

**Univerzita Karlova**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Porodní asistence

Studijní obor: Porodní asistentka



**Veronika Letáková**

**Aktivní vedení porodu a jeho dopady na psychiku ženy**

Active management of labour and its effects on woman's psyche

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: MUDr. Hana Vitásková

Konzultant: PhDr. Jana Endlicherová

Praha, 2019

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 25. 4. 2019

Veronika Letáková

Podpis

## Identifikační záznam

LETÁKOVÁ, Veronika. *Aktivní vedení porodu a jeho dopady na psychiku ženy. [Active management of labour and its effects on woman's psyche]*. Praha, 2019. 67 s., 1 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Gynekologicko-porodnická klinika. Vedoucí práce Vitásková, Hana

## Abstrakt

Tématem mé bakalářské práce je Aktivní vedení porodu a jeho dopady na psychiku ženy. Práce je rozdělena na část teoretickou a na část praktickou. Teoretická část se zabývá samotným porodem a jeho dobami, aktivní vedením porodu a psychikou ženy v období těhotenství a po porodu. Hlavním cílem praktické části mé bakalářské práce bylo zjistit, zda ženy mají ponětí o tom, co je aktivní vedení porodu a jak se při zasahování do porodu cítily. K dosažení cílů byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření. Výzkum byl prováděn pomocí internetového dotazníku, který ženy vyplňovaly anonymně a dobrovolně. Dotazník vyplnilo 238 žen, použito do výzkumu bylo 235 dotazníků. Z výzkumu bylo zjištěno, že více jak polovina žen nemá ponětí o tom, co je aktivní vedení porodu. Jak jsme předpokládali v našich hypotézách, tak většina žen byla informována a měla možnost volby ohledně zasahování do porodu a pozitivní pocity po jednotlivých intervencích převažovaly nad pocity negativními. Dále se potvrdila naše hypotéza, že více plačtivé a úzkostné jsou ženy po porodu s epiziotomií a větším poraněním než ženy s poraněním drobným nebo vůbec žádným. Stejně tak se potvrdila hypotéza, že porod s epidurální analgezií trvá déle než bez ní, a naopak se nepotvrdila hypotéza, ve které jsme předpokládali, že porod s amniotomií bude průměrně kratší než porod bez ní. Náš předpoklad, že po podání oxytocinu během I. doby porodní bude porodní poranění větší se potvrdil též. Jen 11,5 % respondentek z našeho dotazníku by už znovu nerodilo, ale spíše z důvodu vysokého věku nebo dostatečného počtu dětí než z důvodu trauma po porodu.

## Klíčová slova

Porod, aktivní vedení, amniotomie, klyzma, oxytocin, psychika.

## Abstract

The theme of my thesis is Active management of labour and its effects on woman's psyche. The work is divided into a theoretical part and a practical part. The theoretical section describes labour and stages of labour, its active management and psyche of women during their pregnancy and after the labour. The main aim of the practical part of my bachelor thesis was to find out whether women have a clue about what is active management of birth and how they felt during the intervention in labour. To achieve the aims of quantitative research method has been selected in the form of a questionnaire survey. Research was conducted using a questionnaire which women fill voluntarily and anonymously. 238 women completed the questionnaire, 235 questionnaires were used for the research. The research has found that more than half of women have no idea what active management of labour is. As we assumed in our hypotheses, most women were informed and had the choice of the interventions in childbirth and the positive feelings of individual interventions outweighed the negative feelings. Furthermore, our hypothesis has been confirmed, that more tearful and anxious are women after childbirth with episiotomy and greater injury than women with less or no injury. Similarly, the hypothesis that a delivery with epidural analgesia lasts longer than without it has been confirmed. On the contrary, the hypothesis in which we assumed that childbirth with amniotomy would be shorter than delivery without it was not confirmed. Our assumption that after the administration of oxytocin during the first stage of labour the birth injury will be greater has been confirmed as well. Only 11.5% of respondents from our questionnaire would not give birth again, but more because of a high age or sufficient number of children than because of a postpartum trauma.

## Keywords

Labour, active management, amniotomy, enema, oxytocin, psyche.

## **Poděkování**

Mé poděkování patří především MUDr. Haně Vitáskové za odborné vedení, ochotu a trpělivost při psaní závěrečné práce a PhDr. Janě Endlicherové za cenné rady a odbornou konzultaci. Děkuji paní Petře Pařízkové za pomoc se zpracováním a rozesláním dotazníků a rovněž děkuji všem ženám z dotazníků, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout. V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům, kteří mě po celou dobu podporovali.

## Obsah

Úvod .....	8
Teoretická část .....	9
1 Porod.....	9
1.1 Příjem rodičky na porodní sál.....	9
1.2 První doba porodní .....	10
1.3 Druhá doba porodní.....	11
1.4 Třetí doba porodní.....	12
1.5 Doba poporodní.....	14
2 Aktivní vedení porodu.....	16
2.1. Hamiltonův hmat .....	16
2.2 Očistné klyzma.....	16
2.3 Amniotomie.....	17
2.4 Intravenózní infúze oxytocinu .....	18
2.5 Farmakologické tišení bolesti.....	19
2.5.1 Epidurální analgezie a uteroplacentární perfuze .....	20
2.5.2 Epidurální analgezie a délka porodu.....	20
2.6 Rutinní provádění epiziotomie .....	21
2.7 Aktivní vedení III. doby porodní .....	21
3 Psychika ženy.....	23
3.1 Těhotenství.....	23
3.2 Poporodní období.....	24
Praktická část .....	26
4 Stanovení cílů a hypotéz .....	26
4.1 Dílčí cíle práce.....	26
4.2 Hypotézy .....	26
5 Metodologie výzkumu .....	27
5.1 Metoda sběru dat .....	27
5.2 Výzkumný soubor a jeho charakteristika .....	27

5.3 Výsledky výzkumu.....	27
5.4 Vyhodnocení stanovených hypotéz.....	57
6 Diskuze .....	61
7 Závěr .....	64
Zdroje.....	65
Seznam tabulek.....	68
Seznam grafů.....	69
Přílohy.....	70
Příloha A – dotazník.....	70



## Úvod

Jako téma mé bakalářské práce jsem si vybrala „Aktivní vedení porodu a jeho dopady na psychiku ženy“ zvláště proto, že čím dál více žen si vybírá raději riskantní porod doma než bezpečný porod v nemocnici kvůli zavedeným praktikám ohledně urychlování porodu. Během praxe na porodním sále jsem se setkala s mnoha ženami, které se bály zásahů do porodu a odmítaly je, a to hlavně z důvodu nedostatečné informovanosti nebo mylných představ.

Má práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se nejdříve budu zabývat samotným porodem, jeho dobami a vedením porodu v nemocnici. Dále chci objasnit, co je „aktivní vedení“, kdy a jak se provádí a jaké má výhody. V poslední kapitole teoretické části se zaměřuji na psychiku ženy v době těhotenství a po porodu.

Cílem teoretické části bakalářské práce je zjistit, zda mají ženy ponětí o tom, co je aktivní vedení porodu, jestli se s ním setkaly a jak na něj reagovaly. K dosažení cílů jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu. Výstup z bakalářské práce může poskytnout informace zdravotnímu personálu pracujícímu na porodních sálech a na oddělení šestinedělí.

## Teoretická část

### 1 Porod

Porodem nazýváme každé ukončené těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec o minimální hmotnosti 500 g, nebo přežije-li novorozenec i s menší hmotností alespoň 24 hodin.

Porod do konce 37. týdne těhotenství označujeme jako předčasný (*partus praematurus*). Definice předčasného porodu naráží na možný posun koncepční ovulace a na nepřesnosti v údajích týdně těhotenství stanoveného podle dne poslední menstruace. Při frekvenční analýze těchto porodů proto přiřazujeme další kritérium, a to porod nezralého plodu s hraniční hmotností do 2500 g včetně.

Od 38. do 42. týdne těhotenství včetně hovoříme o porodu v termínu nebo také o včasném porodu (*partus maturus*) [Hájek a kol., 2014].

V našich současných podmínkách je většina porodů vedena v porodnicích a jen ojediněle ženy rodí mimo ústav (*partus extra muros*). Tyto ženy se buď nestačily do porodnice včas dopravit (by chance), nebo se rozhodly родit v domácím prostředí (by choice) [Roztočil a kol., 2017].

#### 1.1 Příjem rodičky na porodní sál

Při příjmu rodičky na porodní sál se zhodnotí stav rodičky a stanoví se strategie vedení porodu. Po celou dobu porodu je nutné asertivní chování personálu. Po příjmu si přebere pacientku porodní asistentka, která se o ni bude po celou dobu porodu starat [Roztočil a kol., 2017].

Po administrativní části přijetí, natočení kardiokografického záznamu a komplexního vyšetření, pokud rodička souhlasí, provedeme oholení malé části rodidel a klyzma k vyprázdnění konečné části střeva za stálého kontrolování ozev plodu. Jsou pracoviště, kde se uvedená příprava neprovádí vůbec. Po důkladné hygienické očištění (sprcha) je rodička uložena na porodní box [Slezáková a kol., 2017].

## 1.2 První doba porodní

První doba porodní začíná pravidelnými kontrakcemi a končí zánikem děložní branky. Někdy ovšem může porod začít odtokem plodové vody, kdy je potřeba zjistit, zda se opravdu jedná o plodovou vodu a jakou má kvalitu. V první době porodní se dilatuje hrdlo a tvoří se branka, díky čemuž může žena plod vytlačit. Na začátku první porodní doby při pravidelných děložních stazích – kontrakcích (*contractiones praeparantes*) se děloha postaví do střední čáry a napřímí se. Její dlouhá osa se postaví tedy kolmo na rovinu pánevního vchodu [Kobilková, 2005].

První doba porodní se liší u prvorodiček a vícerodiček. U prvorodiček se děložní hrdlo rozevívá kalichovitě směrem od vnitřní branky k zevní brance. Jak se kraniální část děložního hrdla rozevívá a počíná se kruhovitě přesouvat kraniálním směrem přes dolní pól plodového vejce, posouvá se pozvolna vnitřní branka směrem k zevní brance a děložní hrdlo se postupně zkracuje. V určitém okamžiku vnitřní branka splývá se zevní, a tím děložní hrdlo zachází. V dalším postupu se již značně ztenčená stěna dolního děložního segmentu dále přesouvá kraniálním směrem, a tím se počíná rozevírat branka, která má u prvorodiček tenké, ostře ohraničené okraje. Branka se postupně zvětšuje, až z ní zbývá úzký lem, po jehož vymizení branka zaniká.

U vícerodiček je tvar děložního hrdla válcovitý a zevní branka zeje, protože cirkulární svalová vlákna v této oblasti byla předchozími porody rozrušena. Nejenže se tedy dilatuje vnitřní branka, ale rozevívá se i celé hrdlo.

Průměrné trvání I. doby porodní se v nynější době pohybuje u prvorodiček kolem 6-7 hodin. U vícerodiček je průměrné trvání 3-4 hodiny [Hájek a kol., 2014].

V průběhu I. doby porodní je nutné věnovat pozornost somatickému a psychickému stavu matky, funkci fetoplacentární jednotky a adekvátní progresi plodu. Mělo by se naslouchat přáním rodičky, radit jí a jejímu partnerovi, vcítit se do jejich rolí, vyvolat důvěru a dbát na prostředí, ve kterém žena se svým doprovodem rodí [Roztočil a kol., 2017]. Je důležité, aby všechna zjištění a výsledky vyšetření byly pečlivě zaznamenávány do dokumentace. Dokumentace musí být řádně vedena nejen lékařem, ale i porodní asistentkou.

V průběhu celého porodu se plod monitoruje pomocí kardiokografu. Pokud není těhotenství a porod rizikový či patologický, provádí se monitoring intermitentní. V takovém případě je 20-30minutový kardiokografický záznam vyhotoven každé 2-3 hodiny. Ve 2-3hodinových intervalech se také provádí vaginální vyšetření z důvodu sledování progresu nálezů na hrdle děložním a kontrolování vstupu hlavičky [Roztočil a kol., 2017]. Bolest rodičky sledujeme v souvislosti s kontrakcemi. Bolest lze ovlivnit medikamentózně,

jednak aplikací analgetik, nejčastěji intramuskulárně a nebo aplikací analgetických směsí do epidurálního prostoru páteřního kanálu. Bolest lze ovlivnit i nemedikamentózně, např. teplou sprchou nebo vanou, masáží s použitím aromaolejů, polohováním, relaxací na gymnastickém míči aj. Důležitou roli v ovlivnění, resp. vnímání bolesti hraje psychoprophylaktická příprava k porodu v těhotenství a také přítomnost blízké osoby během porodu [Slezáková a kol., 2017].

V průběhu I. doby porodní při brance 4-5 cm se většinou po zevní dezinfekci provádí k urychlení porodu u poloh podélných hlavičkou instrumentální dirupce vaku blan. Mezi zavedeným 2. a 3. prstem ruky vsuneme hrot branže amerických kleští až k dolnímu pólu vaku blan, který nejlépe za kontrakce protrhneme. Zavedenými prsty, které jen pozvolna povytahujeme, dbáme na to, aby příliš prudce neodteklo najednou větší množství plodové vody. Proud plodové vody by mohl strhnout pupečník, jehož výhřez je závažnou komplikací, který vyžaduje okamžité operační ukončení porodu.

Při primárně nebo sekundárně slabé děložní činnosti je indikována aplikace oxytocinu, vždy v infuzi (maximálně 2 j/500 ml 5% glukózy) [Hájek a kol., 2014].

### 1.3 Druhá doba porodní

Druhá doba porodní začíná zánikem děložní branky a končí vypuzením plodu. Zánikem branky se pro plod vytvořil z dutiny děložní a pochvy hladký měkký porodní kanál. Než hlavička vstoupí do pánevního vchodu, tak se záhlaví sníží a bradička plodu se tím přiblíží k hrudníku – iniciální flexe hlavičky. Nejnižší bod nazýváme vedoucím bodem. Hlavička prostupuje pánevních vchodem, pánevní šíří až do úžiny, kde musí překonat odpor pánevního dna. Hlavička provede vnitřní rotaci do přímého průměru, který je nejprostornějším rozměrem pánevní úžiny. Zrotovaná hlavička začíná opouštět i pánevní východ. Ve chvíli, kdy se porodí obličej plodu, hlavička se otočí záhlavím buď k levému nebo pravému stehnu matky – provede zevní rotaci. Po zevní rotaci se porodí raménka a zbytek těla [Kobilková, 2005].

Průměrná doba trvání II. doby porodní u prvorodiček se pohybuje kolem 15-20 minut. U vícerodiček je průměrná doba 5-10 minut [Hájek a kol., 2014].

Druhou dobu porodní je možné vést jak v poloze horizontální na zádech, tak v polosedě s podepřením nohou Schautovými podpěrkami nebo třmeny, a to na porodním stole nebo posteli [Roztočil a kol., 2017].

Pokud je branka děložní zašlá, plodová voda odteklá a šev šípový dorotován do přímého průměru, rodička může začít tlačit.

Ve vhodnou chvíli, v závěru II. doby porodní, ukládáme rodičku na záda, napoložujeme porodní lůžko a provedeme dezinfekci zevních rodidel. S rodičkou udržujeme stálý slovní kontakt a monitorujeme srdeční ozvy plodu. Při kontrakci si rodička za pomoci porodní asistentky přitahuje rukama zaklesnutýma pod kolenní jamkou obě dolní končetiny k tělu a se zadržným dechem opakovaně, dlouze tlačí.

Jakmile hlavička napíná hráz, provádí se, pokud je zapotřebí, epiziotomie neboli nástřih hráze. Epiziotomie se dělá za účelem ochrany matky před zbytečně velkým poraněním hráze, k urychlení porodu a snížení tlaku na hlavičku.

Při prořezávání hlavičky chráníme pravou rukou hráz a levou rukou přiloženou na hlavičce zabraňujeme jejímu překotnému prořezání. Po celou dobu radíme rodičce, kdy tlačit a kdy naopak prodýchat. Jakmile se porodí celá hlavička a provede zevní rotaci, porodíme přední raménko jemným tahem za hlavičku směrem dolů k podložce. Za stálého chránění hráze následuje porod zadního raménka, tomu opět napomáháme tahem tentokrát směrem vzhůru a za pevného úchopu oběma rukama dítě dorodíme. Nesmíme zapomenou zaznamenat čas porodu plodu. Porodem plodu končí II. doba porodní.

Pupečník přestřihujeme mezi dvěma peány či svorkami a za přidržování dětskou sestrou pokládáme novorozeně na břicho matky. Ihned po porodu je nutno označit novorozence identifikačním náramkem. Pokud stav novorozence dovolí, po změření, zvážení a prohlédnutí neonatologem popř. dětskou sestrou, pokládáme jej opět co nejdříve na hrudník matky. Z pupečníku vedoucího k placentě do dělohy odebereme vzorky krve k vyšetření [Slezáková a kol., 2017].

#### 1.4 Třetí doba porodní

Tato doba má dvě fáze, odlučování a vypuzování lůžka. Po určité klidové fázi se dostavují slabé kontrakce (*contractiones ad secundinas*), které obvykle nutí rodičku opět zatlačit. Tlak na placentu činí zhruba 50 mmHg. Lidská placenta jako diskovitá, hemochoriální, deciduální, inzeruje na děložní stěně. Při kontrakcích v době, kdy je v děloze ještě plod, se zpravidla placenta ještě nezačíná odlučovat. Po porodu plodu se zmenší obsah děložní dutiny cca o 4000 ml, při kontrakcích placenta nesleduje pohyb dělohy (neboť má menší elasticitu), spojení se ve spongióze deciduae basalis porušuje a z otevřených cév nastává krvácení, které se podílí s dalšími kontrakcemi na odlučování lůžka [Zwinger a kol., 2004].

Odlučování (odlupování) placenty je způsobeno cca třemi děložními kontrakcemi, po nichž vždy následuje retrakce. Děložní kontrakce vypudí lůžko z dělohy. Teprve

po odloučení se uplatní tlak do podbříšku, mnohem méně pociťovaný než tlak předchozí, a lůžko se vypuzuje břišním lisem, u porodu bez pomoci i hmotností placenty naplněné krví [Zwinger a kol., 2004].

Podle lokalizace, způsobu odlučování a porodu placenty rozeznáváme 3 typy mechanismu odlučování placenty:

1. *Mechanismus podle Baudelecquea-Schultzeho*, při kterém se vytváří retroplacentární hematom a placenta se odlučuje od centra k periférii. Rodička před porodem placenty zevně nekrvácí, poněvadž kornoutovitě svinutá placenta a plodové blány zadržuje retroplacentární hematom. Placenta se rodí napřed svou fetální částí a napomáhá tím i odlučování blan, které za sebou povytahuje.

2. *Mechanismus podle Duncana*, při němž se placenta odlučuje většinou od distální periferie přes centrum k opačné periférii. Retroplacentární hematom odtéká volně pochvou, napřed se rodí placenta po hraně svou mateřskou stranou. Před porodem placenty rodička mírně krvácí.

3. *Mechanismus podle Gessnera*, placenta se odlučuje od periferie, podobně jako při mechanismu Duncanově, pak ale tím, že klesne do pochvy, se kornoutovitě sbalí a vystupuje napřed svou fetální stranou. Retroplacentární hematom však byl již před tím vyplaven a rodička před porodem placenty rovněž mírně krvácí [Hájek a kol., 2014].

Třetí doba porodní trvá asi 5-10 minut za předpokladu aktivního vedení, které bylo celostátně zavedeno a spočívá v podání methylergometrinu intravenózně (nebo oxytocinu 2 j. – 5 j.) bezprostředně po porodu plodu. Bez medikamentózního vedení trvá přirozené odlučování placenty déle. Podání methylergometrinu zabraňuje zbytečným krevním ztrátám, které by při vyčkávání odloučení placenty nastaly [Slezáková a kol., 2017].

V průběhu třetí doby porodní je nutné rozpoznat, zda je celá placenta od stěny děložní odloučena. K tomu slouží několik znamení:

*Schröderovo znamení*, po porodu plodu je fundus děložní v niveau pupku. Po úplném odloučení placenty vystupuje fundus dva až tři prsty nad pupek, děloha se ukládá do dextroverze, je tuhá a štíhlá.

*Küstnerovo znamení*, nataženými prsty levé ruky z malíkové hrany zatlačíme stěnu břišní za symfýzu směrem k promontoriu. Pokud není placenta odloučená, vtahuje se pahýl pupečníku do pochvy. Pokud naopak vystupuje z pochvy ven, je placenta odloučena celým svým povrchem.

*Ahlfeldovo znamení*, po přerušení pupečníku zaklesneme na něj těsně u vulvy peán. Po odloučení placenty se nástroj vzdálí od rodidel asi o 10 cm.

*Strassmannovo znamení*, poklep na děložní fundus se přenáší při odloučené placentě na pupečník. Pro stanovení diagnózy odloučeného lůžka je vhodné použít několika znamení [Roztočil a kol., 2017].

Odloučenou placentu rodička vytlačí, porodník nebo porodní asistentka může v konečné fázi velice šetrným tlakem na děložní fundus dokončit její porod.

Placenta se rodí s plodovými obaly. Abychom co nejvíce zabránili jejich odtržení, používáme při vybavování hmat podle Jakobse – porozenou placentu uchopíme oběma rukama a několikrát ji otáčíme a zároveň ji mírně povytahujeme. Blány se takto stáčí v provazec a lépe se vybavují [Slezáková a kol., 2017].

Znaky celistvosti placenty zjišťujeme ihned po jejím porodu. Pokud lékař nebo porodní asistentka zjistí, že z porozené placenty něco chybí, je indikována revize dutiny děložní. Pozoruje se jak fetální plocha s úponem pupečníku, tak mateřská plocha. Krevní sraženiny se odstraní tamponem a sleduje se povrch jednotlivých kotyledonů, jejichž povrch je hrubě zrnitý, sytě červené barvy. Pokud je povrch šedě růžový, je jeho povrch pokryt vrstvou deciduy. Defekt může spočívat v chybění části nebo celého kotyledonu.

Známky celistvosti blan zjišťujeme následně po prohlídce placenty. Celou placentu vyzdvihneme za pupečník do výše tak, že blány visí přes placentu a je patrný otvor po průchodu plodu. Pokud je v okrajích blan vidět konec utržených cév, je možno se domnívat, že v dutině děložní zůstalo přídatné lůžko (*placenta succenturiata*). V takovém případě je nutné provést revizi dutiny děložní [Roztočil a kol., 2017].

Následuje revize porodních cest a ošetření případného poranění. Porodník reviduje nejdříve oblast zevních genitálií, hráz a v zrcadlech poševní stěnu. Dále poševní klenby a děložní hrdlo. V lokální anestezii provede suturu vzniklého poranění či epiziotomie. Na závěr zkontroluje per rectum, zda nedošlo k prožití střeva, které se nachází v blízkosti, odhadne celkovou krevní ztrátu při porodu a vše zapíše do dokumentace [Slezáková a kol., 2017].

## 1.5 Doba poporodní

Poporodní doba je někdy nazývána čtvrtou dobou porodní, ale protože se již nic nerodí, není termín výstižný. Nicméně toto období zasluhuje pozornost. Délka jeho trvání je stanovena u všech rodiček arbitrážně na 2 hodiny [Slezáková a kol., 2017]. Tato doba je také známá jako zlatá hodina, je to v podstatě etapa pozorování a zotavování [Daftary, Jani, 2005]. V této době probíhá ještě zvýšená děložní činnost nesmírně významná pro stavění krvácení z plochy, kde inzerovala placenta. Kontrolujeme výšku děložního

fundu, tonus dělohy a její tvar. Změříme krevní tlak, puls, tělesnou teplotu. Rodička unavená porodem povětšinou spí, nenutíme ji k aktivitě [Zwinger, 2004]. Dětská sestra pomůže s prvním přiložením novorozence k prsu (snažíme se, aby proběhlo co nejdříve, do 30-60 minut). Po dvou hodinách se kontroluje první močení po porodu, které je důležité kvůli retrakci dělohy [Slezáková a kol., 2017]. Poté, co se ujistíme, že děloha dobře retrahuje, krvácení je pod kontrolou a vitální funkce pacientky jsou uspokojivé, může být žena přesunuta na oddělení šestinedělí [Daftary, Jani, 2005].

V této poporodní době je klíčovou otázkou hemostáza způsobovaná děložními kontrakcemi a retrakcí. Prevencí je aktivní vedení třetí doby porodní. Uterotonika je možno aplikovat i později intramuskulárně (oxytocin a ergometrin, námelové alkaloidy mají výrazný protrahovaný účinek). Důležitá je kontrola krvácení. To může provázet ženu ve všech porodních dobách, přičemž krevní ztráty nebývají měřeny exaktně, ale v nejlepším případě kvalifikovanými odhady [Zwinger a kol., 2004].



## 2 Aktivní vedení porodu

Aktivní vedení porodu se rozumí zasahování porodníka či porodní asistentky do průběhu porodu. Mezi aktivní vedení se považuje například Hamiltonův hmat, očistné klyzma před porodem, dirupce vaku blan neboli amniotomie, podání oxytocinu na posílení kontrakcí a podobně. A kvůli tomu, že ženy těmto zásahům nerozumí nebo neví, jaké mají pozitiva, se kolikrát uchylují k nebezpečným domácím porodům nebo si píší sáhodlouhé porodní plány, kde všechny tyto intervence lékařům a porodním asistentkám zakazují.

### 2.1. Hamiltonův hmat

Během předporodní péče (od 38. týdne) může být při vhodném vaginálním nálezu ženě nabídnuta možnost provedení Hamiltonova hmatu. Hamiltonův hmat se provádí při vaginálním vyšetření, kdy se prstem za vnitřní brankou odloučí plodové obaly od děložní sliznice. Mechanické dráždění způsobí vylučování hormonů, jež jsou důležité pro přípravu organismu na porod, resp. spuštění porodu [Slezáková a kol., 2017]. Hamiltonův hmat lze považovat jako prevenci indukce porodu a je tedy cestou vedoucí především ke snížení počtu „potermínových těhotenství“ [Vlk, 2016].

### 2.2 Očistné klyzma

Klyzma je vpravení tekutiny konečníkem do tlustého střeva. Existují různé druhy klyzmat – očistné, projímavé, léčebné a diagnostické. Před porodem se podává očistné klyzma, které vyplachuje střevo [Kelnarová a kol., 2009]. Klyzma by mělo být podáno pouze tehdy, pokud existuje indikace, např. když si žena stěžuje na zácpu při přijetí do porodnice nebo na počátku porodu nebo pokud si žena přeje dostat klyzma [Kamini Rao, 2009].

V příručce o péči v průběhu normálního porodu od Světové zdravotnické organizace z roku 1999 se uvádí, že klystýry stimulují děložní stahy a že prázdná střeva umožňují sestup hlavičky. Také věří, že snižují znečištění a tím riziko infekce matky a dítěte. Jsou však nepříjemné a představují určité riziko poškození střev. I když některé ženy o klystýr žádají, mnoho žen se při nich cítí trapně. V roce 1981 a 1984 se provedly dva náhodně rozdělené kontrolní výzkumy, které zjistily, že po použití klystýru zůstává v I. době porodní míra fekálního znečištění neovlivněna, ale snižuje se v II. době porodní. Bez klystýru je znečištění většinou mírné a snadněji se odstraňuje než znečištění, které nastane po klystýru. Nebyly

zjištěny žádné účinky na trvání porodu nebo na neonatální infekci či na infekci vzniklou poraněním hráze [WHO, 1999].

### 2.3 Amniotomie

Záměrné umělé přerušení amniotických membrán během porodu, někdy nazývané amniotomie nebo „prasknutí vody“, je jedním z nejčastěji prováděných postupů v moderní porodnické praxi. Primárním cílem amniotomie je urychlit kontrakce, a tím zkrátit délku porodu. Existují však obavy týkající se nežádoucích účinků na ženu a dítě. Existují argumenty, že délka a postup porodu by se neměl zakládat na předpokladu, že všechny porody jsou stejné, ale na blahu ženy a dítěte [Smyth RMD, Markham C, Dowswell T, 2013].

Vaginálním vyšetřením zjišťujeme míru spotřebování a dilataci děložního hrdla a stav plodu. Ujišťujeme se tak o bezpečnosti a správnosti indikace k amniotomii. Hrdlem zavádíme plastický jednorázový háček (branže amerických kleští) a prorážíme plodové obaly, aby vzniklým otvorem mohla odtékat plodová voda. Opatrně vyndáme disruptor, ale prsty necháme uvnitř a ujišťujeme se, aby plodová voda nevytekla moc rychle a nestrhla tím i pupečník [Gloria Leifer, 2004].

Amniotomie byla zavedena v devatenáctém století, poprvé popsána v roce 1756 anglickým porodníkem Thomasem Denmanem. I přes to, že věřil v přirozený proces porodu, uznal, že amniotomie může být nezbytná k vyvolání nebo urychlení porodu. Od té doby se popularita amniotomie, jak šel čas, lišila, nedávno se stala běžnou praxí v mnoha porodnicích v celé Británii a Irsku a v některých částech rozvojového světa.

Stejně jako fyzická rizika spojená s amniotomií je třeba uvažovat o psychologických účincích. Největší britský spotřebitelsky zaměřený výzkum, který zkoumá postoje žen k procesu amniotomie, naznačuje, že některé ženy se více obávají, že odstraní vak blan, který zadržuje hlavu dítěte, než bolesti nebo trvání jejich porodu. Některé ženy si stěžují, že amniotomie způsobuje, že ztrácí kontrolu nad vlastním porodem. Jiní dospěli k závěru, že ženy upřednostňují kratší porod a mají jen malou předpojatost proti intervenci (amniotomii), která toho pomáhá dosáhnout [Smyth RMD, Markham C, Dowswell T, 2013].

Dle WHO se tento zásah doporučoval jako rutinní postup 1 hodinu po přijetí do nemocnice. V kontrolované studii byl po časně amniotomii značný nárůst případů zpomalení srdečního tepu typu I. Několik pokusů s náhodným rozdělením naznačuje, že amniotomie provedená na počátku porodu vede k průměrnému zkrácení trvání porodu o 60 až 120 minut a nemá vliv na užití analgezie či na míru operativních zásahů. Pokusy

neposkytují žádné důkazy o tom, že časná amniotomie má příznivé či nepříznivé účinky na stav novorozence. Není možné tedy vyvodit závěr, že časná amniotomie je jasně výhodnější než vyčkávací přístup či naopak. Proto by při normálním porodu měl existovat opodstatněný důvod pro ovlivnění spontánního načasování protržení vaku blan [WHO, 1999].

Tento rok, v americkém časopisu *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, byla zveřejněna studie, která zkoumala vliv předčasně provedené amniotomie (< 4 cm dilatace). Do studie bylo zařazeno 15 525 žen, které rodily déle jak ve 37. týdnu těhotenství, z toho na 10 421 ženách byla provedena předčasná amniotomie a na 5 104 nikoli. Studie prokázala, že časná amniotomie je spojena s kratší dobou vaginálního porodu, a to u nulipar o 4,5 hodiny, u multipar o 1,3 hodiny.

## 2.4 Intravenózní infúze oxytocinu

Tento postup byl v letech 1973 a 1989 poprvé propagovaný v Irsku. Často se používá pro urychlení porodu po spontánním nebo umělém protržení vaku blan. Jako „aktivní vedení porodu“ se tento postup tak nazývá v kombinaci s umělým protržením vaku blan. Ve více či méně modifikované podobě se tato technika rozšířila po celém světě.

Původně se oxytocin podával jen v případě, že po časné amniotomii byla progrese dilatace děložního hrdla menší než 1 cm za hodinu. Provedlo se několik náhodně rozdělených výzkumů v letech 1981, 1985, 1987 a 1992, které zkoumaly, zda má tento postup nějaký vliv na urychlení porodu, což je důvod, proč se vlastně začal oxytocin ženám v průběhu porodu podávat. Ze tří pokusů, které se sledovaly po aplikaci oxytocinu, pouze jeden prokázal kratší trvání porodu. Další pokus, při kterém byly ženy jen povzbuzovány k tomu, aby neležely v posteli, ale chodily, stály nebo seděly podle toho, jak jim to v danou chvíli bylo pohodlné se prokázalo, že průměrné trvání porodu je o něco kratší než ve skupinách s urychleným porodem pomocí amniotomie a oxytocinu. Z těchto pokusů vyplývá, že „aktivní vedení“ první doby porodní nemá tak zásadní účinek na urychlení porodu, jako když se žena může volně pohybovat bez lékařských zásahů do porodu. Ale každý porod je individuální a nelze z pár pokusů určit, co je efektivnější v urychlování porodu.

Bylo důležité, aby tento výzkum nesledoval jen trvání délky porodu, ale i to, jak se ženy cítily. Více než 80 % žen popsalo „aktivní vedení“ jako nepříjemné, protože se jim zdálo, že jejich bolest je o poznání mnohem větší. Polovina žen v kontrolní skupině,

která se při svém porodu pohybovala, tak jak chtěla, se domnívala, že mobilita zmírnila bolest, 24 % těchto žen necítilo žádný rozdíl.

Vzhledem k nepředvídatelnému charakteru uměle vedeného porodu jsou na mnoha místech podávány infúze oxytocinu pouze v nemocnicích pod dohledem lékaře. A to proto, že v nemocnicích je vybavení pro případ akutního císařského řezu.

Nejen toto, ale i urychlování porodu prostaglandiny a podobnými látkami, by mělo být provedeno jen na základě závažné indikace a po souhlasu pacientky, protože je to zásadní zásah do přirozeného průběhu porodu.

Závěrem lze říci, že se se vlastně neví, zda aplikace oxytocinu k urychlování porodu má nebo nemá negativní vliv na ženu a porozené dítě. Ale to samozřejmě neznamená, že by se oxytocin neměl podávat a že není užitečný v terapii prodlouženého porodu [WHO, 1999].

## 2.5 Farmakologické tišení bolesti

*„Rozmnožím útrapy tvého těhotenství, své děti budeš rodit v bolestech.“* Genesis 3,16

Porodní bolesti se nedají úplně zařadit mezi ostatní akutní bolesti, protože svým charakterem a celkovým kontextem se od nich liší. Porodní bolesti jsou velmi intenzivní a rodička ve většině případů trpí, ale jsou také spojeny s radostným očekáváním potomka, který v sobě ženy nosily devět měsíců. Tudíž pro některé ženy, se zdají být porodní bolesti jako smysluplné a nutné k naplnění jednoho z nejvyšších cílů lidské existence.

Mezi farmakologické tišení bolesti u vaginálního porodu patří systémová analgezie a regionální analgezie.

Do systémových analgetik řadíme například opioidy jako Pethidin, Nalbufin a Tramadol a sedativa jako benzodiazepiny a neuroleptika. U opioidů je nejobávanějším vedlejším účinkem útlum dechového centra jak matky, tak novorozence.

Regionální analgezie má, na rozdíl od analgezie systémové, pouze omezený rozsah působení. Mezi regionální analgezií řadíme infiltrační analgezií, pudendální analgezií, která je smysluplná na konci II. doby porodní, paracervikální analgezií, kaudální analgezií a neuroaxiální blokády. Při rozhodování o volbě příslušné metody bychom měli zohlednit jednak dynamiku porodního aktu, jednak inervaci porodních cest.

Neuroaxiální blokády, na rozdíl od předešlých analgetik, patří do rukou anesteziologa. Existují dvě metody: epidurální analgezie a méně často používaná subarachnoidální analgezie [Roztočil a kol., 2017].

Z různých místních analgetických technik je u normálního porodu nejrozšířenější epidurální analgezie [WHO, 1999]. Místní anestetikum, samostatně nebo ve směsi s opioidem se podává do epidurálního prostoru. Aby epidurální analgezie nenarušovala fyziologii porodu, zejména pohyblivost rodičky, je třeba podat správnou dávku vhodného lokálního anestetika ve správný čas na správné místo, které je hluboké asi 4 mm, ale u každé rodičky v různé vzdálenosti od kůže zad [Hájek a kol., 2014]. Efekt navozené analgezie nastupuje relativně pomalu (20 minut), ale přetrvává poměrně dlouho [Roztočil a kol., 2017]. Celkovou úlevu od bolesti během obou fází porodu udává u epidurální analgezie 85-95 % žen. Selhání metody je řídké [Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2015].

### 2.5.1 Epidurální analgezie a uteroplacentární perfuze

Správná uteroplacentární perfuze je pro viabilitu plodu nesmírně důležitá. Pokud má rodička velké porodní bolesti, je vystavena stresu, kvůli kterému se vyplavuje do krve nadbytek katecholaminů, které způsobují menší uteroplacentární perfuzi. Epidurální analgezie sekundárně blokuje dřeň nadledvin, tím snižuje plazmatickou koncentraci katecholaminů, a tím pádem je i větší průtok krve placentou [Pařízek a kol., 2012].

### 2.5.2 Epidurální analgezie a délka porodu

Srovnat délku porodu s epidurální analgezií a bez ní je velice složité, hlavně proto, že už jen samotné srovnání délky porodu je obtížné. Složitost spočívá v určení začátku porodu a vůbec v měření a srovnávání tohoto biologického procesu u více žen. V případě dystokie a u rodiček s tuhou, spastickou děložní brankou, je prokázáno, že epidurální analgezie zkracuje první dobu porodní. O neúčinnosti epidurální analgezie ve zkrácení první a druhé doby porodní mluvíme v případě, že se stane chyba ze strany anesteziologa. Ukázalo se, že při nesprávném načasování a podání vysoké dávky lokálního anestetika, může být první a druhá doba porodní značně prodloužena. A to hlavně proto, že nastává oslabení motorické inervace svalů břišní stěny a snížený odpor (relaxace) svalstva pánevního dna, která může vest k častějšímu výskytu nepravidelností rotace hlavičky plodu [Doležal a kol., 2007].

## 2.6 Rutinní provádění epiziotomie

Epiziotomie (řecky *episeion* bylo obscénní slovo pro ženskou hanbu), je nejrozšířenější porodnická operace, která není mnohými porodníky ani jako operace vnímána a mezi operativními porody vykazována. Perineotomie, jak se epiziotomii někdy říká, je povětšinou prvý operativní úkon, který začínající lékař vykonává. Její výhoda měla spočívat v urychlení porodu, uchránění hráze od nepravidelných poranění hráze a konečníku, měla být i ochranou proti descenzu, prolapsu a poraněním trubice močové [Doležal a kol., 2007].

Podle posledních poznatků se ukazuje, že restriktivní přístup k epiziotomii se zdá výhodnější než její rutinní provádění, protože bylo prokázáno, že některé dosud běžné indikace k provedení tohoto zákroku nejsou opodstatněné. Mluvím hlavně o ochraně před inkontinencí moči a stolice, před porušením funkce pánevního dna a před sestupem dělohy. Proto je patrna celosvětová tendence ke snížení užívání epiziotomie jako rutinního postupu [Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2015].

Epiziotomie je nedílnou součástí vaginálních operací, kam patří klešťové operace, vakuumextrakce, operace v souvislosti s koncem pánevním a dystokií ramének a porody velkého plodu. Nejčastěji se tento úkon provádí u primipar, aby se předešlo nepředvídatelné ruptuře hráze, která je mnohdy horší než kontrolovaný nástřih. U multipar bývá často od epiziotomie upouštěno, protože jejich hráz je už mnohem odolnější. Mezi kontraindikace k provedení epiziotomie patří porod HIV pozitivních žen jako prevence aspirace mateřské krve novorozencem [Doležal a kol., 2007].

Součástí porodních plánů některých rodiček bývá právě odmítnutí rutinního provedení epiziotomie. Mnoho žen svůj požadavek formuluje tak, že se zákrokem souhlasí jen v případě nutnosti. Je ale nezbytné, aby před provedením tohoto zákroku lékař (porodní asistentka) informoval pacientku, že se ho chystá udělat, vyjasnil jí důvody jeho rozhodnutí a provedl ho jen s jejím souhlasem. Nejvhodnější by bylo, kdyby lékař s pacientkou prodiskutoval konkrétní důvody a okolnosti, za nichž se zákrokem žena souhlasí, již před začátkem druhé doby porodní [Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2015].

## 2.7 Aktivní vedení III. doby porodní

Kombinovaný účinek uterotonik a kontrolovaného tahu za pupeční šňůru se někdy nazývá souhrnným termínem „aktivní vedení porodu ve třetí době“, na rozdíl od vyčkávacího nebo fyziologického přístupu.

Dle výzkumů z let 1988, 1989, 1990 a 1993 se ukazuje, že aktivní vedení třetí doby porodní si ve srovnání s vyčkávacím přístupem vede velmi dobře, jelikož dochází méně často k poporodnímu krvácení a hladina hemoglobinu je vyšší. Ale u dvou pokusů, které se prováděly v Bristolu a Dublinu v roce 1988 a 1990, se ukázalo, že mělo aktivní vedení za následek nevolnost, zvracení a hypertenzi, a to pravděpodobně z důvodu aplikace ergometrinu [WHO, 1999].

Začátkem roku 2012 uspořádala Světová zdravotnická organizace (WHO) odborné konzultace k přezkoumání globálních důkazů týkajících se prevence a řízení poporodního krvácení, což je stále nejčastější příčina úmrtí žen během těhotenství. Od roku 2007 se podporuje doporučení WHO ohledně aktivního řízení třetí doby porodní jako preventivní zásah proti poporodnímu krvácení. Aktivní vedení třetí doby porodní se stalo ústřední součástí strategií snižování poporodního krvácení po celém světě.

V důsledku setkání v roce 2012 vydala WHO nová doporučení týkající se aktivního vedení třetí doby porodní, která mohou být použita k posílení provádění této záchranné intervence. Mezi tyto intervence patří podání uterotonik (oxytocin 10 IU iv/im) po každém porodu jako prevence proti poporodnímu krvácení, mírný tah za pupečník, pokud je přítomen porodník či porodní asistentka, a poporodní hodnocení břišního tonu pro včasnou identifikaci atonie děložní, které se doporučuje u všech žen. Děložní masáž není doporučována jako prevence proti poporodnímu krvácení, pokud byl podán oxytocin [WHO, 2013].

## 3 Psychika ženy

### 3.1 Těhotenství

Nezáleží na tom, zda je u ženy gravidita chtěná nebo nechtěná, změny se dostaví u všech těhotných. Tyto změny, ke kterým dochází v organismu ženy jsou nejen somatické, ale i psychické. Ty jsou ovlivněny na jedné straně změnami fyzickými, na straně druhé faktory sociální a ekonomické povahy. Intenzita změn nezávisí jen na osobnostních kvalitách těhotné, ale i na vlivech jejího okolí.

Těhotenství s sebou přináší podstatný zásah do duševního života ženy. Již na začátku těhotenství se objevují některé změny vegetativní povahy. Patří sem například zvláštní chutě. Ženy jsou náladovější, snáze se naštvou, rozbřečí, ale někdy se i více smějí. Proto je velmi důležitá spolupráce s manželem a někdy i rodinou těhotné s cílem pomoci ženě překonat a vyrovnat se s těhotenstvím [Kobilková, 2005]. Žena si uvědomuje, že její způsob života, jaký byl, se nedá už beze zbytku vrátit. Dále se žena může cítit nevyrovnaná, ztracená, může pociťovat úzkost, zmatek a nemocnost.

Změny v psychice, stejně jako v těhotenství, rozdělujeme na trimestry. V první třetině gravidity je těhotná zaměřena hlavně sama na sebe, sleduje vlastní tělo, uzavírá se do sebe a snaží se uvěřit tomu, že je doopravdy těhotná. Úkolem prvního období je přijetí těhotenství. Z hlediska afektivity jsou typické rozladěnost, nejistota a náladovost.

Do druhé psychologické třetiny gravidity žena vstupuje tehdy, kdy poprvé cítí pohyby svého miminka. V tomto období si žena poprvé plně uvědomuje existenci plodu, cítí se dobře a snaží se dodržovat správnou životosprávu, aby se její dítě správně vyvíjelo. Úkolem druhé fáze je přijetí plodu jako nezávislého samostatného jedince.

Ve třetí psychologické třetině se žena na jednu stranu obává předčasného porodu a na druhou stranu by už chtěla porodit co nejdříve. V této fázi si žena hlavně „staví hnízdo“. Žena se cítí velmi zranitelně, má strach z porodu a bolesti, která porod doprovází, cítí se nemotorně a těhotenství jí je už velmi nepohodlné. Úkolem třetí fáze je příprava na porod a existenci nového jedince mimo organismus matky [Roztočil a kol., 2017].

Sice to není dané, ale každé gynekologicko-porodnické oddělení i například gynekologická ambulance by měla pořádat předporodní kurzy pro nastávající maminky (a tatínky), kde je připraví na všechny fáze těhotenství, na samotný porod a na období poporodní. Některé kurzy můžou zahrnovat i správné techniky těhotenského cvičení, cvičení po porodu a péči o novorozence. Obvykle tyto kurzy vede porodní asistentka a gynekolog, ale bylo by dobré, kdyby se kurzů zúčastnil i pediatr, psycholog a sociální



pracovník. Porodní asistentka a gynekolog dávají budoucím rodičům informace o těhotenství a o tom, jak se bude jejich miminko vyvíjet, dále jim poskytuje informace o porodu a toho, co je při porodu čeká. Pokud kurz pořádá přímo gynekologicko-porodnické oddělení, bylo by na místě rodičům ukázat, jak porodní pokoje (boxy) vypadají, jak to na oddělení chodí a například jaké techniky pro zmírnění porodní bolesti nabízejí. Pediatr seznámí rodiče s péčí o dítě bezprostředně po porodu a dá jim rady ohledně kojení. Sociální pracovník by měl podávat informace o právech a povinnostech rodičů a pomáhat řešit obtížné osobní situace, které mohou vzniknout po porodu dítěte a psycholog by měl zde být z důvodu psychických obtíží obou rodičů, ale zvláště budoucí matky. Cílem předporodních kurzů je odstranit strach z těhotenství a porodu, nácvik relaxace a příprava na péči o dítě [Zwinger a kol., 2004].

### 3.2 Poporodní období

Změny psychiky v poporodním období pramení z hormonálních a somatických změn po porodu a adaptace na roli matky. Díky časnému přiložení dítěte k prsu matky ihned po porodu a jejich častý kontakt, kterému v porodnicích přispívá systém rooming-in (společný pobyt matky s dítětem na jednom pokoji), se utváří vztah k novorozenému dítěti [Slezáková a kol., 2017].

Poporodní poruchy jsou takové poruchy, které jsou způsobené fyziologií rození, pocity zodpovědnosti za právě narozené dítě, lítostí nad ztrátou dítěte při jeho úmrtí nebo darování k adopci nebo změnami v dynamice vztahů v rodině způsobenými příchodem nového člena rodiny. V dřívějších dobách byly tyto poruchy označovány jako psychické poruchy v laktaci nebo laktační psychózy, ale tyto označení byly nepřesné, protože poporodní poruchy nesouvisí jen s laktací [Zwinger a kol., 2004].

V prvních dnech po porodu převládá u matky pocit uvolnění a zvýšeného sebevědomí. V následujících dnech se objevuje u některých šestinedělek plačtivost, nespavost, smutek, špatná koncentrace. Tento stav bývá označován jako poporodní blues či poporodní deprese [Slezáková a kol., 2011]. Poporodní deprese bývá spojena s vysokou morbiditou matky i kojence s potenciálně fatálními důsledky. Její prevalence činí 10-19 %. Pokud se jedná o depresi, může to být buď relaps již dříve diagnostikované poruchy, nebo začátek nového onemocnění. Klinická manifestace bývá v rozpětí od nejčastějšího poporodního blues až po těžkou epizodu s psychotickými příznaky [Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2015].

Z některých studií ohledně poporodní péče vyplývá to, že prevalence většiny ostatních psychických poruch v období po porodu byla větší, než kdykoli jindy. Poruchy jsou nejspíše zjištěny proto, že je rodičkám věnována větší pozornost a zvýšená lékařská péče [Zwinger a kol., 2004].

Poporodní deprese bývá často nedostatečně rozpoznávána a léčena, proto by na ni měl v souvislosti s těhotenstvím pomyslet každý lékař, porodní asistentka i dětská sestra, aby se včas podchytila a dalo se s ní něco dělat. Kromě pozorování by měli lékaři zdravotníci edukovat ženy o příznacích deprese a úzkosti, které jim pomůžou porozumět vlastním příznakům. Ženy často o svých psychických problémech nemluví, protože se obávají, že budou označeny za špatné matky. Ale právě nemluvení o svých problémech dělá situaci ještě horší, ženy se se svými myšlenkami musí vypořádávat samy a mnohdy to nekončí dobře [Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2015].

## Praktická část

### 4 Stanovení cílů a hypotéz

Hlavním cílem praktické části mé bakalářské práce je zjistit, zda ženy mají ponětí o tom, co je aktivní vedení porodu a jak se při zasahování do porodu cítily.

#### 4.1 Dílčí cíle práce

1. Zjistit, jak se ženám do porodu zasahovalo.
2. Zjistit, jak se ženy cítily při zasahování do porodu.
3. Zjistit, zda by ženy rodily znovu.

#### 4.2 Hypotézy

H1: Předpokládáme, že více jak polovina žen ví, co je aktivní vedení porodu.

H2: Předpokládáme, že pozitivní pocity po podání klystýru převažují nad pocity negativními.

H3: Předpokládáme, že ženy s epidurální analgezií měly průměrně delší dobu porodu než ženy bez epidurální analgezie.

H4: Předpokládáme, že ženy, kterým byl podán v I. době porodní oxytocin, měly větší porodní poranění než ženy, kterým oxytocin podán nebyl.

H5: Předpokládáme, že ženy s dirupcí vaku blan měly průměrně kratší dobu porodu než ženy bez dirupce.

H6: Předpokládáme, že ženy s větším poraněním a epiziotomií byly v šestinedělí více plačtivé než ženy bez poranění a s drobným poraněním.

H7: Předpokládáme, že ženy většinou byly informovány a měly možnost volby ohledně zasahování do porodu.

## 5 Metodologie výzkumu

### 5.1 Metoda sběru dat

Abych dosáhla požadovaných cílů, vytvořila jsem kvantitativní dotazník. Dotazník byl vytvořen pomocí internetové stránky [www.survio.cz](http://www.survio.cz) a šířen pomocí sociálních sítí. Dotazník tvořil 23 uzavřených otázek (otázky č. 2-15, 17-18, 20-23, 25-27), 5 polouzavřených (otázky č. 16, 19, 28-30) a 2 otevřené (otázky č. 1 a 24).

### 5.2 Výzkumný soubor a jeho charakteristika

Jako cílovou skupinu jsem zvolila ženy jakéhokoli věku, které alespoň jednou rodily a nerodily plánovaným císařským řezem. Dotazník vyplňovaly na základě zkušeností z posledního porodu. Ženy vyplňovaly dotazník anonymně a dobrovolně.

### 5.3 Výsledky výzkumu

Dotazník vyplnilo celkem 238 žen, ale po ukončení bylo zjištěno, že 3 z těchto dotazníků se nedají použít, protože jsou obsahově nevhodné. Po odstranění tedy zbylo 235 respondentek, z jejichž odpovědí byly otázky vyhodnoceny.

#### **Otázka č. 1:**

Kolik je Vám let? (Napište číslovku)

Tato otázka byla otevřená, tudíž každá jedna respondentka napsala číslovkou svůj věk v době vyplňování dotazníku. Dotazník nebyl věkem limitován, odpovídat mohla každá žena, která ve svém životě alespoň jednou rodila. Rozmezí věku, který se v mém průzkumu objevil, je od 19 do 62 let.

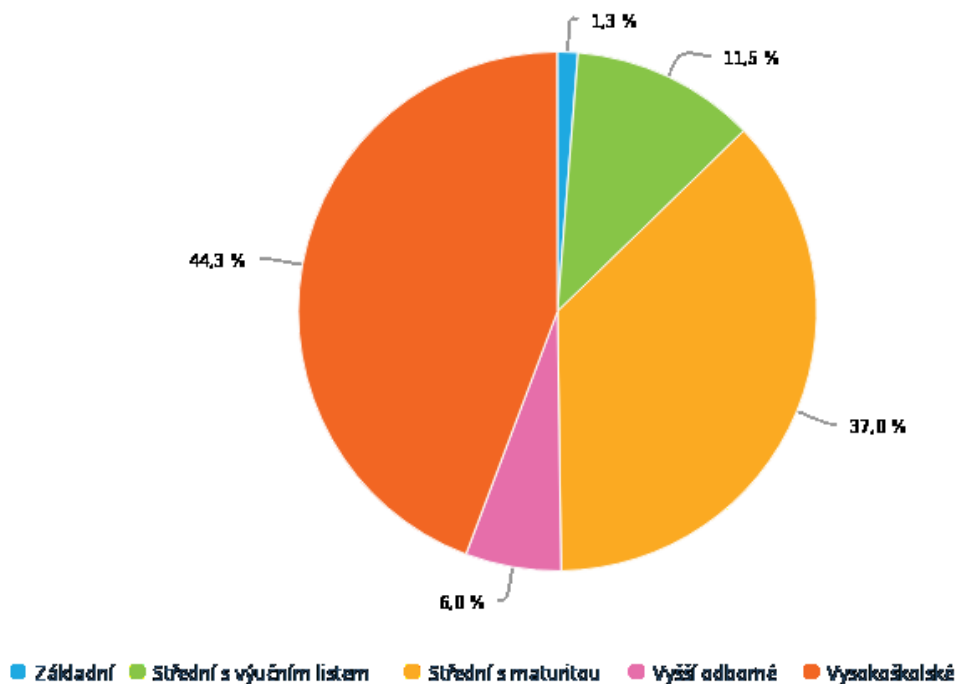
## Otázka č. 2:

Jaké je Vaše vzdělání?

Tabulka 1 Vzdělání respondentek

Otázka č. 2	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Základní	3	1,3 %
Střední s výučním listem	27	11,5 %
Střední s maturitou	87	37,0 %
Vyšší odborné	14	6,0 %
Vysokoškolské	104	44,3 %
<b>Celkem</b>	<b>235</b>	<b>100 %</b>

### 2. Jaké je Vaše vzdělání?



Graf 1 Vzdělání respondentek

Z grafu i tabulky nám vyplývá, že nejvíce respondentek, tedy 44,3 %, má vysokoškolské vzdělání. 37 % respondentek dosáhlo středoškolského vzdělání s maturitou a 11,5 % středoškolského s výučním listem. Pouhých 6 % respondentek nám uvedlo, že má vzdělání vyšší odborné a zbylých 1,3 % má vzdělání základní.

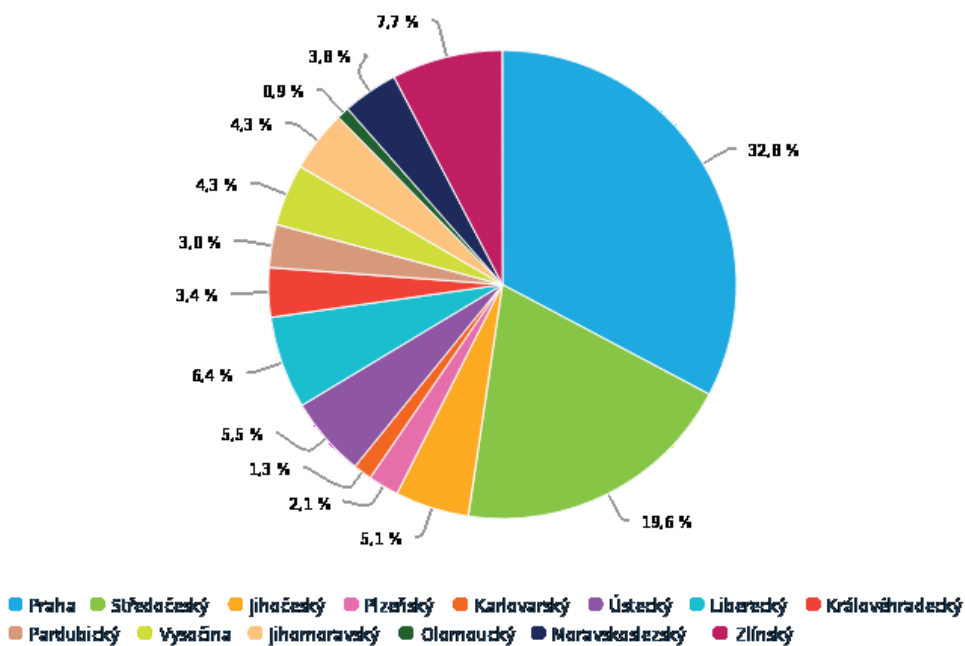
### Otázka č. 3:

Zaškrtněte kraj, ve kterém jste rodila.

Tabulka 2 Místo porodu

Otázka č. 3	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Praha	77	32,8 %
Vysočina	10	4,3 %
Jihomoravský	10	4,3 %
Olomoucký	2	0,9 %
Moravskoslezský	9	3,8 %
Zlínský	18	7,7 %
Středočeský	46	19,6 %
Jihočeský	12	5,1 %
Plzeňský	5	2,1 %
Karlovarský	3	1,3 %
Ústecký	13	5,5 %
Liberecký	15	6,4 %
Královéhradecký	8	3,4 %
Pardubický	7	3,0 %
Celkem	235	100 %

### 3. Zaškrtněte kraj, ve kterém jste rodila.



Graf 2 Místo porodu

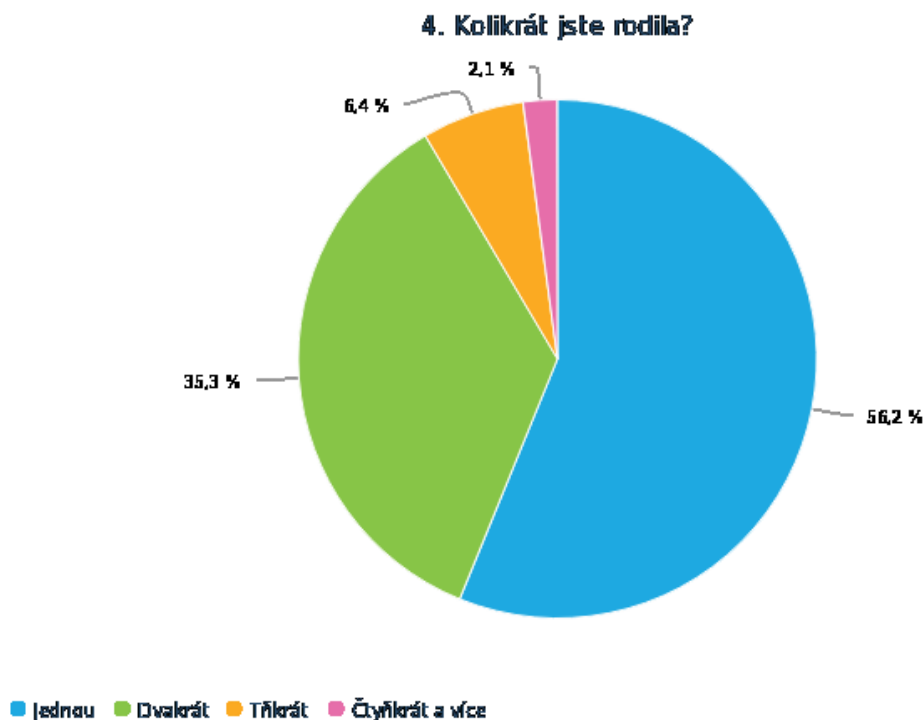
Z mého průzkumu bylo zjištěno, že nejvíce respondentek rodilo v Praze – 32,8 % a ve středočeském kraji – 19,6 %. Nejméně, tedy 0,9 % respondentek, rodilo v kraji olomouckém.

**Otázka č. 4:**

Kolikrát jste rodila?

*Tabulka 3 Počet porodů*

Otázka č. 4	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<b>Jednou</b>	132	56,2 %
<b>Dvakrát</b>	83	35,3 %
<b>Třikrát</b>	15	6,4 %
<b>Čtyřikrát a více</b>	5	2,1 %
<b>Celkem</b>	235	100 %



*Graf 3 Počet porodů*

Dále mě v mém průzkumu zajímalo, kolikrát tyto ženy, které mi dotazník vyplnily, rodily. Dozvěděla jsem se, že nejvíce respondentek rodilo jednou – 56,2 % či dvakrát –

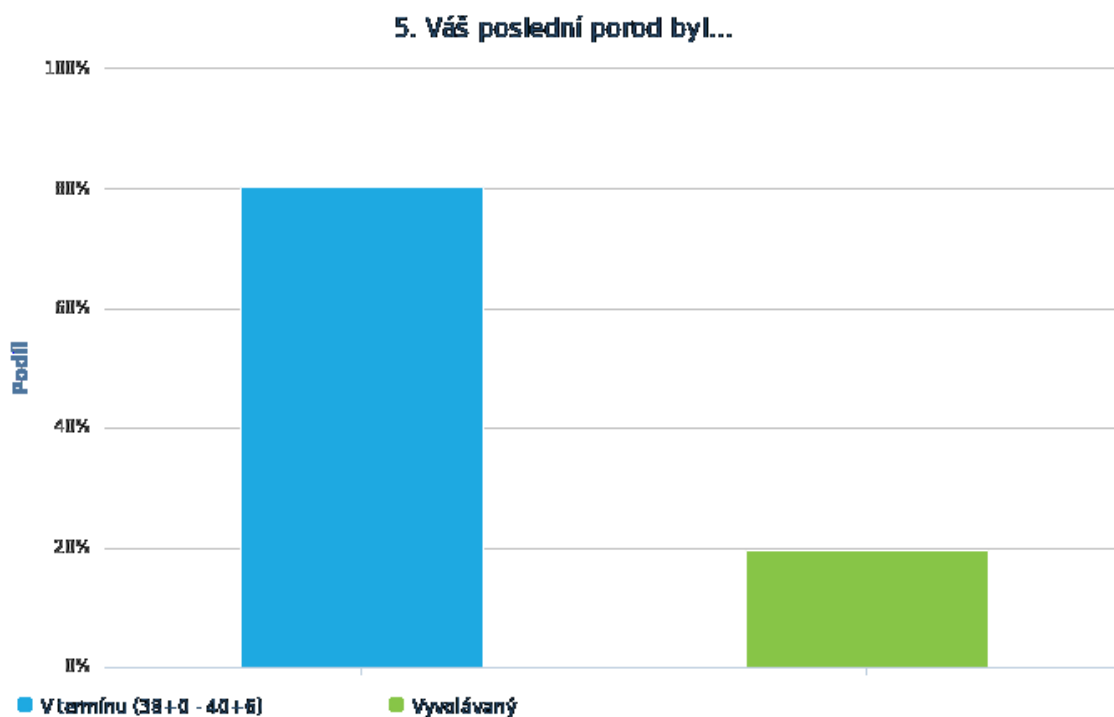
35,3 %. O hodně menší zastoupení měly respondentky, které rodily třikrát – 6,4 % a čtyřikrát a více – 2,1 %.

#### Otázka č. 5:

Váš poslední porod byl...

Tabulka 4 Porod vyvolávaný/v termínu

Otázka č. 5	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<b>V termínu (38+0 – 40+6)</b>	189	80,4 %
<b>Vyvolávaný</b>	46	19,6 %
<b>Celkem</b>	235	100 %



Graf 4 Porod vyvolávaný/v termínu

V další otázce jsem se již zaměřila na poslední porod respondentek a zjistila jsem, že většina žen rodila v termínu, tedy 80, 4 %, a 16, 6 % respondentek měla porod vyvolávaný.

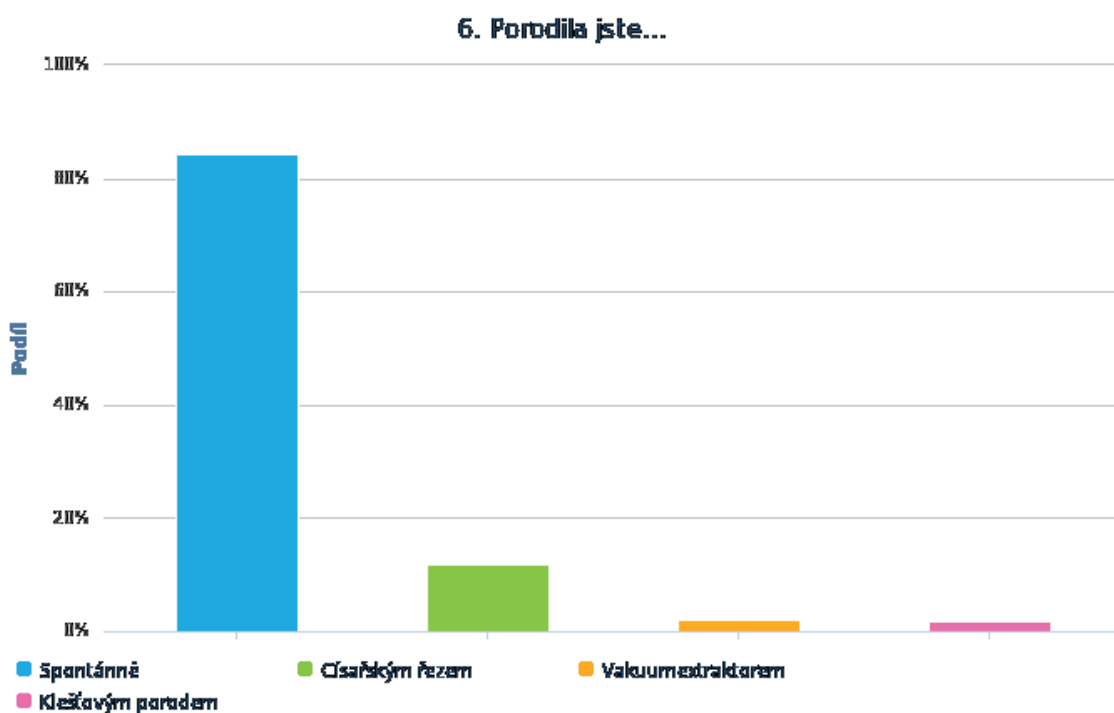


## Otázka č. 6:

Porodila jste...

Tabulka 5 Způsob porodu

Otázka č. 6	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Spontánně	198	84,3 %
Císařským řezem	28	11,9 %
Vakuumentraktorem	5	2,1 %
Klešťovým porodem	4	1,7 %
<b>Celkem</b>	<b>235</b>	<b>100 %</b>



Graf 5 Způsob porodu

Tato otázka se zaměřuje na to, jak respondentka naposledy porodila. Nejvíce žen odpovědělo, že porodilo spontánně, tedy 84,3 %. Druhé největší zastoupení zde má císařský řez – 11,9 %, a protože podmínkou pro vyplnění dotazníku bylo, že ženy nesměly mít plánovaný císařský řez, tak tuto odpověď zvolily ty, které byly přijaty ke spontánnímu porodu a poté jim byl indikován akutní císařský řez. Minimální počet porodů byl pomocí vakuumentraktoru – 2,1 % a porod klešťový – 1,7 %.

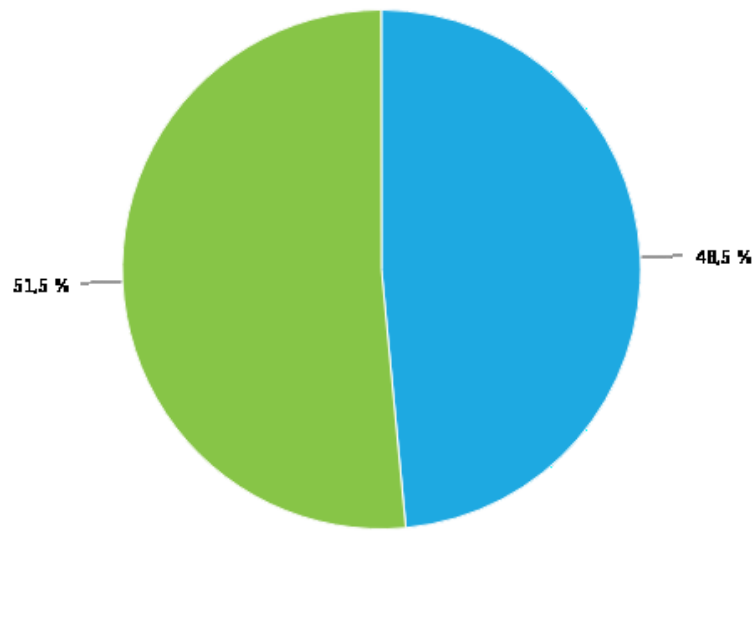
### Otázka č. 7:

Slyšela jste někdy o aktivním vedení porodu?

Tabulka 6 Aktivní vedení porodu

Otázka č. 7	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	114	48,5 %
Ne	121	51,5 %
<b>Celkem</b>	<b>235</b>	<b>100 %</b>

### 7. Slyšela jste někdy o aktivním vedení porodu?



Graf 6 Aktivní vedení porodu

Z grafu a tabulky č. 6 nám vyplývá, že 48,5 % respondentek někdy slyšela o aktivním vedení porodu. Celých 51,5 % o aktivním vedení porodu neslyšela.

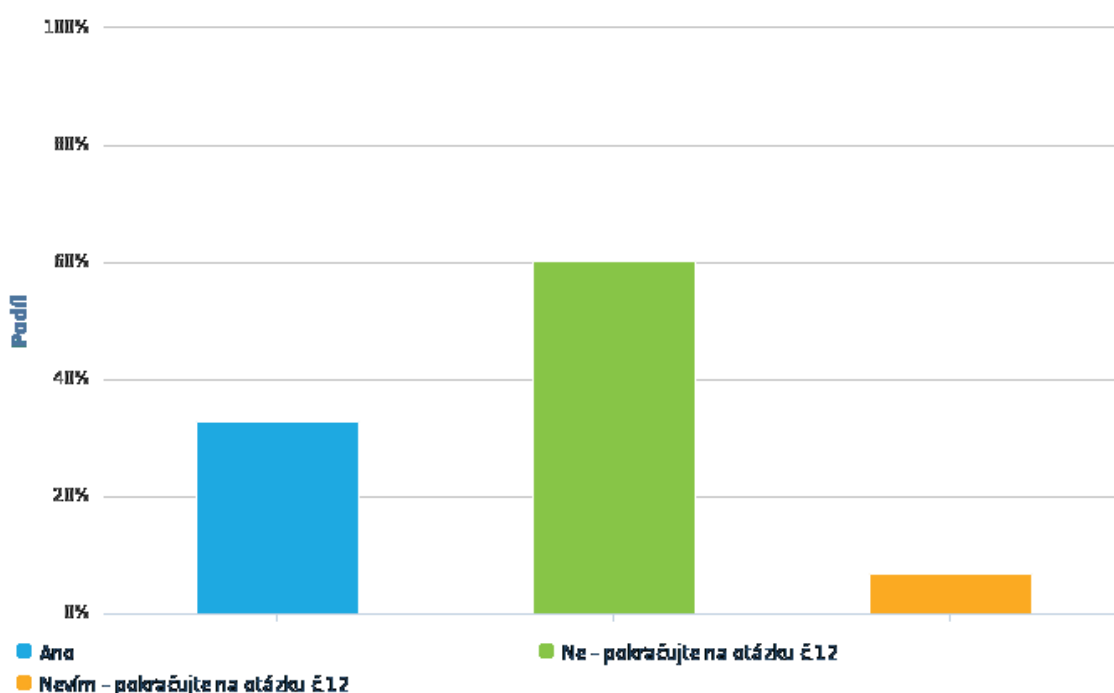
### Otázka č. 8:

Byl Vám proveden Hamiltonův manévr (během vaginálního vyšetření lékař pomocí prstu odloučí dolní pól vaku blan od dolního děložního segmentu, čímž se uvolní přirozené hormony spouštějící porod tzn., že do 24 hod. by měly nastoupit děložní kontrakce, které vedou k porodu dítěte)?

Tabulka 7 Hamiltonův manévr

Otázka č. 8	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	77	32,8 %
Ne	142	60,4 %
Nevím	16	6,8 %
Celkem	235	100 %

**8. Byl Vám proveden Hamiltonův manévr (během vaginálního vyšetření lékař pomocí prstu odloučí dolní pól vaku blan od dolního děložního segmentu, čímž se uvolní přirozené hormony spouštějící porod tzn. že do 24 hod. by měly nastoupit děložní kontrakce, které vedou k porodu dítěte)?**



Graf 7 Hamiltonův manévr

Výzkum ukazuje, že jen u 32,8 % respondentek byl před porodem proveden Hamiltonův manévr. 60,4 % žen uvedlo, že jim Hamiltonův manévr nebyl proveden a 6,8 % uvedlo, že neví.

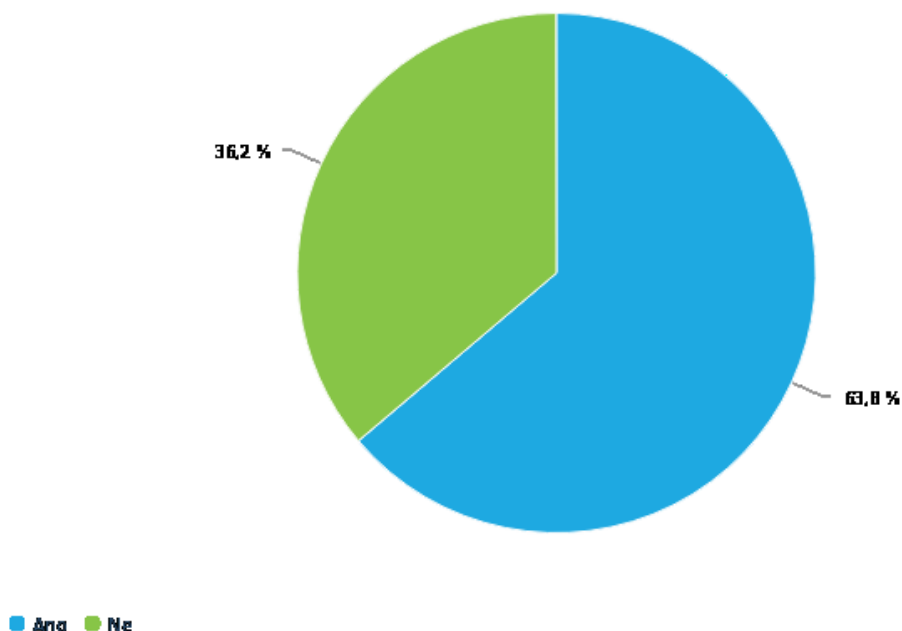
**Otázka č. 9:**

Byla jste informována zdravotnickým pracovníkem o provedení tohoto výkonu a jeho efektu?

*Tabulka 8 Informovanost o Hamiltonovu manévru*

Otázka č. 9	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<b>Ano</b>	60	63,8 %
<b>Ne</b>	34	36,2 %
<b>Celkem</b>	94	100 %

**9. Byla jste informována zdravotnickým pracovníkem o provedení tohoto výkonu a jeho efektu?**



*Graf 8 Informovanost o Hamiltonovu manévru*

Na tuto otázku správně měly odpovídat jen ty respondentky, které v předchozí otázce uvedly, že jim byl proveden Hamiltonův manévr, ale v některých případech odpověděly

i ženy, kterým proveden nebyl. Z tabulky a grafu nám tedy vyplývá, že 63,8 % respondentek byla o provedení Hamiltonova manévru informována a 36,2 % nebyla.

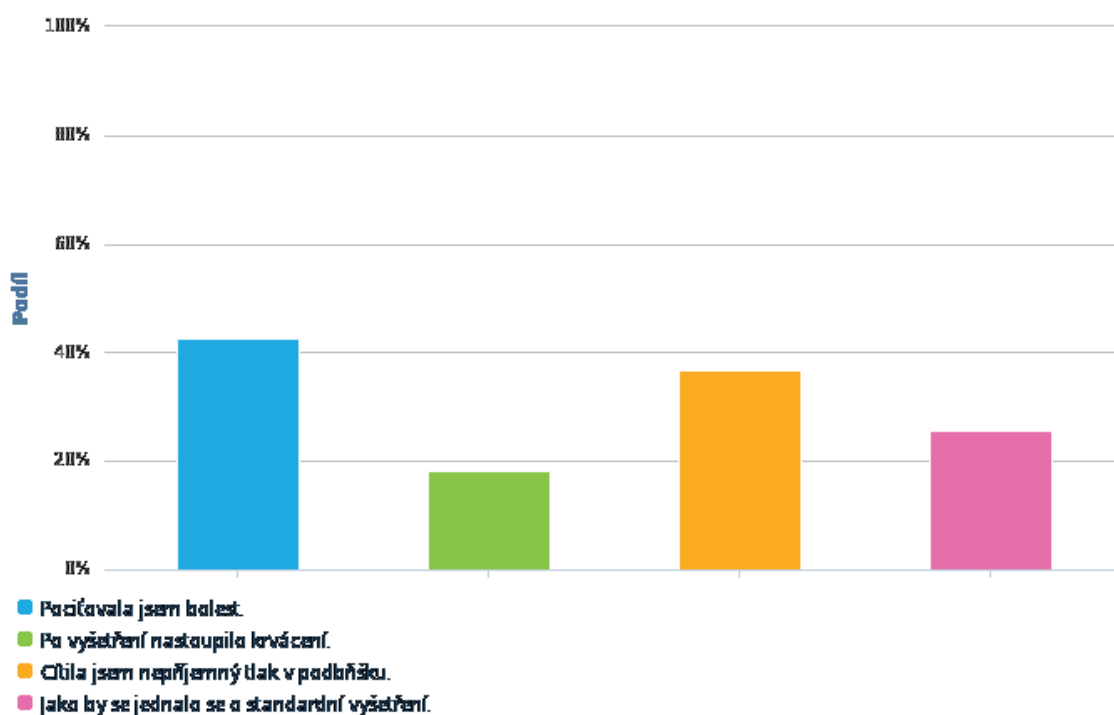
#### Otázka č. 10:

Napište pocity, které jste během tohoto vyšetření pociťovala. Možnost více odpovědí.

Tabulka 9 Pocity u Hamiltonova manévru

Otázka č. 10	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pociťovala jsem bolest	35	42,7 %
Po vyšetření nastoupilo krvácení	15	18,3 %
Cítila jsem nepříjemný tlak v podbřišku	30	36,6 %
Jako by se jednalo o standardní vyšetření	21	25,6 %

#### 10. Napište pocity, které jste během tohoto vyšetření pociťovala.



Graf 9 Pocity u Hamiltonova manévru

Na tuto otázku odpovídaly jen ženy, kterým byl proveden Hamiltonův manévr a měly možnost více odpovědí. Nejvíce žen, tedy 42,7 %, odpovědělo, že pociťovaly bolest. 36,6 % respondentek uvedlo pocity nepříjemného tlaku v podbřišku a jako standardní vyšetření to cítilo 25,6 % žen. U 18,3 % žen nastoupilo po vyšetření krvácení.

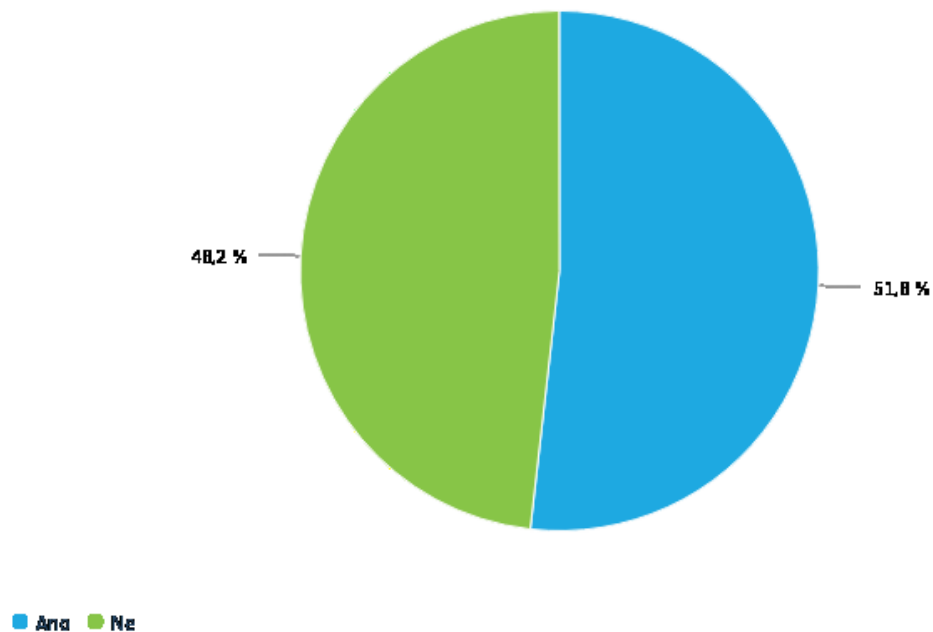
**Otázka č. 11:**

Splnil tento úkon svůj účel? (Nastoupila děložní činnost, porod se rozeběhl do 24 hodin?)

*Tabulka 10 Splnění účelu Hamiltonova manévru*

Otázka č. 11	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<b>Ano</b>	40	51,8 %
<b>Ne</b>	37	48,2 %
<b>Celkem</b>	77	100 %

**11. Splnil tento úkon svůj účel? (Nastoupila děložní činnost, porod se rozeběhl do 24 hodin?).**



*Graf 10 Splnění účelu Hamiltonova manévru*

Tato otázka byla opět určena jen ženám, které uvedly, že jim byl proveden Hamiltonův manévr. U 51,8 % respondentek, kterým byl proveden tento manévr, nastoupila děložní činnost do 24 hodin a u 48,2 % nikoli.

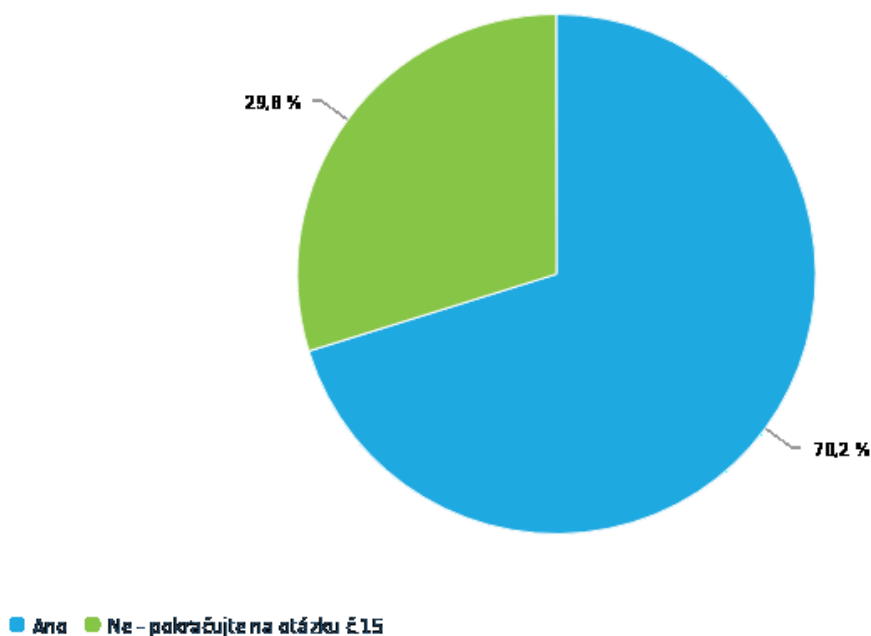
**Otázka č. 12:**

Bylo Vám před porodem provedeno očistné klyzma (zavedení rektální rourky do konečnicku a vpravení tekutiny do tlustého střeva, Yal gel nebo projímavé čípky)?

Tabulka 11 Klyzma

Otázka č. 12	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	165	70,2 %
Ne	70	29,8 %
<b>Celkem</b>	<b>235</b>	<b>100 %</b>

**12. Bylo Vám před porodem provedeno očistné klyzma (zavedení rektální rourky do konečnicku a vpravení tekutiny do tlustého střeva, Yal gel nebo projímavé čípky)?**



Graf 11 Klyzma

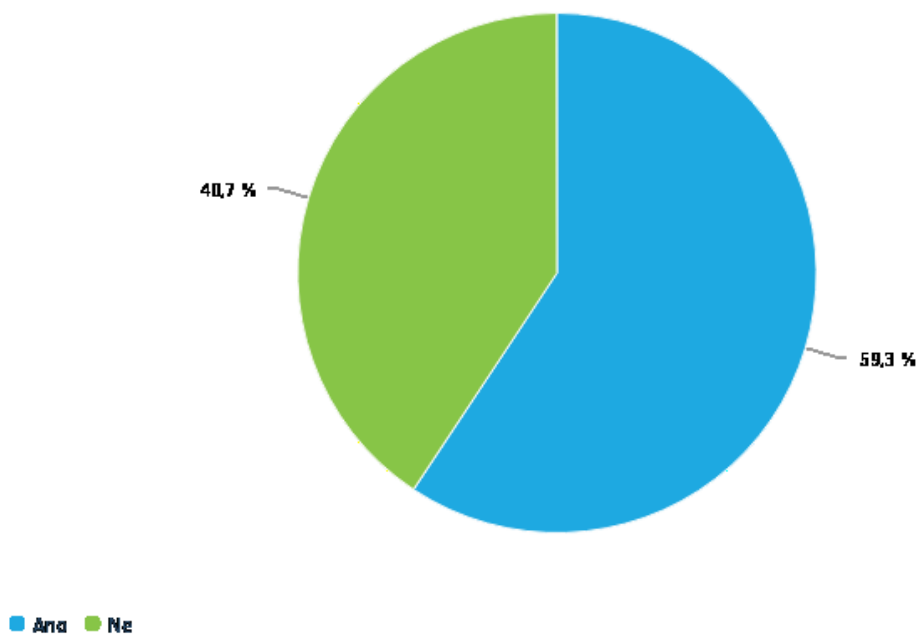
Z tabulky a grafu vyplývá, že u 70,2 % žen bylo provedeno před porodem očistné klyzma a jen u 29,8 % provedeno nebylo.

**Otázka č. 13:**

Měla jste možnost odmítnout očistné klyzma?

Tabulka 12 Možnost odmítnutí klyzma

Otázka č. 13	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	105	59,3 %
Ne	72	40,7 %
<b>Celkem</b>	<b>177</b>	<b>100 %</b>

**13. Měla jste možnost odmítnout očistné klyzma?**

Graf 12 Možnost odmítnutí klyzma

Na tuto otázku měly odpovídat jen ženy, které uvedly, že jim bylo provedeno očistné klyzma před porodem, ale v některých případech odpověděly i ty ženy, kterým bylo klyzma nabídnuto, ale odmítly. Z výzkumu tedy vyšlo, že 59,3 % žen měla možnost klyzma odmítnout, 40,7 % tuto možnost neměla.



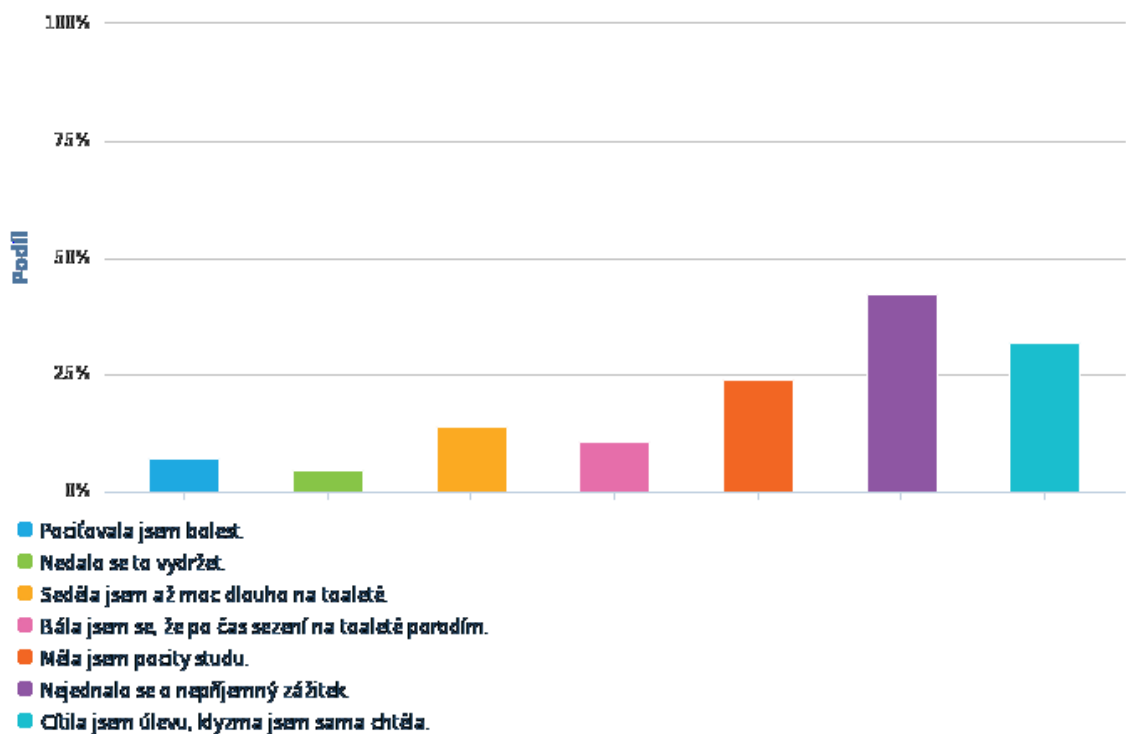
#### Otázka č. 14:

Napište pocity, které jste během tohoto vyšetření pociťovala. Možnost více odpovědí.

Tabulka 13 Pocity při podání klyzma

Otázka č. 14	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pociťovala jsem bolest	12	7,2 %
Nedalo se to vydržet	8	4,8 %
Seděla jsem až moc dlouho na toaletě	23	13,9 %
Bála jsem se, že po čas sezení na toaletě porodím	18	10,8 %
Měla jsem pocity studu	40	24,1 %
Nejednalo se o nepříjemný zážitek	70	42,2 %
Cítila jsem úlevu, klyzma jsem sama chtěla	53	31,9 %

#### 14. Napište pocity, které jste během tohoto vyšetření pociťovala.



Graf 13 Pocity při podání klyzma

Na tuto otázku opět odpovídaly jen ženy, které měly před porodem klyzma a mohly zaškrtnout jednu i více odpovědí. Nejvíce respondentek uvedlo, že se vůbec nejednalo o nepříjemný zážitek – 42,2 %. Další nejčastější odpovědí bylo, že žena cítila po podání klyzma úlevu, protože ho sama chtěla – 31,9 %. Hodně respondentek, tedy 24,1 %, mělo pocity studu. 13,9 % respondentek vadilo, že seděly až moc dlouho na toaletě a 10,8 % se dokonce bálo, že po čas sezení na toaletě porodí. Jen 7,2 % žen uvedlo bolest a dle 4,8 % se klyzma nedalo vydržet.

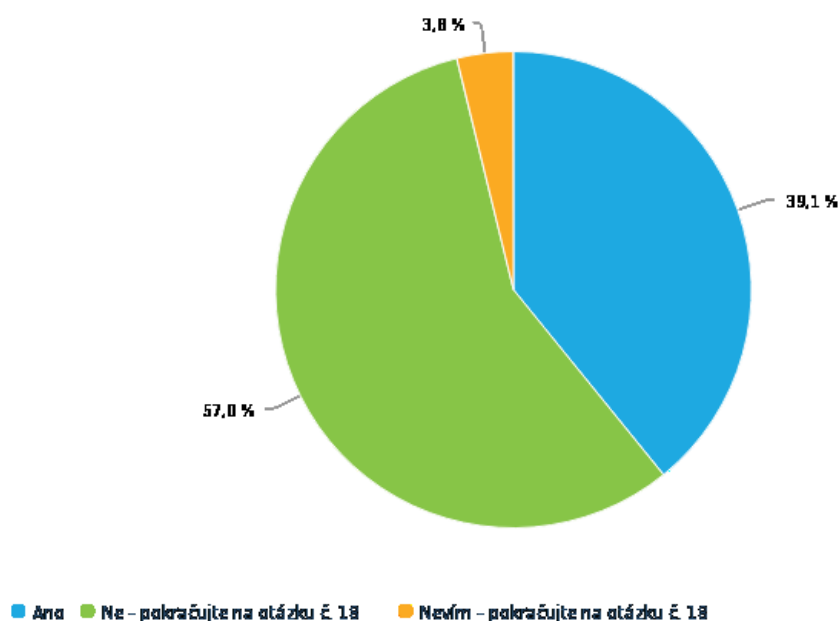
#### Otázka č. 15:

Byl Vám aplikován v I. době porodní lék oxytocin na posílení kontrakcí, který se podává ve formě infuze přes kanylu, která je zavedena do žíly převážně na jedné z horních končetin?

Tabulka 14 Oxytocin

Otázka č. 15	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	92	39,1 %
Ne	134	57,0 %
Nevím	9	3,8 %
<b>Celkem</b>	<b>235</b>	<b>100 %</b>

15. Byl Vám aplikován v I. době porodní lék oxytocin na posílení kontrakcí, který se podává ve formě infuze přes kanylu, která je zavedena do žíly převážně na jedné z horních končetin?



Graf 14 Oxytocin

Z tabulky a grafu č. 14 plyne, že 57 % respondentek byl aplikován lék oxytocin v I. době porodní. 39,1 % ženám aplikován nebyl a 3,8 % neví, zda jim tento lék byl aplikován.

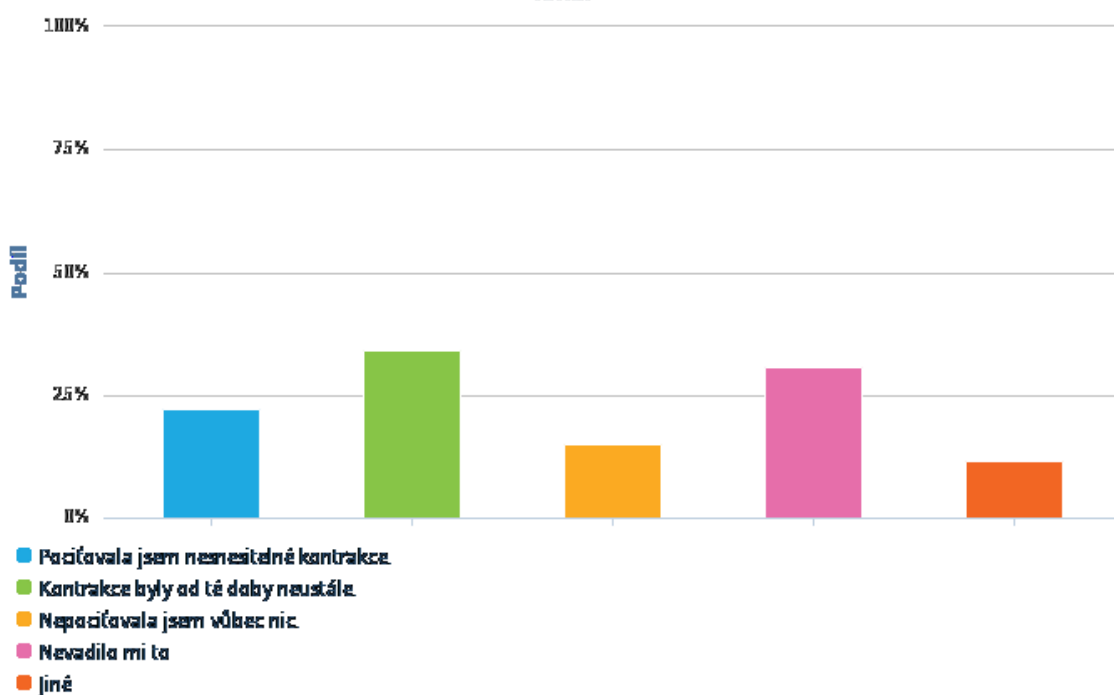
#### Otázka č. 16:

Vyberte z možných variant pocitů, které jste pociťovala po aplikaci tohoto léku. Možnost více odpovědí.

Tabulka 15 Pocity po aplikaci oxytocinu

Otázka č. 16	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pociťovala jsem nesnesitelné kontrakce	21	22,3 %
Kontrakce byly od té doby neustále	32	34,0 %
Nepociťovala jsem vůbec nic	14	14,9 %
Nevadilo mi to	29	30,9 %
Jiné	11	11,7 %

#### 16. Vyberte z možných variant pocitů, které jste pociťovala po aplikaci tohoto léku.



Graf 15 Pocity po aplikaci oxytocinu

Tato otázka byla určena pro ženy, kterým byl během porodu aplikován lék oxytocin. Respondentky měly možnost více odpovědí a nejčastěji zaškrtnuly, tedy v 34 %, že po podání léku měly kontrakce neustále. 30,9 % respondentek podání léku nijak nevadilo a 22,3 % naopak cítilo od té doby nesnesitelné kontrakce. U 14,9 % žen se po podání léku nedostavilo vůbec nic. Toho, že byla tato otázka polootevřená využilo 11,7 % a jako odpověď napsaly například, že se dostavily funkční kontrakce, při kterých se konečně začaly otevírat. Jedna respondentka uvedla zvracení po podání oxytocinu.

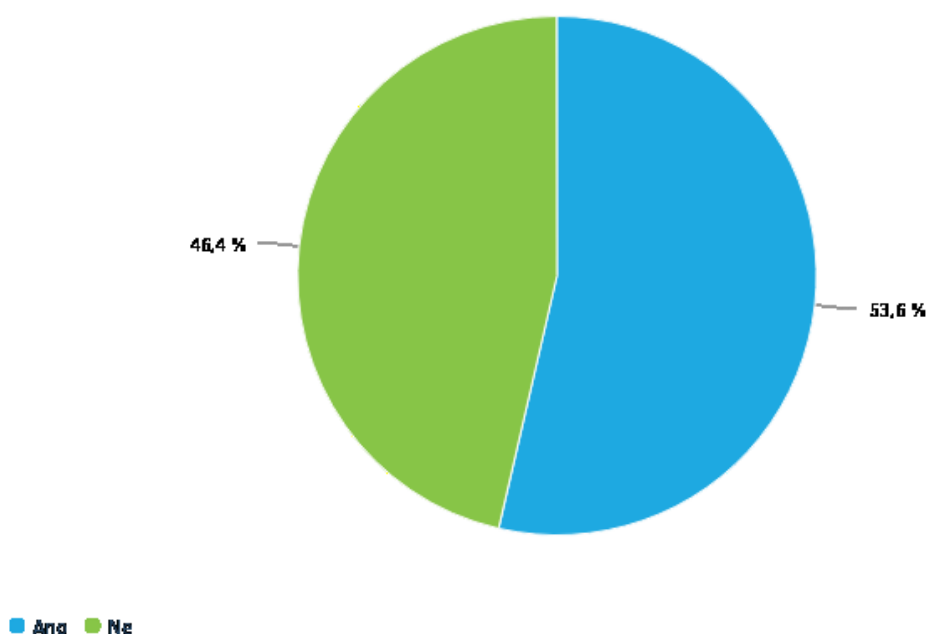
### Otázka č. 17:

Mohla jste se rozhodnout, zda Vám může zdravotnický personál oxytocin podat nebo ne?

Tabulka 16 Možnost odmítnutí oxytocinu

Otázka č. 17	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<b>Ano</b>	52	53,6 %
<b>Ne</b>	45	46,4 %
<b>Celkem</b>	97	100 %

### 17. Mohla jste se rozhodnout, zda Vám může zdravotnický personál oxytocin podat nebo ne?



Graf 16 Možnost odmítnutí oxytocinu

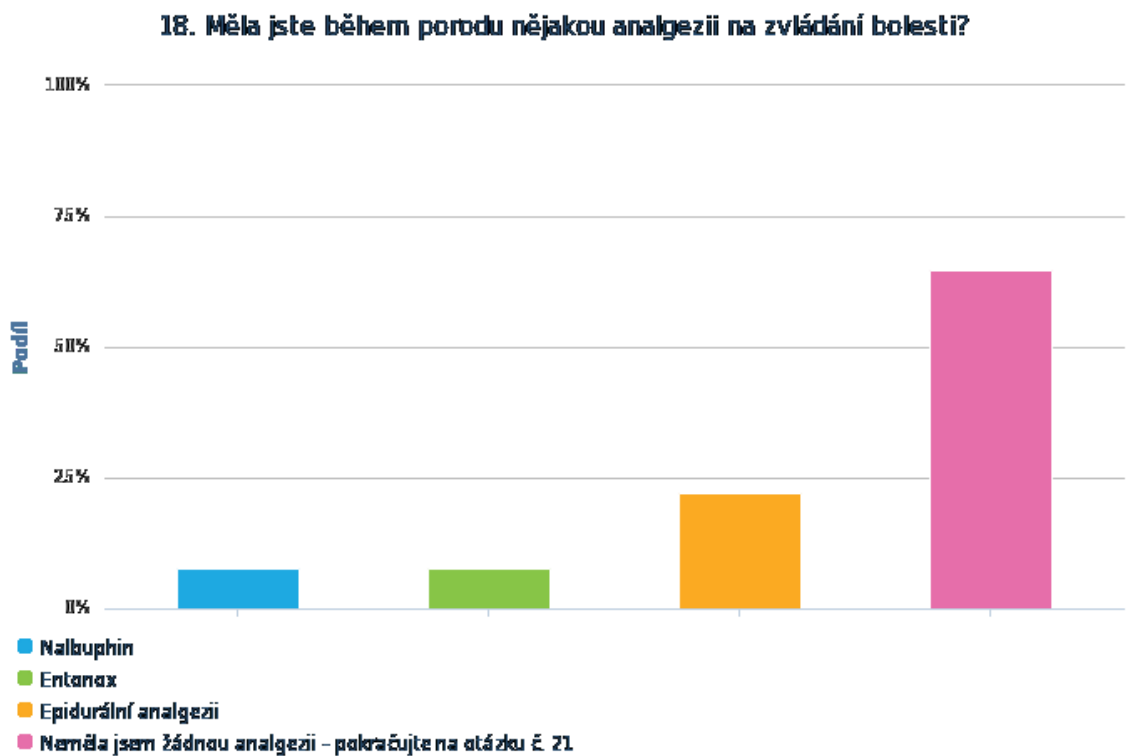
Tato otázka byla též určena jen pro ženy, kterým byl aplikován oxytocin, ale odpovídaly i některé ženy, které ho odmítly. Z tabulky a grafu je možné vyčíst, že 53,6 % žen se mohlo o aplikaci léku rozhodnout a 46,4 % nikoli.

**Otázka č. 18:**

Měla jste během porodu nějakou analgezií na zvládnání bolesti?

*Tabulka 17 Analgezie*

Otázka č. 18	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nalbuphin	18	7,7 %
Entonox	18	7,7 %
Epidurální analgezií	52	22,1 %
Neměla jsem žádnou analgezií	152	64,7 %
<b>Celkem</b>	<b>235</b>	<b>100 %</b>



*Graf 17 Analgezie*

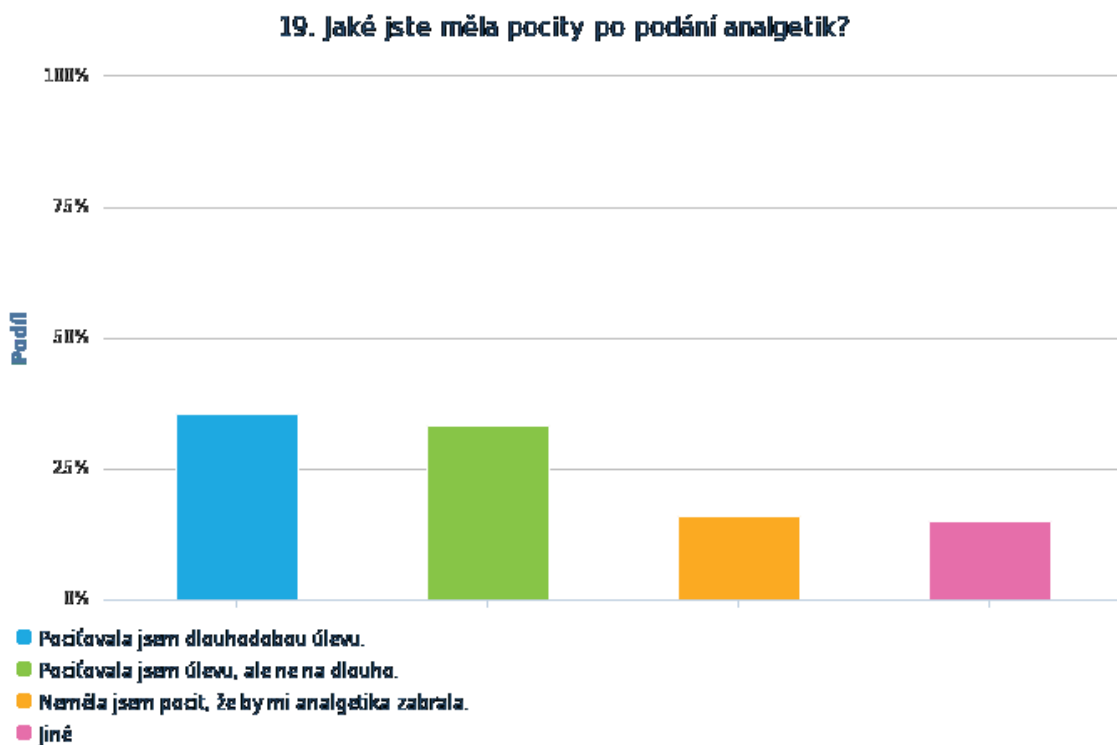
Výzkum ukazuje, že drtivá většina žen, tedy 64,7 %, neměla žádnou analgezii během porodu. 22,1 % respondentek měla epidurální analgezii a Nalbuphin s Entonoxem měla shodně po 7,7 % respondentek.

**Otázka č. 19:**

Jaké jste měla pocity po podání analgetik?

*Tabulka 18 Pocity po podání analgetik*

Otázka č. 19	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pociťovala jsem dlouhodobou úlevu	31	35,6 %
Pociťovala jsem úlevu, ale ne na dlouho	29	33,3 %
Neměla jsem pocit, že by mi analgetika zabrala	14	16,1 %
Jiné	13	14,9 %
<b>Celkem</b>	<b>87</b>	<b>100 %</b>



*Graf 18 Pocity po podání analgetik*

Tato otázka byla určena jen ženám, které měly nějakou analgezií během porodu. Odpověděly všechny ženy s analgezií kromě jedné. Nejčastější odpovědí respondentek bylo, že cítily dlouhodobou úlevu – 35,6 %. 33,3 % žen pocítilo po podání analgetik úlevu, ale ne na dlouho a 16,1 % necítily úlevu žádnou. Do kolonky „jiné“ nejčastěji ženy psaly, že byly velice unavené, některé byly po podání uvolněné a jedné respondentce bylo velmi špatně.

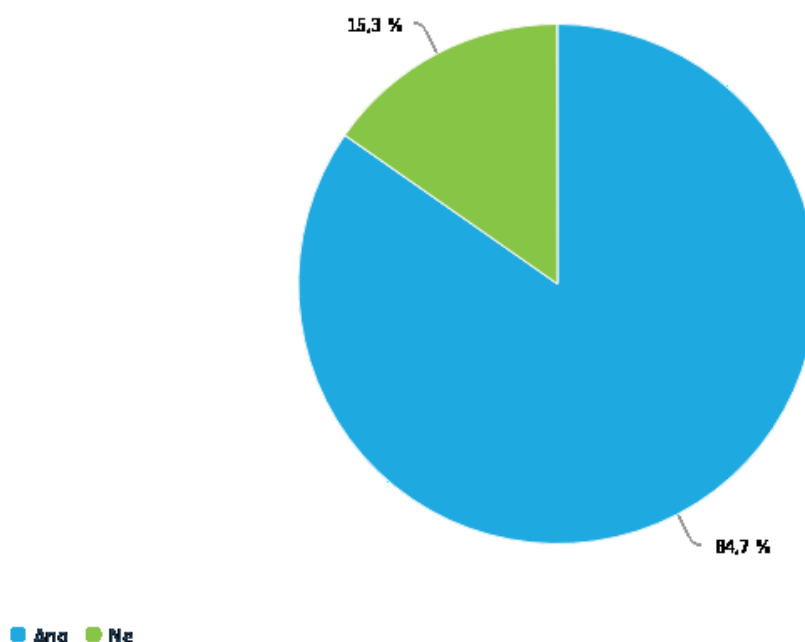
#### Otázka č. 20:

Mohla jste se rozhodnout o podání analgetik?

Tabulka 19 Možnost rozhodnutí o analgetikách

Otázka č. 20	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	83	84,7 %
Ne	15	15,3 %
<b>Celkem</b>	<b>98</b>	<b>100 %</b>

#### 20. Mohla jste se rozhodnout o podání analgetik?



Graf 19 Možnost rozhodnutí o analgetikách

Otázka č. 20 byla určena ženám, které měly během porodu jakoukoli analgezií, ale mohly odpovídat i ženy, které ji neměly, protože ji odmítly. Z grafu i tabulky vyplývá, že 84,7 % respondentek se mohlo rozhodnout o podání analgetik, 15,3 % nemohlo.

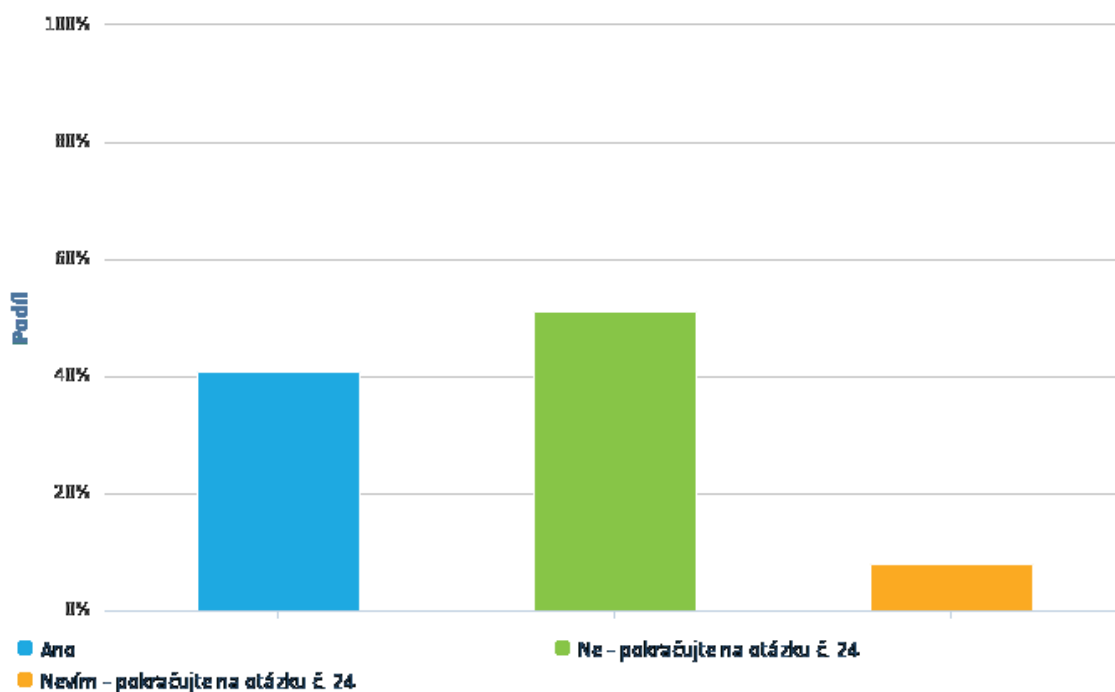
### Otázka č. 21:

Byla Vám provedena dirupce vaku blan (záměrné protržení plodových obalů v I. době porodní během vaginálního vyšetření)?

Tabulka 20 Dirupce vaku blan

Otázka č. 21	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<b>Ano</b>	96	40,9 %
<b>Ne</b>	120	51,1 %
<b>Nevím</b>	19	8,1 %
<b>Celkem</b>	235	100 %

### 21. Byla Vám provedena dirupce vaku blan (záměrné protržení plodových obalů v I. době porodní během vaginálního vyšetření)?



Graf 20 Dirupce vaku blan



Dle grafu a tabulky č. 20 byla dirupce vaku blan provedena u 40,9 % respondentek a u 51,1 % provedena nebyla. 8,1 % žen uvedlo, že neví.

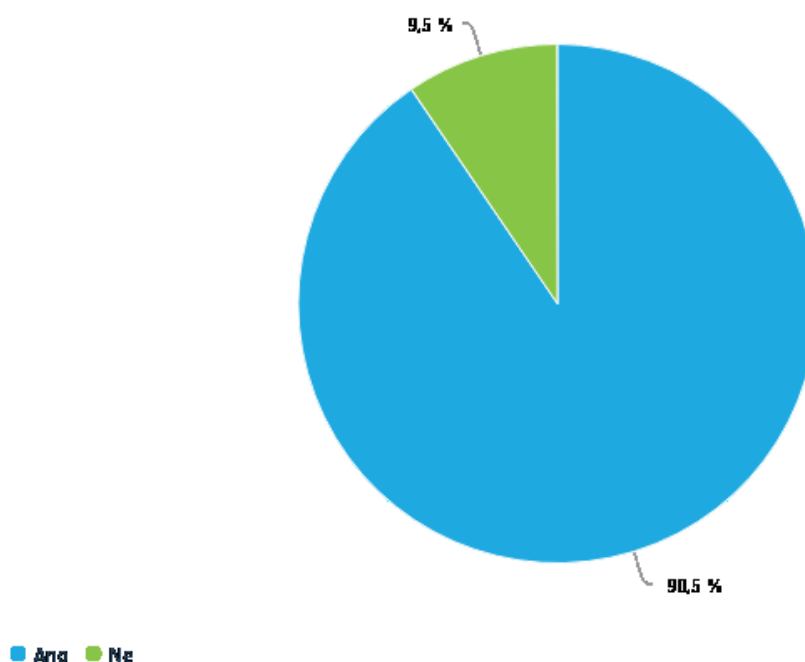
#### Otázka č. 22:

Byla jste informována o této intervenci?

Tabulka 21 Informovanost o dirupci

Otázka č. 22	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	90	90,5 %
Ne	6	9,5 %
<b>Celkem</b>	<b>96</b>	<b>100 %</b>

#### 22. Byla jste informována o této intervenci?



Graf 21 Informovanost o dirupci

Otázka č. 22 byla určena jen respondentkám, které v předchozí otázce odpověděly kladně, tedy že jim byla během porodu provedena dirupce vaku blan. 90,5 % z těchto respondentek uvedly, že byly informovány zdravotnickým pracovníkem o této intervenci. Pouze 9,5 % žen odpověděla, že jim tato informace poskytnuta nebyla.

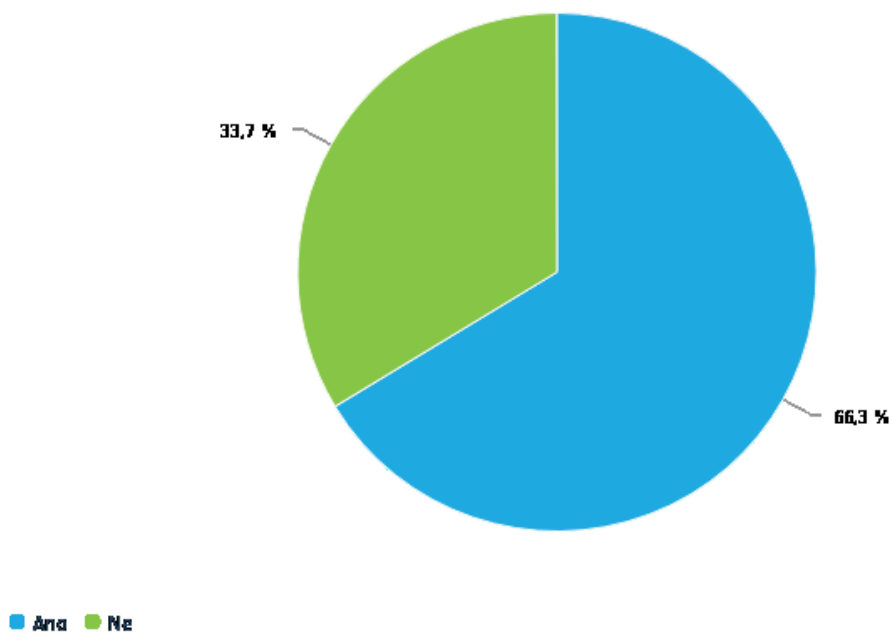
### Otázka č. 23:

Měla jste možnost odmítnutí?

Tabulka 22 Možnost odmítnutí dirupce

Otázka č. 23	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	67	66,3 %
Ne	34	33,7 %
<b>Celkem</b>	<b>101</b>	<b>100 %</b>

23. Měla jste možnost odmítnutí?



Graf 22 Možnost odmítnutí dirupce

V tabulce a grafu č. 22 máme znázorněné odpovědi žen na to, zda mohly odmítnout dirupci vaku blan. Odpověděly všechny ženy s dirupcí a navíc ještě 5 žen, které ji neměly, protože odmítly. 66,3 % z těchto žen mohly dirupci odmítnout a 33,7 % nikoli.

### Otázka č. 24:

Jaká byla délka Vašeho porodu v hodinách od začátku pravidelných kontrakcí až do porodu miminka?

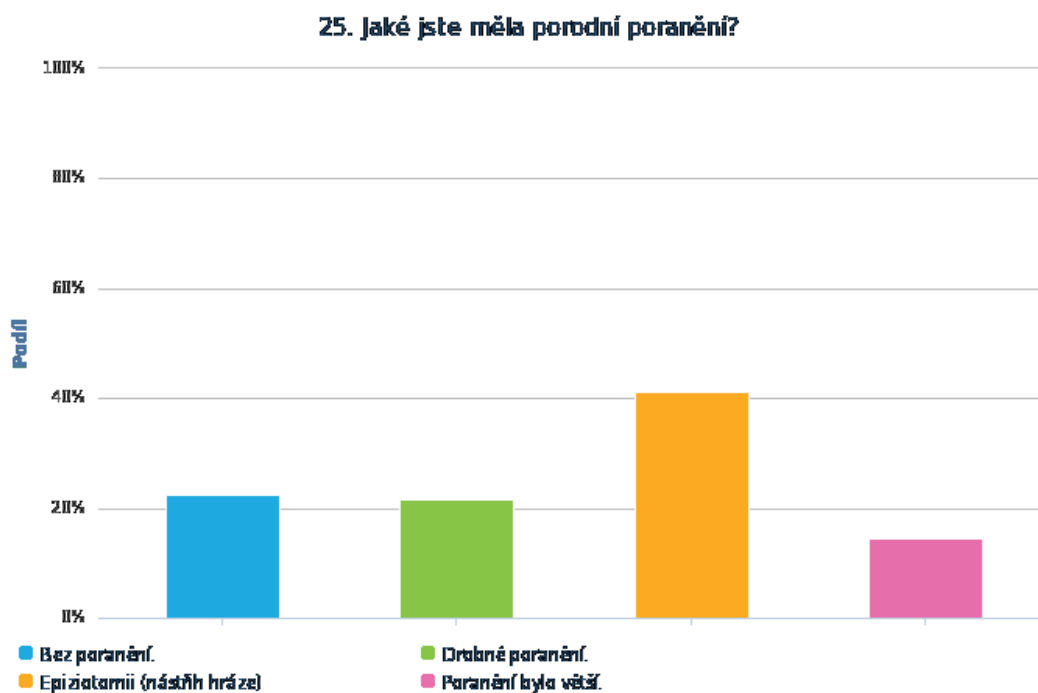
Otázka č. 24 byla položena jako otevřená, respondentky odpovídaly číslovkou. Ze všech odpovědí jsem udělala aritmetický průměr a vyšlo mi, že průměrná doba porodu respondentek z mého dotazníku je 9,1 hodiny.

### Otázka č. 25:

Jaké jste měla porodní poranění?

Tabulka 23 Porodní poranění

Otázka č. 25	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<b>Bez poranění</b>	53	22,6 %
<b>Drobné poranění</b>	51	21,7 %
<b>Epiziotomii (nástřih hráze)</b>	97	41,3 %
<b>Poranění bylo větší</b>	34	14,5 %
<b>Celkem</b>	235	100 %



Graf 23 Porodní poranění

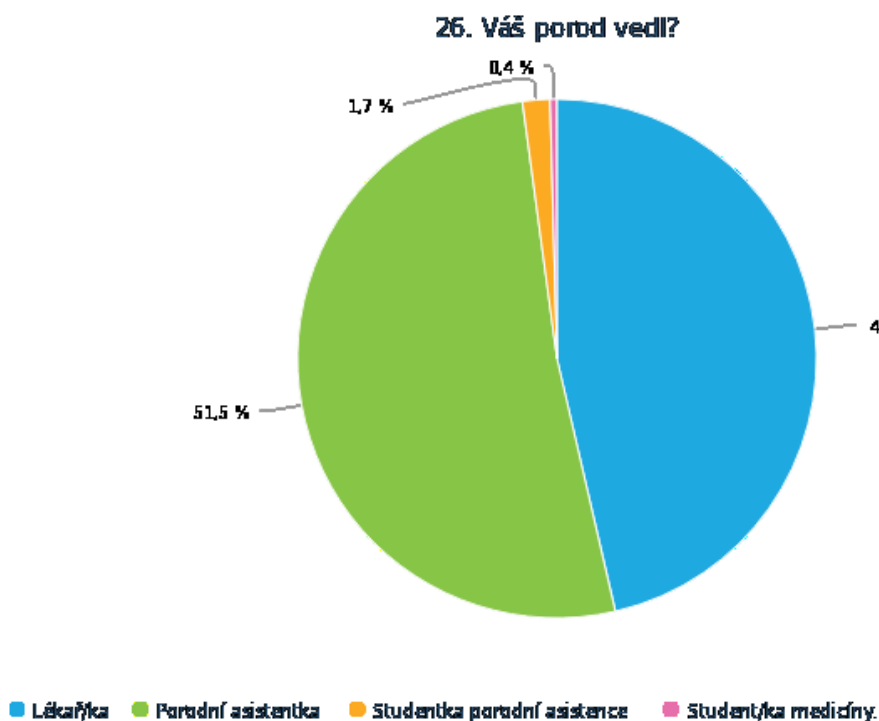
V otázce č. 25 jsem se zaměřila na porodní poranění respondentek. Nejčastější odpovědí, tedy 41,3 %, byla epiziotomie nebo-li nástřih hráze. Téměř shodně měla odpověď „drobné poranění“ – 21,7 % a „bez poranění“ – 22,6 %. U 14,5 % respondentek bylo poranění větší.

#### Otázka č. 26:

Váš porod vedl?

Tabulka 24 Vedení porodu

Otázka č. 26	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Lékař/ka	109	46,4 %
Porodní asistentka	121	51,5 %
Studentka porodní asistence	4	1,7 %
Student/ka medicíny	1	0,4 %
<b>Celkem</b>	<b>235</b>	<b>100 %</b>



Graf 24 Vedení porodu

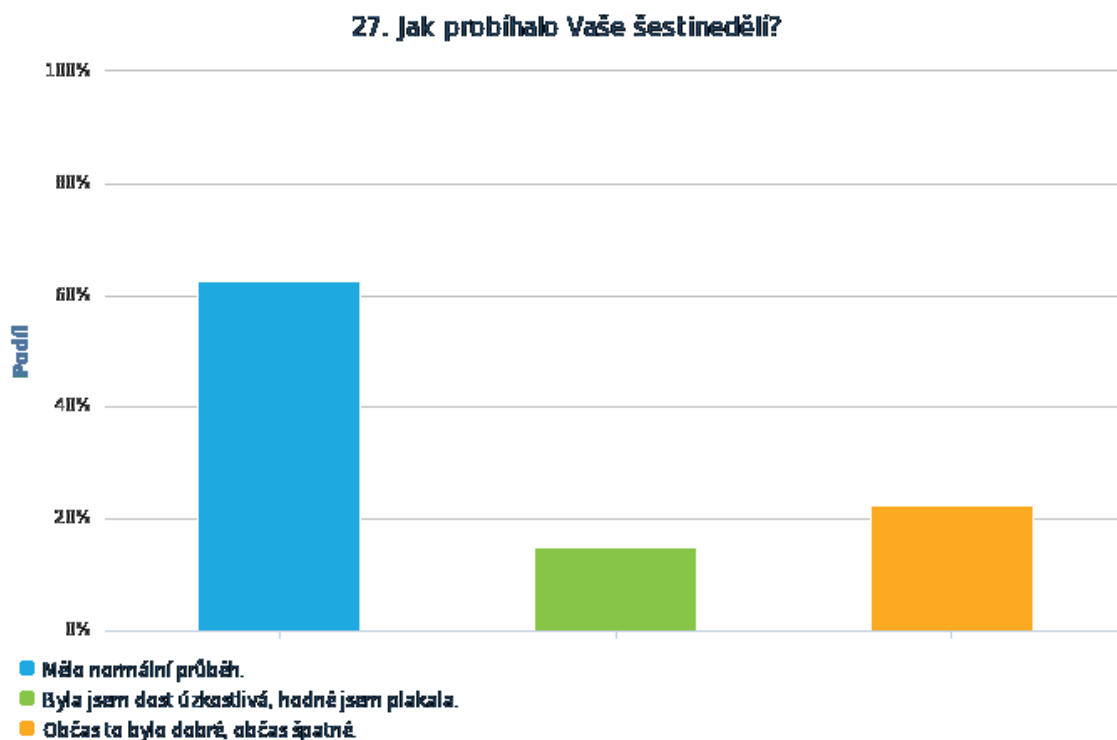
Z grafu a tabulky č. 24 nám jasně vyplývá, že nejvíce porodů odvedly porodní asistentky – 51,5 % a lékaři – 46,4 %. 1,7 % respondentek uvedlo, že jejich porod vedla studentka porodní asistence a pouze jedné respondentce porod vedl/a student/ka medicíny.

### Otázka č. 27:

Jak probíhalo Vaše šestinedělí?

Tabulka 25 Šestinedělí

Otázka č. 27	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Mělo normální průběh	147	62,6 %
Byla jsem dost úzkostlivá, hodně jsem plakala	35	14,9 %
Občas to bylo dobré, občas špatné	53	22,6 %
<b>Celkem</b>	<b>235</b>	<b>100 %</b>



Graf 25 Šestinedělí

Otázka č. 25 se zabývá psychikou respondentek v období šestinedělí. U 62,6 % žen mělo šestinedělí normální průběh. 22,6 % žen udává, že měly v období šestinedělí světlé i tmavé chvíle a u 14,9 % respondentek se objevila velká úzkost a plačtivost.

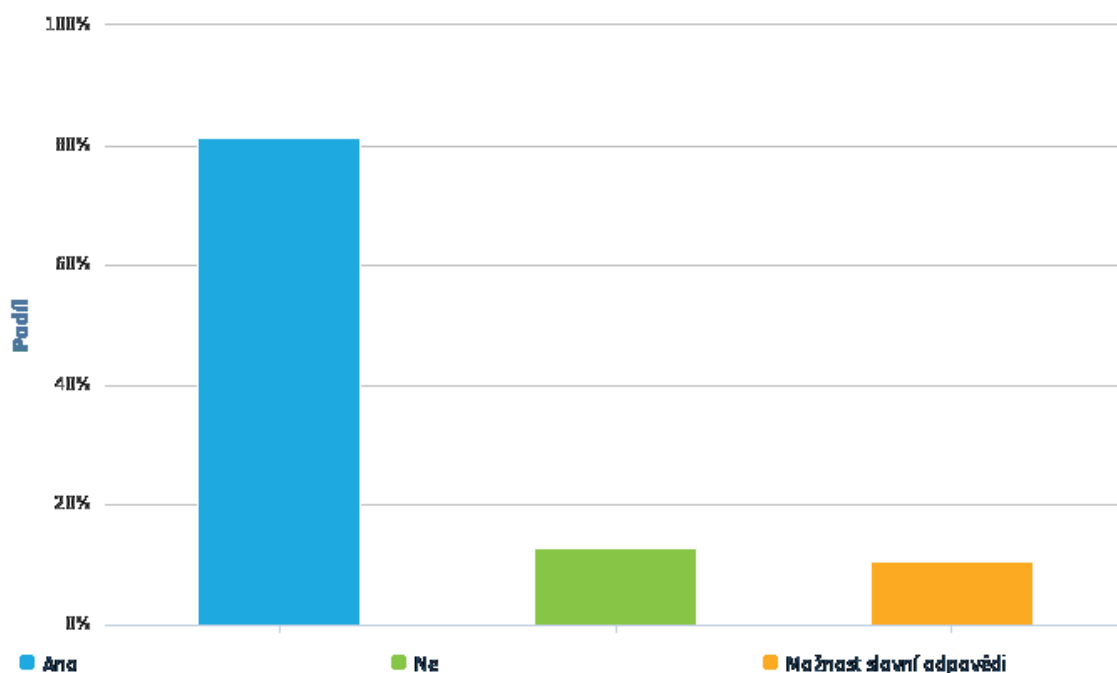
#### Otázka č. 28:

Byla jste spokojená s přístupem personálu během pobytu na porodním sále? Možnost více odpovědí.

Tabulka 26 Spokojenost s přístupem personálu na porodním sále

Otázka č. 28	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	191	81,3 %
Ne	30	12,8 %
Možnost slovní odpovědi	25	10,6 %

#### 28. Byla jste spokojená s přístupem personálu během pobytu na porodním sále?



Graf 26 Spokojenost s přístupem personálu na porodním sále

Tato otázka byla položena jako polouzavřená s možností více odpovědí. Nejvíce respondentek, tedy 81,3 %, byla spokojena s přístupem na porodním sále. 12,8 % žen s přístupem personálu na porodní sále spokojena nebyla a 10,6 % zvolila možnost slovní odpovědi.

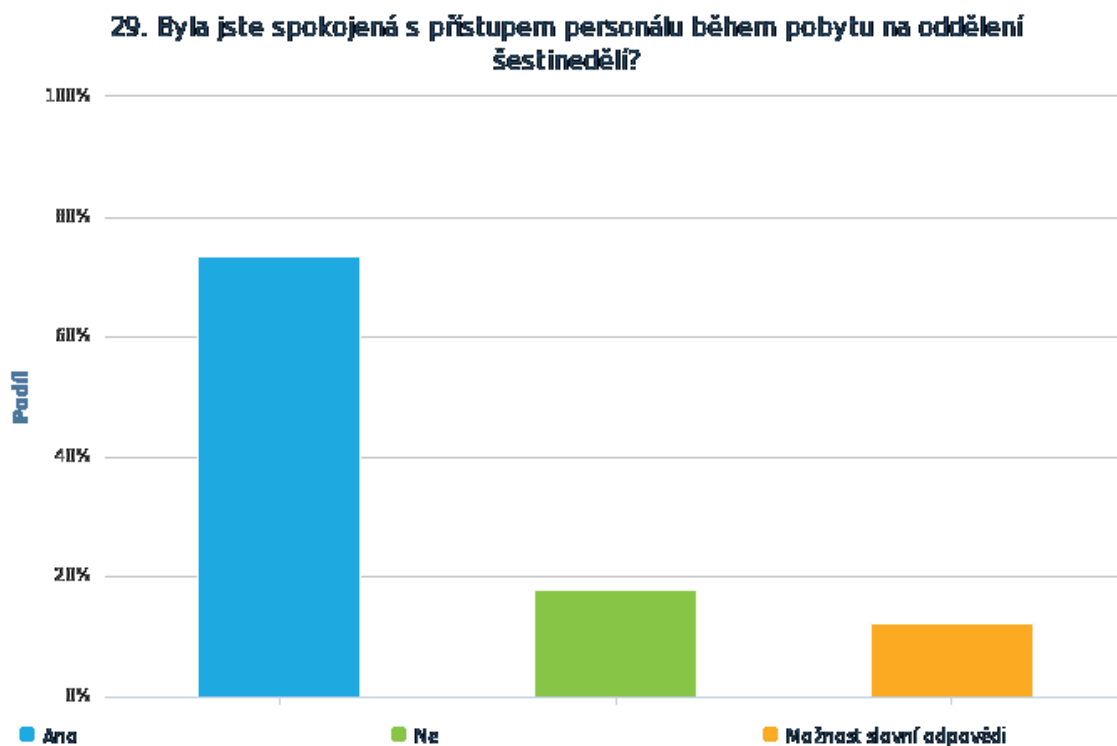
Některé z odpovědí respondentek: 1. *Klidně bych uvítala aktivnější přístup porodní asistentky.* 2. *Byla splněna všechna má přání, jen některé porodní asistentky nesly špatně přítomnost doly.* 3. *Nikdo mi neřekl, jak mám prodýchat kontrakce.* 4. *Naprosté nerespektování přání, rutinní vedení porodu, cítila jsem se jako méněcenná, mám trauma.* 5. *Nerespekt k porodnímu přání, hádky PA s lékařem ve vedení (jen díky ní byl porod téměř bez zásahu).* 6. *Oceňuji přítomnost studentky, která se mi nadměru věnovala a byla mi skvělou oporou.* 7. *Vcelku ano. Jsem ráda, že jsem nakonec nemusela na císaře, ale vadilo mi nalahávání na břicho.*

### Otázka č. 29:

Byla jste spokojena s přístupem personálu během pobytu na oddělení šestinedělí? Možnost více odpovědí.

Tabulka 27 Spokojenost s přístupem personálu na oddělení šestinedělí

Otázka č. 29	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<b>Ano</b>	172	73,5 %
<b>Ne</b>	42	17,9 %
<b>Možnost slovní odpovědi</b>	29	12,4 %



Graf 27 Spokojenost s přístupem personálu na oddělení šestinedělí

Otázka č. 29 byla také položena jako polouzavřená s jednou možnou odpovědí. Nejčastěji ženy odpověděly, že byly spokojeny s přístupem personálu na oddělení šestinedělí – 73,5 %. 17,9 % respondentek nebylo spokojeno na oddělení šestinedělí a 12,4 % zvolilo možnost slovní odpovědi.

Některé z odpovědí respondentek: 1. *Zničili mi svým přístupem kojení a musím dokrmovat. Prostě jsem už pak nikdy nevěřila, že to zvládnou.* 2. *Překvapila mě neochota některých sester, někdy až nemístné chování. Pobyt jsem dost probrečela.* 3. *Pokud jsem se nezeptala, nikdo mi nic neřekl. Některé sestry příjemné, některé příšerné.* 4. *Vše na jedničku kromě podpory kojení.* 5. *Absolutní bludy ohledně kojení! Zastrásování, že nikdy nepůjdeme kvůli kojení domu.* 6. *Dětské sestry postrádaly empatii nutnou pro novopečenou matku, která má strach o každou maličkost.* 7. *S porodními asistentkami ano, s dětskými sestrami to byla katastrofa.*

#### Otázka č. 30:

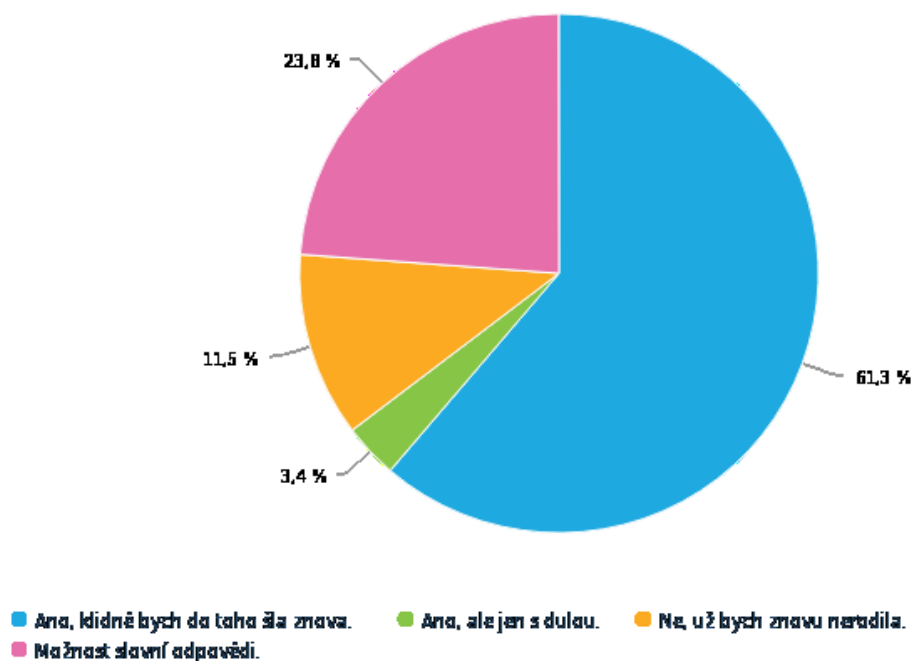
Rodila byste znovu?

Tabulka 28 Další porod

Otázka č. 30	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<b>Ano, klidně bych do toho šla znovu</b>	144	61,3 %
<b>Ano, ale jen s doulou</b>	8	3,4 %
<b>Ne, už bych znovu nerodila</b>	27	11,5 %
<b>Možnost slovní odpovědi</b>	56	23,8 %
<b>Celkem</b>	235	100 %



### 30. Rodila byste znova?



Graf 28 Další porod

Poslední otázka z dotazníku je polouzavřená s jednou možnou odpovědí. Více jak polovina respondentek, tedy 61,3 %, by klidně rodila znova. 11,5 % žen by už znova nerodila a 3,4 % by rodila jen s doulou. 23,8 % žen zvolilo možnost slovní odpovědi.

Některé z odpovědí respondentek: 1. *Rodila bych znova, ale jen proto, že to jinak nejde. Kdyby šlo mít dítě jinak, volím jiný způsob.* 2. *Ano, ale zároveň to beru pouze jako „nutné zlo“. Jsem však zastávce porodu pod odborným vedením.* 3. *Ano, ale zvážila bych ambulantní porod.* 4. *Spíše ne kvůli psychickému stavu v šestinedělí.* 5. *Ano, ale doma nebo v ZZ, kde opravdu bude záruka odbornosti a etiky (možná jen v zahraničí).* 6. *Rodila ano, ale pak bych šla hned domu.* 7. *Ano, jsem již v 5. měsíci dalšího těhotenství.* 8. *Ano, za dva měsíce mě to čeká.* 9. *Ano, ale v jiné nemocnici.*

## 5.4 Vyhodnocení stanovených hypotéz

**H1: Předpokládáme, že více jak polovina žen někdy slyšela o aktivním vedení porodu.**

Díky výsledkům získaných z tabulky a grafu č. 6, které shrnují odpovědi na otázku č. 7: „Slyšela jste někdy o aktivním vedení porodu?“, jsme zjistily, že 48,5 % respondentek někdy slyšelo o aktivním vedení porodu a 51,5 % nikoli. Hypotéza tedy **nebyla potvrzena**.

**H2: Předpokládáme, že pozitivní pocity po podání klystýru převládají nad pocity negativními.**

V tabulce a grafu č. 13, které znázorňují odpovědi z otázky č. 14: „Napište pocity, které jste během tohoto vyšetření pociťovala.“, vidíme, že 42,2 % žen uvedlo „Nejednalo se o nepříjemný zážitek.“ a 31,9 % „Cítila jsem úlevu, klyzma jsem sama chtěla.“. Hypotéza **byla potvrzena**.

**H3: Předpokládáme, že ženy s epidurální analgezií měly průměrně delší dobu porodu než ženy bez epidurální analgezie.**

K potvrzení či vyvrácení této hypotézy jsme využili otázku č. 18: „Měla jste během porodu nějakou analgezií na zvládnání bolesti?“ a č. 24: „Jaká byla délka Vašeho porodu v hodinách od začátku pravidelných kontrakcí až do porodu miminka?“. Nejdříve jsme z otázky č. 18 vybraly ženy, které měly během porodu epidurální analgezií a vypočítaly jejich průměrnou délku porodu. Poté jsme to samé udělaly se ženami, které epidurální analgezií neměly. Průměrná délka porodu respondentek s epidurální analgezií vyšla 12,4 hodiny a bez epidurální analgezie 8,13 hodiny. Naše hypotéza **byla potvrzena**.

**H4: Předpokládáme, že ženy, kterým byl podán v I. době porodní oxytocin, měly větší porodní poranění než ženy, kterým oxytocin podán nebyl.**

Z tabulky a grafu č. 14 vyplývá, že 39,1 % žen byl podán v I. době porodní lék oxytocin na posílení kontrakcí a 57 % žen podán nebyl. V tabulce č. 29 jsou znázorněny porodní poranění u žen, kterým oxytocin podán byl a v tabulce č. 30 vidíme porodní poranění u žen, kterým podán nebyl.

Tabulka 29 Poranění s oxytocinem

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<b>Bez poranění</b>	16	17,4 %
<b>Drobné poranění</b>	16	17,4 %
<b>Epiziotomie (nástřih hráze)</b>	46	50,0 %
<b>Poranění bylo větší</b>	14	15,2 %
<b>Celkem</b>	92	100 %

Tabulka 30 Poranění bez oxytocinu

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<b>Bez poranění</b>	37	27,6 %
<b>Drobné poranění</b>	34	25,4 %
<b>Epiziotomie (nástřih hráze)</b>	45	33,6 %
<b>Poranění bylo větší</b>	18	13,4 %
<b>Celkem</b>	134	100 %

Z tabulek č. 29 a 30 lze jasně vyčíst, že více žen bez poranění a jen s drobným poraněním byly bez oxytocinu během I. doby porodní. Po podání oxytocinu měla až polovina respondentek epiziotomii nebo-li nástřih hráze a u 15,2 % bylo poranění větší. Naopak u žen, kterým oxytocin podán nebyl se vyskytla epiziotomie jen u 33,6 % a větší poranění u 13,4 %. Lze tedy říci, že naše hypotéza **byla potvrzena**.

**H5: Předpokládáme, že ženy s dirupcí vaku blan měly průměrně kratší dobu porodu než ženy bez dirupce.**

K tomu, abych potvrdila nebo vyvrátila tuto hypotézu jsem využila otázku č. 21: „Byla Vám provedena dirupce vaku blan (záměrné protržení plodových obalů v I. době porodní během vaginálního vyšetření)?“ a č. 24: „Jaká byla délka Vašeho porodu v hodinách od začátku pravidelných kontrakcí až do porodu miminka?“. Nejdříve jsem vypočítala průměrnou délku porodu u žen s dirupcí vaku blan, která mi vyšla 10,9 hodiny a poté jsem vypočítala průměrnou délku porodu u žen bez dirupce vaku blan, která činí 8 hodin. Tato hypotéza tedy **nebyla potvrzena**.

**H6: Předpokládáme, že ženy s větším poraněním a epiziotomií byly v šestinedělí více plačtivé než ženy bez poranění a s drobným poraněním.**

Tabulka a graf č. 25 shrnují odpovědi z otázky č. 27: „Jak probíhalo Vaše šestinedělí?“ a díky nim jsme zjistily, že v období šestinedělí 14,9 % žen provázela úzkost a velká plačtivost. V tabulce č. 31 jsou zobrazeny pocity žen s epiziotomií a větším poraněním v období šestinedělí. Naopak v tabulce č. 32 můžete vidět pocity žen, které měly poranění drobné nebo vůbec žádné.

*Tabulka 31 Epiziotomie a větší poranění*

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<b>Mělo normální průběh</b>	72	55,0 %
<b>Byla jsem dost úzkostlivá, hodně jsem plakala</b>	27	20,6 %
<b>Občas to bylo dobré, občas špatné</b>	32	24,4 %

*Tabulka 32 Drobné poranění a bez poranění*

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<b>Mělo normální průběh</b>	75	72,1 %
<b>Byla jsem dost úzkostlivá, hodně jsem plakala</b>	8	7,7 %
<b>Občas to bylo dobré, občas špatné</b>	21	20,2 %

Z tabulky č. 31 vyplývá, že 20,6 % žen s epiziotomií a větším poraněním mělo úzkosti a trpělo plačtivostí a 55,0 % mělo normální průběh. Z tabulky č. 32, tedy u žen s drobným a žádným poraněním, lze vyčíst, že se úzkost a plačtivost vyskytuje jen u 7,7 % respondentek a 72,1 % mělo normální průběh šestinedělí. Naše hypotéza **byla potvrzena**.

**H7: Předpokládáme, že ženy byly z větší části informovány a měly možnost volby ohledně zasahování do porodu.**

K ověření této hypotézy jsme využili otázky č. 9, 13, 17, 20, 22 a 23. Všechny tyto otázky se zaměřují na to, zda byly ženy informovány o jednotlivých zásadách do porodu

a zda měly možnost odmítnutí. Ani u jedné z otázek se neukázalo, že by převažovala negativní odpověď nad pozitivní. Tudíž naše hypotéza **byla potvrzena**.

## 6 Diskuze

Mého dotazníkového šetření se zúčastnilo 238 žen a všechny dotazníky byly vyplněny v plném rozsahu. První 3 otázky byly položeny tak, abychom mohli charakterizovat výzkumný vzorek. Otázky č. 4 – 26 se již ptají na poslední porod ženy a na jeho aktivní vedení a otázky č. 27 – 30 se zaměřují na spokojenost respondentek s personálem na porodním sále a oddělení šestinedělí a na to, zda by ženy rodily znovu.

Nejčastějším místem porodu respondentek byla Praha (32,8 %) a středočeský kraj (19,6 %). A to nejspíše proto, že středočeský kraj je místem mého bydliště a v Praze studuji.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda mají ženy ponětí o tom, co je aktivní vedení porodu. K tomuto cíli se i vztahuje hypotéza č. 1, ve které předpokládáme, že více jak polovina žen někdy slyšela o aktivním vedení porodu. Na tento cíl se zaměřila otázka č. 7: „Slyšela jste někdy o aktivním vedení porodu?“, díky které jsem zjistila, že 48,5 % respondentek o aktivním porodu slyšela a 51,5 % nikoliv, tudíž naše hypotéza nebyla potvrzena.

S aktivním vedením porodu se rodička může setkat již v prenatální poradně, kde jí může být nabídnut tzv. Hamiltonův hmat jako prevence přenášení. Tento zásah byl proveden 32,8 % žen z našeho výzkumu a celých 63,8 % bylo o zásahu informováno. Pokud se zaměříme na pocity, tak 42,7 % respondentek pociťovalo při vyšetření bolest. Bohužel, až po vyhodnocení dotazníku, jsme si uvědomili, že by se v této otázce hodil spíše škálový typ otázky ohledně bolesti. 36,6 % žen pociťovalo nepříjemný tlak v podbříšku a jen u 18,3 % po vyšetření nastoupilo krvácení. 25,6 % žen ohodnotilo tento zásah do porodu jako standardní vyšetření. Jako velké pozitivum můžeme brát to, že 51,8 % respondentek uvedlo splnění účelu tohoto úkonu.

V I. době porodní se běžně rodičce podává klyzma nebo-li klystýr na vyprázdnění střev. Předpokládá se, že klyzma stimuluje děložní stahy a že prázdná střeva umožňují snazší sestup hlavičky dítěte. Dále se věří, že klyzma snižuje znečištění, a tím riziko infekce matky a dítěte [WHO, 1999]. Z našeho výzkumu bylo před porodem klyzma podáno 70,2 % respondentek a 59,3 % mělo možnost se o podání rozhodnout. Jak už jsem zmínila v hypotéze č. 2, tak pozitivní pocity při podání klyzma převládají nad pocity negativními, o kterých se můžete přesvědčit v tabulce a grafu č. 13. Tento výsledek můžeme porovnat s výsledkem výzkumu z roku 2013 v bakalářské práci „Klyzma v první době porodní“, kde pouze jedna z deseti pacientek odmítla očistné klyzma z důvodu strachu, ale po porodu velice litovala, protože se cítila trapně po tom, co se vyprazdňovala během porodu. Při dalším porodu si klyzma již nechala dát a byla spokojená.

Podání oxytocinu v I. době porodní je běžný postup při zeslabení kontrakcí, které nemají efekt na otevírání porodní branky. 39,1 % žen z našeho výzkumu byl podán oxytocin na posílení kontrakcí a 53,6 % se o podání tohoto léku mohlo rozhodnout. Z tabulky č. 15 lze vyčíst, že pocity žen po podání oxytocinu jsou spíše pozitivní než negativní. V bakalářské práci z roku 2018 na téma „Poranění ženy při vaginálním porodu a jeho prevence“ je uveden jako rizikový faktor porodního poranění podávání oxytocinu na posílení kontrakcí v I. době porodní. V hypotéze č. 4 jsme předpokládali, že větší vaginální poranění budou mít více ženy po podání oxytocinu než ženy bez něj. Jak vidíte v tabulkách č. 29 a 30, opravdu se větší poranění nachází u pacientek po podání oxytocinu v I. době porodní.

Pokud rodiče spontánně neodteče plodová voda, je ve vhodnou chvíli ženě provedena dirupce vaku blan nebo-li amniotomie. Ta byla provedena 40,9 % žen z našeho dotazníku a celých 90,5 % bylo o této intervenci informováno. Odmítnout amniotomii mělo možnost 66,3 % respondentek. V praktické příručce o péči v průběhu normálního porodu, kterou zveřejnila v roce 1999 Světová zdravotnická organizace, najdeme, že dirupce vaku blan, provedená na začátku porodu, vede k průměrnému zkrácení trvání porodu o 60 až 120 minut. Ve studii z letošního roku, publikované v americkém časopise *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, se prokázalo, že časná amniotomie je spojena s kratší dobou vaginálního porodu, a to u nulipar o 4,5 hodiny, u multipar o 1,3 hodiny. Tyto studie nás inspirovaly, proto jsme v hypotéze č. 5 předpokládali, že ženy s dirupcí vaku blan budou mít průměrně kratší dobu porodu než ženy bez dirupce. Byli jsme ale nemile překvapeni, protože nám vyšla průměrná délka porodu s amniotomií 10,9 hodiny a bez amniotomie 8 hodin.

V hypotéze č. 3 jsme předpokládali, že průměrná délka porodu u žen s epidurální analgezií bude delší než průměrná délka porodu u žen bez epidurální analgezie. Inspirovali jsme se prospektivní studií srovnávající délku porodu s epidurální a intravenózní analgezií z let 1989 – 2000. Studie byla zveřejněna v květnu 2001 ve francouzském časopise *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. Ze studie vyplývá, že epidurální analgezie prodlužuje první a druhou dobu porodní a zvyšuje výskyt instrumentálních extrakcí bez nežádoucích účinků u novorozenců (hodnoceno na Apgarově skóre a pH). A výsledkem naší studie je, že průměrná doba porodu s epidurální analgezií je 12,4 hodiny a bez ní 8,13 hodin.

Tabulky č. 31 a 32 shrnují výsledky hypotézy č. 6, kde jsme předpokládali, že ženy s větší poraněním a epiziotomií byly v šestinedělí více plačtivé než ženy bez poranění a s drobným poraněním. Tuto hypotézu jsme vytvořili na základě toho, že větší poranění je pro ženy stresová situace, zvláště v poporodním období, kdy jsou citlivější a dle výzkumu, který byl zveřejněn v roce 1997 v časopise *Journal of Anxiety Disorders*, kde se ukazuje,

že z hlediska vzniku posttraumatické stresové poruchy po porodu je epiziotomie riziková. Naše hypotéza byla potvrzena, proto naše doporučení pro praxi je věnovat větší pozornost ženám s větším porodním poraněním na oddělení šestinedělí a dostatečně edukovat ženu o hygieně a péči o jizvu.

Velmi pozitivní je fakt, že většina žen byla spokojena s přístupem personálu během pobytu v porodnici. Přesněji, na porodním sále bylo s personálem spokojeno 81,3 % respondentek a na oddělení šestinedělí 73,5 %. Respondentky měly v našem dotazníku možnost slovního ohodnocení personálu a největší problém měly s dětskými sestrami na oddělení šestinedělí, u kterých ženy postrádaly empatii a nebyly jimi dostatečně podporovány v kojení.

V letech 2005 – 2006 *The Public Health Agency of Canada* dělala studii o zásazích do porodu a spokojenosti žen s péčí při porodu. Ženy měly možnost ohodnotit péči jako „velmi pozitivní“, „docela pozitivní“, „ani pozitivní, ani negativní“, „docela negativní“ a „velmi negativní“. Celých 53,8 % žen hodnotilo péči jako „velmi pozitivní“. Stejně tak to bylo i u žen z našeho dotazníku, kde u každé otázky o zásahu do porodu měly respondentky možnost napsat, jak se při něm cítily. Ani u jednoho zásahu do porodu nepřevažují negativní zkušenosti, ale naopak převažují u všech pozitivní.

Poslední otázkou našeho dotazníku bylo „Rodila byste znovu?“, kde 61,3 % žen uvedlo, že by do toho klidně znovu šlo. 11,5 % by už znovu nerodilo, ale pozitivní je fakt, že u většiny žen, které už rodit znovu nechtějí, se objevuje jako důvod vysoký věk nebo dostatečný počet dětí a nikoli trauma z předešlého porodu.



## 7 Závěr

V teoretické části bakalářské práce jsem se zaměřila na samotný porod jako takový, popsala jsem doby porodní a jejich vedení. Dále jsem vysvětlila pojem „aktivní vedení porodu“ a popsala několik zcela běžných zásahů do porodu jako je Hamiltonův hmat, klyzma, aplikace oxytocinu, rutinní provádění epiziotomie atd. V poslední kapitole teoretické části jsem popsala psychologii ženy v období těhotenství a po porodu, která je v těchto obdobích samozřejmě úplně jiná.

V praktické části jsme si určili jako hlavní cíl zjistit, zda ženy mají ponětí o tom, co je aktivní vedení porodu a jak se při jednotlivých zásazích do porodu cítily. Ke splnění cílů jsme zvolili kvantitativní výzkum a díky dotazníku, který byl vytvořen pomocí internetové stránky [www.surveymonkey.com](http://www.surveymonkey.com) a šířen pomocí sociálních sítí, jsme získali 238 vyplněných dotazníků, z nichž 235 bylo použito.

Z výsledků práce vyplývá, že více jak polovina respondentek netuší, co je aktivní vedení porodu. Považuji za pozitivní, jak je patrné z našeho šetření, že v první řadě byly ženy převážně informovány o provedení zásahu do porodu a v druhé měly možnost volby. Jako negativní dopad na psychiku ženy, dle našeho výzkumu, se dá považovat epiziotomie a větší porodní poranění, které, jak se zdá, je častější u žen, kterým byl aplikován lék oxytocin v I. době porodní. Až kolem 80 % respondentek bylo spokojeno s personálem na porodním sále a oddělení šestinedělí, ovšem nezanedbatelné množství žen si stěžovalo na dětské sestry z oddělení šestinedělí, u kterých postrádaly empatii a podporu v kojení.

## Zdroje

1. ANIM-SOMUAH, M, et al. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2018 [cit. 2018-07-10]. Dostupné z: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000331.pub4/full?highlightAbstract=labour&highlightAbstract=labor>
2. AVELINE, C, et al. Influence de l'anesthésie péridurale sur la durée et les modalités de l'accouchement. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2001, **20** (5), 471-484. ISSN 0750-7658.
3. BAŠKOVÁ, Martina. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5361-4.
4. BATTARBEE, Ashley N., et al. 415: Early amniotomy in labor induction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. 2018, **218** (1), 253-254 [cit. 2018-10-20]. ISSN 00029378. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937817315892>
5. CHALMERS, Beverley Elizabeth, et al. Interventions in labour and birth and satisfaction with care: The Canadian Maternity Experiences Survey Findings. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2015, **33** (4), 374-387. ISSN: 0264-6838.
6. DAFTARY, Shirish N., et al. *Obstetrics: Prep Manual for Undergraduates*. India: Elsevier, 2005. ISBN 978-81-814-7857-3.
7. DOLEŽAL, Antonín. *Porodnické operace*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-0881-2.
8. HÁJEK, Zdeněk, et al. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
9. KELNAROVÁ, Jarmila. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2830-8.
10. KOBILKOVÁ, Jitka. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-7262-315-X.
11. KOSTKOVÁ, Dana. *Klyzma v první době porodní*. České Budějovice, 2013. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Mária Boledovičová, Ph.D..
12. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.

13. MUHLEMAN, Mitchel Alan, et al. To cut or not to cut, that is the question: A review of the anatomy, the technique, risks, and benefits of an episiotomy. *Clinical Anatomy* [online]. 2017, **30** (3), 362-372 [cit. 2018-10-15]. ISSN 08973806. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/ca.22836>
14. PAŘÍZEK, Antonín. *Analgezie a anestezie v porodnictví. 2., rozš. a přeprac. vyd.* Praha: Galén, c2012. ISBN 978-80-7262-893-3.
15. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti (2. díl): Porod. 5. vydání.* Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-215-2.
16. Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka. *Zpráva technické pracovní skupiny, Světová zdravotnická organizace* [online]. Ženeva, 1999. [cit. 2018-08-03]. Dostupné z: <http://normalniporod.cz/wp-content/uploads/2012/08/pece-u-porodu-WHO.pdf>
17. PRAUSOVÁ, Nikola. *Porodní poranění ženy při vaginálním porodu a jeho prevence.* Brno, 2018. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Markéta Zemanová.
18. RAO, Kamini. *Textbook of Midwifery and Obstetrics for Nurses.* India: Elsevier, 2009. ISBN 978-81-312-2188-4.
19. REVEIZ, Ludovic, et al. Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 1996, 2013-07-22 [cit. 2018-09-13]. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000330.pub4>
20. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.
21. SLEZÁKOVÁ, Lenka, et al. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0214-3.
22. SMYTH, R. M., et al. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev* [online]. 2007, **84** (4), [cit. 2018-07-15]. Dostupné z: [http://www.midwivesil.co.il/Uploads/dbsAttachedFiles/Amniotomy for shortening spontaneous labour.pdf](http://www.midwivesil.co.il/Uploads/dbsAttachedFiles/Amniotomy%20for%20shortening%20spontaneous%20labour.pdf)
23. TAKÁCS, Lea, et al. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace.* Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.

24. VLK, Radovan. Preindukce a indukce porodu. *Česká gynekologie* [online]. 2016, **81** (2), 87-88 [cit. 2019-03-02]. ISSN 1210-7832. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/preindukce-a-indukce-porodu-58676>
25. WIJMA, K., et al. Posttraumatic stress disorder after childbirth: A cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*. 1997, **11** (6), 587–597. ISSN: 0887-6185.
26. ZWINGER, Antonín. *Porodnictví*. Praha: Galén, c2004. ISBN 80-7262-257-9.

## Seznam tabulek

Tabulka 1 Vzdělání respondentek.....	28
Tabulka 2 Místo porodu .....	29
Tabulka 3 Počet porodů.....	30
Tabulka 4 Porod vyvolávaný/v termínu.....	31
Tabulka 5 Způsob porodu .....	32
Tabulka 6 Aktivní vedení porodu .....	33
Tabulka 7 Hamiltonův manévr .....	34
Tabulka 8 Informovanost o Hamiltonovu manévru .....	35
Tabulka 9 Pocity u Hamiltonova manévru.....	36
Tabulka 10 Splnění účelu Hamiltonova manévru .....	37
Tabulka 11 Klyzma.....	38
Tabulka 12 Možnost odmítnutí klyzma .....	39
Tabulka 13 Pocity při podání klyzma.....	40
Tabulka 14 Oxytocin .....	41
Tabulka 15 Pocity po aplikaci oxytocinu.....	42
Tabulka 16 Možnost odmítnutí oxytocinu.....	43
Tabulka 17 Analgezie.....	44
Tabulka 18 Pocity po podání analgetik.....	45
Tabulka 19 Možnost rozhodnutí o analgetikách.....	46
Tabulka 20 Dirupce vaku blan.....	47
Tabulka 21 Informovanost o dirupci .....	48
Tabulka 22 Možnost odmítnutí dirupce .....	49
Tabulka 23 Porodní poranění.....	50
Tabulka 24 Vedení porodu.....	51
Tabulka 25 Šestinedělí.....	52
Tabulka 26 Spokojenost s přístupem personálu na porodním sále.....	53
Tabulka 27 Spokojenost s přístupem personálu na oddělení šestinedělí.....	54
Tabulka 28 Další porod .....	55
Tabulka 29 Poranění s oxytocinem .....	58
Tabulka 30 Poranění bez oxytocinu .....	58
Tabulka 31 Epiziotomie a větší poranění.....	59
Tabulka 32 Drobné poranění a bez poranění .....	59

## Seznam grafů

Graf 1 Vzdělání respondentek .....	28
Graf 2 Místo porodu .....	29
Graf 3 Počet porodů .....	30
Graf 4 Porod vyvolávaný/v termínu .....	31
Graf 5 Způsob porodu.....	32
Graf 6 Aktivní vedení porodu.....	33
Graf 7 Hamiltonův manévr .....	34
Graf 8 Informovanost o Hamiltonovu manévru .....	35
Graf 9 Pocity u Hamiltonova manévru .....	36
Graf 10 Splnění účelu Hamiltonova manévru.....	37
Graf 11 Klyzma .....	38
Graf 12 Možnost odmítnutí klyzma.....	39
Graf 13 Pocity při podání klyzma .....	40
Graf 14 Oxytocin .....	41
Graf 15 Pocity po aplikaci oxytocinu .....	42
Graf 16 Možnost odmítnutí oxytocinu .....	43
Graf 17 Analgezie .....	44
Graf 18 Pocity po podání analgetik .....	45
Graf 19 Možnost rozhodnutí o analgetikách .....	46
Graf 20 Dirupce vaku blan .....	47
Graf 21 Informovanost o dirupci.....	48
Graf 22 Možnost odmítnutí dirupce.....	49
Graf 23 Porodní poranění .....	50
Graf 24 Vedení porodu .....	51
Graf 25 Šestinedělí .....	52
Graf 26 Spokojenost s přístupem personálu na porodním sále .....	53
Graf 27 Spokojenost s přístupem personálu na oddělení šestinedělí .....	54
Graf 28 Další porod.....	56

## Přílohy

### Příloha A – dotazník

Dobrý den, maminko,

Jmenuji se Veronika Letáková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia Porodní asistence na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Prosím o vyplnění následujícího dotazníku, který mi pomůže se zpracováním mé bakalářské práce na téma „Aktivní vedení porodu a jeho dopady na psychiku ženy“. Tento dotazník je určen jen pro ženy, u kterých nebyl plánován císařský řez. Dotazník je anonymní, nikde nebude uvedeno Vaše jméno.

Mnohokrát děkuji za Váš čas věnovaný mému dotazníku.

1. Kolik je Vám let? (Napište číslovku)

- Volná odpověď

2. Jaké je Vaše vzdělání?

- Základní
- Střední s výučním listem
- Střední s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

3. Zaškrtněte kraj, ve kterém jste rodila.

- Praha
- Středočeský
- Jihočeský
- Plzeňský
- Karlovarský
- Ústecký
- Liberecký
- Královéhradecký

- Pardubický
- Vysočina
- Jihomoravský
- Olomoucký
- Moravskoslezský
- Zlínský

4. Kolikrát jste rodila?

- První
- Druhé
- Třetí
- Více než čtvrté

5. Váš poslední porod byl...

- V termínu (38+0 – 40+6)
- Vyvolávaný

6. Porodila jste...

- Spontánně
- Císařským řezem
- Klešťovým porodem
- Vakuumextrakcí

7. Slyšela jste někdy o aktivním vedení porodu?

- Ano
- Ne

8. Byl Vám proveden Hamiltonův manévr (během vaginálního vyšetření lékař pomocí prstu odloučí dolní pól vaku blan od dolního děložního segmentu, čímž se uvolní přirozené hormony spouštějící porod tzn. že do 24 hod. by měly nastoupit děložní kontrakce, které vedou k porodu dítěte)?



- Ano
- Ne – pokračujte na otázku č.12
- Nevím – pokračujte na otázku č.12

9. Byla jste informována zdravotnickým pracovníkem o provedení tohoto výkonu a jeho efektu?

- Ano
- Ne

10. Napište pocity, které jste během tohoto vyšetření pociťovala. (Možnost více odpovědí.)

- Pociťovala jsem bolest
- Po vyšetření nastoupilo krvácení
- Cítila jsem nepříjemný tlak v podbřišku
- Jako by se jednalo se o standardní vyšetření

11. Splnil tento úkon svůj účel? (Nastoupila děložní činnost, porod se rozeběhl do 24 hodin?)

- Ano
- Ne

12. Bylo Vám před porodem provedeno očistné klyzma (zavedení rektální rourky do konečníku a vpravení tekutiny do tlustého střeva, Yal gel nebo projímavé čípky)?

- Ano
- Ne – pokračujte na otázku č.15

13. Měla jste možnost odmítnout očistné klyzma?

- Ano
- Ne

14. Napište pocity, které jste během tohoto vyšetření pociťovala. (Možnost více odpovědí.)

- Pociťovala jsem bolest
- Nedalo se to vydržet
- Seděla jsem až moc dlouho na toaletě
- Bála jsem se, že po čas sezení na toaletě porodím
- Měla jsem pocity studu
- Nejednalo se o nepříjemný zážitek
- Cítila jsem úlevu, klyzma jsem sama chtěla

15. Byl Vám aplikován v I. době porodní lék oxytocin na posílení kontrakcí, který se podává ve formě infuze přes kanylu, která je zavedena do žíly převážně na jedné z horních končetin?

- Ano
- Ne – pokračujte na otázku č. 18
- Nevím – pokračujte na otázku č. 18

16. Vyberte z možných variant pocitů, které jste pociťovala po aplikaci tohoto léku. (Možnost více odpovědí.)

- Pociťovala jsem nesnesitelné kontrakce
- Kontrakce byly od té doby neustále
- Nepociťovala jsem vůbec nic
- Nevadilo mi to
- Volná odpověď

17. Mohla jste se rozhodnout, zda Vám může zdravotnický personál oxytocin podat nebo ne?

- Ano
- Ne

18. Měla jste během porodu nějakou analgezií na zvládnání bolesti?

- Entonox
- Nalbuphin
- Epidurální analgezie

- Neměla jsem žádnou analgezií – pokračujte na otázku č. 21

19. Jaké jste měla pocity po podání analgetik?

- Pociťovala jsem dlouhodobou úlevu
- Pociťovala jsem úlevu, ale ne na dlouho
- Neměla jsem pocit, že by mi analgetika zabrala
- Volná odpověď

20. Mohla jste se rozhodnout o podání analgetik?

- Ano
- Ne

21. Byla Vám provedena dirupce vaku blan (záměrné protržení plodových obalů v I. době porodní během vaginálního vyšetření)?

- Ano
- Ne – pokračujte na otázku č. 24
- Nevím – pokračujte na otázku č. 24

22. Byla jste informována o této intervenci?

- Ano
- Ne

23. Měla jste možnost odmítnutí?

- Ano
- Ne

24. Jaká byla délka Vašeho porodu v hodinách od začátku pravidelných kontrakcí až do porodu miminka?

- Volná odpověď

25. Jaké jste měla porodní poranění?

- Bez poranění
- Drobná lacerace
- Epiziotomie (nástřih hráze)
- Poranění bylo větší

26. Váš porod vedl?

- Lékař/ka
- Porodní asistentka
- Student/ka porodní asistence
- Student/ka medicíny

27. Jak probíhalo Vaše šestinedělí?

- Normální průběh
- Hodně jsem plakala, byla jsem dost úzkostlivá
- Občas to bylo dobré, občas špatné

28. Byla jste spokojená s přístupem personálu během pobytu na porodním sále? (Možnost více odpovědí.)

- Ano
- Ne
- Možnost slovní odpovědi

29. Byla jste spokojená s přístupem personálu během pobytu na oddělení šestinedělí? (Možnost více odpovědí.)

- Ano
- Ne
- Možnost slovní odpovědi

30. Rodila byste znova?

- Ano, klidně bych do toho šla znova
- Ano, ale jen s dulou
- Ne, už bych znova nerodila
- Možnost slovní odpovědi

**Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta  
Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí  
do závěrečné práce absolventa studijního programu  
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

<b>Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)</b>	<b>Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)</b>	<b>Signatura závěrečné práce</b>	<b>Datum</b>	<b>Podpis</b>

