	11
	TEORETICKÁ ČÁST .....	12
1	Předporodní příprava .....	12
1.1	Charakteristika a vymezení pojmu.....	12
1.2	Historie přípravy na porod .....	12
1.3	Význam předporodní přípravy .....	15
1.3.1	Psychická příprava.....	15
1.3.2	Fyzická příprava .....	16
1.4	Organizace kurzů předporodní přípravy .....	16
1.5	Obsah kurzů předporodní přípravy .....	17
2	Psychologie těhotenství .....	19
2.1	Psychické změny.....	19
2.2	Psychické změny v jednotlivých trimestrech.....	19
2.2.1	I. trimestr těhotenství .....	19
2.2.2	II. trimestr těhotenství.....	20
2.2.3	III. trimestr těhotenství .....	20
2.3	Adaptační mechanismy na těhotenství.....	20
2.4	Sexuální život v těhotenství .....	20
3	Psychologie porodu.....	22
3.1	Negativní emoce doprovázející porod .....	22
3.1.1	Úzkost a strach.....	22
3.1.2	Vztek a agrese .....	23
3.2	Psychologické souvislosti porodní bolesti .....	24

3.2.1	Mechanismus porodní bolesti .....	24
3.2.2	Metody porodnické analgezie .....	25
3.3	Podpora při porodu.....	27
	VÝZKUMNÁ ČÁST .....	29
4	Metodika výzkumu .....	29
4.1	Výzkumné otázky.....	29
4.2	Zpracování dat.....	30
4.3	Charakteristika výzkumného vzorku.....	30
5	Analýza a interpretace výsledků .....	32
6	Diskuze .....	50
7	ZÁVĚR .....	56
8	POUŽITÁ LITERATURA .....	57
9	PŘÍLOHY .....	61



## SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

### Seznam ilustrací

Obrázek 1 Graf četností formy předporodního kurzu.....	32
Obrázek 2 Graf četností účasti partnera u porodu .....	35
Obrázek 3 Graf četností očekávání od kurzu.....	36
Obrázek 4 Graf četností dostatečnosti informací.....	37
Obrázek 5 Graf četností zvládnání techniky dýchání .....	39
Obrázek 6 Graf četností zvládnání techniky tlačení .....	40
Obrázek 7 Graf četností relaxační metody .....	41
Obrázek 8 Graf četností zvolené metody.....	42
Obrázek 9 Graf četností porodní polohy.....	43
Obrázek 10 Graf četností zvolené porodní polohy .....	44
Obrázek 11 Graf četností strachu z porodu .....	45
Obrázek 12 Graf četností příčiny strachu .....	46
Obrázek 13 Graf četností přítomnosti partnera.....	47
Obrázek 14 Graf četností pomoci při zvládnání strachu.....	49

### Seznam tabulek

Tabulka 1 Počet lekcí.....	33
Tabulka 2 Délka lekce .....	34
Tabulka 3 Chybějící informace.....	38
Tabulka 4 Zmírnění strachu.....	48

## 0 ÚVOD

Bakalářská práce s názvem „*Subjektivní pohled žen na předporodní přípravu*“ se zabývá předporodní přípravou a jejím vlivem na psychiku těhotných žen a rodiček.

Dříve nacházela většina těhotných žen oporu ve své vlastní rodině. Matky se svými dcerami prožívaly těhotenství a zkušenosti si předávaly mezi generacemi. Dnes však dochází k uvolňování rodinných vazeb a generačnímu odstupu. Těhotné ženy proto musí hledat potřebné informace jinde. Právě porodní asistentky zprostředkovávají své zkušenosti a pomáhají budoucím matkám, zvláště prvorodičkám, prostřednictvím předporodních kurzů připravit se na porod, rodičovství, kojení a péči o novorozence. Jejich cílem je snížení mateřské a perinatální mortality a morbidity. Absolvování předporodních kurzů vede ke zlepšení fyzického i duševního zdraví žen a dětí. Předporodní kurzy také umožňují výměnu názorů a pocitů mezi ženami, což vede ke snížení míry jejich obav.

Absolvování kurzu předporodní přípravy přispívá ke zvýšení sebevědomí těhotných žen a posiluje důvěru ve vlastní schopnosti. Ženy si osvojují vědomosti, dovednosti a návyky, které podporují zdravé mateřství a vedou k úspěšnému zvládnutí budoucí rodičovské role. V rámci kurzu se také dozvídají o metodách, které napomáhají ulehčení porodu, a alternativních metodách, které lze využít. Takto vzdělané rodičky mají jasnou představu o tom, jak by porod měl vypadat, aby pro ně byl uspokojující a posilující životní událostí. Ženy se pak mohou více podílet na rozhodování o intervencích, které jsou pro ně přípustné, a dokáží vyjádřit svůj nesouhlas s intervencemi, jejichž provedení v průběhu porodu není nezbytně nutné. V podobě porodního plánu pak tyto skutečnosti předkládají zdravotníkům, kteří o ně v průběhu porodu pečují. To vše přispívá k dobrému psychickému stavu rodiček, dostávají se spíše pozitivní emoce a porod pak probíhá bez stresu a strachu.

V teoretické části definuji předporodní přípravu, popisuji její historický vývoj a metodiku. Dále se zaměřuji na psychologii těhotenství, zvláště na psychické změny, jež těhotenství doprovázejí, a psychologické souvislosti porodu.

Výzkumná část je zaměřena na organizaci předporodních kurzů, na zkušenosti žen z předporodní přípravy a jejich využití v průběhu porodu. Také se zabývá vlivem předporodní přípravy na snížení strachu z porodu.

# **CÍLE PRÁCE**

## **Cíle teoretické části**

1. Podat souhrnné informace o metodice kurzu psychoprofylaktické přípravy.
2. Popsat psychologii těhotenství a porodu.

## **Cíle praktické části**

1. Zjistit, jak jsou kurzy předporodní přípravy organizovány.
2. Zjistit, zda ženy považují informace získané v kurzu předporodní přípravy za dostatečné.
3. Zjistit, zda se u žen po absolvování kurzu předporodní přípravy snížil strach z porodu.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Předporodní příprava

Těhotenství a následné období mateřství jsou významné etapy v životě ženy. V tomto období dochází v ženském organismu k výrazným fyzickým a zvláště psychickým změnám, na které by se měla žena připravit. Smyslem předporodní přípravy je předat nastávajícím rodičům informace, vědomosti a dovednosti, které jim usnadní zvládnutí této náročné životní situace (Bašková, 2015, s. 32; Ratislavová 2008, s. 49).

### 1.1 Charakteristika a vymezení pojmu

Předporodní příprava na porod je specifický vzdělávací program, jehož podstatou je příprava těhotné ženy a jejího partnera na úspěšné zvládnutí rodičovské role. Cílem přípravy je, mimo jiné, osvojit si vědomosti, zručnosti a návyky, které mají vést k bezpečnému mateřství (Bašková, 2015, s. 32).

Příprava na porod je souborem činností porodní asistentky, rehabilitační pracovnice, porodníka, psychologa a neonatologa, jejichž cílem je snížit úzkost a strach z porodu a získat reálný postoj k porodu poučením ženy a nácvikem jejího chování za porodu (Roztočil a kol., 2008, s. 150).

Předporodní příprava je také jednou z metod nefarmakologické porodnické analgezie a její podstatou je vytvořit u ženy reflexy, které jsou vázány na porodní děj, ale nevedou k bolestivým prožitkům, nýbrž k soustředění mysli na jiné podněty, zejména dýchání a svalovou relaxaci (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 198).

### 1.2 Historie přípravy na porod

Předporodní příprava těhotných žen na porod vychází z metod přirozeného porodu, profylaxe a dalších metod a byla po dlouhou dobu chápána jako prostředek, který snižuje porodní bolesti (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 49).

Od 20. let 20. století na Ukrajině vznikala metoda psychoprofylaktické přípravy na porod podle Velvovského (dnes známá jako Lamazova metoda). Autoři této metody – Velvovský a Platonov vycházeli z Pavlovových poznatků o podmíněných reflexech. Podle něj je příčina porodních bolestí buď v podmíněném reflexu, v negativních emocích, nebo ve vztazích mezi procesy podráždění a útlumu v mozkové kůře. Snaha Velvovského spočívala ve zvýšení aktivity mozkové kůry, jejímž účelem bylo vytvoření tzv. pozitivního centra podráždění během porodu.

K tomuto účelu využíval metody jako hlazení břicha, dýchání během kontrakcí, sledování doby mezi kontrakcemi (Ratislavová 2008, s. 49; Pařízek, 2012, s. 177).

Grantly Dick-Read byl anglický lékař, který ve 30. letech 20. století zavedl pojem cyklus strachu, napětí a bolesti během porodu. Podle něj je hlavní příčinou prodlužování porodu strach, který je vyvolaný nevědomostí a nedostatečným uvědoměním si vlastního těla. Objasnil, že aktivace sympatického nervového systému a tělesného napětí je důsledkem duševního napětí a stresu, což se projevuje nedokrevností tkáně a následně bolestí. Pracoval s ženami v posledních třech měsících těhotenství v 6-8 lekcích předporodní přípravy. Jeho lekce zahrnovaly nácvik správného dýchání, nácvik relaxace, uvolňovací cviky, nácvik tlačení, snížení úzkosti žen maximální přítomností porodníka, předávání informací, odstraňování předsudků, práce s pozitivním myšlením a aktivací žen při porodu. Vše je zaměřeno na harmonii a uvolnění, aby porod proběhl beze strachu, bez velkých bolestí a co nejvíce přirozeně (Binder, 2011, s. 285; Mander, 2014, s. 102).

Francouzský porodník Ferdinand Lamaze převzal metodu Velvovského a Platonova a přepracoval ji podle sebe. Za cíl si kladl bezbolestný porod, jehož je možno dosáhnout jen tehdy, když žena vnímá porod jako pozitivní zážitek, ovládá odpovídající dechovou a uvolňovací techniku a partner i celý porodnický tým s ní spolupracují. Školení těhotných probíhalo v 8-12 lekcích, které byly rozděleny na teoretickou a praktickou část. Nácvik začínal již v třetím měsíci těhotenství za přítomnosti partnera. V lekcích vysvětloval smysl Pavlovovských reflexů, náhradu negativních sugescí pozitivními, aplikoval duševní výchovu, přeškolení, systematickou a praktickou výuku. Učil ženy dechová cvičení, relaxaci, automasáž a používání lokálních akupresurních bodů. Dále školil partnera i personál k podpoře rodičky. Lamazova metoda měla vést k intenzivnímu a šťastnému zážitku z porodu, proto nevyklučuje podávání prostředků tišících bolest ani provádění porodnických zákroků v případech, kdy je to nutné (Ratislavová, 2008, s. 50; Binder, 2011, s. 286).

Ve Francii dále pokračoval s psychoprofylaxí Lamazův žák Pierre Vellay, který zavrhl jakoukoliv porodní medikaci, aby nedošlo k poškození emočního vztahu matka-dítě. Také spojil metodu s teoretickými předpoklady psychoanalýzy (Bašková, 2015, s. 33).

Název metody Zilgrei se skládá ze jmen Adriana Zilla a Dr. Hanse Greissinga. Využívali kombinace dechových a polohových cvičení, například když má žena za porodu bolesti v zádech. Jejich hlavní myšlenkou je: „*Pohyb je život, život je pohyb.*“ Tato idea je základem přípravy na porod, která se skládá z jednoduchých pohybových a dechových cvičení, které

efektivně eliminují potíže, jenž vznikají chybným zatížením páteře v průběhu těhotenství. Během porodu je žena stále v pohybu. Zejména pohyb pánví podporuje rozšiřování porodního kanálu, což vede ke zmírnění bolestí (Ratislavová, 2008, s. 50; Bašková, 2015, s. 33-34).

Sheila Kitzinger, známá anglická odbornice na přípravu k porodu, využívala poznatky ze sociální antropologie a sociologie, své zkušenosti a poznatky Dicka-Reada a Lamazeho. Vnímala předporodní přípravu i jako přípravu na rodičovství. Jejím cílem nebyl bezbolestný porod, ale výjimečný duchovní zážitek a získání zkušenosti, která přispívá ke zrání ženy. Poukazovala na sílu porodních stahů a pozitivní stránku bolestí, které mohou mít osvobozující a uspokojivý charakter. Základem jejího programu je relaxační dechový rytmus, zvyšování citlivosti k vlastnímu tělu, nácvik relaxace svalů dna pánevního. Během první doby porodní upřednostňovala polohu v sedě. Vysunutím nebo vydýcháním plodu ve druhé době porodní nahrazuje termín tlačení, také doporučovala masáž hráze jako prevenci nástřihu hráze. Příprava je určena pro páry, aby se upevnil jejich partnerský vztah. Její program si každá žena může přizpůsobit tak, aby dosáhla pozitivního zážitku z porodu (Ratislavová, 2008, s. 50; Pařízek, 2012, s. 182).

Podle Leboyera je současný systém používaný při porodu plný stresujících vlivů, které negativně působí na matku a plod. Patří mezi ně cizí neklidné prostředí porodního sálu, pohled na zdravotnickou techniku, hluk, ostré osvětlení a neosobní přístup zdravotnických pracovníků. Na novorozence negativně působí poloha, kde jeho hlava směřuje dolů, změna prostředí, časné přerušování pupečníku a ošetření po porodu, kdy je dítě příliš brzy odloučeno od matky. Frederick Leboyer je autorem tzv. „něžného porodu“, který má své zásady:

- Psychologická příprava matky – budování vztahu matky k dítěti již v prenatálním období,
- teplé a tiché prostředí porodního sálu, přítmí,
- trpělivost, pozornost, soustředění na porodní děj a ztotožnění se s dítětem,
- vyloučení medikace a zásahů do fyziologického porodu,
- pozorování začátku dýchání dítěte, bez stimulace a odsávání,
- přiložení novorozence na břicho matky ihned po porodu,
- přestřižení pupečníku až po jeho dotepání,
- rooming-in (Pařízek, 2012, s. 183; Bašková, 2015, s. 34).

Michele Odent využil své zkušenosti z Afriky, kde konal vojenskou službu, a dále se inspiroval prací Leboyera. Během porodu se více zaměřuje na rodičí ženu, jíž příkládá aktivnější roli.

Kritizuje časté vyšetřování během porodu pomocí kardiokografie, vaginální vyšetřování a epidurální analgezie. Také stanovil hlavní zásady při vedení porodu:

- Kontakt personálu s matkou již v prenatálním období, seznámení s prostředím porodního sálu,
- zajištění intimního a klidného prostředí během porodu, na porodním sále by mělo být teplo, ticho a přítomnost,
- minimalizace zásahů do porodního děje, absence epidurální analgezie,
- podpora svobodného chování rodičky, relaxace v teplé lázni, porod do vody,
- empatický přístup porodní asistentky, který má příznivý vliv na porodní děj,
- úloha porodníka spočívá pouze v zachycení dítěte (Ratislavová, 2008, s. 51; Binder, 2011, s. 286).

V Československu se příprava na porod začala rozvíjet po roce 1949, kdy se propagovala Velvovského metoda. O rozšíření a rozpracování přípravy se zasloužili docent MUDr. Václav Vojta a profesor MUDr. Dušan Brucháč. V sedmdesátých letech dvacátého století poklesl zájem o přípravu na porod, protože její analgetický účinek nebyl považován za dostatečný a uspokojujivý. Proto vypracovali PhDr. Marie Pečená a MUDr. Pavel Čepický novou koncepci přípravy těhotných na porod. Jejich cílem bylo snížit úzkost a strach z porodu a připravit ženy na změny související s těhotenstvím a na novou roli matky (Bašková, 2015, s. 35).

### **1.3 Význam předporodní přípravy**

Předporodní příprava je součástí prenatální péče jako vzdělávací program, který je určený pro těhotnou ženu a její blízké. Tvoří ho soubor odborných činností, které vykonává porodní asistentka v rozsahu svých kompetencí (Bašková, 2015, s. 37).

Aktuálně se zaměřuje na smysl prožitku z porodu, edukaci o porodu, přípravu na rodičovství a péči o dítě, vytvoření vazby s dítětem, získání kontroly nad strachem z porodu a bolesti, přípravu na možné ukončení porodu operativní cestou a případné komplikace, na možnost tišení bolesti pomocí farmakologických či nefarmakologických metod (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 50).

#### **1.3.1 Psychická příprava**

Dle Baškové (2015) se psychická příprava zaměřuje se na poskytování odborných a aktuálních informací těhotným ženám i jejich partnerům o porodu, šestinedělí, rodičovství a péči o dítě, a tím zvyšování jejich sebedůvěry. Důležité je také poskytnout prostor pro diskuzi. Výsledným

cílem je snížit strach a úzkost z nejistoty, prevence komplikací z neznalosti a strachu ze zanedbání problému rodiči.

Gregora (2011) tuto část předporodní přípravy označuje jako teoretickou. Podle něj je důležité hovořit o komplikovaných situacích, které mohou za porodu nastat, a je nutné je ukončit operativně. Za užitečnou pokládají návštěvu porodního sálu, kde se rodička seznámí s prostředím a personálem.

### **1.3.2 Fyzická příprava**

Fyzická příprava probíhá formou cíleného svalového tréninku a relaxačních technik, které rozvíjí tělesnou připravenost organismu matky, zvládnout těhotenství, porod a šestinedělí. Pomocí praktického tréninku odlehčovacích pozic, relaxačních a dalších technik se těhotné učí přijmout porodní bolesti jako součást porodního děje. Součástí fyzické přípravy je nácvik dýchání pro jednotlivé doby porodní a nácvik správné techniky tlačení během porodu. Porodní asistentka s ženami také nacvičuje péči o prsy, novorozence a možné polohy při kojení (Bašková, 2015, s. 37).

Praktická část, jak ve své knize uvádí Gregora (2011), může mít, na rozdíl od teoretické části, svá omezení. Obvodní gynekolog by měl určit, zda je cvičení pro těhotnou vhodné a bezpečné.

## **1.4 Organizace kurzů předporodní přípravy**

Předporodní přípravu by měla vést erudovaná porodní asistentka s dostatečnou praxí. Velmi důležité je i její umění komunikace potřebné k efektivní práci se skupinou a navázání terapeutického vztahu s klientkami. Kurzy jsou rozděleny do lekcí a probíhat mohou formou diskuse, besedy, cvičení a praktického nácviku. Probíhají formou individuální nebo častěji skupinovou. Výhodou skupinové formy je možnost vzájemné podpory těhotných a sdílení informací, pocitů, obav. Na druhou stranu při větším počtu žen není možný individuální přístup. Individuální forma je výhodná v tom, že se lektorka věnuje pouze těhotné ženě a jejímu doprovodu. Dále mohou kurzy probíhat formou otevřenou nebo uzavřenou. V otevřených kurzech si těhotné mohou vybrat, kterou lekci navštíví, témata se v cyklech opakují. Uzavřené kurzy nabízejí komplexní program, kde na sebe jednotlivé lekce navazují. Těhotné jsou v přibližně stejném stadiu těhotenství. Kurzy trvají přibližně 1-1,5 hodiny. Termín a doba trvání většinou závisí na domluvě. Některé lektorky nabízejí možnost konání kurzu přímo doma u klientky (Marshall, 2015, s. 139, Ratislavová, 2008, s. 52-53).



Názory autorů na počet těhotných žen v jednom kurzu se nepatrně liší. Někteří považují za ideální 5-6 těhotných. Většina se shoduje na skupině 8-12 lidí, kdy 12 je maximální přípustný počet (Marshall, 2015, s. 139).

Těhotným je doporučeno navštěvovat kurzy předporodní přípravy od 3.-4. měsíce gravidity, cca 50 minut každý týden až do porodu. Některé lektorky pořádají 8 kurzů, které trvají 45 minut. Další lektorky doporučují, aby těhotná žena absolvovala 5 lekcí od 30. týdne gravidity (Bašková, 2015, s. 42).

## **1.5 Obsah kurzů předporodní přípravy**

Porodní asistentky si sestavují osnovu a témata jednotlivých lekcí předporodní přípravy samy. Edukační obsah obvykle tvoří tyto základní části: životospráva a fyziologické těhotenství, příprava na fyziologický porod, příprava na fyziologické šestinedělí, péče o novorozence a prolaktační aktivity (Pařízek, 2012, s. 178).

V úvodu, dříve než lektorka začne rozebírat jednotlivá témata, by se měla představit a seznámit s klientkami, popřípadě jejich partnery. Vhodné je sdělit informace o tom, jak kurz bude probíhat, jakých témat se bude týkat a zjistit, co klientky od kurzu očekávají (Bašková, 2015, s. 40).

Prvním obsáhlým tématem, které je v lekcích probíráno, je těhotenství. Žena by měla být seznámena se změnami fyzickými i psychickými, které těhotenství doprovázejí. Měla by znát jejich význam pro úspěšný průběh těhotenství, správný růst a vývoj plodu. Další informace se týkají životosprávy. Ta zahrnuje vhodnou stravu, potraviny, kterým by se měla těhotná vyhýbat, a případně i zmínky o výživových doplncích. Dále informace o vhodné aktivitě a odpočinku, tělesné hygieně, pohlavním styku, sociálně-právních otázkách a cestování. Důležité je upozornit na nevhodnost některých návyků, např. kouření, užívání alkoholu a drog. Tyto informace jsou významné jak z hlediska zdraví matky, tak pro fyziologický vývoj plodu. Žena je také informována o důležitosti a smyslu jednotlivých vyšetření, které v těhotenství absolvuje. Dozvídá se o situacích, jenž signalizují, že se blíží porod, kdy je čas odjet do nemocnice a co mít připravené s sebou. Lektora k tomuto tématu může zařadit informace o termínu porodu, prevenci porodních poranění, porodním plánu (přání) a podobně (Gregora, 2011, s. 29; Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 60-62).

Následující lekce se zabývají samotným porodem. Informace o první době porodní zahrnují její průběh, vyšetření a možné zákroky, které ženu na porodním sále čekají. Žena se dozvídá o dýchání, úlevových polohách a relaxačních technikách, které umožní lepší zvládnání

kontraktí. Součástí lekcí může být i jejich nácvik. Velký zájem vzbuzuje také problematika porodní bolesti, její význam, možnosti přípravy na ni a metody tišení bolestí. Mohou zde být zařazeny informace o příjmu na porodní sál. Další informace se týkají druhé doby porodní, jejího průběhu, poloh, které může rodička využít při tlačení, a dýchání s možností současného nácviku. Žena také může získat informace o operačním ukončení porodu, jeho důvodech a metodách a o významu epiziotomie. Informace, které žena získá o třetí a čtvrté době porodní, se týkají jejich průběhu, případného ošetření porodních poranění, možnosti bondingu a časného kontaktu novorozence s matkou. Pokud se těchto lekcí účastní muži, mohou získat informace o tom, jak lze ženu v průběhu porodu podporovat, ulehčovat jí tuto náročnou situaci a být jí oporou. Také se seznámí s podmínkami jejich přítomnosti u porodu (Marshall, 2015, s. 134; Čermáková, 2010, s. 124-125)

V dalších lekcích získávají ženy vědomosti o šestinedělí. Přednášky se zabývají průběhem hospitalizace na oddělení šestinedělí, životosprávě a péči o případná porodní poranění. Dále funkčními a anatomickými změnami, které probíhají v organismu šestinedělky. Lektorky také informují o psychických změnách, které jsou změnou množství hormonů, tělesných tekutin a elektrolytů bezprostředně po porodu, a o jejich prevenci. Mohou se také dozvědět o antikoncepci po porodu, sexuálním životě, gynekologické prohlídce po šestinedělí a o odlišnostech průběhu šestinedělí po císařském řezu (Gregora, 2011, s. 55; Koudelková, 2013, s. 128).

Poslední velké téma se týká novorozence a péče o něj. Lektorky přednáší o potřebách dítěte, časném vývoji a výživě. Dále o průběhu hospitalizace, screeningových vyšetřeních a rooming-in. Ženy získají vědomosti o laktaci, technikách kojení a péči o prsy. Přednášky mohou být doplněny praktickým nácvikem, který se týká kojení, hygienické péče, manipulace s novorozencem a laické resuscitace (Marshall, 2015, s. 136, Trča, 2011, s. 79).

Užitečnou součástí kurzů je návštěva porodního sálu ve III. trimestru těhotenství, kde se žena obeznámí s prostředím na porodním sále a zdravotnickým personálem (Pařízek, 2012, s. 178).

## **2 Psychologie těhotenství**

Podstatou psychických změn, kterými žena v těhotenství prochází, je její příprava na zvládnutí nové role matky (Gregora, 2011, s. 29).

### **2.1 Psychické změny**

Psychické změny probíhají v těle těhotné od počátku těhotenství současně se změnami somatickými, fyziologickými, endokrinními a sociálními. Úzce souvisí s osobností těhotné, věkem a zralostí osobnosti, postojem k těhotenství, připraveností na roli matky, sociálním a ekonomickým zázemím, životním prostředím, kvalitou partnerského vztahu, také se zdravotním stavem a dalšími faktory. Nároky na těhotnou ženu jsou velmi vysoké, kdy se těhotná učí nové životní roli a buduje mateřskou identitu. Musí přizpůsobit, změnit nebo zcela opustit některé z prvků svého chování. Změny se projevují především v citové reaktivitě. I při chtěném těhotenství se mohou objevit ambivalentní projevy, které se projevují například strachem o dítě, obavou z povinností a zodpovědnosti. To, jak se s těmito situacemi vyrovná, závisí na její emoční stabilitě. Výrazným činitelem je také strach z porodu, který se ke konci těhotenství stupňuje. Žena je vystavena závislosti na partnerovi, mohou vznikat pocity odmítání mateřství s pocitem viny a odmítání otcovství partnera, obavy ze ztráty vztahu nebo sociálního odloučení. Mění se celý rodinný systém, velice důležitá je podpora těhotné rodinou, partnerem a přáteli (Gregora, 2011, s. 29; Roztočil, 2008, s. 359-360; Skutilová, 2016, s. 20).

### **2.2 Psychické změny v jednotlivých trimestrech**

Bašková (2015) dělí změny, které souvisí s psychikou ženy, do jednotlivých trimestrů těhotenství.

#### **2.2.1 I. trimestr těhotenství**

Žena se v prvních měsících s těhotenstvím vyrovnává, zaměřuje se na sebe. V tomto období dochází k přijetí těhotenství a ztotožnění se s ním. Objevuje se rozladěnost a náladovost, které pramení z nejistoty. Partneři často řeší konflikty, které mohou sahat daleko do života a s těhotenstvím samotným souviset nemusí. Tyto konflikty lze řešit s pomocí porodní asistentky nebo psychologa a urychlit tak vlastní psychický rozvoj. Porodní asistentka by měla dát ženě prostor k rozhovoru, vyslechnout ji a přijmout její protichůdné pocity (Čermáková, 2010, s. 39; Bašková, 2015, s. 9; Ratislavová, 2008, s. 26).

### **2.2.2 II. trimestr těhotenství**

Druhý trimestr těhotenství je obdobím přijetí plodu. Žena začne vnímat první pohyby plodu v 18.-20. týdnu gravidity, zároveň se zvětšuje obvod břicha. Také může vidět plod na ultrazvukovém vyšetření. Žena je pozitivně naladěná, podporuje zdárný průběh těhotenství, spolupracuje se zdravotníky a dodržuje zdravý životní styl. Hlásí se ke komunitě matek, vyhledává informace v předporodních kurzech a knihách. V této fázi má matka přijmout dítě jako nezávislého a samostatného jedince. Vzájemné působení matky a dítěte má biologický, psychologický a sociální charakter. Také dochází k rozvoji prenatální komunikace, dítě je velmi aktivní a vnímavé. Porodní asistentka provází ženu v průběhu těhotenství na předporodních kurzech a pravidelných prohlídkách, navazuje s ní kontakt (Čermáková, 2010, s. 39; Ratislavová, 2008, s. 26).

### **2.2.3 III. trimestr těhotenství**

Těhotná se připravuje na porod a příchod novorozence. Ratislavová (2008) uvádí, že toto období je charakteristické „stavěním hnízda“, kdy žena připravuje prostředí pro novorozence. Zvyšují se nároky a zátěž na mateřský organismus. Objevují se pocity zranitelnosti a úzkosti, obavy z porodu a bolesti, obavy o dítě, ze selhání v roli rodičky nebo matky. Těhotenství se stává nepohodlným. Úzkost se může projevit ve špatném vnímání vlastní identity u prvorodičky, partnerskými problémy, poruchami spánku, protichůdnými pocity vůči dětem. Důležitou roli zde hraje porodní asistentka, které v průběhu předporodní přípravy může snížit strach a úzkost z porodu (Čermáková, 2010, s. 39; Bašková, 2015, s. 10).

## **2.3 Adaptační mechanismy na těhotenství**

Cílem adaptačních mechanismů je zařazení těhotné ženy do nové role a zvládnutí krize, která s ní souvisí. Bašková (2015) ve své knize uvádí následující adaptační mechanismy:

- Imitace – v tomto procesu si žena osvojuje novou úlohu prostřednictvím napodobování chování těch osob, které v této roli již jsou nebo v ní byly.
- Hraní role – žena vyhledává situace, kdy si může novou roli vyzkoušet.
- Fantazie – myšlenky, obavy, tužby a vize o mateřství.
- Introjekce – žena přebírá názory a motivy od osob, které v této roli již jsou.
- Projekce – promítání sebe sama do dané situace.

## **2.4 Sexuální život v těhotenství**

U ženy se v těhotenství mohou objevit změny v zájmu o sex. V I. trimestru dochází ke snížení libida. Sex může být provázen negativními pocity, nevolností, bolestivostí bradavek a únavou.

Zájem o sex vzrůstá uprostřed těhotenství. Následovně se ve III. trimestru opět snižuje. Důležité je vybrat takovou polohu, aby nebylo utlačováno břicho těhotné ženy. U těhotných bez komplikací může být sexuální apetence téměř beze změn. Naopak se může zvyšovat vlivem mateřských hormonů a vlivem překrvení tkání v oblasti pánve. Z porodnického hlediska jsou sexuální aktivity neškodné. Žena by se jich měla zdržet pouze v případech stanovených lékařem. Někdy dochází ke vzniku sexuálních dysfunkcí vlivem tělesných, psychologických a vztahových příčin. Oporou při těchto obtížích je partnerům porodní asistentka nebo jiný odborník. Porodní asistentka poskytuje informace o sexuální oblasti v předporodních kurzech, vysvětluje změny, zmírňuje obavy a poukazuje na možné řešení obtíží (Ratislavová, 2008, s. 27; Roztočil, 2008, s. 360).

### **3 Psychologie porodu**

Těhotenství je ukončeno porodem, kdy plod opouští dělohu a stává se samostatným jedincem. Přestože má žena možnost se na porod připravovat (fyzicky i psychicky), je pro ni novou a komplikovanou situací. Jak žena tuto situaci zvládne, závisí na její osobnosti, odolnosti, vlastní zdatnosti, zkušenostech, které v životě získala, tělesném stavu a sociálních podmínkách. Při zdolávání této překážky může žena pociťovat uspokojení, ale pokud žena tuto situaci nezvládá, může dojít ke konfliktu v pojetí sebe sama. V takovém případě nastupují obranné psychické mechanismy, které pomáhají řešit konflikty, odolávat tlaku situace a vyrovnávat se s novými skutečnostmi, které ohrožují naše sebepojetí. Základní obranné mechanismy jsou útok (žena chce situaci zvládnout), útěk (žena se situaci brání) a volání o pomoc (upozornění na své potíže). Mezi další obranné mechanismy se řadí racionalizace, neboli zdůvodnění vlastního chování motivy tak, aby pro rodičku působily přijatelně. Dále intelektualizace, kdy se rodička vzdaluje od nepříjemné situace jejím abstraktním nebo intelektuálním pojmenováním. Negativismus, který se projevuje vzdorovitým chováním, odmítáním poskytované péče nebo neuposlechnutím instrukcí. Regrese znamená návrat k chování, které je charakteristické pro vývojově mladší období. Při projekci rodička připisuje své negativní vlastnosti druhým, často v přehnané míře. Patří k nim také kompenzace, jako vyrovnávání osobních nedostatků, a izolace, kdy se žena straní blízkých, uzavírá se do sebe (Ratislavová, 2008, s. 58-59; Skutilová, 2016, s. 79, Marshall, 2015, s. 335).

#### **3.1 Negativní emoce doprovázející porod**

Jako nejčastější negativní emoce, které doprovází porod, uvádí Skutilová (2016) úzkost, strach, agresi a vztek.

##### **3.1.1 Úzkost a strach**

Strach a úzkost jsou negativní emoce, jež mohou výrazně ovlivnit porodní děj a vnímání bolesti. Tyto emoce mohou způsobit mnoho tělesných změn, za které je odpovědný sympatikus. Například tachykardii, tachypnoi, suché sliznice v ústech, třes, nauzeu. V přiměřené míře mohou být užitečné. Strach chrání rodičku před potencionálním nebezpečím, vzbuzuje respekt z neznámé situace, brání iracionálnímu jednání. Může ji také motivovat ke zvládnání porodních bolestí. Nepřiměřený strach však vede k nežádoucímu svalovému napětí, poklesu kontrakčních činností a špatné distribuci krve v děloze. Rodička vnímá porodní bolesti intenzivněji. Důležitým psychologickým faktorem pro odstranění pocitu strachu z porodu je vědomí, že jde

o fyziologický proces, který neohrožuje matku ani plod (Skutilová, 2016, s. 86-89, Pařízek, 2009, s. 438).

Úzkost se neváže k žádnému konkrétnímu zdroji nebo předmětu. Objevuje se v situacích, kdy rodička očekává nebezpečí, a má různou intenzitu. Zvyšují ji obavy spojené se zdravím dítěte i rodičky, dále i obavy související s nastávající rolí matky. V přiměřené míře vede ke zvýšení tolerance bolesti díky endogenním opioidům, které se při úzkosti uvolňují. Mezi „spouštěče“ úzkosti lze zařadit konflikty v průběhu těhotenství a porodu, socioekonomickou nejistotu a nedostatek informací (Skutilová, 2016, s. 86; Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 44).

Strach, na rozdíl od úzkosti, se vyznačuje tím, že má skutečnou příčinu. Váže se obvykle ke konkrétnímu objektu nebo situaci. Může se projevit nekoordinovanými pohyby, změnami mimiky, zmatenou řečí, chvějivým tichým hlasem, změnami ve fyziologických funkcích a podobně. Mnohdy může vyústit až v hněv. Jak se rodička se strachem vypořádá, velice záleží na její osobnosti, aktuálním psychickém naladění, zkušenostech s danou situací, vnímání sebe sama a prostředí. Nepřiměřený a neodůvodněný strach z porodu byl pojmenován jako tokofobie. Ženy, které tento strach pociťují, často reagují na bolestivé impulzy citlivěji. Primární tokofobie se objevuje u prvorodiček, kde strach pramení především z porodních bolestí nebo může být důsledkem úzkostných poruch. Sekundární tokofobie je výsledkem předchozí traumatické zkušenosti, například instrumentálního porodu (Skutilová, 2016, s. 86-87; Mander, 2011, s. 151).

### **3.1.2 Vztek a agrese**

Na stresovou událost může rodička reagovat vztekem, který může být vystupňovaný až k agresi. Pokud není možná přímá agrese proti jejímu zdroji, vyhledává rodička náhradní objekt, proti kterému ji lze uplatnit (často nevinná osoba, objekt). Mezi nejčastější příčiny agresivního chování patří například pocit ohrožení a strachu, pocit křivdy nebo nespravedlnosti, zklamání v očekávání nebo snaze. Dále mezi ně patří velká zátěž a vyčerpání, pocit bezmocnosti, ponížení a zesměšnění, pocit viny a bolest. Porodní asistentka by si v této chvíli měla počínat tak, aby nezesilovala vzniklé napětí a oslabila hněv rodičky. Vhodné je rodičku vyslechnout, umožnit jí vyjádřit své pocity (Skutilová, 2016, s. 88; Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 28-29).

## 3.2 Psychologické souvislosti porodní bolesti

*„Porodní bolest je komplexní a vždy subjektivní reakce, která na rozdíl od akutní a chronické bolesti není spojena s patologií – chorobou či úrazem.“* (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 37).

Na porod se obecně pohlíží jako na radostný okamžik, ale nesmíme opomenout, že jeho součástí je vždy určitá míra bolesti. Její podstatou je připravit ženu na porod plodu a je pro ni znamením, aby se odebrala do bezpečí. Vnímání porodních bolestí je velmi individuální a závisí na komplexu somatických, psychických a sociálních vlivů. Mohou být přijímány pozitivně, jako součást porodního aktu, nebo negativně, jako nevyhnutelné utrpení. Porodní bolest hůře snáší ženy s nižším vzděláním, nechtěným těhotenstvím, s pozdním záchytem gravidity a ty, které mají obavy z bolesti již před porodem (Pařízek, 2012, s. 97; Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 37).

### 3.2.1 Mechanismus porodní bolesti

První doba porodní (otevírací) je zahájena začátkem děložní činnosti, která vede k prokazatelné dilataci dolního děložního segmentu, děložního hrdla a děložní branky. V této fázi jde o bolest viscerální, tupou. Ta je způsobena zvyšujícím se intrauterinním tlakem, dilatací čípku dělohy a rozpínáním děložních vazů. První dobu porodní můžeme rozlišit na 3 fáze, které na sebe navazují. V latentní fázi se bolest projevuje v dolních segmentech dělohy, dále se objevují bolesti zad, které se šíří do oblasti Th<sub>11</sub>-Th<sub>12</sub>. V aktivní fázi se odráží v segmentech Th<sub>10</sub>-L<sub>1</sub>. S dalším postupem hlavičky plodu dochází k útlaku lumbosakrálního plexu a bolesti v segmentu L<sub>1</sub>-L<sub>2</sub>. Poslední přechodná fáze je charakteristická bolestmi, které se zvyšují s postupnou dilatací porodnické branky, jejímž zánikem I. doba porodní končí (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 179-185; Mander, 2014, s. 92).

Druhá doba porodní (vypuzovací) začíná zánikem porodnické branky a je ukončena porodem plodu. Provází ji bolesti ostré, somatické. Jsou způsobeny tlakem hlavičky procházejícího plodu na pánevní dno a mikrotraumatizací měkkých porodních cest. Bolestivé podněty se dále mohou šířit dráhou nervus pudendus do oblasti S<sub>1</sub>-S<sub>2</sub> a stehy (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 185-188; Mander, 2014, s. 92).

Třetí doba porodní (doba k lůžku) začíná ve chvíli porození plodu a je ukončena porodem placenty. Dochází k výrazné děložní retrakci a po krátké latenci se opět dostavují kontrakce, které se nazývají contractiones ad secundinas. Většina žen pocítuje v této fázi porodu úlevu



od bolesti, kterou mohou přerušit mírné bolesti při porodu lůžka (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 188; Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 38-39).

V poporodním období, tedy 2 hodiny po porodu placenty a plodových obalů, již není porodní bolest přítomna. Bolestivé však může být ošetření porodních poranění, které často vyžaduje lokální anestezii (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 39; Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 188).

### **3.2.2 Metody porodnické analgezie**

Pokud je vhodná metoda porodnické analgezie podána ve správný čas, tak přispívá nejen k tišení bolestí, ale také ke snížení možných porodnických komplikací u matky i dítěte. Analgetické metody můžeme rozdělit na psychologické, nefarmakologické a farmakologické. Při jejich použití platí tyto základní podmínky: nesmí ovlivnit zdraví matky ani dítěte, neměly by ovlivnit děložní činnost, a za těchto podmínek by měly zůstat dostatečně analgeticky účinné (Roztočil, 2014, s. 198; Pařízek, 2009, s. 438).

Mezi psychologické metody porodnické analgezie patří předporodní příprava. Její podstata spočívá ve vytvoření reflexů, které jsou spojené s porodním procesem. Ty však nevedou k bolestivým prožitkům, ale k záměrnému soustředění se na jiné podněty, především na dýchání a svalovou relaxaci. Pro přípravu těhotných k porodu je možné využití i některých psychoterapeutických technik. Pro tento účel jsou upraveny a patří mezi ně například autogenní trénink, biofeedback, systematická desenzitace a transcendentální analýza. Do této kategorie lze zařadit také hypnózu. Účinkuje však zhruba u 25 % rodiček v závislosti na jejich individuální vnímavosti pro sugesci. K těmto metodám patří také audioanalgezie. Jejím principem je dráždění sluchového centra pomocí tzv. bílého šumu. Ten je tvořen z množství zvuků všech slyšitelných frekvencí. Ženám je doporučován výběr vlastní oblíbené hudby nebo výběr hudebních relaxačních motivů (např. šumění moře), které jsou vhodným doplňkem dalších metod porodnické analgezie (Pařízek, 2012, s. 177; Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 198).

Nefarmakologické metody porodnické analgezie mají omezený analgetický účinek, jejich výhodou je však jednoduchost a finanční nenáročnost. Akupunktura pracuje s energiemi a vitální silou a užívá přesně stanovených míst na povrchu těla. Jejich podrážděním dosahuje lokálních reakcí, které působí analgeticky a antiedematózně, nebo vzdálených sedativních a spasmolytických efektů. Jejím cílem je normalizace energetických poměrů a harmonizace toku energie na akupunkturálních drahách. Může tak dojít k urychlení porodu, redukci porodních bolestí a zmírnění bolestivosti výkonů. Fytoterapie a aromaterapie využívají účinků bylinných extraktů. O aromaterapii mluvíme, pokud jsou tyto extrakty užity vdechováním. Při jejich

aplikaci vtíráním do kůže se jedná o fytoterapii. Transkutánní elektrická nervová stimulace užívá variabilních elektrických stimulů na kůži. Ty působí v oblasti Th<sub>10</sub>-L<sub>1</sub> v I. době porodní a v oblasti S<sub>2</sub>-S<sub>4</sub> ve II. době porodní, oboustranně podél páteře. Rodička v místě elektrod pociťuje příjemné brnění a reguluje si elektrickou stimulaci sama v návaznosti na děložní kontrakce. Rodičky uvádějí největší úlevu od bolesti v oblasti zad, méně pak v oblasti suprapubické a perineální. Tato nenáročná analgetická metoda propojuje psychologický a somatický účinek a podporuje snížení potřeby další farmakologické analgezie. Hydroanalgezie je založena na pozitivním účinku vody pro tlumení bolesti. Mezi 3 základní metody hydroanalgezie patří koupele, které navozují zvýšenou psychickou i somatickou relaxaci spolu s analgetickým účinkem a redukují incidenci podání léků tišících bolest. Další metodou je aplikace intradermální injekce sterilní vody v oblasti beder a os sacrum, což snižuje přenos bolestivých impulzů do centrální nervové soustavy. Poslední metodou hydroanalgezie je porod do vody. Alternativní porodní polohy, často vertikální, a chůze pomáhají odstraňovat možné nepravidelnosti sestupu plodu porodními cestami a mají mírný analgetický účinek. Někteří autoři do této kategorie zahrnují i psychologické metody (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 198-199; Pařízek, 2012, s. 177-196).

Farmakologické metody využívají léčivé přípravky k regulaci porodní bolesti. Přispívají také ke snížení porodního stresu, zvýšení komfortu rodičky a snížení rizik, které porod doprovázejí. K dosažení uspokojivého výsledku tlumení bolesti je třeba se zaměřit i na psychologické aspekty. Důležitý je důvěrný vztah rodičky s lékařem a porodní asistentkou a její aktivní účast. Tyto metody se dělí na systémové a regionální. V případě systémové analgezie působí účinná látka přímo na centrální nervovou soustavu rodičky. Do těla je aplikována nejčastěji subkutánně, intramuskulárně, intravenózně nebo inhalováním. K intravenóznímu podání slouží v případě středně silných až silných bolestí lék ze skupiny opioidních agonistů Nalbuphin a opioid Pethidin. Inhalační směs obsahuje 50 % oxidu dusného a 50 % kyslíku a lze ji aplikovat pomocí speciálního tlakového přístroje s názvem Entonox. Její účinek se však individuálně liší v závislosti na řadě faktorů. Podstatou analgezie regionální je aplikace lokálně působících analgetik za účelem tlumení bolesti. Nejčastěji užívaná je infiltrační analgezie, kdy se provádí obštrik pochvy a hráze, často při operačním ukončení porodu a při ošetření porodních poranění. Při analgezii pudendální dochází k bilaterální blokádě nervus pudendus. Úlevu od bolesti pak rodička pociťuje v oblasti hráze a zevní třetiny pochvy. Méně užívaná analgezie pro I. dobu porodní je analgezie paracervikální. Pomocí zavedení speciální jehly dochází k oboustranné blokádě uterovaginálního plexu a následné úlevě v části dutiny břišní a horním segmentu

pochvy. Vysoce účinnou porodnickou analgezií je analgezie epidurální nebo také peridurální. Po podání anestetika/analgetika do epidurálního prostoru, tedy vně obalů míchy, dochází k poruše přenosu nervových vzruchů, a tím ke snížení vnímání bolesti. Tato metoda je rodičkami velice oblíbená. Žádaná úleva od bolesti s sebou však nese některá rizika, neboť užívaná farmaka mohou prostupovat placentou a negativně ovlivnit plod i novorozence. Zásadní je, pokud působí na dýchání a neurofyzickou adaptaci novorozence. (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 199-202; Pařízek, 2011, s. 199-263; Doležal, 2007, s. 67-85).

### **3.3 Podpora při porodu**

Vedle porodní asistentky, která provází ženu v průběhu porodu, mohou ženu na porodním sále doprovázet i osoby, se kterými se cítí dobře a důvěřuje jim. Efektivní podpora zlepšuje fyziologické porodní procesy a zvyšuje sebevědomí rodičky, která bude s větší pravděpodobností spokojená s prožitkem z porodu. Také snižuje potřebu intervence porodníků a zkracuje dobu trvání porodu (Mander, 2011, s. 164; Ratislavová, 2008, s. 72).

Přítomnost partnera (otce) u porodu představuje pro rodičku pocit ochrany a bezpečí. Může mít však pozitivní i negativní dopady. Úlohou partnera během porodu je péče o rodičku a zvyšování jejího komfortu. Vyzývá ji k dýchání, správnému tlačení a pozitivně motivuje. Také může provádět masáže k tišení bolesti, doprovázet do sprchy, napomáhat k relaxaci a zaujímat úlevové polohy. Po psychické stránce ženu podporuje, snižuje pocit osamělosti, uspokojuje základní potřebu bezpečí, lásky a sounáležitosti. Negativním zážitkem může být pro partnera přítomnost při provádění ošetrovatelských zákroků, hlavně v případě komplikací, což může změnit jeho intimní vztah k partnerce. Obzvláště těžké pro něj může být skrývání negativních emocí před partnerkou. Nevhodné také je, pokud partner za ženu odpovídá a neustále se zdravotníků dotazuje, čímž ženu psychicky rozladí a narušuje průběh porodu. I když v současné době začala přítomnost partnera u porodu podléhat společenskému očekávání, neměl by k ní být v žádném případě nucen. Také pokud by byla přítomnost partnera pro rodičku jakkoliv nepříjemná, měl by partner její rozhodnutí respektovat. Výhodou je, pokud se partner účastní předporodní přípravy, nebude tak na porodním sále příliš zaskočen (Takács, Sobotková, Šulová, 2015, s. 45; Gregora, 2011, s. 42; Pařízek, 2012, s. 179).

Dále jsou to duly, které také doprovází ženu k porodu. Tyto speciálně vyškolené ženy poskytují rodičce především psychickou, fyzickou a emoční oporu. Neposkytují zdravotnické služby a nemají kompetence porodních asistentek ani porodníků. V ideálním případě s nimi spolupracují. Dula se po celou dobu soustředí pouze na rodící ženu nebo rodičovský pár a může

na rozdíl od porodní asistentky poskytovat podporu neustále. Její přítomnost snižuje úzkost, přispívá k dobrému zvládnutí porodu, po porodu pomáhá s kojením a péčí o novorozence. Služby, které dule poskytují, jsou placené a rodina si je hradí sama (Pařízek, 2009, s. 384; Gregora, 2011, s. 42; Čermáková, 2010, s. 83).

Méně častá je při porodu podpora jinými rodinnými příslušníky nebo přáteli. Přítomnost matky nebo sestry, která již rodila, je prospěšná v případě, že prožily fyziologický porod bez komplikací a porodnických intervencí. V opačném případě na rodičku mohou působit spíše negativně (Ratislavová, 2008, s. 73; Trča, 2009, s. 101).

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 4 Metodika výzkumu

Výzkumná část bakalářské práce navazuje na část teoretickou. Jejím cílem bylo zjistit organizaci předporodních kurzů, hodnocení informací, které v nich ženy získaly, jejich využití v průběhu porodu a přínos pro zmírnění strachu v průběhu porodu. Na základě toho bylo provedeno kvantitativní šetření, jehož výhodou je rychlý sběr a analýza dat. Ke sběru dat byl použit anonymní nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce (příloha A).

Úvod dotazníku zahrnoval informace o významu tohoto šetření, o mé osobě a dále instrukce, kterými se měly respondentky při vyplňování řídit. Dotazník obsahoval 21 otázek. Z nich 11 bylo uzavřených, kde respondentky označovaly pouze nabízené odpovědi. Polouzavřené otázky byly 3 a respondentky na ně mohly odpovědět i jinak v případě, že jim nabízené možnosti nevyhovovaly. Některé otázky nabízely možnost výběru i více odpovědí najednou. Otevřených otázek s možností volné odpovědi bylo sedm.

Sběr dat probíhal v období říjen 2016 – leden 2017 ve 3 zdravotnických zařízeních Pardubického kraje. V každém z nich bylo se svolením náměstkyně ošetrovatelské péče a hlavní nebo staniční sestry příslušného oddělení rozdáno 30 dotazníků. Celkový počet činil 90 dotazníků (100%), vyplněno jich bylo 53 a návratnost tedy byla 59 %. Dotazníky jsem v tištěné formě osobně rozdávala ženám, které byly po porodu hospitalizovány na oddělení šestinedělí. Na základě svobodného rozhodnutí respondentky dotazník buď vyplnily, nebo se rozhodly, že se šetření nezúčastní. Po vyplnění dotazníky ukládaly do předem připraveného boxu na oddělení pro zajištění jejich anonymity.

### 4.1 Výzkumné otázky

Na základě stanovených cílů a po nastudování odborné literatury byly formulovány 4 výzkumné otázky:

1. Jak jsou organizovány kurzy předporodní přípravy?
2. Jak ženy hodnotí informace o porodu získané v kurzech předporodní přípravy?
3. Jak ženy při porodu využily poznatky získané v kurzech předporodní přípravy?
4. Jak ženy, které absolvovaly kurz předporodní přípravy, vnímaly strach při porodu?

## 4.2 Zpracování dat

Získaná data z kvantitativního výzkumného šetření byla roztržena pomocí čárkovací metody. Dále byla zpracována v tabulkovém procesoru Microsoft Office Excel 2016 a textovém editoru Microsoft Office Word 2016 (Chráška, 2007, s. 40).

V tabulkovém procesoru Microsoft Office Excel 2016 byly jednotlivé výsledky nejprve zpracovány pomocí tabulek četností a sloupcových grafů. Poté byl pro psaný text použit textový editor Microsoft Office Word 2016, do kterého byly výsledky převedeny, a dále byly doplněny popisnou statistikou. V tabulkách a grafech jsou výsledky znázorněny pomocí absolutní četnosti ( $n_i$ ) a relativní četnosti ( $f_i$ ). Absolutní četnost ( $n_i$ ) představuje počet respondentek, které zvolily danou odpověď. Relativní četnost ( $f_i$ ) je pak podílem četnosti absolutní a četnosti celkové ( $n$ ), která vyjadřuje celkový počet respondentek. Výsledná relativní četnost je vyjádřena v procentech ( $f_i \%$ ). Pro vyjádření celkového počtu respondentů je v tabulkách použit znak  $\Sigma$ .

Pro výpočet relativní četnosti je použit vzorec:  $f_i (\%) = \frac{n_i}{n} (\cdot 100)$  (Chráška, 2007, s. 40-41).

U dotazníkových položek, kde si mohly respondentky zvolit více odpovědí, jsou výsledky taktéž znázorněny pomocí absolutní četnosti ( $n_x$ ) a relativní četnosti ( $f_x$ ). Absolutní četnost ( $n_x$ ) pak představuje počet odpovědí u dané možnosti. Relativní četnost ( $f_x$ ) je podílem absolutní četnosti ( $f_x$ ) a celkové četnosti ( $n$ ), která vyjadřuje celkový počet odpovědí. Výsledná relativní četnost je vyjádřena v procentech ( $f_x \%$ ). Pro vyjádření celkového počtu respondentů je v tabulkách použit znak  $\Sigma$ .

Pro výpočet relativní četnosti u dotazníkových položek s možností výběru více odpovědí je tedy použit vzorec:  $f_x (\%) = \frac{n_x}{n} (\cdot 100)$  (Chráška, 2007, s. 40-41).

## 4.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvořily ženy, které před porodem absolvovaly kurz předporodní přípravy v Pardubickém kraji. Dotazníky jim byly rozdány na oddělení šestinedělí. Důvodem, proč byly dotazníky rozdány právě na tomto oddělení bylo, aby si ženy z kurzu předporodní přípravy a z průběhu porodu pamatovaly co nejvíce informací.

Dotazník byl rozdán 90 respondentkám, nazpět se vrátilo 53 dotazníků. Celkem 40 dotazovaných žen (44 %) uvedlo, že v posledním těhotenství kurz navštěvovaly. Zbýlých 13 žen (14 %) uvedlo, že se kurzu neúčastnily, a proto dále nebyly do výzkumu zahrnuty.

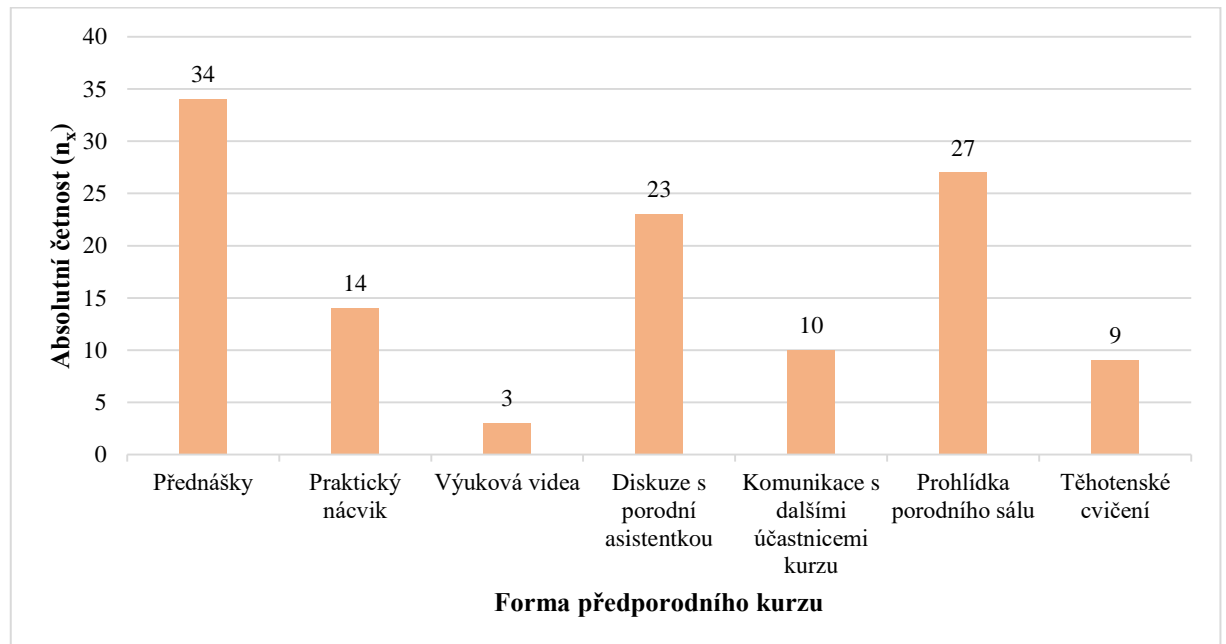
Získaná data, týkající se věku respondentek, byla pro lepší přehlednost seskupena do 7 intervalů. Ideální hloubka intervalu byla stanovena pomocí vzorce:  $h \approx 0,08 \cdot R$ . Hloubku intervalu označujeme  $h$  a variační šíři, tedy rozdíl mezi největší a nejmenší naměřenou hodnotou,  $R$  (Chráška, 2007, s. 41). Šest žen (15 %) tvořilo skupinu ve věku 21 – 23 let. V následující kategorii 24 – 26 let bylo celkem 8 žen (20 %). Nejpočetnější skupinou byly ženy ve věku 27 – 29 let – celkem 12 respondentek (30 %). Ve věkové kategorii 30 – 32 let bylo 9 respondentek (22,5 %). Ve věkové kategorii 33 – 35 let byly 2 ženy (5 %) a stejně tomu bylo i u věkové kategorie 36 – 38 let. Poslední skupinu 39 – 41 let tvořila pouze 1 žena (2,5 %).

Tento odstavec popisuje v kolikátém týdnu těhotenství začaly dotazované ženy kurz předporodní přípravy navštěvovat. Nejpočetnější skupinu tvořily respondentky, celkem 10 žen (25 %), které začaly navštěvovat kurz předporodní přípravy ve 34. týdnu těhotenství. Celkem 5 respondentek (12,5 %) začalo navštěvovat předporodní kurz ve 36. týdnu těhotenství. Dále 4 respondentky (10 %) uvedly, že začaly kurz navštěvovat ve 28. týdnu těhotenství a stejný počet žen uváděl také 32. a 35. týden těhotenství. Ve 20. týdnu začaly kurz předporodní přípravy navštěvovat 3 respondentky (7,5 %). Celkem 2 respondentky (5 %) začaly kurz navštěvovat ve 30. týdnu těhotenství a stejně tak tomu bylo v 31. a 38. týdnu těhotenství. Vždy 1 respondentka (2,5 %) dále uvedla, že předporodní kurz začala navštěvovat ve 23., 24., 25. a 26. týdnu těhotenství.

## 5 Analýza a interpretace výsledků

V této kapitole jsou znázorněny výsledky kvantitativního výzkumu. Jsou zpracovány pomocí tabulek četností, sloupcových grafů a popisné statistiky. Otázky č. 1, 2 a 3 byly již uvedeny a zpracovány v kapitole 4.3 Charakteristika výzkumného vzorku. Analýza a interpretace výsledků tedy začíná od otázky č. 4.

### Otázka č. 4: Jakou formou kurz předporodní přípravy probíhal?



Obrázek 1 Graf četností formy předporodního kurzu

Tato otázka zjišťuje, jakou formou probíhal kurz předporodní přípravy, který ženy navštěvovaly. Respondentky v této otázce mohly označit více odpovědí. Z obrázku (Obrázek 1) lze vyvodit, že nejčastěji ženy volily odpověď přednášky, a to celkem ve 34 případech (28,3 %). Další čtne volenou odpovědí, ve 27 případech (22,5 %) bylo, že kurz probíhal formou prohlídky porodního sálu. Ve 23 případech (19,3 %) ženy zvolily odpověď diskuze s porodní asistentkou. Praktický nácvik označily ženy čtrnáctkrát (11,7 %). V 10 případech (8,3 %) ženy zvolily odpověď, že na kurzu komunikovaly s dalšími účastnicemi. Nejméně ženy volily odpověď, tedy ve 3 případech (2,5 %), že na kurzu předporodní přípravy sledovaly výuková videa. Překvapuje mě, že pouze v 9 případech (7,5 %) zahrnoval předporodní kurz těhotenské cvičení. Domnívám se, že ženy navštěvovaly cvičení pro těhotné samostatně.



### Otázka č. 5: Z kolika lekcí se kurz skládal?

Tabulka 1 Počet lekcí

Počet lekcí	$n_i$	$f_i \%$
1 lekce	15	37,5
2 lekce	2	5
3 lekce	3	7,5
4 lekce	10	25
8 lekcí	4	10
10 lekcí	3	7,5
12 lekcí	2	5
15 lekcí	1	2,5
$\Sigma$	40	100

Na otázku č. 5 odpovídaly respondentky volnou odpovědí. Jejím účelem bylo zjistit, z kolika lekcí se předporodní kurz, který ženy navštěvovaly, skládal. Je zajímavé, že nejvíce respondentek, tedy 15 žen (37,5 %) uvedlo, že předporodní kurz zahrnoval 1 lekci. Z dotazníkového šetření totiž vyplynulo, že kurz pořádaný pod záštitou jedné z nemocnic je organizován jako diskuze s porodní asistentkou a zahrnuje pouze 1 lekci. Celkem 10 žen (25 %) uvedlo, že se předporodní kurz skládal ze 4 lekcí. Dále 4 ženy (10 %) navštěvovaly kurz, který obsahoval 8 lekcí. Tři respondentky (7,5 %) uvedly, že se kurz skládal ze 3 lekcí a stejně tomu bylo u 10 lekcí. Dále 2 navštěvovaly předporodní kurz zahrnující 2 lekce a stejný počet žen navštěvoval kurz o 12 lekcích. Pouze 1 žena (2,5 %) uvedla, že se kurz, který navštěvovala, skládal z 15 lekcí (Tabulka 1).

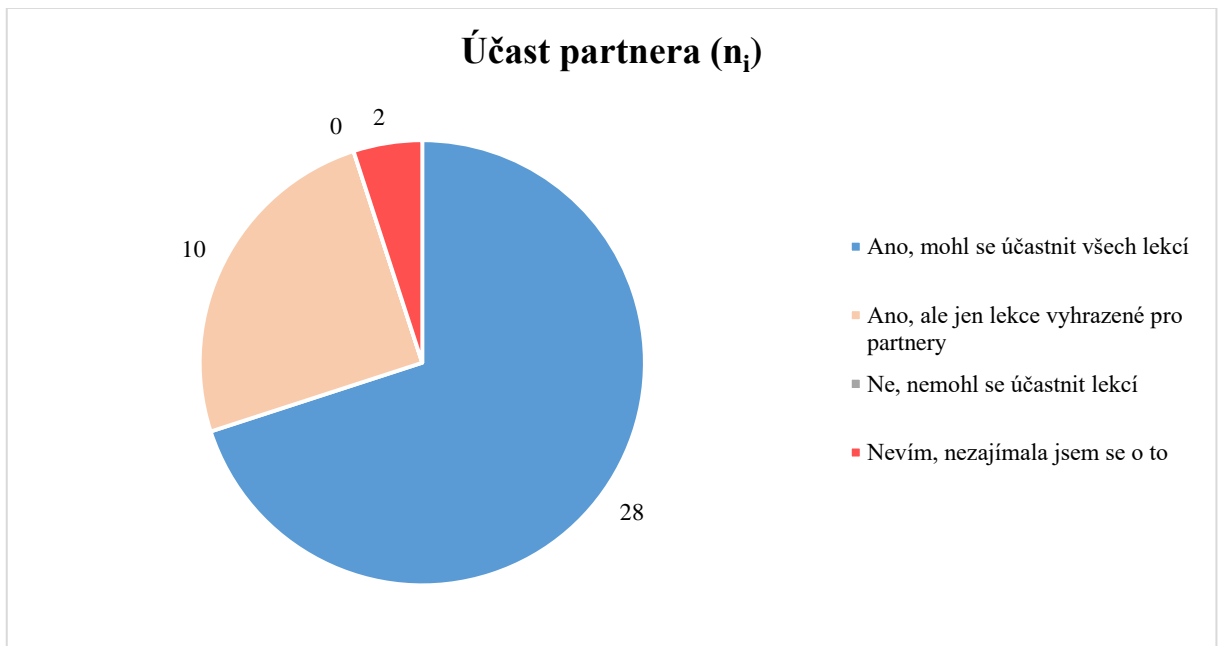
### Otázka č. 6: Jak dlouho trvala 1 lekce?

Tabulka 2 Délka lekce

Délka lekce	$n_i$	$f_i \%$
0,5 hodiny	1	2,5
1 hodina	8	20
1,5 hodiny	9	22,5
2 hodiny	9	22,5
2,5 hodiny	6	15
3 hodiny	5	12,5
4 hodiny	1	2,5
8 hodin	1	2,5
$\Sigma$	40	100

Otázka č. 6 zjišťuje délku jedné lekce předporodního kurzu. Respondentky na ni mohly volně odpovídat. V devíti případech (22,5 %) ženy uvedly, že lekce kurzu trvala 1,5 hodiny a stejný počet žen uvedl 2 hodiny. Osm žen (20 %) uvedlo 1 hodinu. Šestkrát (15 %) pak uvedly, že délka kurzu trvala 2,5 hodiny. V 5 případech (12,5 %) uvedly 3 hodiny. Vždy 1 respondentka (2,5 %) uvedla délku kurzu 0,5 hodiny a 4 hodiny. Jedna respondentka (2,5 %) uvedla, že lekce trvala 8 hodin. Jednalo se však o individuální víkendový kurz předporodní přípravy (Tabulka 2).

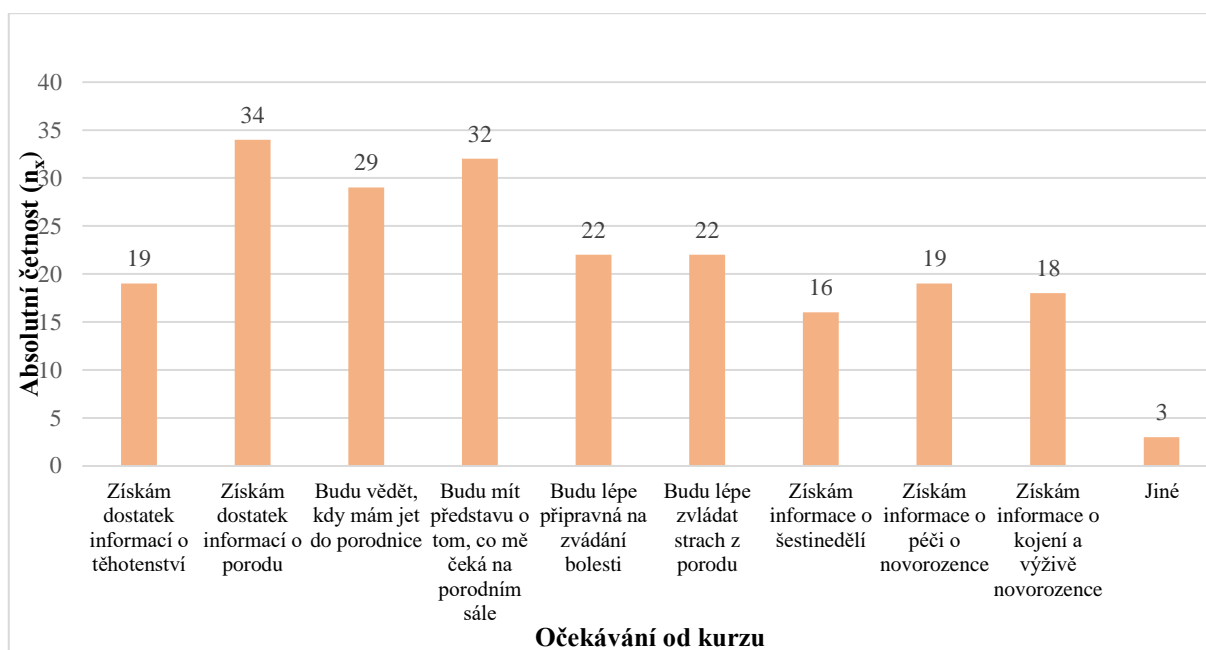
**Otázka č. 7: Mohl být Váš partner přítomen na lekcích kurzu předporodní přípravy s Vámi?**



**Obrázek 2 Graf četností účasti partnera u porodu**

Pokud chce být partner rodičky u porodu prospěšný, je žádoucí, aby se účastnil předporodního kurzu. Pozitivním zjištěním je, že 28 žen (70 %) označilo odpověď, že se partner mohl účastnit všech lekcí předporodního kurzu. Dále 10 žen (25 %) uvedlo, že se partner mohl účastnit jen lekce vyhrazené pro partnery. Pouze 2 ženy (5 %) uvedly, že partner na kurzu nemohl být přítomen. Žádná respondentka (0 %) neoznačila nabízenou odpověď „Nevím, nezajímala jsem se o to“ (Obrázek 2).

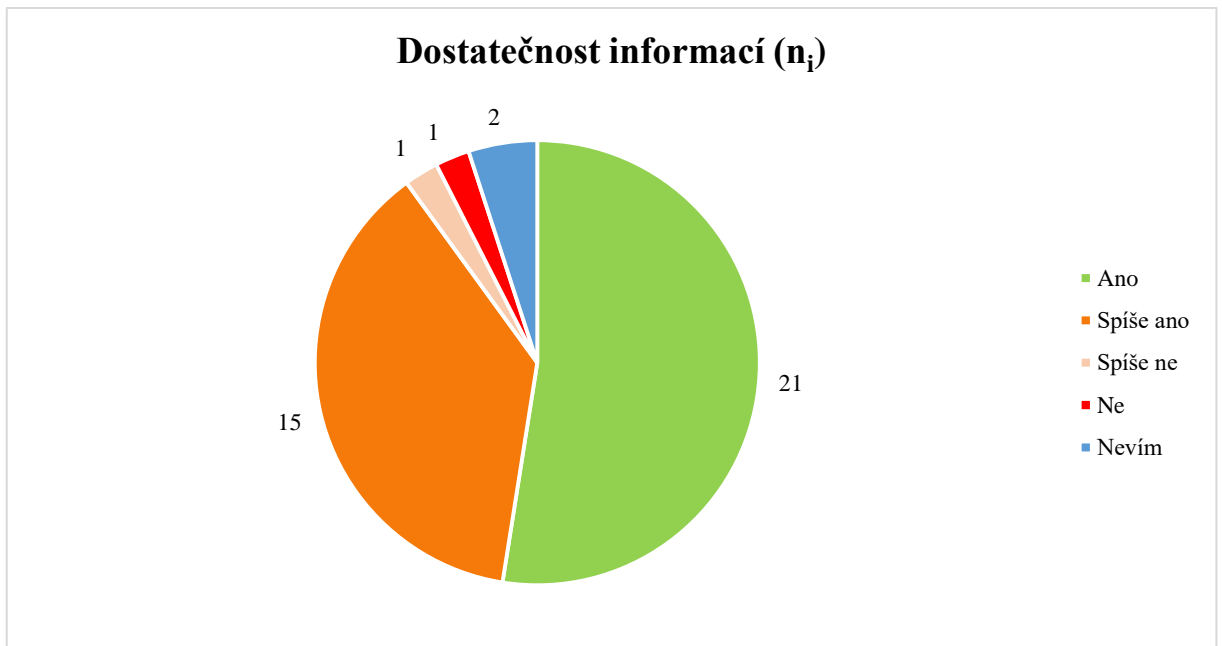
## Otázka č. 8: Jaké bylo Vaše očekávání od kurzu předporodní přípravy?



Obrázek 3 Graf četností očekávání od kurzu

U této dotazníkové položky si respondentky mohly zvolit více odpovědí. Již předem se dalo předpokládat, že ženy mají svá očekávání, se kterými do kurzu přicházejí. Z mých nabízených možností ženy nejčastěji volily odpověď, že získají dostatek informací o porodu. Tuto odpověď označilo 34 žen (15,9 %). Odpověď „Budu mít představu o tom, co mě čeká na porodním sále“ zvolilo 32 žen (15 %). Ve 29 případech (13,6 %) zvolily ženy odpověď „Budu vědět, kdy mám jet do porodnice“. Ve 22 případech (10,3 %) ženy očekávaly, že budou lépe připravené na zvládnutí porodních bolestí a stejně tak očekávaly, že budou lépe zvládat strach z porodu. Ženy v 19 případech (8,9 %) označily odpověď „Získám dostatek informací o těhotenství“ a rovněž odpověď „Získám informace o péči o novorozence“. Celkem v 18 případech (8,4 %) ženy očekávaly, že získají informace o kojení a výživě novorozence. Odpověď, která se týká informací o šestinedělí, označilo 16 žen (7,5 %). Ve 3 případech (1,4 %) označily respondentky odpověď „Jiné“. Zde ženy uvedly odpovědi: „Relaxační metody“, „Praktický nácvik dýchání a tlačení“ a „Zeptám se na konkrétní problémy a strachy“ (Obrázek 3).

**Otázka č. 9: Považujete informace, které jste získala na kurzech předporodní přípravy, za dostatečné?**



**Obrázek 4 Graf četností dostatečnosti informací**

Otázka č. 9 zjišťuje, zda ženy považují informace, které získaly na kurzu předporodní přípravy, za dostatečné. Ze 40 dotázaných respondentek uvedlo 21 žen (52,5 %) odpověď „Ano“. Odpověď „Spíše ano“ uvedlo 15 žen (37,5 %). Dvě ženy (5 %) uvedly odpověď „Nevím“. Pouze jedna respondentka (2,5 %) uvedla odpověď „Ne“ a stejně tomu bylo i u odpovědi „Nevím“. Vysoké procento spokojenosti žen svědčí o dobré kvalitě informací, které jsou klientkám předávány (Obrázek 4).

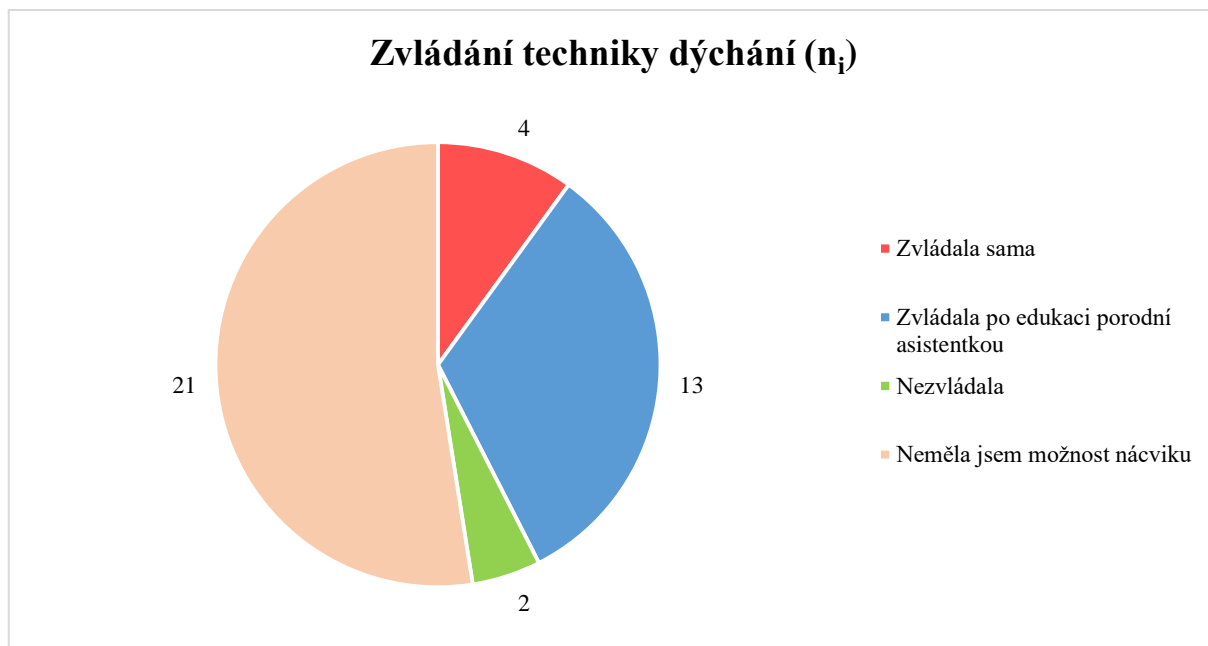
### Otázka č. 10: Které informace Vám popřípadě v kurzu chyběly?

Tabulka 3 Chybějící informace

Chybějící informace	$n_x$	$f_x \%$
Technika dýchání	8	32
Operativní ukončení porodu	5	20
Technika tlačení	4	16
Komplikace při porodu	2	8
Tišení bolesti	2	8
Porod	1	4
Šestinedělí	1	4
Péče o novorozence	1	4
Těhotenské cvičení	1	4
$\Sigma$	25	100

Z předchozího obrázku (Obrázek 4) vyplývá, že ženy jsou se získanými informacemi ve většině případů spokojeny. Pokud jim přece jen některé chyběly, mohly je zde volně vypsát. Nejčastěji ženám chyběly informace týkající se techniky dýchání za porodu, a to v 8 případech (32 %). V pěti případech (20 %) ženy uvedly informace o operativním ukončení porodu. Dále ženy ve 4 případech (16 %) uvedly, že jim chyběly informace o technice tlačení. Dvakrát (8 %) uvedly informace o komplikacích, které mohou za porodu nastat, a stejně tak jim chyběly informace o tišení bolesti. Vždy jednou (4 %) respondentky uvedly informace o porodu, šestinedělí, péči o novorozence a cvičení v těhotenství. Zbýlých 15 respondentek na tuto otázku neodpovědělo (Tabulka 3).

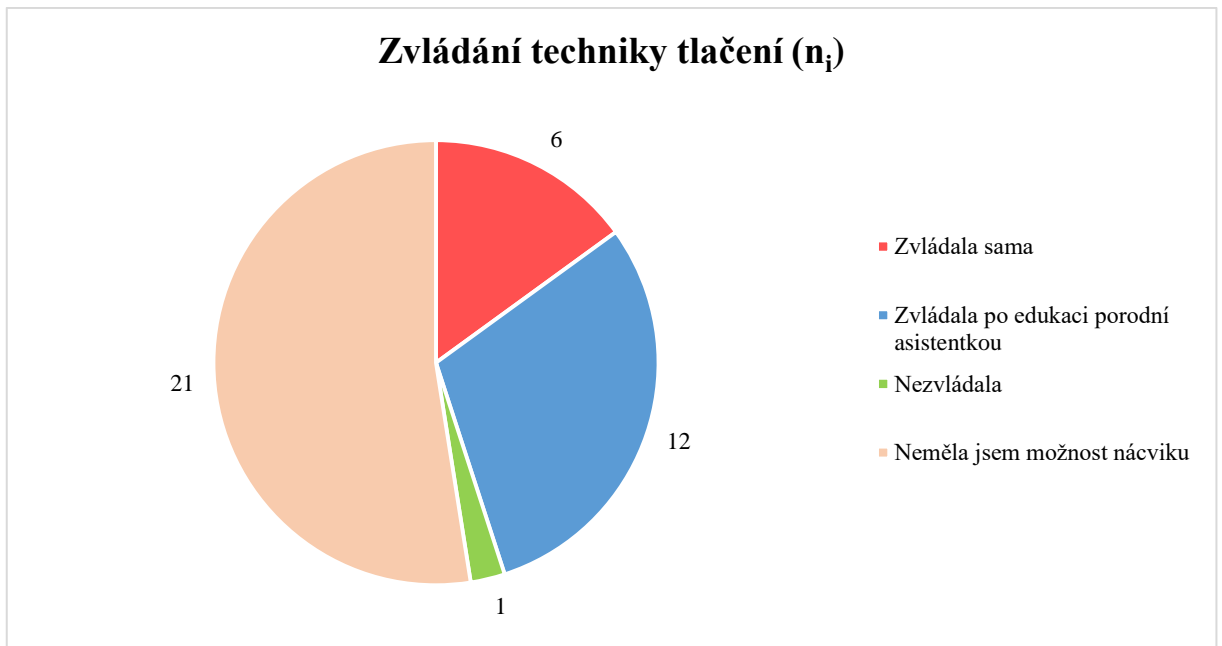
**Otázka č. 11: Jak jste zvládala techniku dýchání při porodu po předešlém nácviku na kurzu?**



**Obrázek 5 Graf četností zvládání techniky dýchání**

Součástí fyzické přípravy na porod by měl být i nácvik dýchání pro jednotlivé doby porodní. Z grafu je však patrné, že ženy v mnoha případech neměly možnost nácviku těchto technik na předporodním kurzu. Tuto odpověď volilo celkem 21 žen (52,5 %). Dále ženy ve 13 případech (32,5 %) uvedly, že techniku dýchání zvládaly až po edukaci porodní asistentky právě na porodním sále. Pouze 4 ženy (10 %) uvedly, že techniku dýchání po absolvování kurzu předporodní přípravy zvládaly samy. Dvě ženy (5 %) uvedly, že techniku dýchání nezvládaly (Obrázek 5).

**Otázka č. 12: Jak jste zvládala techniku tlačení při porodu po předešlém nácviku na kurzu?**

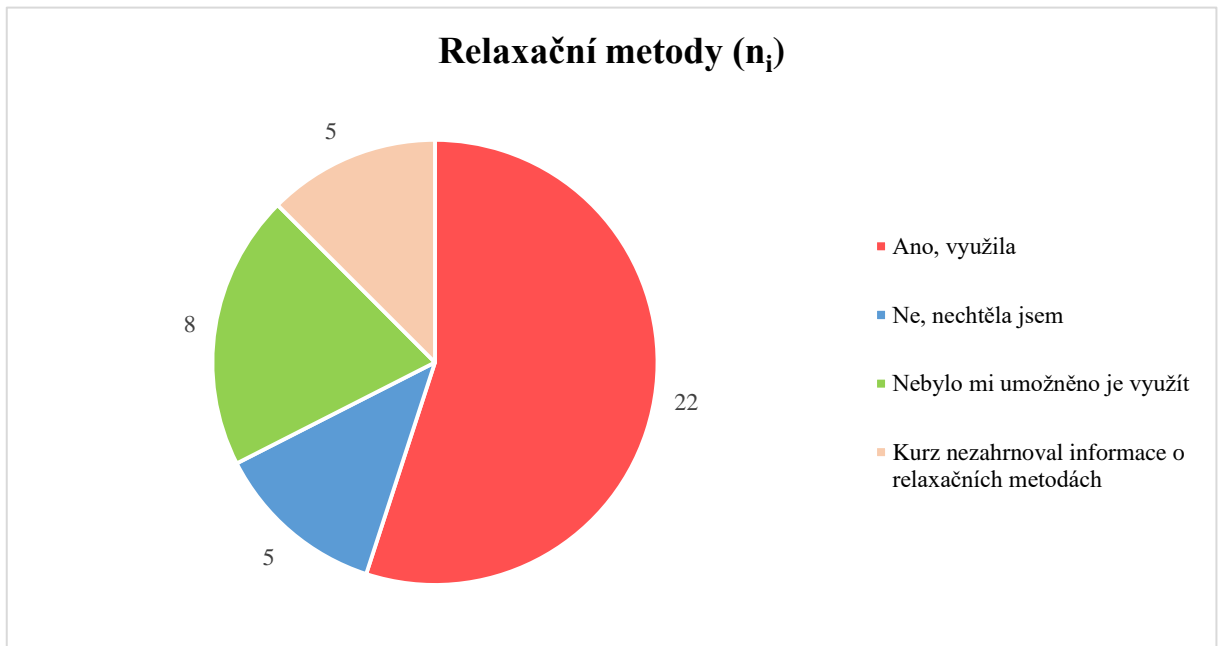


**Obrázek 6 Graf četností zvládání techniky tlačení**

Podobně jako v přechozí otázce ženy odpovídaly i zde. Celkem 21 žen (52,5 %) uvedlo, že neměly možnost nácviku techniky tlačení na předporodním kurzu, přestože by měla být jeho součástí. Dále 12 žen (30 %) uvedlo, že techniku tlačení zvládaly až po edukaci porodní asistentkou. Šest žen (15 %) zvládalo tuto techniku po absolvování kurzu předporodní přípravy a pouze 1 žena (2,5 %) uvedla, že tuto techniku nezvládala (Obrázek 6).



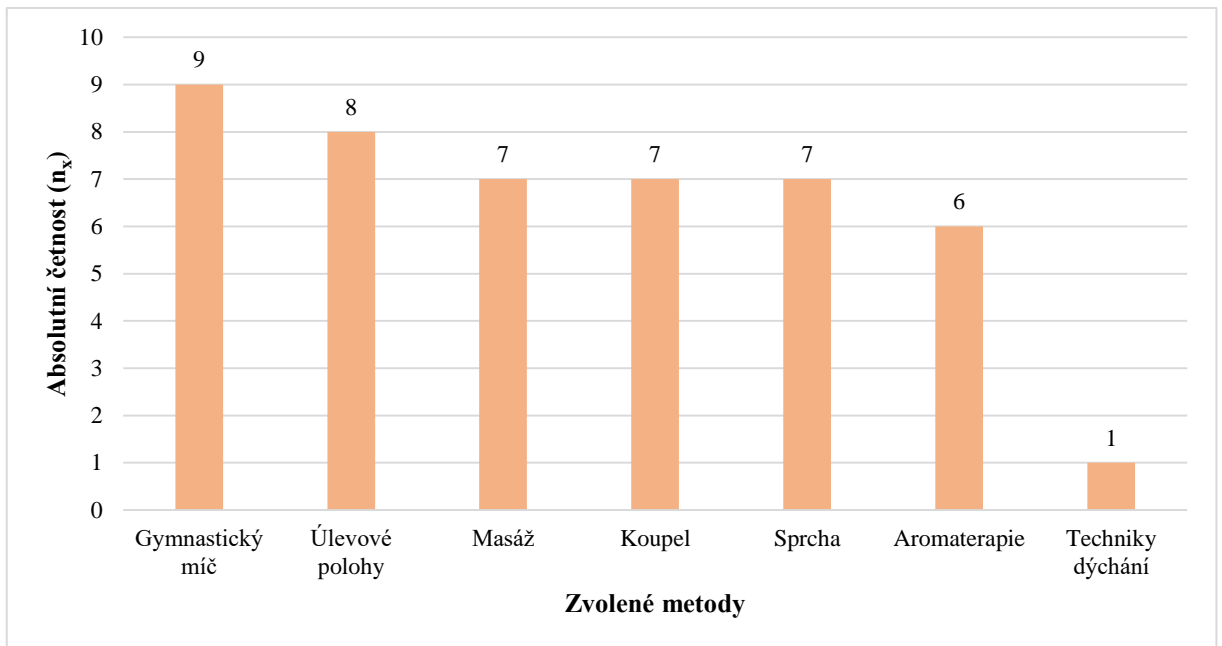
**Otázka č. 13: Využila jste při porodu nějaké relaxační metody, o kterých jste se dověděla na kurzu?**



**Obrázek 7 Graf četností relaxační metody**

Součástí předporodní přípravy jsou i informace o různých relaxačních metodách a jejich nácvik, které napomáhají lepšímu zvládnutí děložních kontrakcí. Pro lepší představu jsem k otázce příkladem uvedla „masáž, koupel a úlevové polohy“. Dobrým zjištěním je, že více než polovina respondentek, 22 žen (55 %) využila za porodu některé z relaxačních metod, o kterých se na kurzu předporodní přípravy dozvěděla. Celkem 8 ženám (20 %) nebylo na porodním sále umožněno tyto metody využít. Limitující by v tomto případě mohl být zdravotní stav rodičky, který využití těchto metod nedovoluje, nebo nedostatečné vybavení zdravotnického zařízení. Pět žen (12,5 %) nemělo zájem relaxační metody využít a dalších 5 respondentek (12,5 %) uvedlo, že kurz, který v těhotenství navštěvovaly, nezahrnoval informace o relaxačních metodách (Obrázek 7).

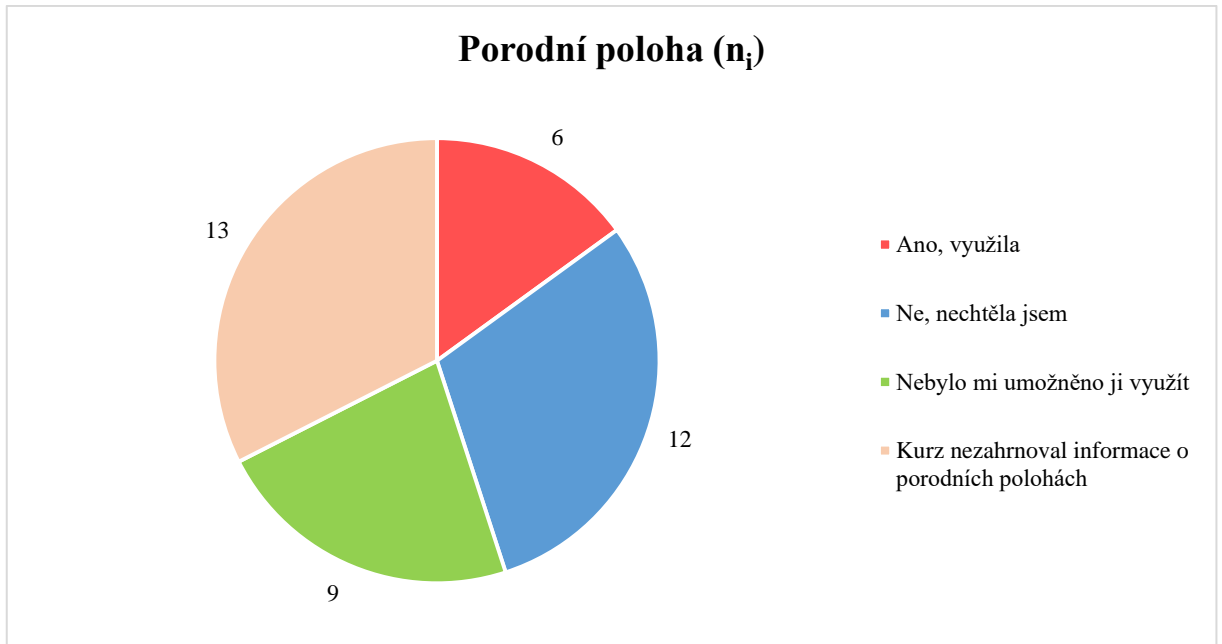
**Otázka č. 14: Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ANO, které relaxační metody jste za porodu využila?**



**Obrázek 8 Graf četností zvolené metody**

Na tuto otázku mohly volně odpovídat ženy, které za porodu nějaké relaxační metody využily. Některé ženy uvedly, že jich za porodu využily i více. Nejčastěji ženy k relaxaci využívaly gymnastický míč, a to v 9 případech (20 %). V 8 případech (17,8 %) ženy uvedly odpověď „Úlevové polohy“. Celkem v 7 případech (15,6 %) respondentky uvedly „Masáž“, a taktéž v 7 případech (15,6 %) uvedly „Koupel“ a „Sprcha“. V 6 případech (13,3 %) využily ženy k relaxaci aromaterapii. Pouze 1 odpověď (2,2 %) se týkala technik dýchání (Obrázek 8).

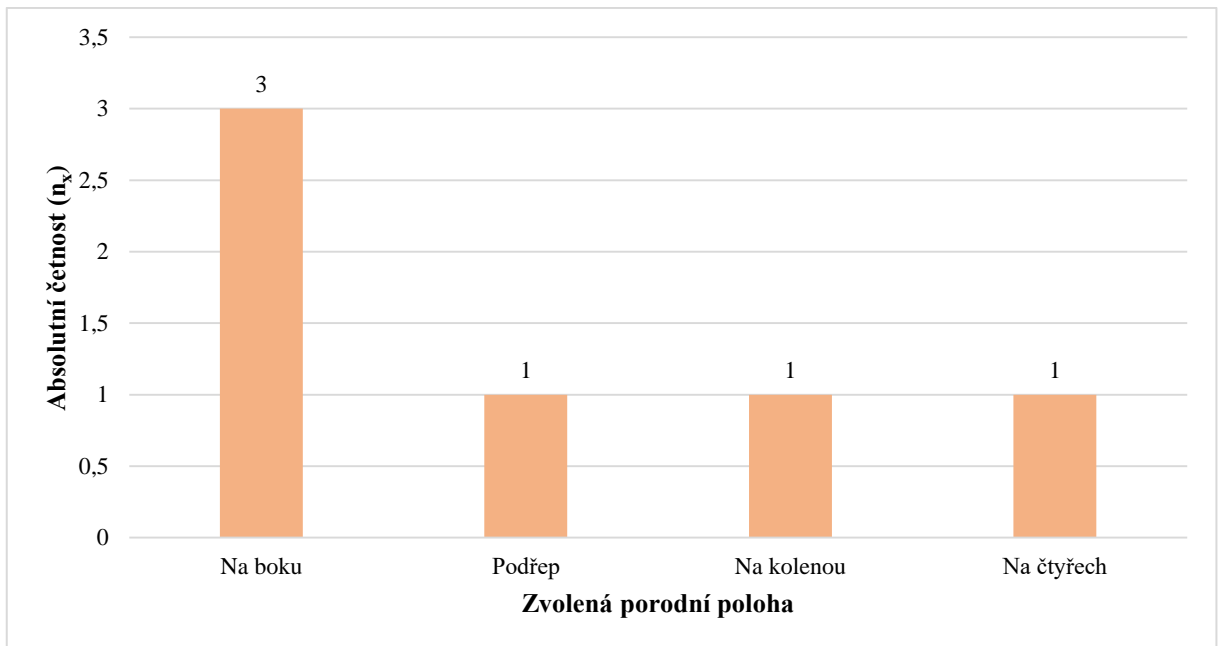
**Otázka č. 15: Využila jste při porodu nějakou jinou porodní polohu, než je vleže na zádech, o které jste se dověděla na kurzu?**



**Obrázek 9 Graf četností porodní polohy**

Dnes se ještě běžně užívá horizontální poloha na zádech, jejíž výhodou je snadný přístup k rodidlům ženy. Mnoho žen však shledává tuto polohu jako nepohodlnou. Proto tato otázka zjišťuje, zda ženy při porodu využily jinou, pro ně vyhovující polohu, o níž se dozvěděly na předporodním kurzu. Největší počet respondentek, celkem 13 žen (32,5 %) uvedlo, že předporodní kurz, který v těhotenství navštěvovaly, informace o možných porodních polohách nezahrnoval. Dvanáct žen (30 %) jinou porodní polohu, než je vleže na zádech, využít nechtělo. Dalším 9 ženám (22,5 %) nebylo umožněno tuto polohu využít. Překvapující je fakt, že pouze 6 žen (15 %) využilo nějakou jinou porodní polohu za porodu. Důvodem je podle mne to, že ve většině zdravotnických zařízení není umožněno využití jiné porodní polohy, než je poloha na zádech (Obrázek 9).

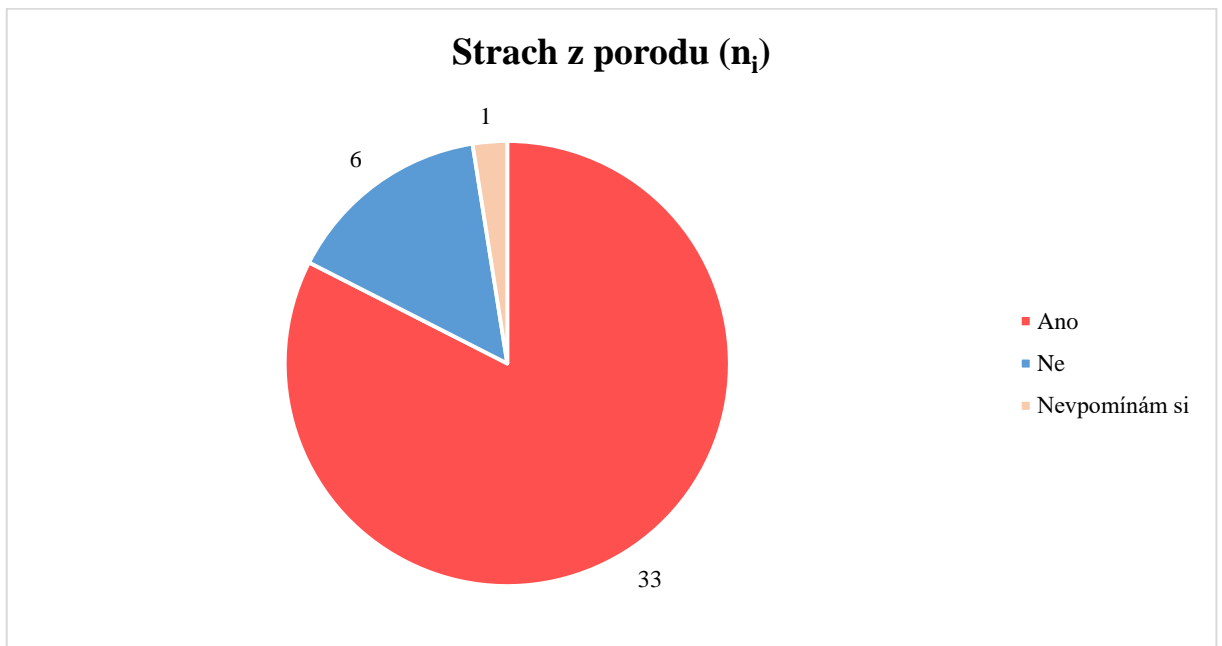
**Otázka č. 16: Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ANO, kterou/které porodní polohy jste za porodu využila?**



**Obrázek 10 Graf četností zvolené porodní polohy**

Na tuto otázku volně odpovídaly ženy, které v předchozí otázce uvedly, že využily některou z porodních poloh, o které se dozvěděly na kurzu předporodní přípravy. Z šesti žen celkem 3 (50 %) uvedly, že ve II. době porodní využily polohu na boku. Vždy 1 žena (16,7 %) pak uvedla polohu v podřepu, na kolenou a na všech čtyřech (Obrázek 10).

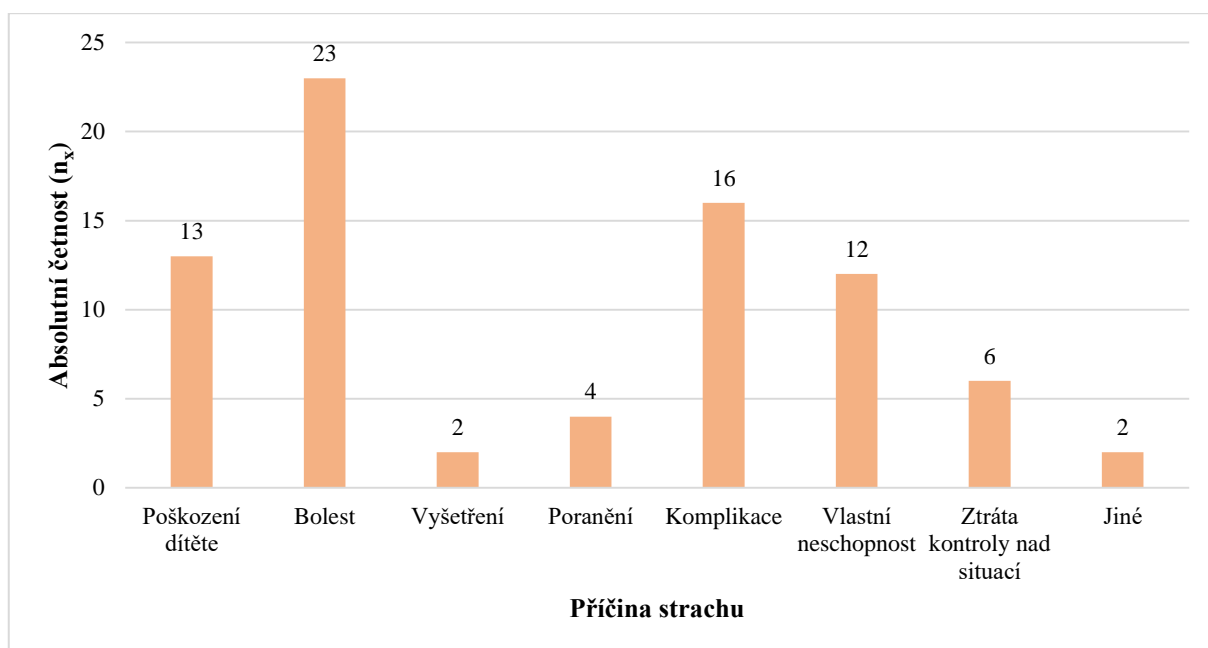
### Otázka č. 17: Pociťovala jste strach z porodu?



**Obrázek 11** Graf četností strachu z porodu

Otázka č. 17 se zabývá tím, zda ženy pociťovaly z porodu strach. Ten může negativně ovlivňovat chování rodičky na porodním sále. V rozumné míře však může být pro ženy jistou motivací k osvojení technik, které vedou ke zvýšení tolerance bolesti. Většina respondentek, 33 žen (82,5 %) označila možnost „Ano“. Celkem 6 žen (15 %) označilo odpověď „Ne“ a pouze 1 respondentka (2,5 %) si na tuto skutečnost nevzpomíná (Obrázek 11).

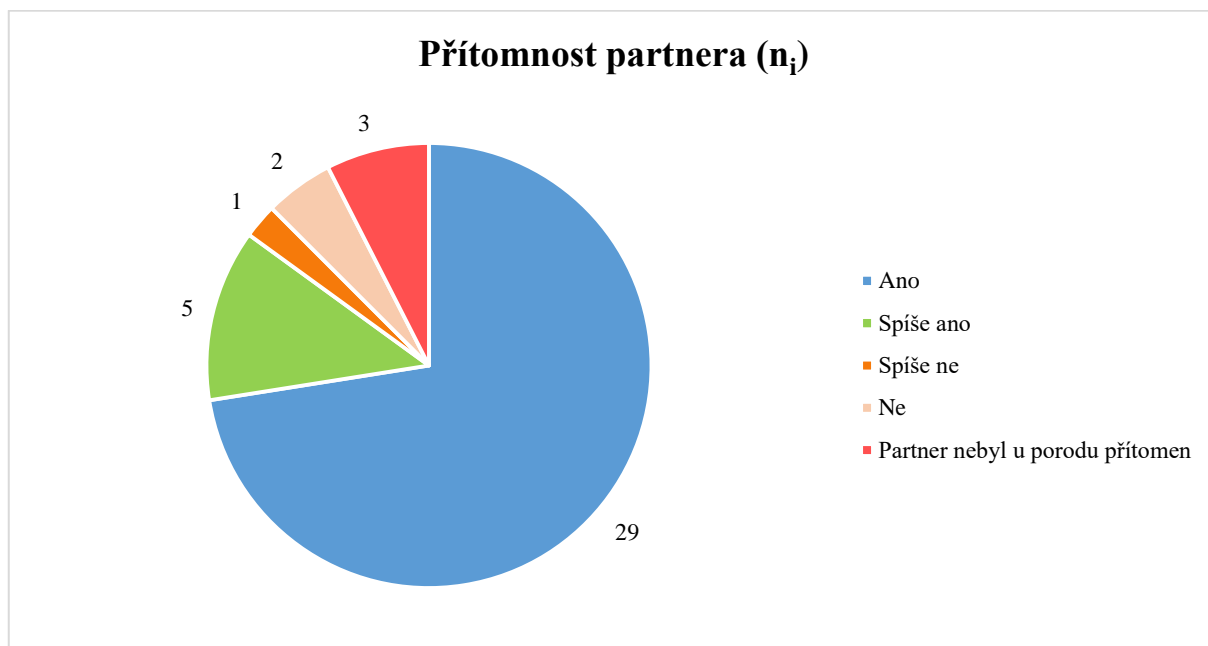
### Otázka č. 18: Jaká byla příčina Vašeho strachu?



Obrázek 12 Graf četností příčiny strachu

Strach je charakteristický tím, že má vždy nějakou příčinu. Právě na to se zaměřuje tato otázka, kde si ženy mohly vybrat jednu nebo i více nabízených možností. Nejčastější příčinou strachu z porodu byla „Bolest“. Tuto možnost respondentky uvedly ve 23 případech (29,5 %). Celkem 16 žen (20,5 %) uvedlo „Komplikace“. Dále ženy volily, celkem v 13 případech (16,7 %) možnost „Poškození dítěte“. Ve 12 případech (15,4 %) respondentky zvolily „Vlastní neschopnost“. Další volenou možností byla „Ztráta kontroly nad situací“, a to v 6 případech (7,7 %). Čtyřikrát (5,1 %) ženy zvolily možnost „poranění“. Nabízená možnost, že příčinou strachu bylo „Vyšetření“, ženy zvolily dvakrát (2,6 %). Ve 2 případech (2,6 %) pak ženy zvolily možnost jiné. Zde obě respondentky shodně uvedly, že příčinou jejich strachu byla „Neznámá situace“ (Obrázek 12).

**Otázka č. 19: Domníváte se, že Váš strach zmírnila přítomnost partnera u porodu?**



**Obrázek 13 Graf četností přítomnosti partnera**

Přítomnost partnera u porodu by měla pro rodičku představovat pocit ochrany a bezpečí. Ke zvýšení kvality prožívání porodu u ženy však dochází na základě společné domluvy partnerů a jejich svobodného rozhodnutí. Tato otázka zjišťuje, zda se díky přítomnosti partnera u porodu snížila míra strachu, který rodička pociťovala. Ženy si volily vyhovující odpověď z nabízených možností. Většina respondentek, tedy 29 žen (72,5 %) zvolila odpověď „Ano“. Možnost „Spíše ano“ zvolilo 5 žen (12,5 %). Skutečnost, že partner nebyl u porodu přítomen uvedly 3 ženy (7,5 %). Možnost „Ne“ zvolily ženy ve 2 případech (5 %) a možnost „Spíše ne“ zvolila pouze 1 respondentka (2,5 %). Z výsledků je tedy patrné, že přítomnost partnera u porodu má ve většině případů pozitivní vliv na zmírnění strachu rodičky (Obrázek 13).

## Otázka č. 20: Co pomáhalo strach zmírnit?

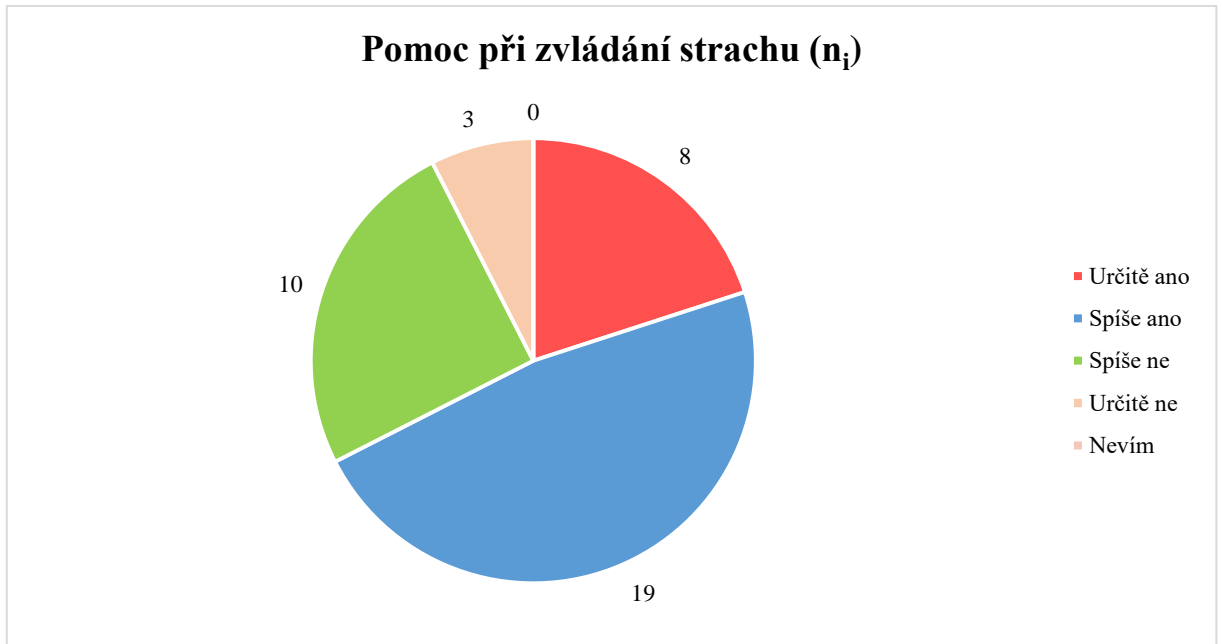
Tabulka 4 Zmírnění strachu

Zmírnění strachu	n <sub>x</sub>	f <sub>x</sub> %
Relaxace	3	5,6
Přítomnost partnera	30	55,6
Přítomnost doly	0	0,0
Rozhovor s porodní asistentkou	12	22,2
Léky	7	13,0
Nefarmakologické metody tišení bolesti	1	1,9
Jiné	1	1,9
<b>Σ</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

Otázka č. 20 zjišťuje, co ženám pomáhalo strach z porodu zmírnit. Ženy si mohly zvolit více odpovědí. V této otázce se opět potvrdilo, že ke zmírnění strachu rodičky výrazně přispívá přítomnost partnera u porodu. Tuto odpověď ženy uvedly dokonce v 30 případech (55,6 %). Ženám také pomohl rozhovor s porodní asistentkou, což respondentky uvádí ve 12 případech (22,2 %). V 7 případech (13 %) ženy uvádí, že ke zmírnění strachu došlo po užití farmak. Tři respondentky (5,6 %) uvedly, že ke zmírnění strachu přispěla relaxace. V 1 (1,9 %) případě respondentka označila možnost, která se týká nefarmakologických metod tišení bolesti. Dále též jednou (1,9 %) respondentka označila možnost jiné. Zde uvedla, že ke snížení jejího strachu přispěl „Skvělý kolektiv porodních asistentek a lékařů“ (Tabulka 4).



**Otázka č. 21: Domníváte se, že Vám předporodní kurz pomohl při zvládnání strachu v průběhu porodu?**



**Obrázek 14 Graf četností pomoci při zvládnání strachu**

V závěrečné otázce se dotazují ženy na to, zda se domnívají, že jim kurz předporodní přípravy, který v těhotenství absolvovaly, pomohl při zvládnání jejich strachu. Výsledky (Obrázek 14) ukazují, že účast na předporodním kurzu v mnoha případech přispěla ke zmírnění strachu rodiček. Téměř polovina respondentek, celkem 19 žen (47,5 %) označila možnost „Spíše ano“. Deset žen (25 %) označilo odpověď „Spíše ne“. V 8 případech (20 %) označily ženy odpověď „Určitě ano“. „Určitě ne“ označily 3 ženy (7,5 %). Žádná žena (0 %) neoznačila možnost „Nevím“ (Obrázek 14).

## 6 Diskuze

V této kapitole jsou shrnuty výsledky výzkumné části bakalářské práce. Na jejich základě bude zodpovězeno na výzkumné otázky, které byly stanoveny podle cílů a poznatků z literatury v úvodu výzkumné části bakalářské práce.

### **Výzkumná otázka č. 1: Jak jsou organizovány kurzy předporodní přípravy?**

K vyhodnocení této výzkumné otázky byly použity 4 dotazníkové položky, a to otázky č. 4 až 7. Z výsledků výzkumu vyplývá, že kurzy předporodní přípravy nejčastěji probíhají formou přednášek. Tuto skutečnost uvedly respondentky ve 28,3 % případů. Překvapivým zjištěním je, že 37,5 % dotazovaných žen navštěvovalo kurz, který zahrnoval pouze 1 lekci. Shodně ženy uváděly, že lekce předporodního kurzu trvala 1,5 a 2 hodiny, a to ve 22,5 %.

V současné době neexistují v České republice standardy pro vedení kurzů. Lektorka tedy sama rozhoduje o tom, jakou formou bude kurz probíhat a co bude jeho náplní. Také si sama volí frekvenci a délku lekcí kurzu. Vždy by však měla reflektovat potřeby a očekávání svých klientek. Bašková (2015) uvádí, že se těhotným ženám všeobecně doporučuje navštěvovat kurz předporodní přípravy od 3.-4. měsíce těhotenství, a to jedenkrát týdně. Nebo také doporučuje absolvovat celkem 10 lekcí kurzu, z toho 5 před 30. týdnem gravidity a 5 po 30. týdnu gravidity. Dále uvádí, že by jedna lekce měla trvat přibližně 50 minut. Popisuje také, že některé lektorky plánují pro těhotné celkem 8 lekcí po 45 minutách. Podle Ratislavové (2008) by se měly těhotné ženy setkávat v šesti lekcích, které trvají 60 minut. Stadelmann (2009) považuje ideální za rozsah kurzu 6-10 lekcí po 1,5-2 hodinách.

V rámci organizace předporodního kurzu mě také zajímalo, zda se mohl lekcí účastnit i partner těhotné ženy. Výsledky vypovídají o tom, že v 70 % se partneři lekcí účastnit mohli. Ve 25 % pak mohli být partneři přítomni na lekcích, které pro ně lektorky vyhradily. Mnoho přípravných kurzů již mohou navštěvovat oba partneři. Stejně jako k přítomnosti u porodu by partner neměl být k účasti na předporodním kurzu nucen. Cílem kurzu není odborné školení partnerů, ale uvědomění si, že sama přítomnost partnera u porodu rodiče velice pomáhá, důležité je pro ni mít po svém boku někoho, komu může bezmezně důvěřovat. Stadelmann (2009) ze svých zkušeností vyvozuje závěr, že nejlepší je, pokud jsou na kurzu přítomny pouze ženy. Jen tehdy mohou více vnímat své tělo a otevřít se lektorce/porodní asistentce. Ratislavová (2008) doporučuje předporodní přípravu celého páru. Pro partnera je přínosné, že získá informace o průběhu porodu, osvojí si dovednosti aktivní pomoci rodiče a pomocné techniky. Také se dozví o komplikacích, které mohou v průběhu porodu nastat, a o tom, jak se má v této

situaci zachovat. Přítomnost partnera u porodu by však účastí na předporodním kurzu neměla být podmíněna.

### **Výzkumná otázka č. 2: Jak ženy hodnotí informace o porodu získané v kurzech předporodní přípravy?**

K vyhodnocení této výzkumné otázky byly použity dotazníkové položky č. 8, 9 a 10. Podle Baškové (2015) by se lektorka, která kurz pořádá, měla žen na jejich konkrétní očekávání zeptat, aby je mohla co nejvíce naplnit. Proto jsem v otázce číslo 9 zjišťovala, co ženy od kurzu předporodní přípravy čekají. Z výsledků výzkumu vyplývá, že očekávání respondentek se nejčastěji týkalo oblasti porodu. V 15,9 % případů ženy očekávaly, že získají dostatek informací o porodu. Dále v 15 % ženy očekávaly, že budou vědět, co je čeká na porodním sále. Očekávání se také týkalo informací, kdy má žena jet do porodnice a jak zvládat porodní bolesti a strach z porodu. Jurová (2012) ve své práci uvádí, že ženy od kurzu očekávají získání informací o porodu, prostředí porodního sálu, rozpoznání děložních kontrakcí, počátku porodu a délky jednotlivých porodních dob.

Dále se zaměřuji na to, jak ženy hodnotí informace, které na kurzu předporodní přípravy získaly. Wilhelmová (2014) popisuje, že období těhotenství a samotný porod představuje pro rodiče v nové životní etapě velkou informační zátěž. Avšak také poukazuje na to, že by budoucí rodiče měli být dostatečně informováni, aby pro své dítě mohli být zdrojem lásky a především zdraví. Vzhledem k tomu, že na otázku „Považujete informace, které jste získala na kurzech předporodní přípravy, za dostatečné?“, odpovědělo 52,5 % „Ano“ a 37,5 % „Spíše ano“, znamená to, že 90 % žen je spokojeno s informacemi, které získaly.

I přes kladné hodnocení získaných informací ženy ve výzkumu uvedly, že některé informace postrádaly. Ženám nejčastěji chyběly informace o technice dýchání a tlačení v průběhu porodu. Přesto, že je v dnešní době více než 15 % porodů ukončeno císařským řezem (Pařízek, 2015), se respondentky na kurzu nedozvěděly informace o operačním ukončení porodu. K podobnému závěru dospěla ve svém výzkumu také Šrámková (2016). Uvedla, že rodičky nejvíce postrádaly informace o technice dýchání a o císařském řezu. Stadelmann (2009) ve své knize uvádí, že předporodní kurzy dnes může vést téměř „kdokoli a v různé kvalitě“, což může být příčinou chybějících informací.

### **Výzkumná otázka č. 3: Jak ženy při porodu využily poznatky získané v kurzech předporodní přípravy?**

Ke třetí výzkumné otázce se vztahovalo celkem 6 položek v dotazníku, a to otázky č. 11 až 16. Účelem této výzkumné otázky bylo zjistit, zda ženy při porodu využily vědomosti a zkušenosti, které na kurzu předporodní přípravy získaly.

Z výzkumného šetření Baškové (2010) vyplývá, že ženy využily různé informace získané na předporodním kurzu. Například o správném dýchání, úlevových polohách, masážích, relaxaci na gymnastickém míči a hydroterapii.

Otázky č. 11 a 12 zjišťovaly, jak ženy za porodu zvládaly techniky dýchání a tlačení po předešlém nácviku na předporodním kurzu. Gregora (2011) ve své knize uvádí, že technika správného dýchání a účinného používání břišního lisu a pánevního dna při tlačení usnadňuje rodičce porod a vede k brzkému zotavení po něm. Z výzkumu je však patrné, že 52,5 % žen, tedy více než polovina, nemělo na předporodním kurzu možnost nácviku techniky dýchání. Stejně tak tomu bylo u techniky tlačení. Z předešlé výzkumné otázky také vyplývá, že informace o těchto technikách některé ženy postrádaly, a právě proto je nemohly za porodu využít. Šrámková (2016) se ve svém výzkumu také zabývala tím, jak ženy využily informace o technice dýchání získané na předporodním kurzu. Uvádí, že všech 10 respondentek, které oslovila, mělo po absolvování kurzu představu, jak budou v jednotlivých fázích porodu dýchat. Z toho však jen 5 respondentek, tedy 50 %, tyto informace v průběhu porodu plně využilo. Dalších 5 dotazovaných žen pak při porodu nedokázalo tyto vědomosti efektivně využít.

Úlohou otázek č. 13 a 14 bylo zjistit, zda se respondentky na kurzu předporodní přípravy dozvěděly informace o relaxačních metodách a zda je za porodu využily. Z výsledků výzkumu vyplývá, že 55 % žen tyto informace na kurzu získalo a následně za porodu využilo. Nejčastěji, tedy ve 20 %, ženy relaxovaly na gymnastickém míči, jehož výhodou je působení gravitace na sestup plodu a také dochází k uvolnění perinea. Dále využívaly úlevové polohy, masáž, sprchu nebo koupel a aromaterapii. Pouze 1 respondentka k relaxaci využila techniky dýchání.

Balaskasová (2010) doporučuje relaxaci a teplou koupel do doby, než budou děložní kontrakce ženu plně zaměstnávat. Poté by podle ní měla žena po několika kontrakcích střídat úlevové polohy, které jí vyhovují. Hájek (2014) uvádí, že sed, relaxace na gymnastickém míči a chůze napomáhají k odstraňování nepravidelností sestupu plodu a také vede k mírné úlevě od porodních bolestí. Říhová (2014) ve své práci uvádí, že za porodu lze využít i kombinace hydroterapie a relaxace na míči. Podle ní se zdá být kombinace těchto metod velice účinná. Stadelmann (2009) popisuje blahodárné účinky aromaterapie, které navozují uvolnění.

Tím dochází ke zvýšení tolerance vůči bolesti a zároveň ke snížení nutnosti užití farmakoterapie. Jako velmi účinnou shledává koupel s éterickými oleji. Jedna z aromaterapeutických směsí, kterou Stadelmann (2009) doporučuje, se nazývá „Olej k porodu“. Ta obsahuje tyto éterické oleje: jasmín (antidepresivum, afrodisiakum, děložní tonikum), muškátová šalvěj (antiseptikum, spasmolytikum), růže (antidepresivum, má harmonizační účinek), ylang-ylang (výrazně zklidňuje, harmonizuje emoce, působí sedativně). Jako nosiče využívá slunečnicový a jojobový olej. Ve výzkumu Dvoranové (2012) všechny dotazované ženy uvedly, že využití aromaterapie za porodu pro ně bylo velmi přínosné.

Hájek (2014) ve své publikaci uvádí, že za „tradiční“ porodní polohu je stále považována poloha na zádech. Avšak při této poloze může docházet k poruchám prokrvení dělohy, placenty a také k nedostatečnému přísunu okysličené krve k plodu. Může také vést k nepravidelnostem sestupu plodu. Dále popisuje, že se při vertikalizaci mění anatomické poměry pánve, pro sestupující plod se mírně zvětšuje prostor, a ten následně vyvíjí nižší tlak na svaly a nervy v sakrální oblasti pánve rodičky. Tato výzkumná otázka je zaměřena také na to, jak ženy využily informace o porodních polohách, které na kurzu předporodní přípravy získaly. Přestože má poloha v leže na zádech řadu nevýhod, využily ženy pouze v 15 % jinou porodní polohu. Důvodem, proč ženy jinou porodní polohu nevyužily, je možná i nízká informovanost na kurzech předporodní přípravy. Z výzkumu vyplývá, že ve 32,5 % předporodní kurzy tyto informace nezahrnovaly. Z toho nejvíce využívanou polohou byla poloha na boku. Stadelmann (2009) přikládá velký význam tomu, aby se žena mohla v každé fázi porodu svobodně pohybovat. Poloha na zádech je podle ní nevhodná proto, že porodní proces prodlužuje. Je také toho názoru, že žena sama nejlépe pozná a zvolí si to, co je pro ni nejlepší. Předpokladem porodu v alternativní porodní poloze je také to, zda dané pracoviště její využití umožňuje. Ve 22,5 % nebylo respondentkám dovoleno jinou porodní polohu využít. Jeřábková (2016) ve své výzkumné práci uvádí, že si 64 % dotazovaných žen nemohlo svobodně zvolit vyhovující porodní polohu. Polohu, která jim k porodu byla doporučena, hodnotily jako nepříjemnou a nepřírozenou.

#### **Výzkumná otázka č. 4: Jak ženy, které absolvovaly kurz předporodní přípravy, vnímaly strach při porodu?**

Do této výzkumné otázky byly zahrnuty odpovědi na otázky č. 17 až 21 z dotazníkového šetření. Strach je z psychologického hlediska neoddelitelnou součástí naší osobnosti. My jen musíme rozvíjet své síly, které nám pomohou se s ním vypořádat. Otázka č. 17 zjišťuje,

zda dotazované ženy pociťovaly strach z porodu. Respondentky v 82,5 % označily odpověď „Ano“. Wilhelmová (2014) ve své práci uvádí, že strach z porodu nejčastěji pociťovaly prvorodičky, které se neúčastnily kurzů předporodní přípravy, a menší skupinu pak tvořily ženy, které absolvovaly pouze 1 přednášku.

Klabbers (2016) ve svém výzkumu shrnuje relevantní literaturu týkající se strachu z porodu. Dle jeho názoru je etiologie strachu pravděpodobně multifaktoriální a může souviset s náchylností některých žen k úzkosti. Kromě toho podle něj může strach souviset s tím, že jsou ženy ovlivněny mnoha zdravotníky, jako jsou porodní asistentky, zdravotní sestry, gynekologové, terapeuti a poradci.

Pomocí otázky č. 18 jsem zjišťovala příčiny strachu žen. Respondentky ve 29,5 % uváděly bolest. Dále ve 20,5 % uváděly strach z komplikací, které mohou za porodu nastat. V 16,7 % měly strach z poškození dítěte a v 15,4 % z vlastní neschopnosti. Jako další příčiny uvádí ztrátu kontroly nad situací, poranění, vyšetření za porodu a neznámou situaci. Vlčková (2014) rozlišuje příčiny strachu podle toho, zda se jednalo o prvorodičku či vícerodičku. Z jejího výzkumného šetření vyplývá, že mezi nejčastější příčiny strachu u prvorodiček patří neznámá situace, vlastní neschopnost, dále také strach z toho, co se bude na porodním sále dít. Vícerodičky popisovaly, že je u nich strach založen na negativní zkušenosti z předešlého porodu. Imrychová (2013) ve své studii popisuje, že ženy, které jsou více úzkostné nebo vyhybavé, pociťují za porodu strach ve zvýšené míře. Stejně tak tomu je u žen, které nemají spokojený partnerský vztah, a u žen s nižší mírou subjektivně pociťované autonomie.

V této výzkumné otázce jsem také zjišťovala, zda přítomnost partnera u porodu ovlivnila míru pociťovaného strachu u rodiček. V 72,5 % respondentky odpovídaly, že přítomnost partnera u porodu pociťovaný strach zmírnila. Pouze pro 5 % žen nebyla přítomnost partnera na porodním sále přínosná. Dlesková (2016) se ve svém výzkumu dotazovala zkušených porodních asistentek na to, proč ženy volí přítomnost partnera u porodu. Podle nich se tak ženy snaží eliminovat svůj strach tím, že je v této intimní situaci doprovází osoba, které plně důvěřují. Podle Maršíkové (2016) však může mít „společný porod“ negativní dopad na partnerský vztah, zejména v oblasti sexuální.

Respondentky dále uváděly, že ke zmírnění pociťovaného strachu přispěl ve 22,2 % rozhovor s porodní asistentkou a ve 13 % farmakoterapie. Také uvedly relaxaci, nefarmakologické metody tláčení bolesti a kolektiv personálu porodního sálu. Žádná z respondentek neuvedla, že

by se její strach zmínil za přítomnosti doly. Tento výsledek však může být ovlivněn tím, že jsem se na její přítomnost u porodu v dotazníkovém šetření nedotazovala.

V závěrečné otázce dotazníku zjišťuji, zda ženám předporodní kurz pomohl při zvládnání strachu v průběhu porodu. V 67,5 % respondentky uvedly, že jim kurz při zvládnání strachu pomohl.

## 7 ZÁVĚR

Cílem teoretické části mé bakalářské práce bylo nastínit souhrnné informace o metodice kurzu předporodní přípravy a přiblížit psychologii těhotenství a porodu. Po nastudování uvedené odborné literatury byla tato část práce zpracována a byly naplněny všechny teoretické cíle práce, které jsem si předem stanovila.

Ve výzkumné části jsem pomocí kvantitativního výzkumu poskytla informace o tom, jak jsou organizovány kurzy předporodní přípravy. Zjistila jsem, že ženy navštěvovaly různé kurzy, které se lišily formou, počtem lekcí a jejich délkou, dokonce i tím, zda mohli být přítomni partneři těhotných žen. Vzhledem tomu, že dosud neexistují žádná oficiální doporučení ani standardy týkající se předporodní přípravy, je organizace těchto kurzů nejednotná. Také se liší i rozsah informací, které lektorky těhotným ženám předávají. Z odpovědí žen v dotazníkovém šetření vyplynulo, že v převážně většině hodnotí ženy získané informace jako dostatečné. Nedostatky se však projevily v oblasti technik dýchání a tlačení, kdy více než polovina dotazovaných žen uvedla, že v kurzu, který navštěvovaly, tyto informace nezískaly. Ve své práci jsem se také snažila získat informace o tom, jak předporodní příprava ovlivňuje strach z porodu. Více než polovina žen uvedla, že absolvování kurzu ke zmírnění jejich strachu přispělo. Významně však ke zmírnění pocíťovaného strachu přispěla také přítomnost partnera u porodu.

Pro zkvalitnění poskytovaných služeb těhotným ženám by bylo vhodné vypracovat standardy, kterými by se lektorky, které pořádají předporodní kurzy, řídily. Věřím, že by tak došlo ke zvýšení gramotnosti budoucích rodičů, kteří by pak tyto informace uplatnili nejen za porodu, ale i v péči o svého potomka. Také by bylo vhodné věnovat více času metodám, které přispívají k ulehčení porodu, jako je například koncentrace na dýchání, nácvik tlačení, úlevových a porodních poloh. Rodičky by pak lépe věděly, co jim za porodu vyhovuje a nemusely by se jen pasivně řídit pokyny zdravotníků, což by posílilo jejich sebevědomí a zmírnilo negativní pocity. Důležité je však, aby pečující zdravotníci k ženě vždy přistupovali s důstojností a respektem k jejím přáním. Celkově by se pak zvýšila spokojenost s porodem, tímto radostným okamžikem.

Při zpracování této práce jsem si uvědomila, jak důležitá je úloha porodní asistentky při předávání informací budoucím matkám, které chtějí získat hodnotné informace, aby mohly co nejlépe dostát své nové životní roli.



## 8 POUŽITÁ LITERATURA

### Tištěné zdroje:

1. BALASKASOVÁ, Janet. *Aktivní porod: stručný průvodce přirozeným porodem*. 1. vyd. Praha: Argo, 2010, 223 s. ISBN 978-80-257-0178-2.
2. BAŠKOVÁ, Martina. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 122 s. ISBN 978-80-247-5361-4.
3. BINDER, Tomáš. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011, 297 s. ISBN 978-80-246-1907-1.
4. ČERMÁKOVÁ, Blanka. *K porodu bez obav*. 2. aktualiz. vyd. Vážany nad Vltavou: Joshua Creative, 2010, 145 s. ISBN 978-80-904414-3-9.
5. DOLEŽAL, Antonín. *Porodnické operace*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.
6. ELIÁŠOVÁ, Anna. *Pôrodná asistencija I: Fyziológia*. Martin: Osveta, 2008, 103 s. ISBN 978-80-8063-261-8.
7. GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ ML. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. 1.vyd. Praha. Grada, 2011, 240 s. ISBN 978-80-247-3081-3.
8. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014, 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
9. HANÁKOVÁ, Taťána, Magdalena CHVÍLOVÁ WEBEROVÁ a Pavla VOLNÁ. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. přeprac. vyd. Brno: CPress, 2015, 256 s. ISBN 978-80-264-0755-3.
10. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
11. JAVŮRKOVÁ, Alena a Jaroslava RAUDENSKÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 304 s. ISBN 978-80-247-2223-8.
12. JOHNSON, Ruth. *Skills for midwifery practise*. 3rd. publ. Edinburgh: Elsevier, 2010, 418 s. ISBN 978-0-7020-6187-5.
13. KOUDELKOVÁ, Vlasta. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. 1. vyd. Praha: Triton, s.r.o., 2013, 134 s. ISBN 978-80-7387-624-1.
14. MORAVCOVÁ, Markéta a Helena PETŽÍLKOVÁ. *Základy péče v porodní asistenci I*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií, 2015, 158 s. ISBN 978-80-7395-859-6.

15. MANDER, Rosemary. *Těhotenství, porod a bolest*. 1. vyd. Praha: Triton, 2014, 313 s. ISBN 978-80-7387-810-8.
16. MARSAHLL, Jayne and Maureen RAYNOR. *Myles Textbook for Midwives*. 16th. edit. Edinburgh: Elsevier, 2015, 780 s. ISBN 978-07-0205-146-3.
17. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 4. vyd. Praha: Galén, 2009, 776 s. ISBN 978-80-7262-653-3.
18. PAŘÍZEK, Antonín. *Analgezie a anestezie v porodnictví*. 2. rozšř. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2012, 427 s. ISBN 978-80-7262-893-3.
19. PUNCH, Keith. *Základy kvantitativního šřetřeni*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008, 152 s. ISBN 978-80-7367-381-9.
20. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
21. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
22. SKUTILOVÁ, Vladana. *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016, 158 s. ISBN 978-80-247-5469-7.
23. STADELMANN, Ingerborg. *Zdravé těhotenství – přirozený porod*. 3. přeprac. vyd. Praha: One Woman Press, 2009, 514 s. ISBN 978-80-86356-50-1.
24. STOPPARDOVÁ, Miriam. *Velký průvodce těhotenství od početí k porodu*. 1. vyd. Praha: Fragment, 2007, 374 s. ISBN 978-80-253-0438-9.
25. TAKÁCS, Lea, Daniela SOBOTKOVÁ a Lenka ŠULOVÁ. *Psychologie v perinatální péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.
26. TRČA, Stanislav. *Plánované rodičovství*. 1. vyd. Praha: Grada 2009, 155 s. ISBN 978-80-247-2794-3.

#### **Závěrečné VŠ práce:**

27. DLESKOVÁ, Dana. *Doprovázející osoba k porodu*. Plzeň, 2016. 73 s. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Eva Hendrych Lorenzová.
28. DVORANOVÁ, Veronika. *Aromaterapie a porod*. Jihlava, 2012. 51 s. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Lenka Görnerová.

29. IMRYCHOVÁ, Edita. *Strach z porodu: souvislosti a prediktory*. Brno, 2013. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce doc. Mgr. Lenka Lacinová, Ph.D.
30. JEŘÁBKOVÁ, Daniela. *Potřeby žen u porodu*. Plzeň, 2016. 74 s. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Magdaléna Ezrová.
31. JUROVÁ, Kristýna. *Praktické využití poznatků předporodní přípravy při porodu a v šestinedělí*. České Budějovice, 2012. 81 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Doc. PhDr. Yveta Vrublová, PhD.
32. MARŠÍKOVÁ, Vendula. *Partner u Porodu*. Plzeň, 2016. 80 s. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Eva Hendrych Lorenzová.
33. ŘÍHOVÁ, Hana, Dis. *Tlumení bolesti v průběhu porodu z pohledu porodní asistentky*. Plzeň, 2014. Bakalářská práce. 105 s. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Eva Lorenzová.
34. ŠRÁMKOVÁ, Lucie, Dis. *Předporodní příprava a její význam pro rodičky*. České Budějovice, 2016. 79 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce PhDr. Drahomíra Filausová.
35. VLČKOVÁ, Karolína. *Strach z porodu – příčiny a strategie zvládnání*. České Budějovice, 2014. 65 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Dominika Průchová.
36. WILHELMOVÁ, Radka, PhDr. *Determinanty zdravotní gramotnosti těhotných žen*. Brno, 2014. 179 s. Disertační práce. Masarykova univerzita. Ústav preventivního lékařství. Školitel prof. MUDr. Drahošlava Hrubá, CSc.

#### **Elektronické zdroje:**

37. BAŠKOVÁ, Martina a Paulína, STRUHÁROVÁ. Psychoprofylaktická příprava na pôrod – efektivita a význam v pôrodnej asistencii. Ošetrovatelství a porodní asistence [online]. 2010, [cit. 2010-03-10]. Dostupné z: [http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2010-03/3\\_baskova\\_struharova.pdf](http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2010-03/3_baskova_struharova.pdf).

38. KLABBERS, Gert, Hedwig VAN BAKEL, Marit VAN DEN HEUVEL and Ad VINGERHOETS. Severe fear of childbirth: Its features, assesment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments [online]. 2016, [cit. 2016-01-25. Dostupné z: [https://pure.uvt.nl/portal/en/publications/severe-fear-of-childbirth\(12c57136-e770-47d5-9ece-d24b0401c43b\).html](https://pure.uvt.nl/portal/en/publications/severe-fear-of-childbirth(12c57136-e770-47d5-9ece-d24b0401c43b).html)].

## 9 PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník .....	62
----------------------------	----

**Dobrý den,**

jmenuji se Klára Kolářová a jsem studentkou 3. ročníku porodní asistence Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí výzkumné části mé bakalářské práce. Téma bakalářské práce je „Subjektivní pohled žen na předporodní přípravu“. Dotazník je zcela anonymní. Pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte pouze jednu odpověď, popřípadě vypište.

Děkuji za vyplnění dotazníku a Váš čas

Klára Kolářová

**1) Absolvovala jste kurz předporodní přípravy v průběhu posledního těhotenství?**

- a) Ano
- b) Ne (pokud ne, dále v dotazníku nepokračujte)

**2) Kolik Vám je let?**

.....

**3) Napište, prosím, v kolikátém týdnu těhotenství jste začala navštěvovat kurz předporodní přípravy:**

.....

**4) Jakou formou kurz předporodní přípravy probíhal? (možnost výběru více odpovědí)**

- a) Přednášky
- b) Praktický nácvik
- c) Výuková videa
- d) Diskuze s porodní asistentkou
- e) Komunikace s dalšími účastnicemi kurzu
- f) Prohlídka porodního sálu
- g) Těhotenské cvičení

**5) Z kolika lekcí se kurz skládal? (prosím vypište):** .....

**6) Jak dlouho trvala 1 lekce? (prosím vypište):** .....

**7) Mohl být Váš partner přítomen na lekcích kurzu předporodní přípravy s Vámi?**

- a) Ano, mohl se účastnit všech lekcí
- b) Ano, ale jen lekce vyhrazené pro partnery
- c) Ne, nemohl se účastnit lekcí
- d) Nevím, nezajímala jsem se o tuto informaci

**8) Jaké bylo Vaše očekávání od kurzu předporodní přípravy? (možnost výběru více odpovědí)**

- a) Získám dostatek informací o těhotenství
- b) Získám dostatek informací o tom, jak porod probíhá
- c) Budu vědět, kdy mám jet do porodnice
- d) Budu mít představu o tom, co mě čeká na porodním sále
- e) Budu lépe připravená na zvládnutí bolesti v průběhu porodu
- f) Budu lépe zvládat strach z porodu
- g) Získám informace o šestinedělí
- h) Získám informace o péči o novorozence
- i) Získám informace o kojení a výživě novorozence
- j) Jiné:.....

**9) Považujete informace, které jste získala na kurzech předporodní přípravy, za dostatečné?**

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Nevím

**10) Které informace Vám popřípadě v kurzu chyběly? Stručně vypište:**

.....  
.....

**11) Jak jste zvládala techniku dýchání při porodu po předešlém nácviku na kurzu?**

- a) Zvládala sama
- b) Zvládala po edukaci porodní asistentkou/lékařem
- c) Nezvládala
- d) Neměla jsem možnost nácviku

**12) Jak jste zvládala techniku tlačení při porodu po předešlém nácviku na kurzu?**

- a) Zvládala
- b) Zvládala po edukaci porodní asistentkou/lékařem
- c) Nezvládala
- d) Neměla jsem možnost nácviku

**13) Využila jste při porodu nějaké relaxační metody, o kterých jste se dověděla na kurzu? (masáž, koupel, úlevové polohy...)**

- a) Ano, využila
- b) Ne, nechtěla jsem
- c) Nebylo mi umožněno je využít
- d) Kurz nezahrnoval informace o alternativních metodách

**14) Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ANO, které relaxační metody jste za porodu využila? Stručně vypište:**

.....  
 .....

**15) Využila jste při porodu nějakou jinou porodní polohu, než je vleže na zádech, o které jste se dověděla na kurzu?**

- a) Ano, využila
- b) Ne, nechtěla jsem
- c) Nebylo mi umožněno je využít
- d) Kurz nezahrnoval informace o polohách a jejich nácvik

**16) Pokud jste na předchozí otázku odpověděla ANO, kterou/které porodní polohy jste za porodu využila? Stručně vypište:**

.....  
 .....

**17) Pociťovala jste strach z porodu?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevzpomínám si

**18) Jaká byla příčina Vašeho strachu? (možnost výběru více odpovědí)**

- a) Poškození dítěte
- b) Bolest
- c) Vyšetření
- d) Poranění
- e) Komplikace
- f) Vlastní neschopnost
- g) Ztráta kontroly nad situací
- h) Jiné:.....

**19) Domníváte se, že Váš strach zmírnila přítomnost partnera u porodu?**

- a) Ano
- b) Spíše ano



- c) Spíše ne
- d) Ne
- e) Partner nebyl u porodu přítomen

**20) Co pomáhalo strach zmírnit? (možnost výběru více odpovědí)**

- a) Relaxace
- b) Přítomnost partnera
- c) Přítomnost doly
- d) Rozhovor s porodní asistentkou
- e) Léky
- f) Nefarmakologické metody tišení bolesti
- g) Jiné:.....

**21) Domníváte se, že Vám předporodní kurz pomohl při zvládnutí strachu v průběhu porodu?**

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne
- e) Nevím