

O co jde českým rodičkám?

Michaela Štachová

Bakalářská práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav porodní asistence

akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Michaela ŠTACHOVÁ**

Studijní program: **B 5349 Porodní asistence**

Studijní obor: **Porodní asistentka**

Téma práce: **O co jde českým rodičkám?**

Zásady pro vypracování:

V teoretické části práce studentka shrne, na základě studia literatury, podklady k organizaci prenatální péče o ženu v ČR. Dále se bude zabývat zkoumáním prožívání a chování těhotné ženy, vývojem postojů ženy k těhotenství a porodu a tím vytváření představ a přání ženy směrem k těhotenství a k porodu.

V praktické části studentka vypracuje dotazník, provede dotazníkové šetření a analyzuje zjištěná data.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

KOLEKTIV AUTORŮ- LÁBUSOVÁ Eva, PhDr., FRYDRYCHOVÁ Alena. Průvodce porodnicemi ČR. Aperio, 2002. 215 s. ISBN 80- 903087- 0- 8

MAREK, Vlastimil. Nová doba porodní: 1. vydání Praha: Eminent, 2002. 263 s. ISBN 80-7281- 090- 1

MELCHIOROVA, A. Mateřství. 1378. publikace. Karmelitanské nakladatelství, 2009. 175 s. ISBN 978- 80- 7195- 267- 1

ODENT Michel, JOHNSONOVÁ Jessica. Všichni jsme děti vody. 1. vydání. Rodiče s.r.o a ADONAI s.r.o, 2002. 128 s. ISBN 80- 86489- 14- 0 ISBN 80- 86500- 61- 6

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Jana Křemenová**
Ústav porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2010**

Termín odevzdání bakalářské práce: **4. června 2010**

Ve Zlíně dne 15. ledna 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Helena Fremlová
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně26.5.2010.....

.....Michaela Hachová.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce „O co jde českým rodičkám?“ pojednává o tom, jak v dnešní době ženy vnímají těhotenství, porod a následně období šestinedělí. Teoretická část popisuje prožívání a chování žen a vývoj jejich postojů směrem k těhotenství a porodu. Praktická část analyzuje výsledky dotazníkového šetření, ve kterém bylo zjišťováno, jak si ženy představují prenatální péči, průběh porodu a poporodní období.

Klíčová slova: ženství, mateřství, generativita, rodičovská role, přirozený porod, lékařsky vedený porod, potřeby matky a novorozence

ABSTRACT

This bachelor thesis discusses the problems and issues associated with women's perception of gravidity, birth and puerperium. The thesis consists of two main parts. The theoretical part explains the women's behaviour during the gravidity and also their perception and also attitudes to the birth and puerperium. The analytical part introduces readers to the results of own research based on questionnaires and interviewing.

Keywords: feminity, gravidity, natural childbirth, parenthood, mother's needs

Poděkování

Děkuji Mgr. Janě Křemenové za odborné vedení práce, poskytování rad, za trpělivý a vlídný přístup při vypracování této bakalářské práce a všem ženám, které byly ochotné podílet se na mém výzkumu.

Motto:

„Když si žena projde těhotenstvím a porodem, je jiná, než byla předtím. Je proměněná a mnohem více rozumí životu. Přivést na svět dítě znamená vykoupit se v prameni života.“

Dr. Frederick Leboyer

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1PŘÁNÍ MÍT DÍTĚ	12
1.1MOTIVY ZAJIŠŤUJÍCÍ PŘEŽITÍ DRUHU.....	12
1.2RANÉ ZKUŠENOSTI A SEXUÁLNÍ CHOVÁNÍ.....	13
1.2.1Poskytování a přijímání rodičovské péče.....	13
1.3GENERATIVITA.....	14
1.3.1Psychická regulace rodičovského chování.....	14
2ŽENSTVÍ – MATEŘSTVÍ	17
2.1MATEŘSKÁ ROLE.....	18
3SEBEHODNOCENÍ – POROD - MATEŘSTVÍ	20
3.1POROD 21	
3.2PŘEDSTAVY A OČEKÁVÁNÍ ŽEN OD PORODU.....	23
4KLASICKY NEBO PŘIROZENĚ?	28
4.1LÉKAŘSKY VEDENÝ POROD.....	29
4.2PŘIROZENÝ POROD.....	30
4.2.1Spokojenost s porodem.....	31
5POTŘEBY MATKY A NOVOROZENCE PO PORODU	34
5.1BONDING.....	35
6CHARAKTERISTIKA PRENATÁLNÍ PÉČE	38
6.1VŠEOBECNÝ SCREENING.....	38
6.2SPECIFICKÝ SCREENING.....	39
6.2.1Organizace prenatální péče v České republice.....	39
7POSTUPY VE VEDENÍ PORODU	41
7.1PRVNÍ DOBA PORODNÍ.....	43
7.2DRUHÁ DOBA PORODNÍ.....	43
7.3TŘETÍ DOBA PORODNÍ.....	45
7.4ČTVRTÁ DOBA PORODNÍ.....	45
II PRAKTICKÁ ČÁST	47
8METODIKA	48
8.1CÍLE A HYPOTÉZY.....	49
ZÁVĚR	78
DOPORUČENÍ PRO PRAXI	79
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	81
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	83
SEZNAM OBRÁZKŮ	84

SEZNAM TABULEK	85
SEZNAM PŘÍLOH	86

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je: „O co jde českým rodičkám?“. Téma jsem si vybrala, proto, že jsem často uvažovala nad tím, jak ženy prožívají a vnímají své těhotenství, následně porod a jak si představují, že bude jejich těhotenství a porod probíhat. Sama jsem si občas kladla otázky, jaké to asi je být těhotná, jak vůbec bude probíhat můj vlastní porod. Jak by mělo vypadat prostředí u gynekologa, kterého budu pravidelně navštěvovat, bude tam někdo, s kým budu moci probírat svůj průběh těhotenství, obavy apod., jak asi bude vypadat prostředí, ve kterém se bude odehrávat porod a jak by se ke mně měl chovat zdravotnický personál, abych byla se svým porodem spokojena a neobávala se dalšího porodu.

Bakalářskou prací jsem chtěla nahlédnout do mysli žen a zjistit, jak si představují prenatální péči u svého gynekologa, průběh porodu a období po porodu na oddělení šestinedělí.

Během celého těhotenství doprovázejí ženy myšlenky na porod, proto o něm vyhledávají informace již v tomto období. Ženy mají přístup k internetovým stránkám, zabývajícími se porody, knihám o porodu a rostoucímu počtu časopisů pro maminky, a tak si vytvářejí určitý obraz o svém porodu. (Labusová, 2004)

Skutečný zážitek z porodu se od původních představ rodičky bude vždy lišit, proto je před porodem důležité, aby porozuměla tomu, co se s ní bude v porodnici dít. Měla by být poučena o možných nečekaných situacích, které mohou během porodu nastat a také by měla vědět, jak na ně nejlépe reagovat. Jestliže si žena nebude uvědomovat své pocity nebo probíhající situaci, posílí to její úzkost a obavy, což může vést k nespokojenosti s porodem. (www.normalniporod.cz)

Z vlastních zkušeností vím, že v dnešní době je v České republice možné родit v porodnicích, které jsou velmi často zařízeny barevnými porodními pokoji, které jsou vybaveny vhodným nábytkem, které připomínají domácí prostředí. Setkáváme se s laskavým přístupem lékařů i porodních asistentek, a proto se domnívám, že dnešní prenatální a porodní péče je přínosná k tomu, aby se těhotenství a porod staly pro ženu příjemným a nezapomenutelným zážitkem.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PŘÁNÍ MÍT DÍTĚ

Mít dítě, založit rodinu - to dnes již nemusí nutně patřit k životu. Všeobecně se proces, kdy se žena a muž rozhodnou založit rodinu, ve srovnání se staršími generacemi odsunul do vyššího věku. Většina žen i mužů chce nejprve získat vzdělání ve svém oboru nebo dokončit studium a pak teprve začnou myslet na rodinu. Následně stojí často v popředí nejprve pracovní praxe a určitá stabilizace. Ani vlastní hledání partnera není dnes pro mnoho lidí uzavřeno brzy po 20. roce života, jak tomu bývalo u starších generací - nároky na partnera se zvýšily. V neposlední řadě také při množství nejrůznějších existujících možností není snadné najít k sobě člověka, který má o společné budoucnosti podobné představy.

„Zplození dítěte a péče o ně jsou jedním z hlavních životních témat. Z biologického hlediska je to náš základní úkol: předat geny, uchovat rod. U člověka jde ovšem o větší, rozsáhlejší poslání: nestačí porodit dítě a pečovat o něj tak dlouho, dokud nebude schopno žít se samo. Je třeba naučit jej po lidsku cítit, myslet, adaptovat se na složitou lidskou společnost, přijmout kulturu svého národa. Tak vzniká ono dlouhé a krásné, i když někdy i těžké rodičovské stádium, „hlavní život“ většiny z nás. Vychovat tělesně i duševně zdravé, zdatné děti, předat jim to nejlepší, co jsme sami převzali od rodičů a z jiných zdravých zdrojů, pomoci jim začlenit se do společnosti jako její platní a tvořiví členové – to je smysl celého našeho dosavadního vývoje a velký test osobní zralosti.“ (Říčan, Portál, 2004, s. 258)

1.1 Motivy zajišťující přežití druhu

„Přežití lidstva zajišťují především sexuální a rodičovské motivy. Sexuální pohnutky směřují k rozmnožování, tedy k reprodukci členů druhu. U člověka jsou velmi významné také rodičovské motivy. Pro novorozence je vzhledem k jejich bezmocnosti adekvátní rodičovská péče nezbytnou podmínkou tělesného přežití. Zásadním způsobem přispívá také ke zdravému psychickému vývoji. Sexuální i rodičovské motivy mají výrazný biologický základ. Koitus, těhotenství, porod i kojení jsou tělesné procesy regulované a podporované vrozenými nervovými

a hormonálními vlivy. Sexuální a rodičovské motivy se na mentální úrovni projevují poměrně naléhavými tužbami. K osvojení společensky vhodných a subjektivně pozitivně prožívaných způsobů jejich uspokojování zřejmě významně přispívají kladné citové vztahy s blízkými lidmi, zejména v raném dětství.“
(Plháková, 2003, s. 331)

1.2 Rané zkušenosti a sexuální chování

Americký psycholog Harry Harlow (1905 – 1981) ve svých výzkumech prokázal, že u primátů se sexuální a rodičovské chování plně rozvíjí pouze tehdy, získají-li v dětství pozitivní zkušenosti s rodiči a vrstevníky.

„Je pravděpodobné, že rané zkušenosti významně ovlivňují také lidské sexuální chování. Bezpečná a trvalá pozitivní afektivní vazba dítěte k matce nebo jiné pečující osobě významně přispívá ke zdravému citovému vývoji. Během dlouhého období dětství si lidé osvojují interpersonální dovednosti, které jim v dospělosti umožňují navazovat intimní vztahy a angažovat se v sexuálním chování.“
(Plháková, 2003, s. 338)

1.2.1 Poskytování a přijímání rodičovské péče

Lidská „mláďata“ jsou na rozdíl od mláďat většiny živočišných druhů po narození naprosto bezmocná, odkázána na péči, podporu a pomoc dospělých. Výzkumy i klinické zkušenosti nasvědčují tomu, že adekvátní rodičovská péče není nezbytná pouze pro biologické přežití, ale je také základním předpokladem zdárného psychického vývoje. Anna Freudová (1895 – 1982), která za II. světové války vedla v Anglii dětské jesle, konstatovala, že odloučení od matek vyvolává u dětí obrovskou úzkost (Sayersová, 1999, s. 139)

U nás ke zkoumání raných vazeb mezi rodiči a dětmi rozhodujícím způsobem přispěli Josef Langmaier a Zdeněk Matějček a jejich „Psychická deprivace v dětství“ (1963). Langmaier a Matějček dospěli na základě sledování dětí odkázaných na ústavní péči k názoru, že vedle biologických potřeb existují základní, životně důležité psychické potřeby, jejichž vhodné a včasné uspokojování v raném dětství je základní podmínkou zdravého psychického

vývoje. Patří k nim potřeba přiměřené vnější stimulace, smysluplné, postizitelné a diferencované struktury podnětů a potřeba osobně sociálního významu přisuzovaného já dítěte. Nejdůležitější je ale „*potřeba specifického sociálního objektu, k němuž se dítě váže těsným, stabilním poutem..., potřeba objektu nejen dostatečně stabilního a dosti dlouho přítomného, objektu s afektivně vřelým vztahem, ale také s jedinečnou a bezvýhradnou inkluzí dítěte do společného životního prostoru*“. (Langmaier a Matějček, 1974, s. 286.)

Matějček později dospěl k závěru, že existují základní pohnutky rodičovského chování, které se vhodně doplňují s dětskými. Jsou jimi potřeba stimulace, kterou děti dokonale uspokojují, protože jsou nevyčerpatelným zdrojem podnětů, dále potřeba nových, smysluplných zkušeností, potřeba bezpečí a jistoty, k níž přispívá hluboké citové pouto mezi rodiči a dětmi, potřeba společenského uznání za odpovědné zvládnání rodičovské role a potřeba otevřené budoucnosti (Matějček, 1986, s. 15 – 16.)

1.3 Generativita

Pojem generativita vytvořil a prosadil Erikson. „Generativita je tedy základní postoj, životní poloha v dospělém věku. Být generativní znamená: nikoli z povinnosti, ale spontánně, iniciativně, z vlastní vůle, radostně, z podstaty své bytosti plodit a starat se o to, co jsme zplodili. Jde tedy o rodičovství, ale ne v úzkém technickém smyslu, ale v širokém psychologickém až filozofickém smyslu. „*Tak jako je generativní činností stavba ptačího hnízda a shánění potravy, tak také veškerá lidská činnost konaná pro blaho potomstva je generativní. Rozhoduje ovšem, zda je přítomen příslušný motiv.*“ (Říčan, Portál, 2004, s. 259). Podstatu generativity vyjádřil lakonicky Sigmund Freud, když mu položili otázku, v čem vidí smysl života: „Milovat a pracovat!“ (Matějček, 1986, s. 15)

1.3.1 Psychická regulace rodičovského chování

Psychologové věnovali velkou pozornost zejména pohnutkám mateřského chování. Studií zabývajících se otcovskou péčí je podstatně méně. Podle Ireny Sobotkové je v podvědomí lidí zakódováno, že pečovatelské funkce lépe zvládají

ženy; a společnost je tomu přizpůsobena. Prozatím nevyvinula dostatečnou podpůrnou síť pro osamělé otce, jako by s nimi nepočítala. Sobotková uvádí, že většina studií otcovského chování srovnávala s chováním ženatých otců s chováním matek. Otcové jsou typičtí tím, že poskytují dítěti řadu podnětů a hrají si s ním více než matky. V posledních letech přibývá výzkumů, které se zaměřují na osamělé otce. Podle Sobotkové jsou výsledky těchto studií pro muže příznivé a povzbudivé. Muži mají jiný styl rodičovství než ženy, ale není to styl horší nebo lepší. Děti se v péči milujícího otce mohou cítit stejně jako v péči milující matky. (Sobotková, 2001, str. 135.).

U žen zřejmě těsněji než u mužů souvisí vytváření citové vazby k dítěti a tělesnými procesy, což ovšem neznamená, že muži nemají silnou potřebu se o své potomstvo (i o svou rodinu jako celek) starat a chránit je. Okamžikem početí začíná žena prožívat cyklus těhotenství, porodu a následné péče o novorozence, který je do značné míry nevyhnutelný a zásadním způsobem mění její život. Relativně dlouhé údobí těhotenství ženě umožňuje, aby se na příchod dítěte mentálně připravila a vyladila (Plháková, 2003, str. 346.)

Mateřským chováním a prožíváním se ve svém díle zabýval i britský psychoanalytik Donald Winnicott (1896 – 1971), který – coby pediatr – vycházel z přímého pozorování interakcí mezi matkou a dítětem. Podle Winnicotta přispívají tělesné změny probíhající v poslední třetině těhotenství k tomu, že se budoucí matky stále více vzdalují své subjektivitě i vlastním zájmům ve světě a plně se soustředí na pohyby dítěte a jeho životaschopnost.

U žen vzniká mentální stav, který Winnicott označuje jako primární mateřské zaujetí (primary maternal preoccupation), díky kterému po narození dítěte nějakou dobu přizpůsobují své pohyby, rytmy a celou svou existenci přáním a potřebám dítěte. Matka pro dítě vytváří podpůrné prostředí (holding environment), které je bezpečné a příjemné (Mitchell a Blacková, 1999, str. 150). Jeho důležitou složkou je zpočátku skutečné tělesné držení, „chování“ dítěte v náručí, což je jeden z mála způsobů, kterým může matka dítěti vyjádřit svou lásku.

V rámci podpůrného prostředí se podle Winnicotta postupně vyvíjí základní vztahová kapacita dítěte, již je vybaveno vedle své kapacity pudové. Dítě začíná

postupně diferencovat sebe a matku, provádí explorační aktivity a rozvíjí se jeho tvořivost. S rostoucí fyzickou i mentální autonomií dítěte stav primárního mateřského zaujetí postupně odeznívá. Matka se začíná více zajímat o své blaho a záměry a o svou vlastní osobnost (Mitchell a Blacková, 1999, str. 150.)

K formování mateřské starostlivosti zřejmě přispívají extrémně náročné zážitky provázející porod. Obrovské úsilí, které ženu narození dítěte stálo, vede k tomu, že se novorozeně rázem stane milovanou bytostí, o jehož zdraví se doslova „třese“. K něžným a ochranným pocitům přispívá jeho očividná křehkost a zranitelnost. Ženy jsou zpravidla překvapeny tím, že je dítě menší, než očekávaly. Jinak řečeno, v prvních týdnech života dítěte jde všechno stranou a ženy vloží všechny síly do toho, aby péči o novorozence zvládly. (Plhánková, 2003, str. 347.)

2 ŽENSTVÍ – MATEŘSTVÍ

V dnešní době se hodně často setkáváme s rovnoprávností mezi muži a ženami, ale rozdíly mezi těmito dvěma světy jsou stále znatelné. Jsou oblasti, ve kterých, i kdybychom chtěli, nemůže být naprostá rovnoprávnost, protože to příroda zařídila jinak. Žena a muž jsou stále dva odlišní tvorové. Ačkoli jejich postavení a vzájemný vztah se v různých dobách mění a dnes se jejich pozice postupně vyrovnávají, vztah mezi muži a ženami se řeší neustále právě proto, že jsou určité rozdíly stále viditelné.

Co vlastně v dnešní době znamená být ženou? Jaké jsou její životní úkoly? Co je s ženstvím spojeno? Co je na ženách oceňováno a co naopak nedoceněno? To jsou otázky, které jsou často kladeny společností.

To, o čem jsem se zmínila, co k ženám patří a co je vždycky bude odlišovat od mužů, je plození dětí. Jinak řečeno těhotenství, porod a následně kojení. To jsou tři oblasti, které jsou výhradně ženskou záležitostí, protože muži jich z fyziologického hlediska nejsou schopni. Právě mateřství je úzce spojeno s ženskou identitou. Podle Woolletta (1987, 1992; cit. dle Nicolson, 2001) si ženy uvědomují svou biologickou schopnost mít děti a prostřednictvím socializace do ženské role začínají žensství spojovat s partnerstvím a mateřstvím. Podle něj mateřství ženám či dívkám zajišťuje potencionálně vstup do žensství.

I když se ženy hodně začínají rovnat mužům v pracovních příležitostech a postaveních a dokonce v rodinném životě se povinnosti, které byly dříve považovány za ženské, více dělí mezi muže a ženu, péče o děti se stále v naší společnosti považuje spíše za záležitost ženy. „*Když je plození přirozené, lidé si představují, že biologickému a fyziologickému jevu těhotenství musí odpovídat předurčené mateřské chování.*“ (Badinterová, 1998, s. 10). Badinterová (1998) zde uvádí názor, se kterým se setkáváme ve společnosti hodně často, a to, že ženy v sobě mají mateřský pud, který je vede, jak se o děti starat, jak se k nim chovat a především je vede k tomu, aby se staly matkami. U mužů se na druhé straně o takovém pudu nemluví. Podle Alaina (1927; cit. dle Badinterové, 1998) muže jeho přirozenost ničím nepředurčuje k citovým vztahům k dítěti. Zatímco u žen by se vazba mezi nimi a jejich dětmi měla vytvořit tak nějak automaticky, díky

hormonům, které se vyplavují při porodu a následném kojení, muži si musí cestu ke svému dítěti teprve najít, vytvořit časem, žádné hormony mu v tom nepomáhají. Badinterová (1998) argumentuje tím, že některé ženy mateřský instinkt pociťují a jiné zase ne. „*Mateřská láska je jen lidský cit. A jako každý cit je nejistá, křehká a nedokonalá. Na rozdíl od všeobecně panujících názorů možná není hluboko vrytá v ženské přirozenosti. Co je to za instinkt, který se u některých žen projevuje a u jiných ne?*“ (Badinterová, 1998, s. 12, s. 266). Je to opravdu tak, že byl ženám dán mateřský pud, ale otcové byli o tento pud ochuzeni? Možná by se dalo argumentovat tím, že žena, která dítě porodí, je opravdu tím primárním člověkem, který by měl být schopen se o dítě postarat a v dnešní době už je také možné, aby se o dítě starala jen matka.

Ať už se nám to líbí, nebo nelíbí, pokud si máme vybrat určitý prvek, kterým se žena odlišuje od muže, je to právě mateřství. Na ženu je pohlíženo jako na potenciální matku, bez ohledu na to, jestli se jí stane nebo ne. „*Porod dítěte je prožitek velmi vázaný na pohlaví a je to něco, co mají ženy společné, i kdyby se nikdy nestaly matkami. Mateřství je stav, kterým je určován život ženy. Takže ať se žena stane matkou či ne, ona a jiní lidé ji berou jako potenciální matku nebo někoho, komu se nepodařilo stát se matkou. Z těchto důvodů je mateřství základní částí ženské identity. Ženy musí samy sebe prožívat jako ženu ve smyslu stanoveném dominantní kulturou.*“ (Nicolson, 2001, s. 69).

2.1 Mateřská role

Přes tento velký posun vnímání mateřství a dnešní obecně uznávaný trend, kdy žena může dát přednost kariéře před rodinou, musíme ale brát v úvahu tlaky, které na ženy působí ze všech stran. Mít dítě, je pro ženy do určité míry prestižní záležitostí. Kolem dětí se toho hodně děje. A přestože „oficiálně“ nikdo neodsuzuje ženu, která děti nechce nebo je nemá z jiných důvodů, na ženy působí všudypřítomná „norma“, s kterou se předpokládá, že se žena chce stát matkou, že zplodí potomka a dostojí tak svému „ženskému úkolu“

Mateřská role a mateřství určitým způsobem vlastně „přebíjí“ ženství. Jako kdyby nebylo možné být matkou a ženou zároveň nebo spíše být ženou a nebýt matkou.

Pořád je společností mnohem více uznávané, když je žena celou svou bytostí obětavou matkou a zapomíná na své ženství, než když je tomu právě naopak. Ale i přesto, jak Petersonová (2008) podotýká, pozitivní pocity ženy ohledně jejího ženství pocházejí z pocitu podpory, přijetí a povzbuzení k vyjádření celé své osobnosti, což v každém případě přispívá také k její tělesné a duševní pohodě.

Stát se matkou je ale pro ženu stále svým způsobem lákavé. Pokud se jí stane, ve společenském žebříčku vystoupá o nějakou tu příčku výše. *„Společenské postavení statutu a s ním spojeného mateřského chování zcela určuje ženu bez ohledu na její odlišné zkušenosti se vstupem do mateřství. Stát se matkou představuje paradoxně vytoužený posun do statutu, který žena získá přeměnou společenského postavení a identity, i když to v sobě obsahuje narušení a ztrátu předchozího statutu. Přejod od statutu matky jednoho dítěte ke statutu matky více dětí posiluje roli „matky“, ale také zvětšuje ztrátu dřívějšího ega, nezávislosti a kontroly nad svým životem.“* (Nicolson, 2001, s.89).

3 SEBEHODNOCENÍ – POROD - MATEŘSTVÍ

Sebehodnocení je považováno za jeden ze základních psychologických konceptů, který ovlivňuje život člověka. V sebehodnocení žen je určujícím faktorem to, že mají příležitost projevit své vlastní emocionální změny spojené s mateřstvím a prožitkem svých těl v těhotenství, během porodu a po porodu (Petersonová, 2008).

Podle Loweové (1996) je proces porodu nahlížen jako vývojová událost v životě ženy, mistrovský výkon, který vede ke zvýšenému pocitu sebehodnocení a osobní síly. Petersonová (2008) tvrdí, že má prožitek porodu efekt na sebehodnocení žen po porodu a může mít vliv na jejich emocionální dostupnost pro jejich děti bezprostředně poté. Pocit přetrvávající psychologické celistvosti během porodu je klíčem k pozitivnímu pocitu ze sebe (Peterson, 2008).

Petersonová (2008) uvádí hlavní faktory, díky nimž žena sama sebe vnímá pozitivně, bez ohledu na to, jaký druh porodu měla:

- 1) když sama sebe vnímá jako aktivního účastníka procesu, který může dělat rozhodnutí,
- 2) když vnímá své pocity během procesu jako přijímané a když ji její pečovatelé podporují ve volném vyjádření a uvolnění těchto pocitů před, během a po porodu,
- 3) když byla realisticky připravena na porod s vírou ve své vlastní zvládací dovednosti,
- 4) když není vnímána druhými, ani sebou, jako že je ovládána procesem, dítětem nebo výsledkem porodu,
- 5) když je odpovědná pouze za to, že dělala to nejlepší, co mohla, aby zvládla sílu kontrakcí; v případě přání nebo potřeby chirurgického zákroku nebo medikace má právo na respekt a podporu zaměřenou na její fyzické a emocionální potřeby,
- 6) když má dostatečnou příležitost vyjádřit své pocity spojené s mateřstvím včetně své zkušenosti s rodinnými vztahy během jejího dětství,

7) když má dostatečnou příležitost prozkoumat své pocity a okolnosti spojené s jejím narozením, porody její matky a svými předchozími těhotenstvími nebo zkušenostmi s porodem,

8) když ona a její partner prozkoumají rolové modely z dětství, jejich, respektive jejich rodičů, vztahy k intimitě, řešení konfliktů, očekávání péče; zaměří se na své plány a hodnoty v jejich vztahu jako partnerů a rodičů.

Petersonová (2008) tvrdí, že pokud je toto vše splněno, žena je se svým porodem spokojená a vnímá se pozitivně a je jedno, jaký druh porodu podstoupila. Položíme-li si otázku, kolik žen a párů k porodu přistupuje z tak celkového hlediska, aby si vyřešili všechno, co je uváděno v bodech 7) a 8) a kolik žen má tolik štěstí, že se během porodu setkají s takovým pochopením, jaké je potřeba ke splnění mnoha předchozích bodů? Závěr, který si z této studie můžeme udělat, je ten, že nezáleží na druhu porodu, jaký žena podstoupí, ale na tom, jak ho, a hlavně samu sebe při něm, vnímá.

Farrow a Blissett (2007) zjistili, že nejen sebehodnocení ženy před porodem, ale také nízká míra sociability dítěte byla významným ukazatelem sebehodnocení během prvního roku po porodu. Toto zjištění podporuje tvrzení, že nižší sebehodnocení matky po porodu není jen produktem nízkých očekávání vlastních schopností a hodnoty v rámci mateřské role, které pociťuje ještě před samotnou rodičovskou zkušeností a základní nepodmíněná negativní přesvědčení o sobě celkově, ale také, že na prožitek rodičovství působí dítě, které je vnímáno jako problémovější (Farrow & Blissett, 2007). Autoři tak upozorňují na to, že na sebehodnocení ženy působí mnoho faktorů, které způsobují, že se v průběhu času mění. A není to tedy jen sebehodnocení před porodem nebo prožitek porodu, včetně přístupu okolí, ale je to také samotné dítě a jeho chování, které ovlivňuje to, jak o sobě žena uvažuje. „*Ačkoli identita ženy jakožto matky začíná pravděpodobně v dětství, pak až proces opravdového zplodění dítěte a péče o ně změní to, jak žena vnímá sama sebe a také její hodnoty a názory.*“ (Nicolson, 2001, s. 24).

3.1 Porod

Porod je velký zážitek, i když často těžký a bolestný. Je důležitou událostí v životě ženy, která ovlivňuje její vývoj. Zároveň s narozením dítěte také znamená pro ženu přechod do mateřství. Stále se zkoušejí nové postupy jeho vedení, které by byly pro rodičku psychologicky nejpříznivější. Důležitá je přítomnost nastávajícího otce na porodním sále. Zatímco tradičně byl muž v naší kultuře od porodu oddělován, zde je neustále v blízkosti rodičky. Muži, kteří se takto zúčastnili porodu, vyprávějí, že šlo o silnou zkušenost, která je obohatila, která pozitivně ovlivnila jejich citový vztah k matce i dítěti a prohloubila celý jejich vztah k životu. (Říčan, Portál, 2004, s. 261)

Podle Petersonové (2008) je porod součástí psychologické přeměny, která nastává v životě ženy, když se stane matkou.

Gillespie (1999, 2001; cit. dle Hadfield et al., 2007) charakterizuje ženy s větší svobodou v sexuální oblasti a nezávislostí. Ženy podle něj mají v dnešní době větší možnosti „vybrat si“ mateřství, kdy nebo zda mít dítě a za jakých okolností. Možná právě tato větší otevřenost, možnost volby vede do jisté míry k tomu, že jsou děti více opečovávány, což má vliv na pozornost věnovanou průběhu těhotenství, porodu a jejich výchově. Badinterová (1998) upozorňuje na to, že moc rodičů se nyní odvozuje z potřeb dítěte a jsou to právě jeho potřeby, které jí vymezují přiměřené hranice. Tak tomu ale také nebylo vždy. Dříve *„chlad rodičů, a zvláště matky, podvědomě sloužil jako citový pancéř proti velkému nebezpečí smrti, kterému byl vystavený předmět jejich něhy. Jinak řečeno: Lepší bylo se nepřipoutat, než potom trpět. Takové chování bylo úplně normálním výrazem sebezáchovného instinktu rodičů.“* (Badinter, 1998, str. 59).

Nejde jen o to, že se žena stane matkou a její pohled na svět se mění v souvislosti s tím, že vychovává dítě. Tím, že porodí, plní také životní úkol, který se od ní jako od ženy očekává, je určitým vývojovým mezníkem, díky němuž se posouvá výše nejen ve společenském žebříčku, ale také ve svém psychickém vývoji. Podle Loweové (1996) je proces porodu nahlížen jako vývojová událost v životě ženy, mistrovský výkon, který vede ke zvýšenému pocitu sebehodnocení a osobní síly.

Objevují se i takové názory, že je dnes událost porodu přeceňována. Ženy si, ale vzpomínku na svůj porod uchovávají v paměti hodně dlouho po této události. A i když se nějaké drobnosti, které se staly, z paměti vytrácí a časem se vytratí i intenzivní pocity, které jsou s tímto zážitkem spojeny, to, co se během porodu stalo opravdu nepříjemného nebo naopak nádherného, se do paměti vryje a ve větší či menší míře život ženy ovlivňuje.

Podle Loweové (1996) je porod považován za multidimenzionální prožitek. Zahrnuje intenzivní fyzické, emocionální, psychologické, vývojové, sociální, kulturní a spirituální prvky, které mohou být rozhodující pro ženino individuální prožívání této životní události. Jsme zvyklí o porodu přemýšlet jako o lékařském zákroku a příliš si neuvědomujeme, do kolika oblastí života ženy může porod zasahovat. Zvláště v západních společnostech probíhají porody převážně v nemocnici. *„Následkem toho dochází k určitému napětí mezi odlišnými požadavky matek a ošetřujících lékařů. Je to z toho důvodu, že pro většinu žen je těhotenství a porod o tom, že mají dítě a stanou se matkami, zatímco pro lékaře jde o úspěšný výkon porodu zdravého dítěte a zachování zdraví matky.“* (Graham & Oakley, 1981; cit. dle Nicolson, 2001, str. 57). Všichni se pak snaží ze svého pohledu o to nejlepší. Podle Petersonové (2008) jsou ženy povzbuzovány k tomu, aby popisovaly svůj porod jako produkt (domácí/nemocniční, přirozený/lékařsky vedený porod). Prožitek ženy ze sebe samé se podle ní posunul od procesu k produktu. Z toho můžeme usoudit, že si ženy začínají více prosazovat při porodu své představy, než tomu bylo dříve. Střetává se tedy to, co považují za normální lékaři a to, co si myslí, že je přirozené, ženy.

„Porod je v každém případě bolestivý a stresující bez ohledu na jeho výsledek. Ženy se dostanou do porodních bolestí obvykle po devíti měsících rozrušení, nejistoty a starosti o dítě. Jsou vyčerpané z toho, že musely nosit váhu navíc, zvláště ke konci těhotenství a zoufale se těší, že to vše skončí.“ (Nicolson, 2001, str.58).

3.2 Představy a očekávání žen od porodu

Těhotné ženy mají dnes mnoho možností, jak získat informace o porodu, než ženy před několika lety. Jsou pořádány kurzy předporodní přípravy, je vydáno mnoho literatury, informace ženy získávají prostřednictvím internetu. A právě díky internetu mají přístup nejen k uceleným a poměrně komplexním informacím, ale také ke zkušenostem mnoha jiných žen, které porod čeká nebo si jím už prošly. A tak se těhotná žena, zajímající se o průběh porodu, může dozvědět velmi různorodé informace od úžasných zážitků až po katastrofické scénáře. Ať už se k těhotným ženám informace o průběhu porodu dostávají jakkoli, každá z nich nad porodem více či méně přemýšlí, představuje si, jak to bude probíhat, jak ho zvládne. „*Ženy se samy sebe ptají, jak dlouho to bude trvat, jak to bude bolestivé, jak budu snášet bolest, bude personál schopný a jak budu uvažovat o dítěti? Málo žen si myslí, že porod je snadný, i když většina z nich optimisticky očekává, že proces dobře zvládnou.*“ (Nicolson, 2001, s. 59).

Přestože ženy věří, že všechno dobře dopadne, strachu z porodu se většinou, zvláště prvorodičky, neubrání. Podle Loweové (1996) mohou být významnými složkami úzkosti spojené s porodem strachy z bolesti, ztráta kontroly, odevzdání se, zranění sebe sama nebo zranění novorozence. Navíc úzkost může nastat v průběhu porodu, díky okolo rodícím ženám nebo díky faktorům prostředí, jako je hluk nebo nedostatek intimity (Loweová, 1996). Je to právě bolest při porodu, kterou ženy v průběhu těhotenství často řeší. Alehagen a Wijma (2006) tvrdí, že je bolest ústřední částí porodní zkušenosti a strach z bolesti je běžným způsobem, jak vyjádřit strach z porodu. Zvláště ženy, které budou rodit poprvé a vědí, že porod bolí, si nedokáží představit, jak moc a jakým způsobem. Vědí sice, že to nejspíš nějak zvládnou – vždyť to zvládly i všechny před nimi, tak proč ne ony – ale i přesto oproti nim mají ženy, které už dříve rodily, určitou výhodu. Podle Loweové (1996) předchozí zkušenosti s bolestí poskytují ženám příležitost rozvinout své zvládací dovednosti a postoje k bolesti více založené na zkušenosti, které mohou pozitivně pozměnit jejich vnímání škodlivých podnětů v průběhu porodu. Žena, která rodí podruhé, potřetí atd. se podle mě dokáže na porod lépe připravit. Už s předstihem dokáže odhadnout (ne úplně, protože každý porod je jiný) co se bude dít, co jí uleví od bolesti apod. Prvorodička tohleto nezná, musí

si tím projít, proboujet, odzkoušet, co jí bude vyhovovat a co naopak třeba při dalším porodu odmítne.

Alehagen et al. (2006) se ve své studii zaměřili na souvislosti mezi strachem a bolestí během těhotenství, porodu a v době po porodu. Z této studie vyplývají souvislosti mezi mírou strachu z porodu během těhotenství, během porodu a také ve třech měsících po porodu, bolest v průběhu aktivního porodu nebyla spojena se strachem z porodu během pozdního těhotenství ani se strachem po porodu. Předpoklad, že strach z porodu souvisí s pocíťovanou bolestí, logicky vyplývá ze závěrů několika studií, které podle Alehagena et al. (2006) ukázaly, že pozitivní očekávání během těhotenství jsou spojená s pozitivními prožitky porodu. A naopak u žen, které neočekávaly porod jako pozitivní zkušenost, bylo pravděpodobné, že se jejich očekávání také stanou pravdou (Alehagen et al., 2006). Přesto Alehagen et al. (2006) nezjistili, že by bolest v průběhu aktivního porodu korelovala se strachem z porodu před porodem. Srovnání po porodu ukázalo, že strach u žen s epidurální analgézií (dále jen EDA) byl ve všech třech měřeních po porodu vyšší, než u žen bez EDA. Ženy, které si nechaly během porodu tlumit bolest pomocí EDA, možná také ztrácí víru ve své vlastní schopnosti zvládnout porodní bolesti bez pomoci, což by mohlo vysvětlovat, že po porodu vykazují vyšší míru strachu z porodu, než ženy, které EDA nevyužily.

Zatímco Alehagen et al. (2006) souvislost mezi strachem z porodu a prožitkem bolesti neprokázali, Wiklund, Edman, Ryding & Andolf (2008) píší, že strach z porodní bolesti byl zjištěn jako důležitá prognóza pro prožitek bolesti u prvorodiček. Extrémní strach z porodu ovlivňuje každodenní život cca 6 % těhotných žen (Wiklund et al., 2008). Ale jak se porod blíží, mateřské úzkosti spojené s vnímáním bolesti se posouvají z těch zaměřených primárně na bolest k těm spojeným se stavem novorozence a potenciálním zraněním sebe sama během porodu (Loweová, 1996).

Také Wiklund et al. (2008) uvádí důvody pro strach z porodu a těmi jsou strach z bolesti, zranění pánevního dna, ztráty děťátka, ztráty vlastního života, ztráty sebekontroly a zanechání bez pomoci v průběhu porodu. Podle Cartwrighta

(1979) jsou ženy spíše připraveny na to vydržet bolest než na to, že ztratí kontrolu nad porodními bolestmi a porodem. Představa, že nad sebou a nad průběhem porodu ztratí kontrolu, může být pro některé ženy horší, než to, že bude porod bolet. Tento strach ze ztráty kontroly se dá do jisté míry zvládnout přítomností partnera nebo jiné osoby, které žena věří, u porodu. Žena totiž ví, že je tam s ní někdo, kdo ji zná, má ji rád, chápe ji a nebude jí tedy nic vyčítat, ať se bude chovat jakkoli. Zároveň tato osoba ví, co si žena přeje či nepřeje a může jí tak v těžké chvíli pomoci při komunikaci se zdravotnickým personálem. Pokud žena ví, že má v této osobě takovou oporu, nemusí se tolik obávat ztráty kontroly nad sebou samou.

Ženy mají o svém porodu samozřejmě odlišné představy. Každá žena je jiná a to se odráží také v jejich očekáváních. Žena, která si vybrala porodní asistentku a nezávislé porodní centrum pro péči o ní, si vybrala model péče, který klade důraz na nefarmakologické přístupy k řízení bolesti, naopak žena, která si vybrala porodníka a akutní péči v nemocnici klade důraz v první řadě na farmakologickou intervenci (Loweová, 1996). Podle Loweové (2000; cit. dle et al., 2005) jako důležitý faktor ovlivňující motivaci těhotné ženy pro normální porod musí být brána v úvahu sebedůvěra ve schopnost zvládnout porod.

Wiklund et al. (2008), který porovnával ženy, které chtěly родit přirozenou cestou (vaginálně), ženy, které si samy požádaly o porod císařským řezem a ženy, kterým byl císařský řez naplánován lékaři. Došel k závěrům, že ženy, které se chystaly родit vaginálně, se porodu obávaly méně než ostatní skupiny. Je samozřejmé, že toto zjištění není příliš překvapivé, protože ženy, které samy žádají o císařský řez, tak většinou činí právě z obavy z porodu a bolesti a ty, jimž je císařský řez naplánován lékaři, se zase bojí komplikací, které jsou kvůli diagnostikovanému problému pravděpodobnější. Takže můžeme říci, že ženy, které se chystají родit vaginálně, se z těchto tří skupin obávají porodu nejméně.

Ženy mohou mít díky informacím, které jsou jim přístupné, také spoustu různých a různě specifických představ. V předporodních kurzech je nabádají, aby si sepsaly porodní plán, v němž sepíší všechno, co by během porodu chtěly či nechtěly a od zdravotnického personálu očekávají, že se ho bude držet.

V porodním plánu lze uvádět kdo bude přítomen u porodu, zda si žena při porodu přeje či odmítá studenty medicíny a zdravotní školy, zda použije vlastní oděv nebo erární, jestli chce родit přirozeně s porodní asistentkou nebo chce lékařské vedení, zda si přeje, aby s ní byly všechny zásahy před a během porodu konzultovány a měla čas na rozmyšlenou, zda si přeje klyzma, oholení, jaký způsob anestézie by chtěla v případě, že by došlo k císařskému řezu, jaké pomůcky by ráda využila při porodu, jaké tišící prostředky jsou pro ni přijatelné, kde chce trávit druhou dobu porodní, v jaké poloze chce родit, zda odmítá nástřih nebo s ním souhlasí po konzultaci a v případě natržení, zda při velmi malém natržení šít nebo nechat srůst přirozeně, jestli si přeje nechat dotepat pupečník nebo aby pupeční šňůru přestřihl otec, zda je ochotna darovat pupečnickovou krev, jestli chce fotit nebo filmovat porod, zda chce dítě po porodu položit na břicho umyté nebo jak ho vyndají, zda si přeje přiložit dítě do 30 minut po porodu, jestli si přeje samovolný porod placenty, apod. („Porodní plán“, 2005). Je toho tedy mnoho, co žena může a nemusí zahrnout do své představy o porodu.

Není překvapivé, že ženy, které se chystají родit poprvé, si průběh a prožitek porodu nedokáží dost dobře představit, jednoduše proto, že nic takového neprožily. S tím možná souvisí i odlišné představy.

4 KLASICKY NEBO PŘIROZENĚ?

Myšlenky na porod doprovázejí ženu po celé těhotenství a to dokonce i tehdy, když už rodila. Zatímco vícerodičky se ptají, jaké to asi bude tentokrát, prvorodičky prožívají zvláštní směsici napětí, zvědavosti a strachu z neznámého.

Není to tak dávno, co porody v českých porodnicích bez výjimky odsýpaly jak na běžícím pásu. Rodící ženy absolvovaly klystýr, holení, „hekárnou“ a lékařské vedení porodu v pasivní poloze na zádech na nepohodlném porodnickém stole. Novorozenci byli matkám po porodu nelítostně odebíráni a zapůjčováni pouze ke kojení, které se z důvodu násilného narušování spontánních poporodních mechanismů ve většině případů vůbec nerozběhlo. Otcové byli drženi v izolaci a své ratolesti směli v prvních dnech spatřit v nejlepším případě přes sklo dveří novorozeneckého oddělení. (kol autorů, Aperio, 2002).

Takto nevlídné porodnictví zavítalo do střední i západní Evropy po druhé světové válce, když se porody - v různých zemích v různé míře - přesunuly z domácností do nemocnic. Negativní důsledky invazivních farmakologických porodů však již v 70. letech 20. století rozpoutaly živou diskusi směřující k nalezení humánnějšího a demokratičtějšího modelu porodnické péče. V rozvinutých občanských společnostech západoevropských i zámořských států tak posléze našel své místo dvojí přístup k porodnické problematice: Lékařský model, propagující lékařsky vedený porod, spatřuje v těhotenství i porodu celou řadu rizik, která ženu i dítě potenciálně ohrožují na zdraví i na životě. Zdravotníci proto soustřeďují celé své snažení na to, aby všem případným problémům pokud možno předcházeli nebo je prostřednictvím vyzkoušených a účinných medicínských zásahů včas efektivně řešili. Model péče poskytované porodními asistentkami, usilující o přirozený porod, vychází naopak z předpokladu, že zrození člověka představuje zcela normální fyziologický proces, který většina rodiček dokáže zvládnout vlastními silami, pokud jsou jim pro porod vytvořeny optimální podmínky. Nejde tu tedy o to porodní proces již dopředu usměrňovat a urychlovat, ale především o to jej nerušit a pouze dohlížet na jeho bezpečný průběh. (kol. autorů, Aperio, 2002)

Existují ale i lékaři respektující zásady přirozeného porodu stejně jako porodní asistentky prosazující výhradně porod lékařsky vedený. Zásadní rozdíl spočívá v odlišném způsobu chápání péče o ženu a dítě při normálním porodu. Zatímco v klasickém porodnictví se ani „bezproblémový“ porod zpravidla neobejde bez vnějších medicínských zásahů, kterým se žena podřizuje, u přirozeného pojetí je to v první řadě ona sama, kdo udává způsob a tempo zrození vlastního dítěte. Porodnický personál jí pomáhá tím, že dodává jistotu blízké odborné pomoci a poskytuje všestrannou podporu. (kol. autorů, Aperio, 2002)

Lékařsky vedený porod vyhovuje zpravidla ženám, které se více než na vlastní přirozenou sílu spoléhají na vymoženosti moderní medicíny. Bývají přesvědčeny o tom, že zkušený lékař na technicky dobře vybaveném porodním sále jsou tou největší zárukou úspěšného a bezpečného porodu, a proto se vlastní zodpovědnosti za porod zřikají. Přirozený porod volí naopak ženy, které jsou zvyklé na aktivní přístup k péči o své zdraví a které roli odevzdaných pacientů porodu odmítají. Tyto ženy si bývají vědomy vedlejších účinků medikamentózních porodů a nechtějí jim vystavovat ani své dítě, ani sebe samé. Věří, že přirozené porodní mechanismy, včetně porodních bolestí, mají svůj smysl. Cítí se za porod zodpovědné a nejednou v něm spatřují i mimořádnou duchovní příležitost. Chtějí jej proto naplno prožít. (kol. autorů, Aperio, 2002, str. 10)

4.1 Lékařsky vedený porod

Přednosti klasického porodnictví jsou zřejmé a neoddiskutovatelné, dojde-li v těhotenství nebo při porodu k vážnějším komplikacím. V takovém případě představují vymoženosti moderní medicíny ohromný potenciál zachování zdraví pro matku i dítě. Např. císařský řez bývá v souvislosti s počtem zachráněných životů považován za nejvýznamnější chirurgický zákrok (Enkin, M., 1998, str. 309). Nezastupitelnou roli mají i další lékařské zásahy do patologických porodů: použití kleští, vakuumextrakce, podávání léků nebo dobře aplikovaná anestézie rovněž pomáhají zmírňovat utrpení a zachraňovat životy, chopí-li se jich schopný lékař ve správnou dobu. Zkušenou lékařskou pomoc dále nezbytně potřebují předčasně narozené děti nebo ženy, které by z důvodu vážné

zdravotní komplikace (např. onemocnění diabetem mellitem) bez asistence lékařů zdravé dítě možná vůbec neporodily. (kol. autorů, Aperio, 2002, str. 11)

Značné množství žen vzpomíná zejména na svůj první porod s nelibostí. Vybavují si neútluné a neosobní prostředí porodnice a bezmoc a strach, které pocítovaly v okamžicích, kdy s nimi porodnický personál netrpělivě manipuloval, znemožnil přítomnost partnera, bez vysvětlení aplikoval léky, injekce a infuze nebo krátce po porodu odebral novorozence. Výrazná lékařská intervence nejednou způsobila, že maminka po porodu propadla depresi z pocitu selhání v nejdůležitějším okamžiku svého ženského života. V této souvislosti se hovoří o tzv. iatrogenii-negativním dopadu moderní medicíny na její pacienty. Jde o nevhodné lidské jednání lékařů a sester, stejně jako o problematické či přímo nežádoucí působení užitých metod, zákroků a léčiv. (kol. autorů, Aperio, 2002, str.11)

Problém klasického porodnictví spočívá v tom, že lékaři a porodní asistentky paradoxně škodí tam, kde chtějí „pomáhat“. S vidinou co možná nejrychlejšího porodu zapominají, že spontánně rodící žena nic nepotřebuje tolik, jako klidné plynutí času a nerušenou možnost přesunu do „porodního“ stavu vědomí. Dá se říci, že dnešní klasické porodnictví si zvyklo na pořádky, které vyhovují porodnickému personálu nesrovnatelně více než rodící ženě a její rodině. Je tomu tak proto, že porodnice (podobně jako ostatní hromadná zdravotnická zařízení) usilují ze všeho nejvíc o svůj rychlý a snadný chod. Požadavek, aby navíc zajišťovaly taky adekvátní individuální péči a laskavé zacházení, představuje vzhledem k odlišným potřebám jednotlivých rodiček a vzhledem k svízelné celkové situaci našeho zdravotnictví značně obtížný, ale ne nespílitelný, úkol.(kol. Autorů, Aperio, 2002, str. 11)

4.2 Přirozený porod

Přirozený porod není chápán jako riziková záležitost, ale jako zcela přirozený projev ženského organismu, do kterého není nutno zasahovat. Vychází se s přesvědčením, že prvořadým předpokladem úspěšného porodu je respektování základních potřeb rodící ženy. K nim patří potřeba nerušeného klidu, potřeba tepla, potřeba intimity a potřeba pocitu bezpečí. Prožívá - li žena svůj porod

v příjemné a uvolněné atmosféře, produkuje její tělo přirozenou cestou a v dostatečném množství hormony potřebné pro spontánní porodní činnost. Jsou-li podmínky porodu nepříznivé, spontánní porodní činnost se zastaví a děťátku musí být pomoci na svět umělými zázraky (Odent M., 1995, str. 63 - 84)

K výhodám přirozeného porodu patří individuální a osobní zacházení s rodící ženou i jejím partnerem a citlivé zacházení s novorozencem, neaplikování rutinních předporodních opatření, nepoužívání opiátů, analgetik a sedativ, možnost výběru porodní polohy, nízké procento epiziotomií a operativních ukončení porodu, rychlé zotavení rodiček po porodu, bezproblémové šestinedělí, vysoké procento úspěšně a dlouhodobě kojících matek a konečně přirozené posílení vazby mezi všemi členy nové rodiny. (kol. autorů, Aperio, 2002, str. 12)

V souvislosti s nevýhodami se samozřejmě nejvíce hovoří o horší možnosti poskytnout okamžitou pomoc rodící ženě či miminku v případě vzniku akutního nebezpečí. Zastánci přirozeného porodu ale argumentují tím, že komplikace lze ve většině případů vystopovat předem a kromě toho se žádné seriózní alternativní porodnické zařízení nezříká úzké propojenosti s klasickou medicínou, takže možnost rychlého lékařského zákroku je vždy zohledněna buď bezprostřední blízkostí moderně vybaveného porodního/operačního sálu, nebo možností rychlé přepravy do nemocnice. Žena, která uvažuje o přirozeném porodu, by měla vědět, že přirozené porody nejsou určeny pro všechny ženy, a že lze doporučit pouze takové rodiče, která je celkově zdravá a u níž se (stejně jako u jejího miminka) nevyskytují žádné předem odhadnutelné porodní komplikace, která prošla pečlivou předporodní přípravou a která k přirozenému porodu dospěla na základě vlastní, zcela dobrovolné a informované volby. (kol. autorů, Aperio, 2002, str. 12)

4.2.1 Spokojenost s porodem

Jaké mají ženy zkušenosti s porodem? Co ovlivňuje jejich spokojenost či nespokojenost s ním?

Loweová (1996) tvrdí, že ženin vnitřní prožitek bolesti je ovlivněn prostředím, ve kterém rodí. Porodní prostředí podle ní zahrnuje celou řadu povzbuzujících, ale i utlumujících sil, které ovlivňují její prožitek. Mezi tyto faktory patří lidé,

kteří jsou přítomni a jejich verbální a neverbální komunikace, kvalita podpory pocitů, které žena v tuto chvíli prožívá, stupeň cizosti prostředí, zahrnuje věci (jako nábytek a zařízení), které ho tvoří, hluk, osvětlení a teplotu a omezování prostředím ve smyslu prostoru a možnost pohybu v něm (Loweová, 1996). Ženu vlastně ovlivňuje téměř vše, co se jí samotné nebo v její blízkosti během porodu děje.

Spokojenost s porodem souvisí také s pocitem ženy, že s ním má zkušenost, protože porod je ovlivněn mnoha prvky její zkušenosti (Brarnadad & Driedger, 1993, Humenick & Bugen, 1981, Simkin, 1991; cit. dle Loweové, 1996). Nejen vlastní zkušenost s porodem, ale také očekávání, které má žena před porodem, souvisí s tím, jak žena nakonec hodnotí svůj porod. Když se totiž očekávání lidí nepotvrdí, mohou prožívat nespokojenost (Aronson & Carlsmith, 1962; Feather, 1982; cit. dle Padawer et al., 1988). Pokud si ženy svůj porod vykreslují hodně dopodrobna a mají velmi konkrétní představu, může se tedy snadno stát, že zklamání v případě nenaplnění představy bude o to větší. Zároveň ale Wiklund et al. (2008) tvrdí, že ženy s pozitivním očekáváním mají následně také pozitivnější prožitek porodu.

Jednou z dalších věcí, která neodmyslitelně patří k porodu a kterou si těhotné představují je bolest. Ženy často spoléhají, že pokud bude bolest nesnesitelná, využijí epidurální anestézie nebo si ji vyžádají už předem. To je do jisté míry uklidňuje, protože ví, že je k dispozici prostředek, který dokáže bolest při porodu utlumit.

Loweová (1996) zase tvrdí, že vnímaná bolestivost porodu není nutně spojená s ženiným pocitem spokojenosti s jejím porodem a porodní zkušeností. Jinými slovy při hodnocení porodu žena nevychází jen z toho, kolik bolesti a v jaké míře prožila, ale její spokojenost ovlivňuje mnohem více věcí, než jen tato dílčí část porodu. Bolest a strach z ní sice, zdá se, vystupuje u těhotných žen do popředí, čím více se porod blíží, její prožitek ale nakonec není tím rozhodujícím v procesu porodu. Loweová (1995; cit. dle Lowe, 1996) také uvádí, že ženy popisují myšlenky, které jim během porodu pomáhají vyrovnat se s kontrakcemi a zaměřit své myšlení pozitivním směrem. Pomáhá jim myslet na jejich ostatní děti, na dítě,

kteří je na cestě a jeho narození nebo na milované členy rodiny nebo vzpomínání na příjemné zážitky (Lowe, 1995; cit. dle Lowe, 1996).

Podle Wiklunda et al. (2008) je primárním výstupem péče během porodu fyzicky zdravá matka a dítě, ale psychosociální výstupy jsou podle něj stejně důležité.

To zahrnuje mateřskou spokojenost s porodem, interakci mezi matkou a dítětem, kojení a pocity ohledně budoucích porodů (Wiklund et al., 2008). Pokud žena hodnotí, jestli nebo nakolik byla spokojena s porodem, promítá se do tohoto hodnocení také mnoho věcí, které nesouvisí přímo s porodem samotným, ale i s tím, co následuje těsně po porodu. Začíná to samozřejmě péčí a přístupem zdravotnického personálu k rodičce, přes chování a podporu rodiny, až k výstupům, které popsali Wiklund et al. (2008) – interakci mezi matkou a dítětem a kojení. To vše se může promítnout do spokojenosti či nespokojenosti s porodem a značně ji ovlivnit.

Kromě bolestivosti a strachem z porodu se výzkumníci hodně zabývají rozdíly mezi spokojeností s císařským řezem a vaginálním porodem. Padawer et al. (1988) uvádí, že ženy spíše očekávají vaginální porod než porod císařským řezem, s čímž souvisí i to, že hodnotí svůj porod negativněji, pokud dojde k císařskému řezu. Odvolává se zde na to, že se ženám vlastně nevyplní jejich očekávání, které měly ohledně porodu, a proto jsou s jeho průběhem nespokojené. To potvrzují i Wiklund et al. (2008), kteří říkají, že matky, které očekávají vaginální porod, ale prožily neplánovaný císařský řez nebo vyvolávaný vaginální porod, mají negativnější zkušenosti s porodem než ostatní skupiny (ženy s vaginálním porodem, ženy s plánovaným císařským řezem na svoji žádost a ze zdravotních důvodů).

zároveň nepříjemného, na co nebyla připravena. Promítají se do ní ale také další sociálně - psychologické vlivy, které na ženu působí, příjemní nebo naopak nepříjemní lidé, prostředí, vstřícný nebo neochotný přístup zdravotnického personálu a pak ve velké míře také samotné miminko, které se narodí. Zda je zdravé, prospívá, jak se na sebe s matkou naváží apod.

5 POTŘEBY MATKY A NOVOROZENCE PO PORODU

Porod a období bezprostředně po porodu znamená pro matku i dítě, že se jejich potřeby vzájemně propojují, navazují na sebe a především právě tyto dva jedinci dokáží dobře identifikovat vzájemně své potřeby a pomáhají je jeden druhému saturovat.

Porod je sled mezních okamžiků, porod provází vyčerpání, bolest, ale zároveň i radost a euforie. Matky i novorozenci využívají přirozených instinktů a reflexů k tomu, aby mezní situaci zvládly.

Těhotenství je vnímáno jako období pro bezpečný vývoj dítěte uvnitř matčina těla, kde dítě zažívá kontinuální péči, pocit ochrany. Porod navazuje jako další vývojové stádium lidského jedince a proto musí být procesem bezpečným, kdy se matka i dítě cítí být ochraňovanými.

Mateřské chování po narození dítěte je částečně naprogramováno biologicky (hormonálně a reflexivně), matka je vybavena tak, aby své dítě neopustila, starala se o něj a vhodně se k němu chovala. Matka se o dítě stará z psychologických důvodů, k tomu ji vede řada potřeb, které si uvědomuje a touží je saturovat. Tohoto období v péči o ženu a dítě je třeba využít, neboť se jedná o časově krátké období, kdy matka k nastavení určitých mechanismů mateřského chování potřebuje i signály přicházející ze strany dítěte. Pokud by došlo k separaci dítěte od matky, mohou projevy mateřského chování slábnout.

Nejsilnější měrou je vztah matky a dítěte zasažen, dojde-li k separaci okamžitě po porodu. Období po porodu dává předpoklady k rozvoji plynulé synchronní interakce mezi matkou a dítětem, která byla nastavena již v těhotenství. Už samo těhotenství je popisováno jako aktivní dialog mezi matkou a dítětem, otcem a prostředím, tedy dialog na úrovni bio–psycho–sociální, kdy aktivní plod upozorňuje na svoje potřeby a vede matku i její sociální okolí k interakci.

První podněty, které přicházejí po porodu, se ukládají hluboko do podvědomí člověka a v budoucím životě nás významně ovlivňují. Při separaci dítěte dochází k tomu, aby se nezralé dítě muselo spolehnout samo na sebe, ale tolik sil

rozhodně nemá. Dítě bývá neklidné, i v budoucnu smutné, nejisté. Nepohodu cítí také matka, která nemůže být svému dítěti nablízku.

Stále přibývá žen, které si uvědomují svoje mateřské potřeby a podle možnosti jejich saturace upravují svoje požadavky na kvalitu poskytované péče sobě i svému dítěti. Hledají především klid, kdy se mohou soustředit samy na sebe a na své dítě. Ze strany těch, co o ně pečují, vyžadují respekt k potřebám vlastním, partnerovým i jejich dítěte.

Porodnice, kde bude i nadále převažovat rutina, povýšenecké chování personálu k matkám, bezohlednost k dětem, povedou matky jinam. Porodnice, kde naopak půjdou cestou osobního přístupu, vřelých vztahů při dodržování pravidel bezpečného porodu, kde se budou chovat stejnou měrou lásky k matce i k novorozenci, s ohledem na saturaci jejich potřeb o ně budou trpělivě pečovat, upoutají pozornost veřejnosti. Dají svým šetrným porodnickým přístupem osobnosti dítěte pozitivní vklad do jeho budoucnosti.

Znalost potřeb matky i dítěte vede porodnickou obec k respektu k porodu, k jednotlivým dobám porodním a také významně k době poporodní, k respektu a úctě k matce, dítěti i otci.

5.1 Bonding

V sedmdesátých letech minulého století dva američtí pediatři Marschal Klaus a John Kennel popsali teorii vysvětlující význam prvního kontaktu matky s dítětem. Tento kontakt nazvali „bonding“ neboli připoutání, čili „opatrovatelská připravenost“. Domnívali se, že existuje biologicky naprogramované období „opatrovatelské připravenosti“, které začíná ihned po porodu a trvá asi dalších 12 hodin. Během těchto nejdůležitějších 12 hodin budují matky a novorozenci základy emočních vazeb.

U nás velmi známí profesoři Matějček a Langmaier ve své nejznámější publikaci (Matějček, Z., Langmaier, J.: Počátky duševního života. Praha, Panorama, 1986) už v roce 1986 napsali celý díl o důležitosti procesu porodu, odkazovali se na Laboyera, Odenta a popsali, proč je důležité, aby bylo dítě s matkou

po porodu v nepřetržitém kontaktu. Odkazovali se již zmíněné pediatry Kennela a Klause a na jejich teorii bondingu.

Dítě má těsně po porodu neobyčejný behaviorální potenciál, který mu umožňuje slyšet, vidět a dokonce se pohybovat do rytmu slov vyřčených matkou, tzv. oslavný tanec zrodu - takže je biologicky připraveno navázat vztah s matkou. Pro matku je také těch několik hodin po porodu velmi důležité období, vzhledem k procesu integrace „mentálního obrazu“ dítěte (vzniklého během těhotenství a čekání na porod) s obrazem skutečného novorozence. Matka si celých devět měsíců vytváří imaginární obraz svého dítěte a po porodu má možnost se nasytit tohoto obrazu pohledem na své dítě. Je vyzorováno, že matka se k novorozenci chová velmi otevřeně a citlivě, pokud má možnost s ním zůstat po porodu o samotě. Tyto hodiny po narození jsou životně důležité pro oba dva, tedy pro matku i dítě.

Podle německého výzkumu dokonce i matčiny bradavky mají stejný pach jako plodová voda, kterou je pokryt novorozenec, a proto je novorozenec dokáže porodu aktivně sám najít. Rovněž si po porodu strká do pusy pěstičku, aby si přičichl a ochutnal ten pach a věděl, co má hledat. Jelikož má novorozenec minimální možnosti ovlivnění, překážky mohou být minimální (mýdlo, pach, dezinfekce prádla, gumové rukavice personálu, látka mezi novorozencem a matkou, nepřírozená poloha na matce, drží – li novorozence další osoba atd.).

Zdá se, že bonding se u člověka vytváří proto, aby motivoval matku starat se o naprosto bezbranného tvora, který je na ní zcela závislý. Bez této motivace, vyčerpaná náročným porodem, by matka nebyla schopna sama sebe mobilizovat k péči o dítě a novorozenec by neměl šanci přežít. Během prvních hodin po porodu se v krvi matky a dítěte vyskytuje vysoké množství endorfínu (tzv. hormonu štěstí) a díky jeho uklidňujícímu účinku matka i přes poporodní únavu obnovuje síly a je schopna cítit radost z prvního setkání se svým potomkem.

Výzkumy ukazují, že matky, jimž byl umožněn okamžitý kontakt s dítětem, jsou trochu jiné matky než ty, kterým tento kontakt umožněn nebyl. Mají tendenci se déle starat o novorozence, jsou tolerantnější a lépe zvládají stres spojený s mateřstvím, ale především cítí větší radost při kontaktu s dítětem.

Některé české porodnice začaly postupovat tak, že po porodu dítě na břicho matky přiloží. Ty osvědčenější nechají matku a dítě hodinu či dvě se vzájemně seznamovat. Většina zdravotníků ovšem pak zahájí rutinní postupy spojené s dočasným rozdělením matky a dítěte.

Správně probíhající bonding má velký význam nejen pro fyziologii matky a dítěte, ale má rovněž zásadní psychologické důsledky, se kterými se mohou matky a děti potýkat v dalších obdobích života. Nejznámější z nich je u dítěte se projevující separační úzkost, tedy panický strach ze vzdálení se matky od něj v dětském věku, neurotické poruchy, a také border – line poruchy osobnosti s narušeným vztahem k mateřskému objektu. U matek pak poporodní deprese, kterou prohlubuje ztráta kontroly nad porodním procesem, tedy i ztráta kontroly nad dítětem a jeho vzdáleností od matky po porodu, dále posttraumatická stresová porucha, porucha výchovné kompetence, čili např. paradoxní pevná až patologická vazba k dítěti a nebo rozvolněná vazba k dítěti. (Mrowetz M., 2009)

6 CHARAKTERISTIKA PRENATÁLNÍ PÉČE

Prenatální péče má být efektivní, ale nesmí být nadbytečná a musí být akceptovatelná těhotnou ženou. Správně vedená péče lékařem a porodní asistentkou vede ke snížení perinatální úmrtnosti a morbidity. Většina těhotenství probíhá fyziologicky. U jedné čtvrtiny až třetiny těhotných se vyskytují rizikové faktory, které mohou ovlivnit průběh těhotenství.

Z nich ale pouze u 20 – 30 % opravdu dojde k rozvoji patologické gravidity. Při vstupním vyšetření musíme mít jistotu, že je žena skutečně těhotná. V dnešní době existuje řada rychlotestů stanovující graviditu z moče těhotné, ale průkazná je laboratorní metodika, stanovení beta-podjednotky hCG. Hodnoty do 10 j/l jsou negativní, do 200 j/l suspektní (zde je nutné vyšetření opakovat) a hodnota nad 200 j/l je pozitivní. Absolutní jistotu v diagnostice gravidity získáme ultrazvukovým vyšetřením. Velmi brzo můžeme diagnostikovat gestační váček a prokázat pulzaci v embryonálním pólu již na začátku 6. týdne gravidity. Pokud se potvrdí, že je pacientka skutečně těhotná, pak je nutno stanovit délku současného těhotenství a provést výpočet termínu porodu. Na začátku gravidity je nutno dále zhodnotit, zda těhotenství je fyziologické, rizikové a nebo patologické. Do těhotenství vstupuje 5 % žen se závažným onemocněním (diabetes mellitus, kardiopatie, nefropatie atd.). U dalších 5 % se rozvíjí patologické těhotenství po určité době, aniž jsou přítomny rizikové faktory. U zbývajících 90 % bychom měli abnormální průběh těhotenství zachytit na podkladě výskytu rizikových faktorů v průběhu gravidity a nebo na podkladě základních vyšetření.

6.1 Všeobecný screening

Všeobecný screening je pečlivý odběr anamnézy. Zjišťuje faktory demografické, sociální, rodinné a profesionální. Zajímá se o anamnézu osobní, rodinnou, gynekologickou a porodnickou. V průběhu péče o těhotnou je možno detekovat různé rizikové faktory, které se objeví v průběhu gravidity a další rizikové faktory zjištěné na podkladě základních vyšetření.

Na podkladě anamnézy lze zjistit některá závažná onemocnění, s kterými žena do těhotenství vstupuje. Jedná se např. o různá onemocnění hematologická

(trombocytopenie, anémie, poruchy koagulace), onemocnění endokrinní (diabetes mellitus, onemocnění štítné žlázy), neurologická a psychiatrická onemocnění (epilepsie, deprese), interní onemocnění (chronická hypertenze, ledvinná onemocnění, onemocnění kardiopulmonální). Na základě základních vyšetření lze pak diagnostikovat u těhotné rozvoj Rh-isoimunizace, vaginální infekce, celková infekční onemocnění (TORCH, hepatitis, cytomegalovirovou infekci), eventuelně maligní onemocnění děložního hrdla na základě provedené kolposkopie a onkologické cytologie.

6.2 Specifický screening

Tato část screeningu konkrétně upřesňuje zda rizikové faktory vedou k rozvoji patologického průběhu těhotenství. Pokud máme např. těhotnou, jejíž krevní skupina nese Rh-negativní faktor, musíme vyšetřit protilátky anti-D třikrát v průběhu gravidity, tedy každý trimestr. Screening a identifikace patologického stavu postupuje podle následujícího schématu:

6.2.1 Organizace prenatální péče v České republice

Jednou z velkých výhod porodnictví je, že prenatální péči na rozdíl od jiných zemí světa u nás zajišťuje atestovaný specialista v oboru gynekologie a porodnictví. Další předností je spontánní návštěvnost našich těhotných v prenatálních poradnách. Na rozdíl od jiných zemí je u nás (podle statistické ročenky MZ ČR) návštěvnost v poradnách 97 %. Více jak 90 % žen absolvuje v prenatální poradně 10 návštěv. Prenatální péče je u nás třístupňová podle poskytované péče v lůžkovém zařízení.

1. **Bazální:** je zajištěna v lůžkovém zařízení I. typu. Tyto nemocnice nekonzentrují patologie, vedou pouze fyziologické porody. Hospitalizují lehké a nezávažné těhotenské patologie.
2. **Intermediární:** hospitalizují lehké a střední patologie ze svého rajonu, ale nekonzentrují těhotenské patologie mimorajonní. Je zde uskutečněn

transport in utero a příjem předčasných porodů od 33. týdne do dokončeného 36. týdne gravidity.

3. ***Perinatologická centra:*** koncentrují výrazné těhotenské patologie i mimo svoji spádovou oblast a předčasné porody od 23. týdne do ukončeného 32. týdne těhotenství.

7 POSTUPY VE VEDENÍ PORODU

Rodičku na porodní sál vždy přijímá lékař a porodní asistentka. Lékař provede porodnické vyšetření, zatímco porodní asistentka odebere ošetrovatelskou anamnézu.

Dále je provedena vstupní kardiokografie (KTG) a současné zjištění tělesné teploty, krevního tlaku a tepové frekvence. Mohou být provedena také laboratorní vyšetření – odběr krve, moči, kultivace, které usnadňují a urychlují provedení pozdějších zdravotnických výkonů (například epidurální anestezie). Případné výsledky odběrů, hodnoty váhy, míry a verifikace kultivace z pochvy na pozitivního *Streptokoka agalactiae*, krevní skupina a Rh faktor se vyhledají v těhotenské průkazce. Po umístění rodičky na porodní pokoj se rodička převlékne do ústavního prádla a je edukována o všem, co se bude nadále dít.

Je seznámena s prostředím, například kde se nachází sociální zařízení, a je poučena o signalizaci, kterou si může přivolat porodní asistentku. Dle postupu porodu se jí nabídne klyzma a oholení, poté provede hygienu ve sprše. Z psychologického hlediska je vhodná přítomnost blízké osoby. Nejčastěji to bývá manžel. (Roztočil, 2008)

Nálev (klyzma) se jako prostředek k vyprázdnění obsahu střev před porodem má využívat jen v případech souhlasí-li s ním rodička. Holení se v dnešní době neprovádí rutinně. Pokud je nutné, holí se jen ta oblast, na které se při porodu eventuálně provede nástřih hráze. (www.pdcap.cz)

Ke sledování srdeční aktivity plodu při porodu používáme kardiokograf (KTG), který zaznamenává také děložní aktivitu rodičky. Při kontinuálním monitorování je rodička "připoutána" k přístroji, což významně omezuje její aktivitu. (www.pdcap.cz)

Prostředí zásadně ovlivňuje jak psychiku rodičky, tak samotný porod. Proto by mělo být teplé, přiměřeně osvětlené (svíčky, tlumené světlo). Žena si může z domu přinést oblíbený esenciální olej do aromalampy nebo CD s hudbou. Součástí pokoje by mělo být WC, sprcha nebo vana a také možnost vyvětrat. Rodička by měla mít k dispozici předměty a pomůcky, díky kterým může

zaujímat různé úlevové a relaxační polohy. Box by měl působit jako domácí prostředí. Neměly by chybět polštáře a barevné stěny a také by měl být akusticky izolován od jiných pokojů. (Čermáková, 2008)

V dnešní době již neexistují tzv. „hekárny“, jak tomu bývalo dříve. Omezovaly soukromí a intimitu a také měly vliv na chování ženy a průběh porodu. (Čermáková, 2008)

V současné době jsou v rámci porodního sálu budovány tzv. „domácí pokoje“ (home rooms), které byly vytvořeny jako kompromis porodů v domácnosti. Tyto pokoje svým vybavením připomínají domácí prostředí a vytváří v prostorech porodního sálu rodinné prostředí, který umocňuje zážitek rodičky i partnera z porodu. Výhodou těchto pokojů je, že rodička nemusí přecházet k porodu do jiné místnosti, a tak zde probíhá porod od první do čtvrté doby porodní. (Roztočil, 2008)

V dnešních porodnicích má každá rodička svůj porodní box, ve kterém zůstává po celou dobu porodu a zajišťuje ji větší pocit soukromí. Z tohoto boxu odchází na oddělení šestinedělí nejčastěji dvě hodiny po porodu. (www.pdcap.cz)

Existují dva druhy porodních pokojů, tzv. standardní a nadstandardní typ. Nadstandardní pokoje by měly připomínat domácí prostředí. Jejich součástí bývá také vana a kompletní hygienické zařízení WC a sprcha. Na některých porodních boxech lze zůstat po porodu. Součástí vybavení tohoto pokoje může být lůžko pro doprovod. (Čermáková, 2008)

Standardní pokoje mívají WC a sprchu, avšak někdy se vyskytuje mimo tento pokoj a bývá společný pro více rodiček. (Čermáková, 2008)

Pomůcky k relaxaci rodičky by měly být součástí všech porodních pokojů a měly by být kdykoli v průběhu porodu k dispozici. Oblíbené jsou míče, na kterých se rodička může „pohupovat“ a tím částečně urychlit otevírací fázi a postup porodu nebo krouživými pohyby uvolňovat pánevní dno. Na porodních boxech se často nacházejí ruční masážní strojky, kterými porodní asistentka nebo poučený manžel masíruje oblast zad a hlavně nesmí chybět polohovací porodní lůžko. Dále bývá součástí porodního boxu porodní stolička a žíněnka. Součástí porodního pokoje

mohou být také žebřiny a lano, na které se žena může zavěsit a urychlit tak průběh porodu využitím zemské gravitace. (www.pdcap.cz)

7.1 První doba porodní

O první době porodní hovoříme v případě, že žena pociťuje pravidelné intenzivní kontrakce, které verifikujeme kardiokografem. Tyto kontrakce musí mít otevírací efekt na porodních cestách rodičky. (Štomerová, 2008)

V průběhu první doby porodní se pozornost soustřeďuje na somatický a psychický stav matky, na funkci fetoplacentární jednotky a adekvátní progresi porodu. Nutné je naslouchat přáním rodičky, radit jí i jejímu partnerovi, a tím v nich vyvolat důvěru k porodní asistentce. Pozornost se soustřeďuje na děložní kontrakce, o nichž získáváme informace dotazem od rodičky nebo pomocí zevní tokometrie. (Roztočil, 2008)

Naší pozornosti nesmí uniknout srdeční ozvy plodu. Pokud není rodička kontinuálně monitorována kardiokografem, provádí se přibližně 20 minutový záznam každé 2 hodiny. (Roztočil, 2008)

Sleduje se nález na děložním hrdle vaginálním vyšetřováním, který se provádí přibližně každé dvě hodiny. Pokud nedojde ke spontánnímu odtoku plodové vody, lze provést dirupci vaku blan. Poté je nutné rodičku vaginálně vyšetřit. (Roztočil, 2008)

Sleduje se krvácení z rodidel ženy, bolestivost kontrakcí rodičky a také se kontroluje vstupování hlavičky do porodních cest. Délka první doby porodní by neměla přesáhnout 12 hodin. (Roztočil, 2008)

Dle postupu porodu nabízí se nálev a poté žena provede hygienu ve sprše. Dbá na to, aby měla rodička prázdný močový měchýř. (Kobilková, 2005)

Mezi relaxační techniky užívané v průběhu porodu patří správné dýchání, muzikoterapie, aromaterapie, masáže, obklady, hydroanalgezie a také úlevové polohy. (Čermáková, 2008)

7.2 Druhá doba porodní

Druhá doba porodní je charakterizována jako doba, kdy došlo k zániku branky až po porod plodu. (Štomerová, 2008)

Během druhé doby porodní poslouchá porodní asistentka ozvy plodu po každé kontrakci. Vaginální vyšetření se provádí dle potřeby. Ženu je nutné poučit o způsobu tlačení při kontrakci a také o dýchání mezi kontrakcemi. Porodní asistentka by měla poučit doprovod, jak může při porodu pomoci. (Čermáková, 2008)

Druhá doba porodní je nejčastěji vedena na boku nebo v polosedě na porodním lůžku. U fyziologického porodu je výhodnější zvolit vertikální polohu, například v kleče, vsedě na porodní stoličce, na vaku nebo v podřepu s podporou. (Roztočil, 2008)

Při vedení druhé doby porodní rodička používá v době kontrakce břišní lis, pokud branka zašla, plodová voda otekla, hlavička je v rovině pánevní úžiny a šev šípový rotován do přímého průměru. Pro usnadnění vnitřní rotace a progresi hlavičky ukládáme rodičku na ten bok, na kterém je vedoucí bod hlavičky. (Roztočil, 2008)

Rodička se na začátku kontrakce zhluboka nadechne, může zavřít oči a ústa, rukama se přitáhne k porodnímu lůžku a třikrát během kontrakce tlačí jako na stolicí s minimálními přestávkami na vydechnutí a nadechnutí. Mezi kontrakcemi pravidelně pomalu a zhluboka dýchá. Chránění hráze během porodu hlavičky zabraňuje vzniku trhlin na hrázi a přilehlých částech pochvy a současně napomáhá správnému mechanismu při porodu hlavičky. (Roztočil, 2008)

Následuje zevní rotace, která probíhá samovolně tak, že záhlaví se obrací na stejnou stranu, jak vstupovalo do vchodu pánevního. Po lehké trakci porozené hlavičky směrem dolů se pod symfýzou porodí přední raménko až po hypomochlion, kolem kterého se hrudník plodu otáčí směrem nahoru, a nad hrázi se rodí raménko zadní. V průběhu porodu zadního raménka je nutné znovu chránit hráz. (Roztočil, 2008)

Po porodu celého plodu je přestřižen pupečník. Poté je novorozenec uložen na hrudník matky a je proveden pokus o jeho první přisátí. Rozvíjí se vztah matka – dítě, tzv. bonding. Délka druhé doby porodní by neměla přesáhnout 60 minut. (Roztočil, 2008)

7.3 Třetí doba porodní

Třetí doba porodní je doba od porodu plodu po vypuzení placenty a zpravidla se vede aktivně aplikací uterotonik intravenózně. Urychlí se tím odloučení a vypuzení placenty. Porod placenty je samovolný pomocí děložní kontrakce, břišním lisem a mírným tahem za pupečník, jinak malým tlakem na fundus děložní rukou naplocho. (Roztočil, 2008)

Mezi alternativní metody k odlučování placenty nám může pomoci teplý obklad s pár kapkami oleje jasmínu, který se přiloží na břicho rodičky a jemně se jím masíruje děloha. Další metodou je přiložení dítěte k prsu, kterým stimulujeme oxytocin, jež se začne vylučovat a pomáhá tak zavinování dělohy a vypuzení placenty.

Délka trvání třetí doby porodní nesmí přesáhnout, pokud rodička nekrvácí, 30 minut. Znaky celistvosti placenty zjišťujeme ihned po jejím porodu. Pozoruje se mateřská a fetální plocha. Krevní sraženiny se odstraní tamponem a sleduje se povrch jednotlivých kotyledonů.. Pokud si nejsme jistí celistvostí placenty a pacientka krvácí, je nutno provést ultrazvukové vyšetření na průkaz reziduí. (Roztočil, 2008)

7.4 Čtvrtá doba porodní

Ve čtvrté době porodní, tzn. po porodu placenty, provede lékař revizi porodních cest a případně ošetření poporodních poranění na hrázi, v pochvě a na děložním čípku. Současně se provede kontrola krvácení a stanoví se krevní ztráta. U fyziologického porodu by krevní ztráta neměla přesáhnout 300 ml. (Čermáková, 2008)

Je nutné sledovat involuci dělohy a krvácení z dělohy. Děložní fundus těsně po porodu dosahuje obvykle jeden prst nad pupek, postupně se zavinováním

dělohy dostane na úroveň pupku nebo těsně pod pupek. Krvácení musí být přiměřené a bez přítomnosti většího množství koagul. (Peschout, 2007)

Po ošetření poporodních poranění porodní asistentka provede dezinfekci a umytí zevních rodidel. Poté sleduje krevní tlak, tepovou frekvenci a tělesnou teplotu rodičky, ale také příjem a výdej tekutin. Klade se důraz hlavně na vyprazdňování močového měchýře, protože pokud zůstane plný, brání zavínování dělohy. Po porodu dbáme také na psychický stav rodičky. (Čermáková, 2008)

K přiložení novorozence by mělo dojít co nejdříve po porodu (doporučuje se do 30 minut po porodu), aby se začaly vylučovat hormony zajišťující laktaci. V tomto období zůstává rodička s novorozencem a s partnerem přítomna na porodním sále nejčastěji dvě hodiny. (Čermáková, 2008)

Rodičku při překlada z porodního sálu zkontrolujeme – zavínování dělohy, krvácení (hojnost očítků) a přeměříme krevní tlak, tělesnou teplotu a tepovou frekvenci a překládáme rodičku na oddělení šestinedělí. Tam si ji převezme porodní asistentka, která slouží a bude se o ni starat. Znovu zkontroluje zavínování dělohy a odchod očítků. Poučí rodičku o chodu oddělení, o zvýšeném pitném režimu a nutnosti spontánního pravidelného močení a pravidelného přikládání dítěte k prsu. V následujících dnech je velmi důležitá psychická podpora ze stran personálu a taky ochota řešit problémy, které se šestinedělím souvisí.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8 METODIKA

Bakalářskou práci jsem zvolila typu výzkumného. Ke sběru informací jsem využila metodu dotazníku, který jsem rozdala v ambulanci KTG, která je součástí porodního sálu Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně, dále byl můj dotazník rozdan v předporodních kurzech. Celkem jsem oslovila dvě stě dvacet pět respondentek, kterým jsem po představení se a vysvětlení významu, dotazníky rozdala. Rozdání a sběr dotazníků proběhl v měsíci únoru, březnu a dubnu. Skupina respondentek nebyla omezena věkem, počtem porodů, ani jiným faktorem. Z celkového počtu dvě stě dvaceti pěti rozdaných dotazníků se mi jich vrátilo dvě stě.

Takto vysoká návratnost je jednak díky ochotě rodiček předložený dotazník vyplnit, jednak díky vstřícnému přístupu vedoucích předporodních kurzů a taky z důvodu mé přítomnosti při rozdávání i sběru dotazníků.

Dotazníková metoda má řadu výhod: postihuje velký počet jedinců při relativně nízkých nákladech a v krátkém čase, odstraňuje nepříznivé vlivy tazatele a anonymita přispívá k otevřenosti respondentů.

K nevýhodám dotazníku se řadí jejich menší návratnost, možnost zkreslení údajů při nevhodně položené otázce bez zpětné možnosti upřesnění.

Vlastní příprava dotazníku je náročná. Před jeho definitivním rozdáním jsem použila předvýzkum, který jsem provedla na malé skupině žen před porodem. Hlavním cílem byla snaha zjistit, zda jsou otázky respondentkám srozumitelné.

Dotazník byl s různými změnami dvakrát přepracován, než byl respondentkám předložen k vyplnění.

Dotazník byl rozčleněn na několik částí. V první části obsahoval otázky všeobecného charakteru, týkající se věku, zaměstnání, stavu apod. Všeobecné údaje mi pomáhají zjistit, do jaké míry tyto faktory ovlivňují rozhodnutí rodičky při výběru porodnického zařízení. Další část byla zaměřena na prenatální péči a na faktory ovlivňující výběr porodnického zařízení. Poté následovalo několik otázek týkajících se hodnocení personálu a prostředí na porodním sále a oddělení šestinedělí.

8.1 Cíle a hypotézy

C 1: Zjistit, co očekávají rodičky od komunikace mezi nimi a gynekologem

H 1: Předpokládám, že více než 75 % dotázaných bude chtít, aby na ně měl jejich gynekolog dostatek času a vše jim řádně vysvětlil

H 2: Předpokládám, že méně než 5 % těhotných žen nebude vůbec na komunikaci záležet

C 2: Zjistit, s kým si přejí o svém těhotenství (vývoji plodu, o problémech spojených s těhotenstvím, o pocitech, prožitcích) mluvit?

H 1: Očekávám, že více než 50 % bude chtít mluvit o svém těhotenství se svým gynekologem, porodní asistentkou a dalšími odborníky

H 2: Domnívám se, že méně než 20 % bude chtít mluvit o svém těhotenství pouze se svým gynekologem

C 3: Zjistit, jestli těhotné ženy komunikují s porodní asistentkou v ordinaci svého gynekologa

H 1: Předpokládám, že více než 40 % komunikuje s porodní asistentkou v ordinaci svého gynekologa

H 2: Domnívám se, že méně než 25 % těhotných žen vůbec nekomunikuje s porodní asistentkou v ordinaci svého gynekologa

H 3: Domnívám se, že méně než 20 % odpoví, že v ordinaci jejich gynekologa nepracuje porodní asistentka

C 4: Zjistit, co chtějí, aby jim nabídl porodní sál, tak aby byly spokojené?

H 1: Předpokládám, že více než 75 % bude očekávat, že jim porodí sál nabídne příjemné prostředí a zároveň ochotný zdravotnický personál

H 2: Domnívám se, že více než 5 % těhotných žen bude záležet na maximálním komfortu v podobě nadstandardního pokoje

H 3: Očekávám, že více než 60 % bude ke spokojenosti stačit dobré komunikační schopnosti zdravotnického personálu

C 5: Zjistit, jak těhotné ženy vnímají klystýr?

H 1: Předpokládám, že více než 65 % odpoví, že je jim klystýr nepříjemný, ale že ho zvládnou

H 2: Domnívám se, že méně než 20 % žen bude proti provedení klystýru

H 3: Domnívám se, že více než 30 % těhotných žen si nechá udělat klystýr na doporučení porodní asistentky

C 6: Zjistit, jestli by těhotným ženám vadilo, kdyby jim byla provedena epiziotomie při porodu?

H 1: Očekávám, že více než 10 % žen s epiziotomií během porodu nesouhlasí

H 2: Domnívám se, že více než 40 % žen bere epiziotomii jako součást porodu, tudíž se jí nebrání

H 3: Domnívám se, že více než 40 % žen nechá rozhodnutí o epiziotomii na porodní asistentce

C 7: Zjistit, jestli by ženy při porodu využily některou z alternativních metod tišení bolesti?

H 1: Očekávám, že více než 65 % žen by chtěly využít vanu a sprchu

H 2: Předpokládám, že více než 60 % žen bude chtít využít u porodu aromaterapii

H 3: Domnívám se, že více než 20 % žen využije homeopatika

C 8: Zjistit, v jaké poloze si těhotné ženy přejí родit?

H 1: Domnívám se, že více než 85 % bude chtít родit v polosedě

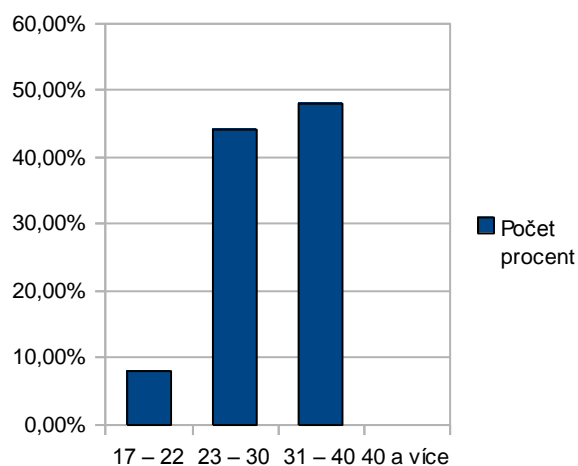
H 2: Domnívám se, že méně než 20 % bude chtít родit do vody

H 3: Očekávám, že méně než 15 % těhotných žen bude chtít родit v poloze à la vache

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Tabulka 1. Věk

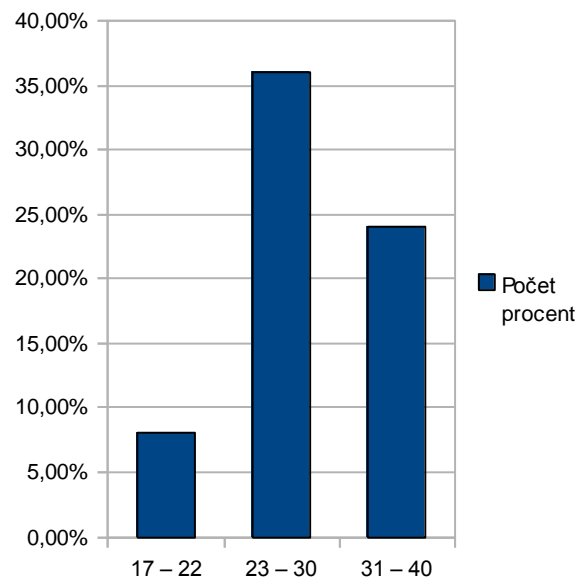
Věk	Počet procent	Počet žen
17 – 22	8,00%	16
23 – 30	44,00%	88
31 – 40	48,00%	96
40 a více	0,00%	0



Obr. 1: Věk

První otázka směřovala k věku respondentek. Jak je vidět v grafu, nejpočetnější skupinou byly ženy ve věku 31 – 40, následovaly ženy ve věku 23 – 30, dále 17 – 22 let a žádná respondentka neměla více jak 40 let. Položila jsem si tedy otázku: „V kolika letech ženy plánují své první těhotenství?“

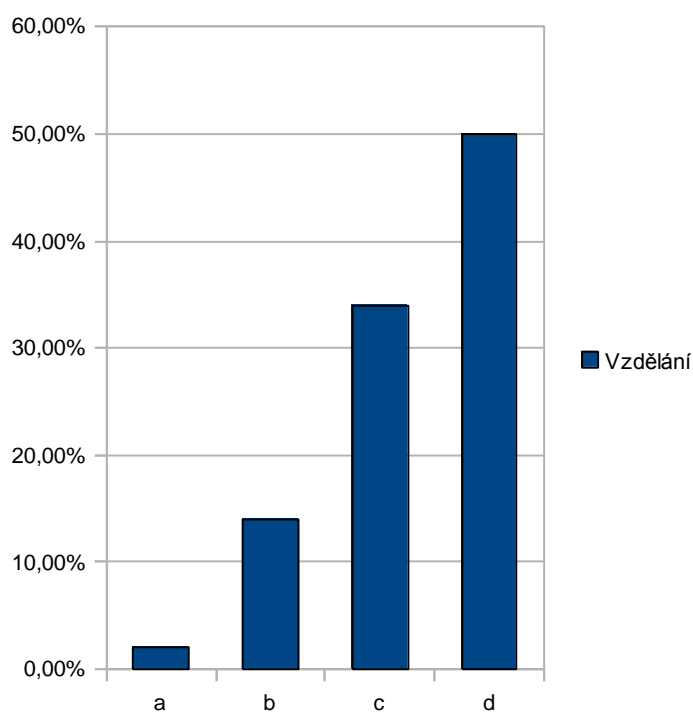
Primipara	Počet procent	Počet žen
17 – 22	8,00%	16
23 – 30	36,00%	72
31 – 40	24,00%	24



Z následujícího grafu můžeme vyčíst, že věk prvorodiček se pohybuje v rozmezí 23 – 30 let a to v 36 % (72 žen), následuje věk 31 – 40 let při 24 % (48 žen). Věk prvorodiček v rozmezí 17 – 22 let je zastoupen 8 % (16 žen).

Otázka č. 2: Jaké máte dosažené vzdělání?*Tabulka 2. Vzdělání*

	Vzdělání	Počet procent	Počet žen
a	ZŠ	2,00%	4
b	SŠ bez maturity	14,00%	28
c	SŠ s maturitou	34,00%	68
d	VŠ	50,00%	100

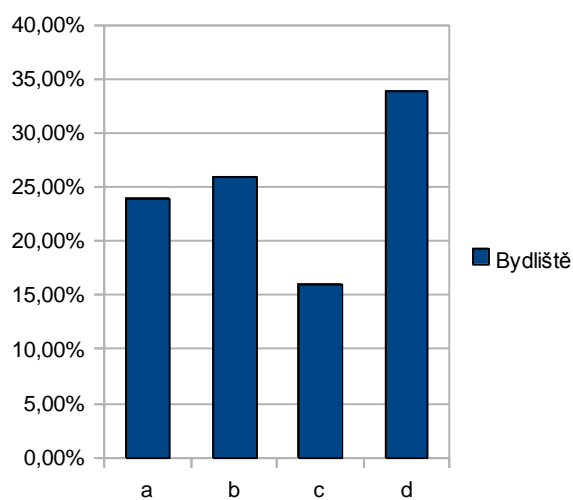
*Obr. 2 Vzdělání*

Další otázka směřovala ke vzdělání respondentek. Nejpočetnější skupinu tedy tvořily ženy s ukončeným vzděláním vysokoškolským a to v 50 % (100 žen), Druhou nejpočetnější skupinou byly ženy se středoškolským vzděláním, které ukončily maturitou v 34 % (68 žen). Třetí skupinou byly ženy se středoškolským vzděláním bez maturity v 14 % (28 žen) a málo početnou skupinou byly ženy s dokončenou základní školou 2 % (4 ženy).

Otázka č. 3: Bydlíte:

Tabulka 3. Bydliště

	Bydliště	Počet procent	Počet žen
a	Vesnice	24,00%	48
b	Město s počtem obyvatel do 20 000	26,00%	52
c	Město s počtem obyvatel od 20 000 – 50 000	16,00%	32
d	Město s počtem obyvatel nad 50 000	34,00%	68



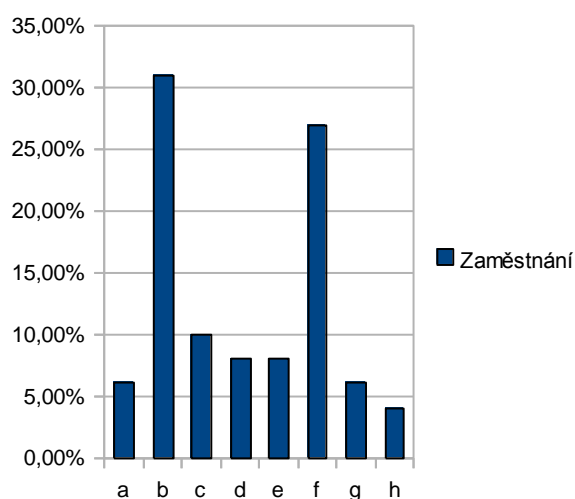
Obr. 3 Bydliště

Další graf se zabývá bydlištěm respondentek. Až 34 % žen (68), jež vyplňovalo můj dotazník, bydlí ve městě s počtem obyvatel nad 50 000. 26 % žen (52) bydlí ve městě s počtem obyvatel do 20 000. 24% žen (48) bydlí na vesnici a nejmenší skupinou jsou ženy, které žijí ve městě s počtem obyvatel od 20 000 do 50 000 v 16% (32 žen)

Otázka č. 4: Jaké je Vaše aktuální zaměstnání?

Tabulka 4. Zaměstnání

	Zaměstnání	Počet procent	Počet žen
a	Student	6,00%	12
b	MD	31,00%	66
c	OSVČ	10,00%	20
d	Učitelství	8,00%	16
e	Zdravotnický pracovník	8,00%	16
f	Administrativní pracovník	27,00%	54
g	Služby (prodavačka, kuchařka, ...)	6,00%	12
h	Technicko – hospodářský pracovník	4,00%	8

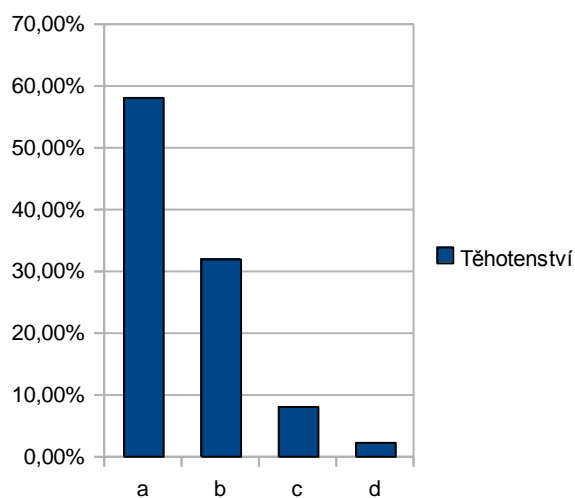


Obr. 4 Zaměstnání

V otázce č. 4 jsem se zabývala zaměstnáním respondentek. 31 % respondentek (66 žen) bylo na mateřské dovolené, další nejčastější odpovědí v 27 % (54 žen) bylo administrativní pracovník a třetí nejčastější odpověď v 10 % (20 žen) bylo OSVČ. Za tím následovali zaměstnání: Učitelství a zdravotnický pracovník v 8 % (16 žen), student + služby (prodavačka, kuchařka, aj.) v 6 % (12 žen) a technicko – hospodářský pracovník ve 4 % (8 žen).

Otázka č. 5: Po kolikáté jste těhotná?*Tabulka 5. Gravidita*

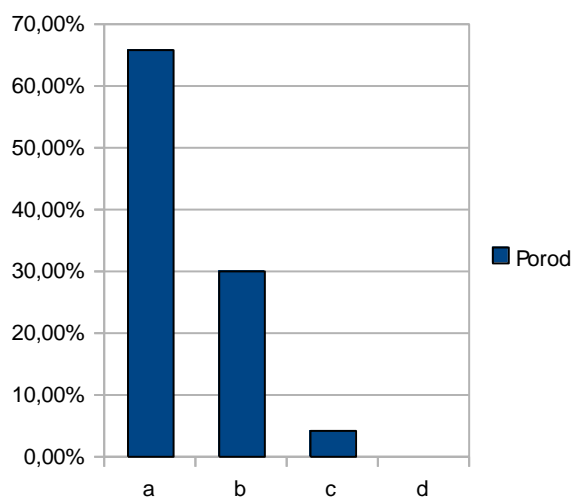
	Těhotenství	Počet procent	Počet žen
a	I. gravidita	58,00%	116
b	II. gravidita	32,00%	64
c	III. gravidita	8,00%	16
d	IV. a další gravidita	2,00%	4

*Obr. 5 Těhotenství*

V následující otázce jsem se zabývala po kolikáté jsou ženy těhotné. Nejpočetnější skupinu tvořily ženy primigravidy a to až v 58 % (116 žen). II. graviditu označilo 32 % respondentek (64 žen), III. graviditu prožívalo 8 % žen (16), a IV. a více graviditu označilo 2 % žen (4).

Otázka č. 6: Po kolikáté budete rodit?*Tabulka 6. Porod*

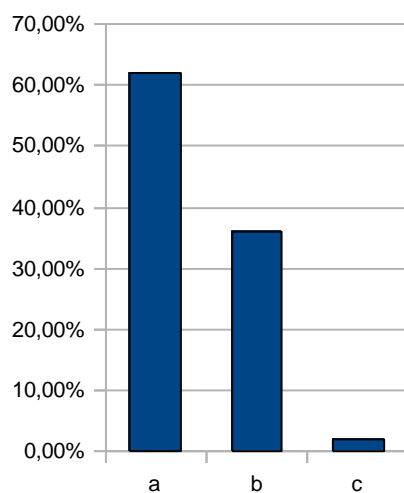
	Porod	Počet procent	Počet žen
a	Poprvé	66,00%	132
b	Podruhé	30,00%	60
c	Potřetí	4,00%	8
d	Počtvrté a více	0,00%	0

*Obr. 6 Porod*

V otázce č. 6 jsem se zabývala tím, po kolikáté budou ženy rodit. 66 % respondentek (132 žen) odpovědělo, že poprvé, 30 % respondentek (60 žen) odpovědělo, že podruhé. Malou skupinu tvořily ženy, které před sebou měly třetí porod – jen 4 % (8 žen).

Otázka č. 7: Jste spokojena s dosavadní péčí Vašeho gynekologa?*Tabulka 7. Spokojenost s péčí gynekologa*

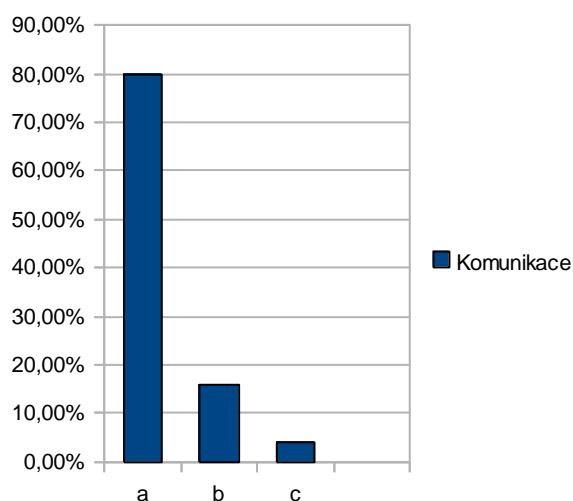
	Spokojenost	Počet procent	Počet žen
a	Ano, maximálně	62,00%	124
b	Ano, ale nějaké výhrady mám	36,00%	72
c	Ne, uvažuji o změně gynekologa	2,00%	4

*Obr. 7 Spokojenost s péčí gynekologa*

Další graf nám ukazuje, jaká je spokojenost žen se svým gynekologem. 62 % respondentek (124 žen) je ve všech ohledech spokojena s péčí gynekologa. 36 % respondentek (72 žen) spokojená je, ale nějaké výhrady má. A pouze 2 % žen (4) spokojené nejsou, uvažují o změně gynekologa.

Otázka č. 8: Co očekáváte od komunikace mezi Vámi a gynekologem?*Tabulka 8. Komunikace s gynekologem*

	Komunikace	Počet procent	Počet žen
a	Všechno vysvětlí, bude mluvit srozumitelně, ochotný	80,00%	160
b	Nemusí být moc komunikativní	16,00%	32
c	Na komunikaci nezáleží, musí být odborník ve svém oboru	4,00%	8

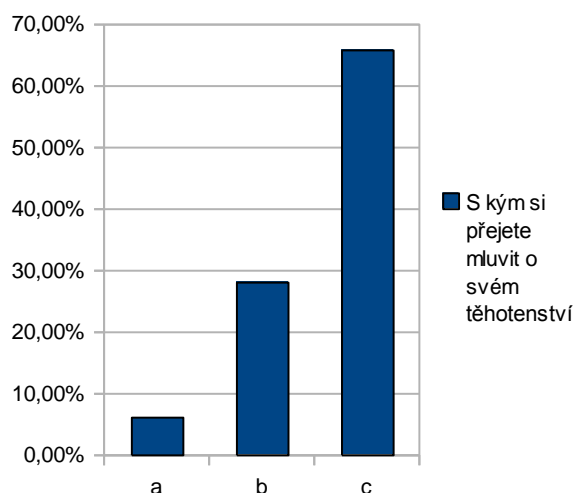
*Obr. 8 Komunikace s gynekologem*

V následujícím grafu můžeme vidět co očekávají ženy od komunikace mezi nimi a jejich gynekologem. 80 % respondentkám (160 žen) jde hlavně o to, aby byl ochotný, mluvil srozumitelně a vše jim vysvětlil. Naopak 16 % respondentkám (32 žen) o komunikaci mezi nimi a gynekologem příliš nejde, ale pokud budou mít nějaký dotaz, měl by jim na něj s ochotou odpovědět. A 4 % respondentek (8 žen) na komunikaci nezáleží, důležité pro ně je, aby jejich gynekolog byl opravdu odborník ve svém oboru.

Otázka č. 9: S kým si přejete mluvit o svém těhotenství (vývoji plodu, o problémech spojených s těhotenstvím, o pocitech a prožitcích, aj.)?

Tabulka 9. S kým si přejete mluvit o svém těhotenství

	S kým si přejete mluvit o svém těhotenství	Počet procent	Počet žen
a	Pouze s gynekologem	6,00%	12
b	S gynekologem a porodní asistentkou	28,00%	56
c	S gynekologem, porodní asistentkou a dalšími odborníky	66,00%	132



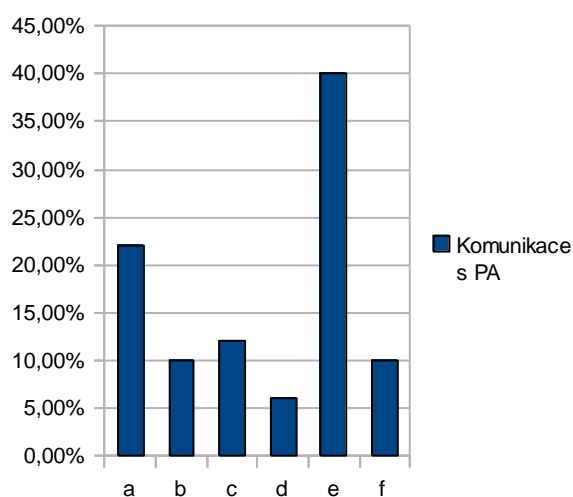
Obr. 9 S kým si přejete mluvit o svém těhotenství?

Na dalším grafu můžeme vidět, s kým si ženy přejí mluvit o svém těhotenství. Až 66 % respondentek (132 žen) odpovědělo, že o svém těhotenství si přejí mluvit se svým gynekologem, porodní asistentkou a dalšími odborníky. Je to dáno zřejmě tím, že ženy mají větší obavy o své nenarozené dítě, mají strach, že předčasně porodí nebo dokonce potratí. Další nejčastější odpověď byla, že si přejí mluvit o svém těhotenství s gynekologem a porodní asistentkou a to v 28 % (56 žen). Pouze s gynekologem by chtělo hovořit o svém vývoji těhotenství 6 % respondentek (12 žen).

Otázka č. 10: Komunikujete s porodní asistentkou v ordinaci svého gynekologa?

Tabulka 10. Komunikace s porodní asistentkou v ordinaci gynekologa

	Komunikace s PA	Počet procent	Počet žen
a	Ano	22,00%	44
b	Ano, ale nemá na mě tolik času	10,00%	20
c	Ano, ale komunikujeme málo	12,00%	24
d	Žádná komunikace neprobíhá	6,00%	12
e	Nevím, zda v ordinaci pracuje PA	40,00%	80
f	V ordinaci pracuje všeobecná sestra	10,00%	20



Obr. 10 Komunikace s PA

Následující otázka se zabývá komunikací ženy s porodní asistentkou v ordinaci svého gynekologa. Je zarážející, že až 40 % respondentek (80 žen) vůbec neví, jestli v ordinaci jejich gynekologa pracuje porodní asistentka. Zde bychom si měli položit otázku, čím to bude? Nedostatečnou komunikací, neochotou porodních asistentek, či nezájem žen o porodní asistentky v gynekologických ambulancích...?!

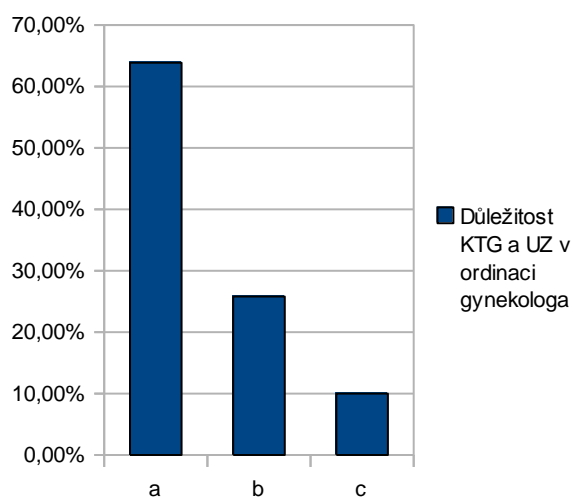
Na druhou stranu odpovědělo 22 % respondentek (44 žen), že s porodní asistentkou v gynekologické ambulanci komunikují. Dále 12 % respondentek (24 žen) odpovědělo, že sice komunikují, ale málo. 10 % respondentek (20 žen)

komunikují, ale připadá jim, že na ně nemá tolik času, takže s ní řeší jen věci, které jsou důležité a neodkladné. Dalších 10 % respondentek (20 žen) uvedlo, že v ordinaci jejich gynekologa pracuje všeobecná sestra – žena jiné profese než zdravotnické. Odpověď „žádná komunikace neprobíhá“ označilo 6 % respondentek (12 žen).

Otázka č. 11: Je pro Vás důležité, aby Váš gynekolog měl v ordinaci ultrazvuk a KTG (přístroj na měření srdečních ozev dítěte)?

Tabulka 11. Důležitost KTG a UZ v ordinaci gynekologa

	Důležitost KTG a UZ v ordinaci gynekologa	Počet procent	Počet žen
a	Ano	64,00%	128
b	Není to to nejdůležitější	26,00%	52
c	Ne, na UZ a KTG si zajdu i do jiného zařízení	10,00%	20



Obr. 11 Důležitost KTG a UZ v ordinaci gynekologa

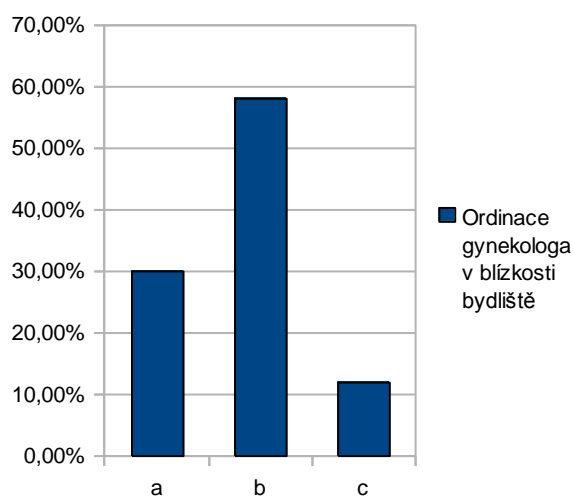
Následující otázka řeší, jak je pro těhotné ženy důležité, aby měl jejich gynekolog ve své ordinaci ultrazvuk (dále jen UZ) a kardiokografický přístroj (dále jen KTG). Pro 64 % respondentek (128 žen) je to velmi důležité, pro dalších 26 % respondentek (52 žen) to není to nejdůležitější, bez problémů si na UZ a KTG zajdou jinam na odborné pracoviště. A pouze 10 % žen (20) to nepovažuje

za nejdůležitější, ale tímto očekávají od gynekologa opravdu profesionální přístup.

Otázka č. 12: Je pro Vás důležité, aby Váš gynekolog měl ordinaci v blízkosti Vašeho bydliště?

Tabulka 12. Ordinace gynekologa v blízkosti bydliště

	Ordinace gynekologa v blízkosti bydliště	Počet procent	Počet žen
a	Ano, pro případ, že by se mi něco stalo	30,00%	60
b	Není to nejdůležitější	58,00%	116
c	Na vzdálenosti nezáleží	12,00%	24



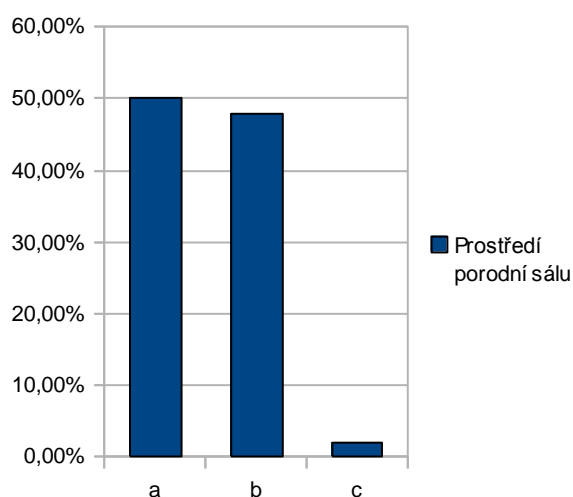
Obr. 12 Ordinace gynekologa v blízkosti bydliště

Další otázka řeší, zda je pro ženy důležité, aby jejich gynekolog měl ordinaci v blízkosti jejich bydliště. Více než polovina žen a to 58 % (116 žen) odpovědělo, že to pro ně není to nejdůležitější. Bez problémů si k němu dojedou i pár kilometrů dál, ale jen v případě, že s ním budou maximálně spokojené. 30 % respondentek (60 žen) uvedlo, že to pro ně důležité je, pro případ, že by se jim něco stalo. A pouze 12 % respondentkám (24 žen) na vzdálenosti nezáleží.

Otázka č. 13: Co očekáváte od prostředí porodního sálu, abyste byla spokojená?

Tabulka 13. Prostředí porodního sálu

	Prostředí porodní sálu	Počet procent	Počet žen
a	Příjemné prostředí, moderní vybavení, ochotný personál	50,00%	100
b	Ochota, komunikační schopnosti zdravotnického personálu	48,00%	96
c	Nadstandardní pokoj, na komunikaci nezáleží	2,00%	4



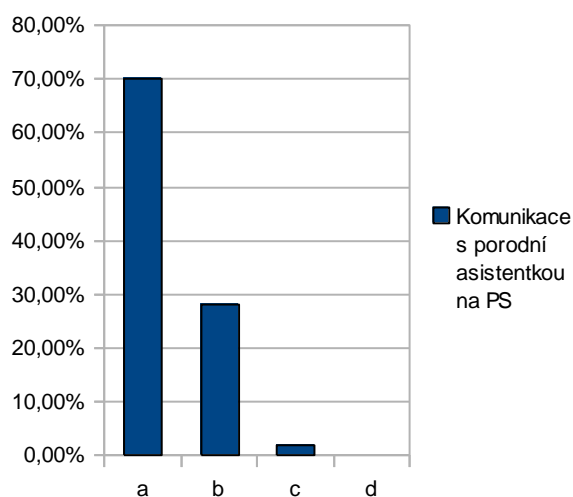
Obr. 13 Prostředí porodního sálu

Na následujícím grafu můžeme vidět, co ženy očekávají od prostředí porodního sálu. 50 % respondentek (100 žen) očekává příjemné prostředí, moderní vybavení a ochotný personál. 48 % respondentek (96 žen) uvedlo, že jim na prostředí tak moc nezáleží, jde jim spíše o ochotu a komunikační schopnosti zdravotnického personálu. Pouze 2 % respondentek (4 ženy) uvedly, že ke spokojenosti potřebují maximální komfort v podobě nadstandardního pokoje, ve kterém budou rodit a na komunikaci se zdravotnickým personálem jim nezáleží.

Otázka č. 14: Co očekáváte od komunikace mezi Vámi a porodní asistentkou na porodním sále?

Tabulka 14. Komunikace s porodní asistentkou na porodním sále

	Komunikace s porodní asistentkou na PS	Počet procent	Počet žen
a	Příjemná, všechno vysvětlí, bere ohled na mé potřeby	70,00%	140
b	Nesmí mít ke mně pasivní přístup	28,00%	56
c	Komunikace není důležitá	2,00%	4
d	Jiná odpověď	0,00%	0



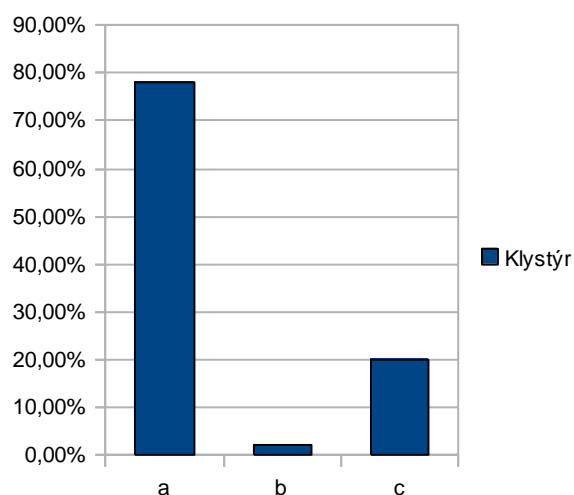
Obr. 14 Komunikace s porodní asistentkou na PS

Další graf nám ukazuje, co ženy očekávají od komunikace mezi nimi a porodní asistentkou na porodním sále. 70 % respondentek (140 žen) chtějí, aby PA byla příjemná, všechno vysvětlila a brala ohled na jejich potřeby. 28 % respondentek (56 žen) odpovědělo, že nechce, aby PA k nim měla pasivní přístup. Pouze pro 2 % žen (4) není komunikace důležitá.

Otázka č. 15: Považujete klystýr za vhodný?

Tabulka 15. Klystýr

	Klystýr	Počet procent	Počet žen
a	Ano, dá se to zvládnout	78,00%	156
b	Ne, nesouhlasím s ním	2,00%	4
c	Jen na doporučení PA, jinak ne	20,00%	40

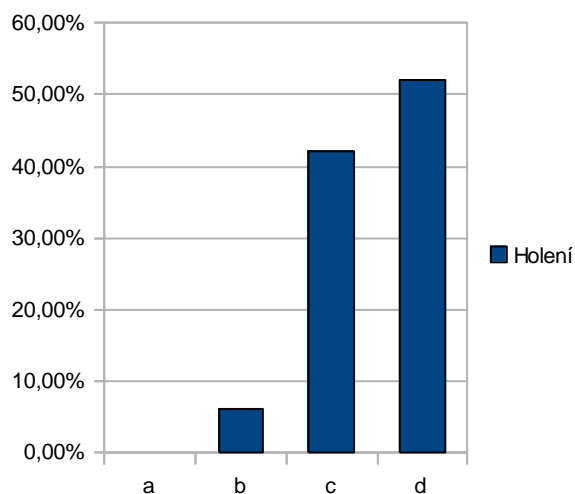


Obr. 15 Klystýr

V otázce č. 15 jsem se ptala respondentek, jestli považují klystýr za vhodný. 78 % respondentek (156 žen) odpovědělo, že ano. 20 % respondentek (40 žen) si přeje provedení klystýru jen pokud jim ho PA doporučí, jinak ne a pouze 2 % respondentek (4 ženy) s klystýrem nesouhlasí.

Otázka č. 16: Vadilo by Vám oholení části genitálií před porodem?*Tabulka 16. Holení*

	Holení	Počet procent	Počet žen
a	Ano, je mi to nepříjemné	0,00%	0
b	Ano, ale vydržela bych to	6,00%	12
c	Ne, beru to jako součást porodu	42,00%	84
d	Nevadilo, sama se holím	52,00%	104

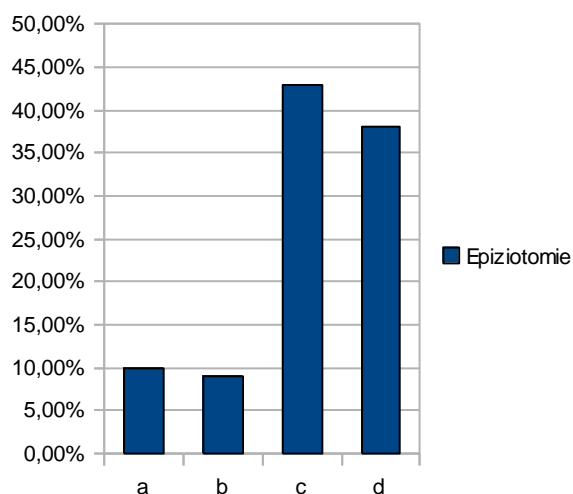
*Obr. 16 Holení*

Otázka č. 16 zjišťuje, zda by respondentkám vadilo oholení části genitálií před porodem. Odpověď „ne, nevadilo, sama se holím“ označilo 52 % respondentek (104 žen), odpověď „ne, beru to jako součást přípravy na porod“ označilo 42 % respondentek (84 žen). A 6 % ženám (12) by to vadilo, ale vydržely by to.

**Otázka č. 17: Vadilo by Vám, kdyby Vám byla provedena epiziotomie (ná-
střih)?**

Tabulka 17. Epiziotomie

	Epiziotomie	Počet procent	Počet žen
a	Ano, bojím se toho	10,00%	20
b	Ano, považuji to za nevhodné	9,00%	18
c	Ne, nebráním se tomu	43,00%	86
d	Rozhodnutí nechám na PA	38,00%	76



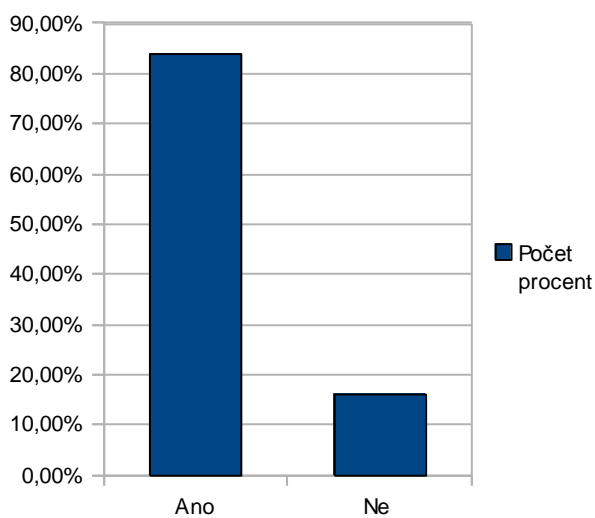
Obr. 17 Epiziotomie

V otázce č. 17 jsem zjišťovala, zda by rodičkám vadilo, kdyby jim byla provedena během II. doby porodní epiziotomie. 43 % respondentkám (86 žen) by to nevadilo, berou to jako součást porodu, 38 % respondentek (76 žen) nechá rozhodnutí na porodní asistentce, 10 % respondentek (20 žen) si epiziotomii nepřeje, bojí se toho a 9 % respondentek (18 žen) si to taky nepřeje, považují to za nevhodné, zbytečně zraňující.

**Otázka č. 18: Chtěla byste využít u porodu některou z alternativních metod
tišení bolesti?**

Tabulka 18. Alternativní metody

Alternativní metody	Počet procent	Počet žen
Ano	84,00%	168
Ne	16,00%	32

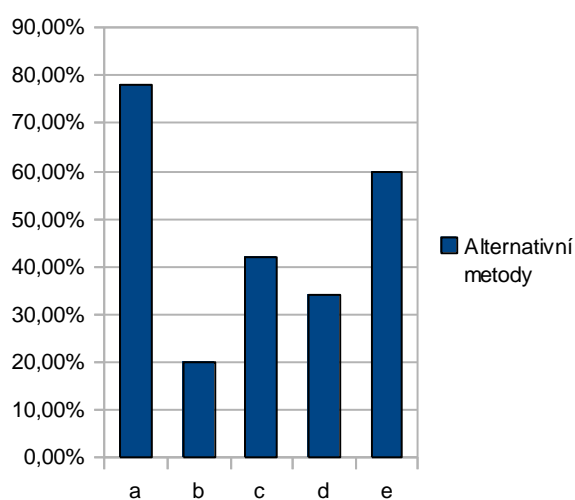


Obr. 18 Alternativní metody

Na následujícím grafu můžeme vidět, jestli si respondentky přejí využít u porodu některou z alternativních metod tišení bolesti – 84 % (168 žen) si přeje využít alternativní metody tišení bolesti a 16 % (32 žen) nevyužije alternativní metody.

Otázka č. 19: Pokud ano, jakou?*Tabulka 19. Alternativní metody – výběr*

	Alternativní metody	Počet procent	Počet žen
a	Sprcha + vana	78,00%	156
b	Homeopatie	20,00%	40
c	Aromaterapie	42,00%	84
d	Příjemná, uklidňující hudba	34,00%	68
e	Masáž	60,00%	120

*Obr. 19 Alternativní metody - výběr*

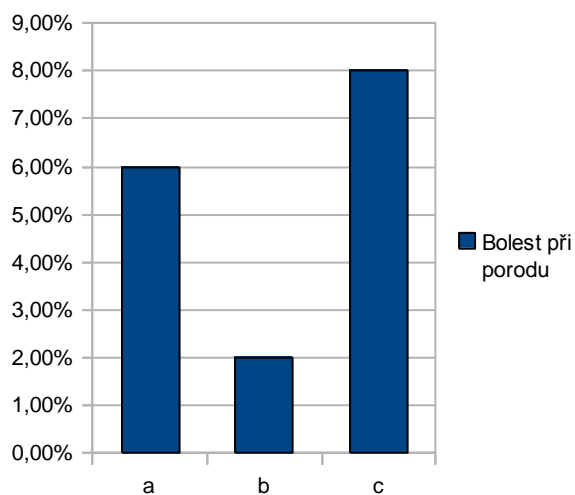
Otázka č. 19 navazuje na otázku č. 18 a zjišťuje, kterou alternativní metodu tišení bolesti při porodu by respondentky využily. V této otázce mohly ženy zakroužkovat více odpovědí. Nejvíce oblíbenou metodou byla sprcha + vana v 78 % (156 žen), dále masáž, kterou by využilo 60 % (120 žen), třetí oblíbená metoda byla aromaterapie u 42 % (84 žen), následovala příjemná, uklidňující hudba,

kterou označilo 34 % (68 žen) a homeopatie, kterou by využilo pouze 20 % (40 žen).

Otázka č. 20: Pokud ne, jak chcete řešit bolest při porodu?

Tabulka 20. Řešení bolesti při porodu

	Bolest při porodu	Počet procent	Počet žen
a	Bolest si nepřipouštím velkou	6,00%	12
b	Léky ve formě injekcí	2,00%	4
c	Epidurální analgésie	8,00%	16



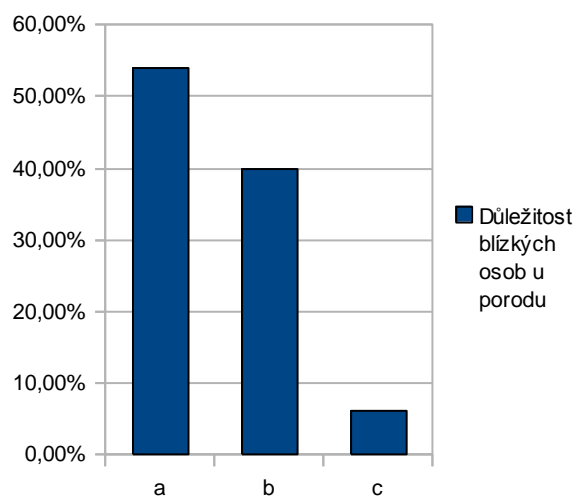
Obr. 20 Bolest při porodu

Otázka č. 20 rovněž navazuje na otázku č. 18 a řeší, jak chtějí respondentky řešit bolest u porodu, když ne alternativními metodami. Epidurální analgésie by využilo 8 % (16 žen), 6% (12 žen) si bolest nepřipouští velkou a jsou rozhodnuté ji zvládnout a pouze 2 % (4 ženy) by využily k tišení bolesti léky ve formě injekcí.

Otázka č. 21: Je pro Vás partner (příp. někdo z příbuzných, kamarádka apod.) důležitý(á) u porodu?

Tabulka 21. Důležitost blízkých osob u porodu

	Důležitost blízkých osob u porodu	Počet procent	Počet žen
a	Ano, je to velká opora	54,00%	108
b	Ano, ale jen v případě, že ten dotýčný nebude proti	40,00%	80
c	Ne, chci být sama s PA	6,00%	12



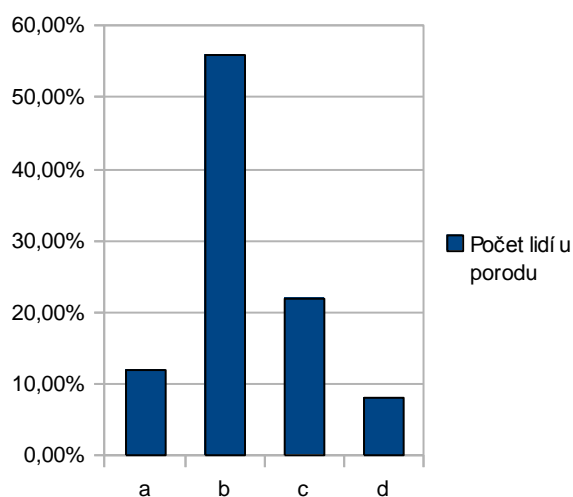
Obr. 21 Důležitost blízkých osob u porodu

Na následujícím grafu můžeme vidět, jestli je pro respondentky partner (popř. někdo z blízkých) důležitý u porodu. Pro 54 % (108 žen) je to velká opora, 40 % (80 žen) chce, aby tam byl někdo blízký, ale jen v případě, že ten dotýčný(á) nebude proti a jen 6 % (12 žen) chce být v takové situaci sama pouz s porodní asistentkou.

Otázka č. 22: Kolik lidí by mohlo být u Vašeho porodu?

Tabulka 22. Počet lidí u porodu

	Počet lidí u porodu	Počet procent	Počet žen
a	Pouze PA a lékař	12,00%	24
b	PA, lékař + studentka	56,00%	112
c	Na počtu mi nezáleží	22,00%	44
d	Co nejmíň, je mi to nepříjemné	8,00%	16



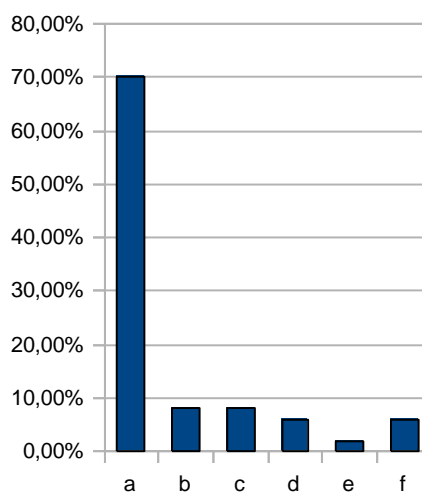
Obr. 22 Počet lidí u porodu

V dalším grafu si můžeme všimnout, že 56 % (112 žen) si přeje u porodu PA, lékaře a nevdila by jim ani studentka, 22 % (44 žen) na počtu osob u porodu nezáleží, 12 % (24 žen) si přeje u porodu pouze PA a lékaře a 8 % (16 žen) si přeje co nejmíň lidí u porodu, je to pro ně nepříjemná situace.

Otázka č. 23: V jaké poloze byste si přála родit?

Tabulka 23. Poloha při porodu

	Poloha při porodu	Počet procent	Počet žen
a	Klasicky v polosedě	70,00%	140
b	Do vody	8,00%	16
c	Na porodní stoličce	8,00%	16
d	A la vache (tzv. na všech čtyřech)	6,00%	12
e	Ve stoje	2,00%	4
f	Císařským řezem	6,00%	12



Obr. 23 Poloha při porodu

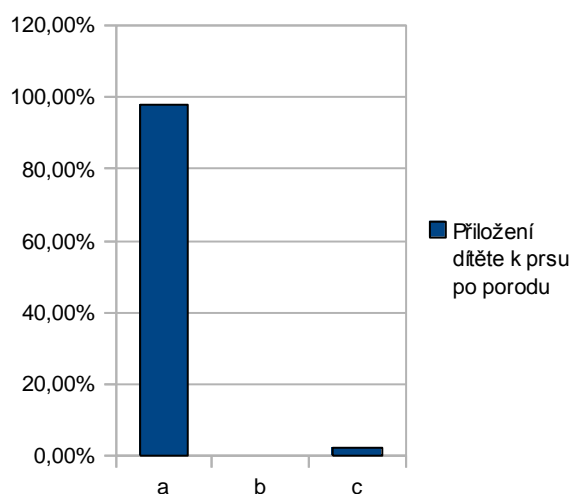
Z následujícího grafu se můžeme dozvědět, v jaké poloze si rodičky přejí родit. Většina z nich tj. 70 % (140 žen) upřednostňuje polohu v polosedě, pouze 8 % (16 žen) by chtělo родit do vody nebo na porodní stoličce, 6 % (12 žen) by zvolilo polohu na všech čtyřech (tzv. à la vache) a jen 2 % (4 ženy) by chtěly родit ve stoje. Císařský řez by zvolilo 6 % (12 žen) – sice se nejedná o polohu

při porodu, ale zmínila jsem to z důvodu dnes hodně diskutabilního tématu a to – císařský řez na přání.

Otázka č. 24: Přejete si bezprostředně po porodu dítě přiložit k prsu?

Tabulka 24. Přiložení dítěte k prsu po porodu

	Přiložení dítěte k prsu po porodu	Počet procent	Počet žen
a	Ano, pokud to můj nebo jeho stav dovolí	98,00%	196
b	Až na oddělení šestinedělí, chci si po porodu odpočinout	0,00%	0
c	Ne, nechci ani kojit	2,00%	4



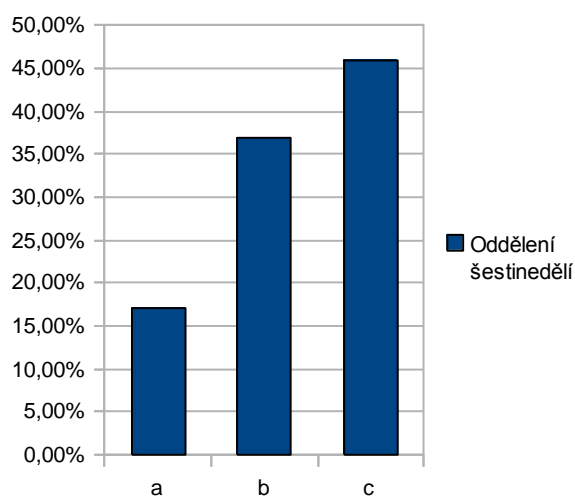
Obr. 24 Přiložení dítěte k prsu po porodu

V otázce č. 24 se dovídáme, jestli si respondentky přejí bezprostředně po porodu dítě přiložit k prsu. Většina z nich tj. 98 % (196 žen) si přeje přiložit dítě po porodu k prsu, pokud to jeho nebo její stav dovolí a jen 2 % (4 ženy) si nepřejí dítě přikládat k prsu a nechtějí ani kojit.

Otázka č. 25: Co očekáváte, že Vám nabídne prostředí oddělení šestinedělí po porodu?

Tabulka 25. Péče na oddělení šestinedělí

	Oddělení šestinedělí	Počet procent	Počet žen
a	Nadstandard + soukromí pro mě a mé dítě	17,00%	34
b	Ochota zdrav. personálu v případě problému	37,00%	74
c	Důležitá je komunikace mezi mnou a personálem	46,00%	92



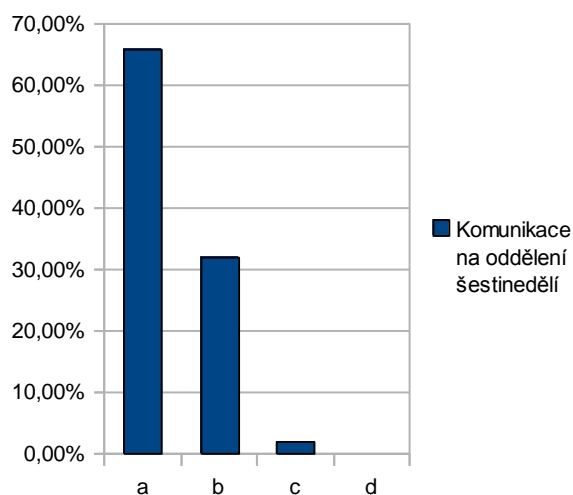
Obr. 25 Oddělení šestinedělí

Na následujícím grafu můžeme vidět, co očekávají respondentky, že jim nabídne oddělení šestinedělí po porodu. Pro 46 % (92 žen) je důležitá komunikace ze zdravotnickým personálem. 37 % (74 žen) počítá s ochotou zdravotnického personálu v případě vyskytnutí se nějakého problému a 17 % (34 žen) si přeje nadstandardní pokoj, kde se bude cítit maximálně pohodlně a kde bude mít se svým dítětem soukromí.

Otázka č. 26: Je pro Vás důležitá komunikace mezi Vámi a zdravotnickým personálem na oddělení šestinedělí?

Tabulka 26. Komunikace na oddělení šestinedělí

	Komunikace na oddělení šestinedělí	Počet procent	Počet žen
a	Ano, jako prvorodička budu potřebovat pomoc	66,00%	132
b	Ano, jako vícerodička stále očekávám pomoc	32,00%	64
c	Vše zvládnou sama	2,00%	4
d	Jiná odpověď	0,00%	0



Obr. 26 Komunikace na oddělení šestinedělí

V poslední otázce jsem zjišťovala, jak je pro respondentky důležitá komunikace se zdravotnickým personálem na oddělení šestinedělí. 66 % (132 žen) uvedlo, že jako prvorodičky budou potřebovat pomoc, tudíž očekávají příjemný personál, který jim vše vysvětlí a zodpoví všechny dotazy. 32 % (64 žen) odpovědělo, že i když rodí podruhé, potřetí apod., stále očekávají pomoc od personálu. Pouze 2 % (4 ženy) odpověděly, že vše zvládnou sami a v případě vyskytnutí se problémů, vyhledají pomoc.

ZÁVĚR

Celá bakalářská práce byla zaměřena na to, co ženy očekávají od těhotenství, porodu a následně období šestinedělí. Jedním z cílů bylo, zjistit, jak si ženy představují prenatální péči, porod a poporodní období, dále jsem se chtěla zaměřit na jejich potřeby (fyzické, psychické i sociální) v již už zmiňovaných etapách života.

Z mé práce vyplývá, že věk prvorodiček se zvyšuje. Z dvě stě žen byly 36 % (72 žen) ve věku od 23 – 30 těhotné poprvé. Je to dáno dobou, kdy většina mladých lidí chce nejdříve vystudovat a pak až založit rodinu, což můžeme vidět na grafu č. 3. kdy 50 % respondentek tvoří ženy s vysokoškolským vzděláním.

Většina žen je spokojena s prenatální péčí u svého gynekologa. Mnohem horší je to s komunikací porodní asistentky v gynekologické ambulanci. Většina respondentek ani neví, jestli v ordinaci jejich gynekologa pracuje porodní asistentka. Zřejmě se to týká nedostatečné komunikace mezi klientkami a porodními asistentkami. Zda se neochota komunikovat týká porodních asistentek či žen zůstává otázkou.

Mnoho žen taky očekává dobré komunikační schopnosti porodní asistentky na porodním sále. Jde jim hlavně o to, aby byla ochotná, neměla pasivní přístup a brala ohled na jejich potřeby. Dále si ženy přejí využít alternativní metody tišení bolesti během porodu (jako například sprcha, vana, aromaterapie, aj.)

Co se týká prostředí porodního sálu, většina rodiček si přeje příjemné prostředí s moderním přístrojovým vybavením a v neposlední řadě taky ochotný personál, což znamená, že nároky na to, jak by mělo vypadat prostředí, ve kterém budou ženy rodit, se zvýšily. Proto bychom se měli snažit, aby rodičky vzpomínaly na svůj porod jen v tom lepším slova smyslu. Nejenom na to, že porodní sál vytvářel příjemnou domácí atmosféru, ale taky že tam byli odborníci, kteří se dokázali vcítit do role rodičky a svou empatií, náklonností a pomocí jí dokázali dokonale provést porodem a poporodním obdobím.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V praxi by to mělo vypadat tak, že porodní asistentky by se měly neustále vzdělávat, aby své schopnosti mohly nadále rozvíjet. Měly by se naučit edukovat ženu co se týká plánovaného rodičovství, prenatální péče, porodu a poporodním období. V gynekologických ambulancích by se měly při prvním setkání s ženou představovat, aby ta dotyčná věděla, na koho se může v případě problému obrátit. Dále by porodní asistentky měly více komunikovat s ženami, nabídnout jim pomoc v případě potřeby a nemít k nim pasivní přístup v podobě rutinních vyšetření a otázek.

Z mého výzkumu nadále vyplývá, že pro většinu žen je taky hodně důležité, aby v ordinaci jejich gynekologa byl ultrazvuk a KTG, protože se tak cítí bezpečněji a je to pro ně pohodlnější. V praxi by tohle zřejmě využít nešlo, z důvodu velké finanční nákladnosti, kterou si každý gynekolog nemůže dovolit.

Co se týká porodního sálu, prostředí by mělo mít podobu domácího prostředí, tak aby se tam žena a její doprovod cítili pohodlně. Ani tady by se nemělo zapomínat na komunikaci zdravotnického personálu s rodičkou, která je velmi důležitá pro celkové pohodlí ženy. Rodička se tak cítí bezpečněji, je informovaná, důvěřuje nám a proto je spolupráce s ní mnohem snadnější než kdybychom byly pasivní a nezajímaly se o její potřeby.

Stejně tak bychom neměly zapomínat na kontakt matky s dítětem ihned po porodu. Většina rodiček si přeje dítě bezprostředně po porodu přiložit k prsu, proto bychom bonding neměly narušovat (samozřejmě jen v případech, kdy to stav matky nebo novorozence dovoluje).

Další věc, která mě zaujala, je poloha žen při porodu. Mnohé z rodiček volí stále klasickou polohu v polosedě, která ale každé vyhovovat nemusí. Domnívám se, že jde o určitý zvyk. Proto by měla být každá rodička informována o jiných polohách než v polosedě, které může zaujmout ve II. době porodní.

Další přínosem pro praxi by byla určitá spojitost novorozeneckého oddělení a oddělení šestinedělí. V dnešní době to na mnoha pracovištích vypadá, tak, že tyhle dvě oddělení jsou zvlášť, přičemž matka a dítě přece patří k sobě a nelze je nějak oddělovat. Z vlastní zkušenosti vím, že mnoho matek po porodu neví,

na koho se obrátit v případě problému. Neustále jsou odkazováni na laktační poradkyně, novorozenecké sestry či samotné porodní asistentky. Při tom sama porodní asistentka je kompetentní, aby ženu informovala jak v oblasti kojení a výživy novorozence, tak i v oblasti péče o ženu v období šestinedělí. Proto by na takových pracovištích měly pracovat takové porodní asistentky, které danou problematiku znají, mají více zkušeností a nebojí se komunikovat. Vždyť právě komunikace spolu s náklonností a empatií je pro citlivou ženu v šestinedělí tím nejdůležitějším.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ALEHAGEN, S.; WIJMA, B.; WIJMA, K. *Fear of childbirth before during and after childbirth*. [s.l.] : [s.n.], 2006. 85 s.
2. BADINTERE, E. *Materská láska*. 1. Bratislava: Aspekt, 1998. 277 s., ISBN 80-85549-04-2
3. ČERMÁKOVÁ, B. *K porodu bez obav*. 1. Brno: ERA group s.r.o., 2008. 144 s. ISBN 978-80-7366-114-4
4. FARROW, C.; BLISSETT, J. *The development of maternal self - esteem*. [s.l.] : Infant mental health journal, 2007. 28 s.
5. HOĐÁKOVÁ, K., *Prožitek porodu a sebehodnocení žen*. Katedra psychologie, Masarykova univerzita, Diplomová práce, Brno, 2009, 77. str.
6. KLOUČKOVÁ, Karolína. *Chceme mít miminko*. [s. l.]: Jan Vašut s.r.o., 2008. 298 s. ISBN 978-80-7236-603-3.
7. KOBILKOVÁ, J. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. Praha : Galén, 2005. 368 s. ISBN 80-7262-315-x.
8. LABUSOVÁ, Eva, et al. *Průvodce českými porodnicemi*. 1. Praha : Aperió, 2002. 220 s. ISBN 80-903087-0-8.
9. LANGMAIER, Josef; KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 2. Praha : Grada Publishing, 2007. 344 s. ISBN 80-247-1284-9.
10. LOWE, N., K. *The pain and discomfort of labour and birth*. [s.l.] : Joggn, 1996. 96 s.
11. MAREK, V., *Nová doba porodní*. 1. vydání Praha: Eminent, 2002, 263 s, ISBN 80-7281-090-1
12. MAŽGUTOVÁ, L., *Představy žen o fyziologickém porodu*. Lékařská fakulta, Katedra porodní asistence, Bakalářská práce, Brno, 2009, 81 str.
13. MELCHIOROVÁ, A. *Mateřství*. 1378. publikace. Karmelitánské nakladatelství, 2002. 263 s. ISBN 978-80-7195-267-1

14. NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. Praha : Grada Publishing, 2001. 147 s. ISBN 82-7169-938-1
15. ODENT, Michel. *Všichni jsme děti vody*. [s.l.] : Rodiče, s.r.o a ADONAI s.r.o, 2002. 137 s. ISBN 80-86489-14-0.
16. PETERSON, G. *Effects of devaluation of childbirth on women`s self - esteem and family relation ships*. [s.l.] : International journal of childbirth education, 2008. 150 s.
17. PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie*. 1. [s.l.] : Akademie věd ČR, 2003. 320 s. ISBN 80-200-1387-3.
18. ROZTOČIL, A., et al. *Moderní porodnictví*. 1. Praha : Grada Publishing, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
19. ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem, vývojová psychologie*. 2. Praha : Portál, 2004. 256 s. ISBN 80-7367-124-7.
20. ŠTROMEROVÁ, Z. *Péče porodní asistentky o těhotnou a rodící ženu v prostředí mimo porodnici - rychlý rádce*. Praha : C&COM Advertising s.r.o., 2005. 96 s.
21. WINKLUND, I., et al. *Expaction and experinces of childbirth in primiparoe with caesarean section*. [s.l.] : BJOG, 2008. 115 s. ISBN 324 331."

Internetové zdroje

<http://www.pdcap.cz/> 3. 4. 2010

<http://www.normalniporod.cz/> 6.4. 2010

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AFP	Alfafetoprotein
Aj.	A jiné
Atd.	A tak dále
HCG	Choriogonadotropin
KO	Krevní obraz
KS	Krevní skupina
KTG	Kartiotokograf
MD	Mateřská dovolená
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NT	Nuchální translucence
P	Puls
PA	Porodní asistentka
TK	Tlak krevní
UZ	Ultrazvuk

SEZNAM OBRÁZKŮ

OBR. 1: VĚK	51
OBR. 2 VZDĚLÁNÍ	53
OBR. 3 BYDLIŠTĚ	54
OBR. 4 ZAMĚSTNÁNÍ	55
OBR. 5 TĚHOTENSTVÍ	56
OBR. 6 POROD	57
OBR. 7 SPOKOJENOST S PÉČÍ GYNEKOLOGA.....	58
OBR. 8 KOMUNIKACE S GYNEKOLOGEM	59
OBR. 9 S KÝM SI PŘEJETE MLUVIT O SVÉM TĚHOTENSTVÍ?.....	60
OBR. 10 KOMUNIKACE S PA	61
OBR. 11 DŮLEŽITOST KTG A UZ V ORDINACI GYNEKOLOGA.....	62
OBR. 12 ORDINACE GYNEKOLOGA V BLÍZKOSTI BYDLIŠTĚ	63
OBR. 13 PROSTŘEDÍ PORODNÍHO SÁLU	64
OBR. 14 KOMUNIKACE S PORODNÍ ASISTENTKOU NA PS	65
OBR. 15 KLYSTÝR	66
OBR. 16 HOLENÍ	67
OBR. 17 EPIZIOTOMIE.....	68
OBR. 18 ALTERNATIVNÍ METODY	69
OBR. 19 ALTERNATIVNÍ METODY - VÝBĚR	70
OBR. 20 BOLEST PŘI PORODU	71
OBR. 21 DŮLEŽITOST BLÍZKÝCH OSOB U PORODU.....	72
OBR. 22 POČET LIDÍ U PORODU.....	73
OBR. 23 POLOHA PŘI PORODU.....	74
OBR. 24 PŘILOŽENÍ DÍTĚTE K PRSU PO PORODU.....	75
OBR. 25 ODDĚLENÍ ŠESTINEDĚLÍ.....	76
OBR. 26 KOMUNIKACE NA ODDĚLENÍ ŠESTINEDĚLÍ	77

SEZNAM TABULEK

TABULKA 1. VĚK	51
TABULKA 2. VZDĚLÁNÍ	53
TABULKA 3. BYDLIŠTĚ	54
TABULKA 4. ZAMĚSTNÁNÍ	55
TABULKA 5. GRAVIDITA	56
TABULKA 6. POROD	57
TABULKA 7. SPOKOJENOST S PÉČÍ GYNEKOLOGA.....	58
TABULKA 8. KOMUNIKACE S GYNEKOLOGEM	59
TABULKA 9. S KÝM SI PŘEJETE MLUVIT O SVÉM TĚHOTENSTVÍ.....	60
TABULKA 10. KOMUNIKACE S PORODNÍ ASISTENTKOU V ORDINACI GYNEKOLOGA	61
TABULKA 11. DŮLEŽITOST KTG A UZ V ORDINACI GYNEKOLOGA.....	62
TABULKA 12. ORDINACE GYNEKOLOGA V BLÍZKOSTI BYDLIŠTĚ.....	63
TABULKA 13. PROSTŘEDÍ PORODNÍHO SÁLU	64
TABULKA 14. KOMUNIKACE S PORODNÍ ASISTENTKOU NA PORODNÍM SÁLE	65
TABULKA 15. KLYSTÝR	66
TABULKA 16. HOLENÍ	67
TABULKA 17. EPIZIOTOMIE.....	68
TABULKA 18. ALTERNATIVNÍ METODY	69
TABULKA 19. ALTERNATIVNÍ METODY – VÝBĚR	70
TABULKA 20. ŘEŠENÍ BOLESTI PŘI PORODU.....	71
TABULKA 21. DŮLEŽITOST BLÍZKÝCH OSOB U PORODU.....	72
TABULKA 22. POČET LIDÍ U PORODU.....	73
TABULKA 23. POLOHA PŘI PORODU.....	74
TABULKA 24. PŘILOŽENÍ DÍTĚTE K PRSU PO PORODU.....	75
TABULKA 25. PÉČE NA ODDĚLENÍ ŠESTINEDĚLÍ.....	76
TABULKA 26. KOMUNIKACE NA ODDĚLENÍ ŠESTINEDĚLÍ.....	77

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Doporučení základních vyšetření v těhotenství (dle sekce perinatální medicíny ČGPS)

Příloha č. 2: Zákon 96/2004

Příloha č. 3: Oslovení respondentek

Příloha č. 4: Dotazník

Příloha č. 5: Žádost o umožnění dotazníkového šetření

TĚHOTENSTVÍ (DLE SEKCE PERINATÁLNÍ MEDICÍNY ČGPS)

10. - 12. týden těhotenství

Vstupní vyšetření:

- KS + Rh faktor (protilátky)
- HBsAg, HIV, BWR (sérologicky)
- Rubeola, pokud není doloženo povinné očkování
- Toxoplazmóza u rizikových skupin
- Gonorrhea kultivačně u rizikových skupin
- Onkologická cytologie, kolposkopie čípku, při susp. nebo patol. nálezu ihned expertní kolposkopie, event.biopsie

Základní opakované vyšetření:

- krevní tlak (dále jen TK), puls (dále jen P), tělesná hmotnost, moč chemicky papírkem

Doporučená vyšetření:

- UZ vyšetření, včetně nuchální translucence (NT), beta-hCG, PAPP-A, pH pochvy papírkem

Porodnické vyšetření:

- Akce srdeční plodu od 14. týdne těhotenství
- Měření vzdálenosti fundus - symfýza
- Vaginální vyšetření: cervix skóre + naléhající část plodu
- Pelvimetrie (conjugata externa, diagonalis)
- Amnioskopie v termínu porodu (pokud jsou podmínky)
- Pohyby plodu (sledování těhotnou)

16. týden těhotenství

- Tripple - test (hCG, AFP, E3) - program Alpha
- Základní opakovaná vyšetření

20. týden těhotenství

- U Rh - negativních žen protilátky
- Krevní obraz (dále jen KO)
- Základní opakovaná vyšetření
- 1. UZ screening

24. týden těhotenství

- Kultivace pochvy, endocervixu (aerobní, anaerobní), kultivace moče - u rizikových skupin
- Základní opakovaná vyšetření
- Orální glukózový toleranční test (oGTT)

28. týden těhotenství

- U Rh - negativních žen vyšetření protilátek
- Základní opakovaná vyšetření

28. - 32. týden těhotenství

- 2. UZ screening (u vícečetné gravidity vždy flowmetrie)
- Základní opakovaná vyšetření

36. týden těhotenství

- HIV, BWR, gonorrhoea - u rizikových skupin
- U Rh - negativních žen - protilátky
- KTG - u rizikových skupin
- 2. KO (včetně trombocytů)
- Kultivace pochvy, endocervixu (GBS)
- Základní opakovaná vyšetření

37. týden těhotenství

- KTG u rizikových skupin

-
- Základní opakovaná vyšetření

38. - 40. týden těhotenství

- KTG
- Základní opakovaná vyšetření
- Speciální vyšetření (interní, neurologické, ortopedické) - u rizikových skupin, vnitřní vyšetření pánve (conjugata diagonalis)

40 týdnů těhotenství - porod (prodloužená gravidita)

- KTG á 2 dny
- Vaginální kontrola 2x týdně
- UZ biometrie k upřesnění termínu porodu
- 10. den po termínu porodu: oxytocinový zátěžový test (OZT) – dnes už jen velmi výjimečně
- 41+5 - 42. ukončený týden gravidity: hospitalizace + indukce

PŘÍLOHA P2: ZÁKON 96/2004

Za výkon porodní asistentky se považuje poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, to je zajištění nezbytného dohledu, poskytování péče a rady ženám během těhotenství, při porodu a šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence; součástí této péče je také ošetrovatelská péče na úseku gynekologie. Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.

Vyhláška č. 424 / 2004 Sb. ze dne 30. 6. 2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

§ 5 Porodní asistentka

Paragraf 5 (část 1.). Porodní asistentka vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotným, rodícím ženám a šestinedělkám prostřednictvím ošetrovatelského procesu.

Přitom zejména:

- a) poskytuje poučení o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci; poskytuje rady a pomoc v otázkách sociálně - právních, popřípadě takovou pomoc zprostředkuje,
- b) provádí návštěvy v rodinách těhotných, šestinedělek a gynekologicky nemocných, sleduje jejich zdravotní stav,
- c) podporuje a edukuje ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházení jeho komplikacím,
- d) diagnostikuje těhotenství, předepisuje, doporučuje nebo provádí vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sleduje ženy s fyziologickým těhotenstvím, poskytuje jim informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného rizika předává ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví,
- e) sleduje stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými i technickými prostředky, rozpoznává u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhá mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádí neodkladná opatření,

-
- f) připravuje rodičky k porodu, pečuje o ně ve všech dobách porodních a vede fyziologické porody, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vede i porody v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví,
 - g) ošetřuje porodní a poporodní poranění a pečuje o šestinedělky,
 - h) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení léčivých přípravků, manipulaci s nimi a jejich dostatečnou zásobu,
 - i) zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

Paragraf 5 (část 2.). Porodní asistentka poskytuje bez odborného dohledu a bez indikace ošetrovatelskou péči fyziologickým novorozencům prostřednictvím ošetrovatelského procesu a provádí jejich první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace.

Paragraf 5 (část 3.). Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví

- a) asistuje při komplikovaném porodu,
- b) asistuje při gynekologických výkonech,
- c) instrumentuje na operačním sále při porodu císařským řezem.

PŘÍLOHA P3: OSLOVENÍ RESPONDENTEK

Dobrý den,

Jmenuji se Michaela Štachová a 3. rokem studuji na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně obor Porodní asistentka. Na závěr studia píše bakalářskou práci na téma: O co jde českým rodičkám?.

Chtěla bych Vás tímto požádat o anonymní vyplnění dotazníku. Získané údaje nebudou nijak zneužity a po zpracování dat budou všechny vyplněné dotazníky znehodnoceny.

Děkuji za spolupráci a Váš čas, který jste vyplnění dotazníku věnovala.

PŘÍLOHA P4: DOTAZNÍK

Zde prosím napište týden Vaší gravidity: _____

1) Kolik Vám je let?

- a) 17 - 22
- b) 23 - 30
- c) 31- 40
- d) 40 a více

2) Jaké máte dosažené vzdělání?

- a) ZŠ
- b) SŠ - vyučen v oboru _____
- c) SŠ s maturitou - obor _____
- d) VŠ - obor _____

3) Bydlíte:

- a) na vesnici
- b) ve městě s počtem obyvatel do 20 000
- c) ve městě s počtem obyvatel od 20 000 - 50 000
- d) ve městě s počtem obyvatel nad 50 000

4) Jaká je Vaše aktuální zaměstnání?

- a) student
- b) mateřská dovolená - prosím, uveďte Vaše zaměstnání před MD _____
- c) OSVČ - podnikatel - prosím, uveďte obor, ve kterém podnikáte _____
- d) učitelství
- e) zdravotnický pracovník / zdravotnický směr
- f) administrativní pracovník
- g) služby (prodavačka, kuchařka, servírka aj.)
- h) technicko - hospodářský pracovník

5) Po kolikáté jste těhotná? (počítejte i interrupce, mimoděložní těhotenství a samovolné potraty)

- a) I. gravidita
- b) II. gravidita
- c) III. gravidita
- d) IV. a další gravidita

6) Po kolikáté budete rodit?

- a) poprvé
- b) podruhé
- c) potřetí
- d) počtvrté a více

7) Jste spokojena s dosavadní péčí Vašeho gynekologa?

- a) ano, maximálně
- b) nějaké výhrady mám, ale jinak spokojená jsem
- c) ne, uvažuji o změně gynekologa, důvod _____

8) Co očekáváte od komunikace mezi Vámi a gynekologem?

- a) že mi všechno vysvětlí, bude mluvit srozumitelně a bude ochotný
- b) nemusí být moc komunikativní, ale pokud budu mít nějaký dotaz, měl by mi ho s ochotou zodpovědět, popř. poradit mi
- c) na komunikaci mi tak moc nezáleží, důležité je, aby byl opravdu odborník ve svém oboru

9) S kým si přejete mluvit o svém těhotenství (vývoji plodu, o problémech spojených s těhotenstvím, o pocitech a prožitcích, ...)?

- a) pouze s gynekologem
- b) s gynekologem a porodní asistentkou
- c) s gynekologem, porodní asistentkou a dalšími odborníky

10) Komunikujete s porodní asistentkou v ordinaci svého gynekologa? (můžete označit více odpovědí)

-
- a) ano, vždy mi ochotně zodpoví všechny mé dotazy, mohu se jí svěřit s čímkoliv ohledně mého těhotenství a vím, že mi vždy ráda pomůže
 - b) ano, ale připadá mi, že na mě nemá tolik času, takže s ní řeším věci, které jsou důležité a neodkladné
 - c) ano, ale komunikujeme pouze obecně, ne k věci a málo
 - d) žádná komunikace neprobíhá, nemá zájem komunikovat
 - e) nevím, zda v ordinaci mého gynekologa pracuje porodní asistentka
 - f) v ordinaci mého gynekologa pracuje všeobecná sestra - žena jiné profese než zdravotnické

11) Je pro Vás důležité, aby Váš gynekolog měl v ordinaci ultrazvuk a KTG (přístroj na měření srdečních ozev dítěte)?

- a) ano, cítím se tak bezpečněji, je to pohodlnější, nemusím nikam dojíždět/přecházet
- b) není to pro mě to nejdůležitější, bez problémů si na ultrazvuk a KTG zajdu jinam na odborné pracoviště
- c) ne, jsem ochotná si na ultrazvuk a KTG zajít do jiného zařízení, ale zároveň očekávám opravdu profesionální přístup od mého gynekologa

12) Je pro Vás důležité, aby Váš gynekolog měl ordinaci v blízkosti Vašeho bydliště?

- a) ano, chci to mít co nejbližší, pro případ, že by se mi něco stalo
- b) ne, jsem ochotná si k němu dojet i pár km dál, ale jen v případě, že s ním budu maximálně spokojená
- c) na vzdálenosti mi nezáleží

13) Co očekáváte od prostředí porodního sálu, abyste byla spokojená?

- a) příjemné prostředí, s moderním přístrojovým vybavením a ochotným personálem
- b) na prostředí mi až tak nezáleží, jde mi o ochotu a komunikační schopnosti porodní asistentky a lékaře, kteří se o mě budou starat
- c) K spokojenosti mi stačí maximální komfort v podobě nadstandardního pokoje, ve kterém budu rodit. Na zdravotnickém personálu mi nezáleží.

14) Co očekáváte od komunikace mezi Vámi a porodní asistentkou na porodním sále?

- a) že bude příjemná, všechno mi vysvětlí a bude brát ohled na mé potřeby
- b) důležité je, aby mluvila srozumitelně a neměla ke mně pasivní přístup

-
- c) komunikace pro mě není důležitá
 - d) jiná odpověď, prosím, napište svůj názor
-
-

15) Považujete klystýr za vhodný?

- a) určitě ano, vím, že má i pozitivní vliv na porod, věřím, že se to dá zvládnout
- b) ne souhlasím s ním, zbytečně obtěžuje
- c) pokud mi ho doporučí porodní asistentka tak ano, jinak ne

16) Vadilo by Vám oholení části genitálií před porodem?

- a) ano, je mi to nepříjemné
- b) ano, ale vydržela bych to
- c) ne, beru to jako součást přípravy na porod
- d) nevadilo by mi to, sama se holím

17) Vadilo by Vám, kdyby Vám byla provedena episiotomie (nástřih)?

- a) ano, bojím se toho, nepřeji si to
- b) ano, považuji to za nevhodné, zbytečně zraňující
- c) ne, nebráním se tomu, k porodu to prostě někdy patří
- d) rozhodnutí nechám na porodní asistentce

18) Chtěla byste využít u porodu některou z alternativních metod tišení bolesti?

- a) ano
- b) ne

Při odpovědi NE pokračujte na otázku číslo 20

19) Pokud ano, jakou? (můžete označit více odpovědí)

- a) sprcha, vana
- b) homeopatika
- c) aromaterapie

d) příjemná, uklidňující hudba

e) masáž

20) Pokud ne, jak chcete řešit bolest při porodu?

a) bolest si nepřipouštím velkou a jsem rozhodnutá ji zvládnout

b) léky ve formě injekcí

c) epidurální analgésie

21) Je pro Vás partner (příp. někdo z příbuzných, kamarádka apod.) důležitý(á) u porodu?

a) určitě ano, je to velká opora

b) ano, přála bych si, aby tam byl někdo blízký se mnou, ale jen v případě, že ten dotyčný(á) nebude proti

c) ne, v takové situaci bych chtěla být spíše sama s porodní asistentkou

22) Kolik lidí by mohlo být u Vašeho porodu

a) pouze porodní asistentka a lékař

b) porodní asistentka, lékař a nevadila by mi ani studentka

c) na počtu mi tak moc nezáleží, v takové situaci je to člověku jedno

d) co nejmíň, nechci, aby mě někdo v takové situaci viděl, je mi to nepříjemné

23) V jaké poloze byste si přála rodit?

a) klasicky v polosedě

b) do vody

c) na porodní stoličce

d) a la vache (tzv. „na všech čtyřech“)

e) ve stoje

f) císařským řezem

24) Přejete si bezprostředně po porodu dítě přiložit k prsu?

a) ano, pokud to můj nebo jeho stav dovolí

b) raději až na oddělení šestinedělí, chci si po porodu odpočinout, není to pro mě tak důležité

c) ne, nechci ani kojit

25) Co očekáváte, že Vám nabídne prostředí oddělení šestinedělí po porodu?

- a) moderně vybavený pokoj (tzn. nadstandard), kde se budu cítit maximálně pohodlně a kde já a moje dítě budeme mít soukromí
- b) přála bych si nadstandardní pokoj, ale pokud nebude, nevadí mi to. Uvitám i společnost druhé ženy na klasickém pokoji. Důležité pro mě je, aby porodní asistentky a lékaři byli ochotní a abych se nebála se na ně obrátit, kdykoliv, když budu mít nějaký problém
- c) Hlavní je, abych se tam cítila „jako doma“ a měla si s kým popovídat, popřípadě se měla na koho obrátit v případě nějakého problému. Tudíž je pro mě velmi důležitá komunikace mezi mnou a zdravotnickým personálem

26) Je pro Vás důležitá komunikace mezi Vámi a zdravotnickým personálem na oddělení šestinedělí?

- a) ano, jako prvorodička budu potřebovat pomoc co se týče kojení, péči o prsa, péči o novorozence apod. Tudíž očekávám příjemný personál, který mi všechno ochotně vysvětlí a zodpoví všechny mé dotazy
 - b) i když rodím podruhé (popř. potřetí, počtvrté atd.) stále očekávám pomoc od personálu co se týče běžných problémů v šestinedělí
 - c) jako vícerorodička neočekávám žádnou pomoc, vše zvládnu sama. Pokud budu mít nějaký problém, zeptám se zdravotnického personálu.
 - d) jiná odpověď, prosím doplňte _____
-

