

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Porod versus strach a úzkost

PhDr. Vlasta Koudelková

2008

Tereza Kostková

Abstract

This bachelor's thesis is focused on women's experience of fear and anxiety during the childbirth. It combines both theoretical and empirical aspects of the topic.

The theoretical part summarizes history of midwifery and history of psychoprophylaxis, defines the childbirth, describes physical and mental condition and changes in women during various stages of labour. The following chapter provides general characteristics of fear and anxiety, their signs and consequences. The next part contains description of reasons, potential manifestations and effects of experiencing fear and anxiety during pregnancy and their possible impact on the childbirth. It is followed by a chapter dealing with prevention of, and solutions to fear and anxiety during the childbirth. The theoretical part also deals with various personalities of women in labour and opportunities to choose between different types of childbirth. The final chapter of the theoretical part summarizes specifics of midwife tasks in the delivery room.

The research part of the bachelor's thesis concentrates on finding out what is the extent of women's experience of fear and anxiety in labour and what reasons they indicate as reasons of their fear and anxiety. We tried to establish whether there are any dependencies in experiencing the fear and anxiety by women in labour and whether it is possible to assess in advance which women will experience more fear and anxiety in labour. We attempted to identify what can help women in labour to overcome or be relieved of their feeling of fear and anxiety, and thus, whether or not such feeling can be prevented or at least alleviated. We were also detecting how the women in labour get their information of pregnancy and which information they consider the most beneficial. And whether or not their partners' presence in labour may effect their actual experience.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila při její realizaci jen těch pramenů, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne

.....
Tereza Kostková

Děkuji PhDr. Vlastě Koudelkové za trpělivé vedení bakalářské práce a dále děkuji Doc. PhDr. Jiřímu Jankovskému, Ph.D za odborné rady a připomínky. Také děkuji vedení nemocnic, Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze, Nemocnici Příbram a.s. a Nemocnici v Českých Budějovicích a.s. za umožnění tohoto výzkumu. Za velkou pomoc při statistickém vyhodnocování děkuji paní Lucii Luhanové. Zvláštní poděkování patří všem ženám, které byly ochotny se na výzkumu podílet.

OBSAH

Úvod.....	9
1. Současný stav.....	10
1.1 Historie babictví	10
1.1.1 Historie psychoprofylaxe.....	12
1.1.2 Historie tišení bolesti.....	13
1.2 Porod.....	16
1.2.1 Mechanismus I. doby porodní a chování ženy	16
1.2.2 Mechanismus II. doby porodní a chování ženy.....	17
1.2.3 Mechanismus III. doby porodní a chování ženy.....	18
1.2.4 Poporodní období.....	18
1.3 Vliv psychických faktorů na porod.....	19
1.3.1 Psychika ženy při porodu.....	19
1.3.2 Vztah k nenarozenému dítěti a motivace k těhotenství.....	19
1.4 Obecná charakteristika úzkosti a strachu.....	22
1.4.1 Projevy strachu a úzkosti.....	23
1.4.2 Individuální rozdíly prožívání strachu a úzkosti.....	26
1.4.3 Stres.....	26
1.4.4 Psychosomatická medicína.....	27
1.5 Úzkost a strach v těhotenství a vliv na porod.....	30
1.5.1 Možné důvody prožívání strachu a úzkosti v těhotenství a při porodu.....	30
1.5.2 Možné projevy strachu a úzkosti u rodiček.....	32
1.5.3 Možné následky prožívání úzkosti a strachu na plod.....	32
1.6 Možnosti předcházení a řešení prožívání strachu a úzkosti.....	37
1.6.1. Péče o psychický stav rodící ženy.....	37
1.6.2. Profesionální přístup zdravotníků.....	38
1.6.3. Edukace těhotné ženy k porodu.....	38
1.6.4 Psychoprofylaktická příprava těhotné ženy - prenatalní kurzy.....	39
1.7 Individuality rodiček a možnost volby porodu.....	41
1.7.1 Řešení porodních plánů jako možnost odstranění strachu a úzkosti.....	41
1.7.2 Otec a příprava k porodu.....	42

1.7.3 Další blízké osoby na porodním sále.....	43
1.8 Specifika práce porodní asistentky.....	45
2. Cíle a hypotézy.....	46
2.1. Cíle práce.....	46
2.2. Hypotézy.....	46
2.3. Výzkumné otázky.....	46
3. Metodika.....	47
3.1 Metodika práce.....	47
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	48
4. Výsledky.....	50
4.1 Kvalitativní výzkum a analýza rozhovoru.....	50
4.2 Kvantitativní výzkum.....	53
4.2.1 Interpretace výsledků kvantitativního souboru.....	53
4.2.3 Interpretace výsledků vzájemných korelací.....	88
5. Diskuze.....	95
6. Závěr.....	102
7. Použité zdroje.....	104
8. Klíčová slova.....	109
9. Seznam příloh.....	110
Přílohy	

Motto: Zajisté nechceme říci, že každý těžký stres, který matka prožívá, musí nutně uškodit dítěti. Ale kdo ví, jak mnoho fyzické i citové bolesti bychom mohli matce ušetřit my, profesionální pracovníci, porodníci, psychiatři, zdravotní sestry prostě jen tím, že bychom citovému zdraví těhotné ženy věnovali aspoň tolik pozornosti, kolik věnujeme jejímu zdraví tělesnému.

Thomas Verny

Úvod

Téma mé bakalářské práce Porod versus strach a úzkost jsem si zvolila, protože je mi velmi blízké. Myslím si, že těhotenství a porod je pro ženu záležitost vysoce emočně zabarvená, plná očekávání, nadějí i zvláštní směsicí zvědavosti, ale i úzkosti, napětí a strachu z neznámého. Ten, kdo kdysi označil těhotnou ženu, jako ženu, která je „v jiném stavu“, zcela vystihl charakteristiku těhotné a to, myslím, v tom nejlepší slova smyslu. Těhotná žena je opravdu jiná, mění se najednou jak po fyzické, tak i po psychické stránce, a změny také hluboce zasahují do celé její sociální oblasti. Každá životní změna s sebou přináší mnoho otázek a nejistot, se kterými se lidé musí vyrovnat. Je tedy více než přirozené, že mají úzkost a strach. Je to tak přirozené a normální, že se zdá, že tomu vlastně nemusí být věnována prakticky žádná pozornost.

V populární literatuře se o psychickém stavu v těhotenství a při porodu nepíše v podstatě vůbec nic a odborná literatura se většinou omezuje na obecné konstatování, že je třeba věnovat psychickému stavu rodiček pozornost, avšak to, jakým způsobem a do jaké míry, se již autoři nezmiňují. Zdravotníkům, kteří s těhotnými rodičkami pracují, je také více než jasné, že většina těhotných žen prožívá nějaké obavy, že mají strach. V jejich očích je zcela normální, že rodička má strach o to, zda je a bude její dítě v pořádku, že bude mít strach ze samotného porodu, bolesti, neznáma a podobně. I přesto, že jsou popisované stavy u většiny rodiček považovány za „normální“, domnívám se, že by si psychický stav těhotných žen zasloužil mnohem větší pozornost, než je mu dosud věnována.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Historie babictví

Již ve Starém zákoně se můžeme setkat s popisem praxe egyptských porodních bab a židovských žen, které poskytovaly rodícím ženám pomoc. O porodních asistentkách jako o porodních pomocnicích se zmiňuje již také řecký ženský lékař Soranos z Efesu (61).

Příprava a výuka žen, které se připravují na profesi porodní asistentky, byla a je ovlivňována mnohými společenskými vlivy jako je náboženství, kultura, politika, ekonomika, rozvoj medicíny a mnohé další. Historie přináší do současné doby mnohá poučení. Dozvídáme se spoustu zajímavého o minulých generacích a můžeme aplikovat mnohé historické zkušenosti v současné době a vyvarovat se tak zbytečných chyb. Tím nechci říci, že bychom měli k porodnímu procesu a k samotné rodičce přistupovat stejně jako v době dávno minulé, naopak, je důležité si uvědomit, že doba pokročila a lidstvo se vyvíjí a stejně jako ve všech jiných oborech je důležité jít „s dobou“. Faktem ale zůstává, že díky historii se máme o co opřít a máme co rozvíjet a zdokonalovat.

Chvilé narození je bezpochyby jednou z nejosudovějších událostí člověka. Na jedné straně je prožitkem velkého štěstí, ale na straně druhé i hrozbou smrti jak pro matku, tak i pro jejího, právě na svět přicházejícího potomka.

Zvládnutí a překonání této hrozby bylo již od pradávna v rukách pomocnic. Nejčastěji šlo o ženy, které již sami rodily, či o rodinné přítelkyně. Jejich činnost se nejprve opírala pouze o vlastní zkušenosti a mnohdy se tato „profese“ předávala z generace na generaci. Tato laická pomoc však byla nedostatečná a proto se postupně některé ženy začaly porody více zabývat. Tak vznikalo nové povolání určené pouze pro ženy, jehož název se odvozoval od slovesa babití – tedy roditi (53).

V pradávnmém věku žena pravděpodobně rodila bez cizí pomoci. Ale vzhledem k tomu, že již u primátů existují tzv. tetičkovské neboli pečovatelské reakce, můžeme předpokládat, že v těžkých chvílích během porodu žena často nebyla sama (56).

Porodní báby můžeme v historii lidstva vysledovat již ve starém Egyptě, později v Řecku a Římě, ale také u Aztéků, Inků a v jiných starých civilizacích. Postupně se

služba, kterou poskytovala rodičce starší a zkušenější žena, stala uznávanou a nutnou profesí, zvláště v dobách, kdy účast lékaře při porodu nebyla považována za nutnou a ani lékařskému stavu za důstojnou (53).

Jediným porodníkem a gynekologem, jehož spisy se dochovaly, byl lékař antického Řecka Hippokrates (460-370 př.n.l.). Znal například příčiny potratu (malá děloha, obsah bez plodu, otevřené hrdlo a věděl i o škodlivosti otřesů). Hippokrates a jeho škola vytvořili dílo nazývané jako Corpus Hippocraticum. Jeho součástí jsou i spisy Peri gynakeies fysios (O povaze ženy) a Peri aforon (O neplodnosti) (56).

V českých zemích je první zmínka o porodních pomocnicích z roku 1200. Báby si počínaly samostatně, jen někdy volaly na pomoc „felčary“ nebo chirurgy. Do konce 16. století vyšlo v Čechách 8 spisů pro báby, ale byly značně primitivní. K reformám došlo až za vlády Marie Terezie po vzoru Holandska. Od roku 1651 se musely porodní báby prokázat potvrzením o vykonané zkoušce. Od roku 1749 se musely zúčastnit během školení pitvy ženského těla. Na lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze se porodnictví sice přednášelo již od jejího založení v roce 1348, později byla ale výuka přerušena a obnovena až v roce 1753, ale pouze teoreticky. Od roku 1808 působil na Univerzitě Karlově prof. Antonín Jungmann, který se velmi zasloužil o pokroky babictví. V roce 1867 vzniká v Praze II. porodnická klinika. Mezi osobnosti české porodnické školy patřili prof. Karel Pawlík a prof. Václav Rubeška, kteří stáli v čele porodnických klinik a babického vzdělání (3).

Postupně se babictví stalo zdravotnickým povoláním s vyhraněnou odbornou náplní. Starý název porodní bába nebo babička byl v roce 1928 nahrazen názvem porodní asistentka (53).

1.1.1 Historie psychoprofylaxe

Porod patří bezesporu mezi vrcholné zážitky života ženy. Představuje mimořádnou událost v rovině fyziologické, psychologické i sociální. Je spojen s pocity nevýslovného štěstí a radosti, stejně tak ale může pro rodičku často znamenat psychickou i fyzickou zátěž.

Rodičkám se proto dostávalo ve všech kulturách zvýšené pozornosti, jak po stránce medicínské, tak i z hlediska prožívání tohoto děje. Trvalo několik století, než se posunulo bádání z čistě anatomického hlediska k tehdy tak podružné otázce, jakou bylo tlumení porodní bolesti. První pokusy o porodnickou analgezi se datují do poloviny minulého století. Jednalo se o metody hypnosugestivní, tedy snahu vést porod v hypnóze (26, 40).

Moderní porodnictví nevidí úspěšné ukončení těhotenství pouze v předání zdravého novorozence matce, ale klade si za cíl vytvořit z mimořádné události v životě rodiny, kterou porod dítěte bezesporu je, období, které zůstane krásnou vzpomínkou nejenom pro rodičku, ale i pro její blízké. A nejlogičtější cestou, jak docílit spokojenosti rodičky a zároveň zvýšit její spolupráci během porodu je adekvátní příprava na porod. Vysvětlit, co může očekávat a jak se může na porod sama aktivně připravit. A právě pod pojmem psychoprofylaxe rozumíme systematickou přípravu ženy k porodu.

Jeden z nejnámějších průkopníků přípravy k porodu byl anglický lékař Dick Read, který viděl hlavní zdroj komplikací v úzkosti, jíž podléhají na porod nepřipravené rodičky. Dle jeho pozorování je síla porodních bolestí bezprostředně závislá na způsobu jejich vnímání rodící ženou, a proto je důležité zmírňovat porodní napětí předem nacvičenou svalovou relaxací a obavy z porodu snižovat vytvořením vlídného a vstřícného prostředí porodnice. Jde o to, aby rodící žena neupadla do začarovaného kruhu strach – napětí – bolest, tedy do situace, která je pro porod velmi nepříznivá (7).

Ve Francii a Spojených státech je dodnes oblíbená metoda doktora Lamaze, zdůrazňující nutnost podrobného poučení a pozitivní motivace rodičky (26). Tato metoda také usiluje o eliminaci strachu nácvikem vhodné relaxace a dýchání.

Představitel ruské školy Velvovskij, který vycházel z učení I. P. Pavlova, tvrdí, že špatné snášení porodních bolestí má vliv na vznik patologických porodních situací u

rodičky. Zdůrazňuje, že pouhá tělesná příprava nemá pro zdárný průběh porodu žádný zásadní význam, pokud ji nedoprovází stejně důležité poučení a vzdělání rodičky v širších souvislostech porodního děje (7).

Francouzi Leboyer a jeho žák Odent zastávají zkušeností ověřený názor, že porody probíhají bez komplikací, pokud se na ně ženy připravují jako na přirozený proces, při němž je největším úkolem rodičky i jejích „pomocníků“ respektování spontánních porodních mechanismů (7). Proto doporučují, aby předporodní kurz spolu s rodičkou navštěvovala i osoba, která bude porodu přítomna. Dnes to nejčastěji bývá otec dítěte, ale může to být i osoba jiná, ta kterou si sama rodička vybere, jak je rozvedeno v kapitole „Další blízké osoby na porodním sále“ (1.7.3).

U nás je psychoprofylaktická metoda známa od roku 1951 a postupně se stává součástí prenatální péče, která je prováděna v gynekologických ordinacích nebo na zvoleném porodnickém oddělení (29). Bohužel však většinou bylo psychoprofylaxi věnováno málo času, šlo spíše o získání povrchních informací o porodu a v lepším případě o nácvik relaxace a správné techniky dýchání. Formálním prováděním psychoprofylaxe a nepochopením podstaty této metody, která nespočívá pouze v odstranění porodních bolestí, dochází v dalších letech až k určitému zdiskreditování psychoprofylaxe.

1.1.2 Historie tišení bolesti u porodu

Již v dobách dávno minulých se lidé snažili sílu porodních bolestí alespoň trochu zmírnit (38).

Způsob nahlížení na porodní bolesti a na vedení porodu se vždy odvíjel od historické doby, náboženských vlivů a samozřejmě i od vyspělosti každé jednotlivé společnosti. Bolest při porodu byla dlouho považována za neoddělitelnou součást porodu. Ale již různé primitivní kmeny a kultury se pokoušely ženě v její těžké hodině ulevit (38).

O některých metodách však lze jen velmi těžce mluvit jako o tisících prostředcích. Někdy totiž ve snaze rodičce ulevit a porod uspíšit, docházelo až k

brutálnímu fyzickému násilí (58). Například metoda, kdy porodní bába doslova skáče po břiše, nám částečně může připomínat Kristellovu expresi, která je dnes považována za postup non lege artis.

U apačských kmenů byla zase rodička zavěšena ze stromu na liánách uvázaných v podpaží, muž se jí pověsil na břicho a takto zavěšení se houpali, čímž napomáhali porodnímu mechanismu. Některé tyto metody měly svůj význam. Například metoda používaná na ostrovech Pago Pago v souostroví Samoa, kdy žena klečela, zatímco muž, který seděl za ní, ji tlačil svými patami do žeber při každé bolestivé kontrakci, čímž byla vlastně aplikována „tlaková analgezie“ na dermatomy, kam se přenáší porodní bolesti (58). Každopádně jedním z přínosů těchto metod bylo, že žena nerodila osamocně a to mohlo mít příznivý vliv na vnímání úzkosti při porodu.

Z tisících prostředků v Persii bylo rodičkám podávalo víno, které mělo zmírnit bolesti, a navíc zajistit narození mýtického hrdiny. V Číně zase nedali dopustit na opium, jehož účinky byly popsány i Hippokratem 500 let před naším letopočtem. Opět v Číně, ale i v dalších zemích jihovýchodní Asie, nacházíme v souvislosti s porodnictvím zmínky o akupunkturu, přestože se tato metoda dále více uplatnila v jiných oblastech a u porodu nebyla častěji používána (58).

Křesťanství zase spatřovalo v bolesti u porodu boží trest, a proto byla analgezie ženám při porodních bolestech odpírána. Náboženství bylo dříve jakýmsi zákonem a biblický text, kde Bůh řekl ženě: „Velice rozmnožím tvé trápení i bolesti těhotenství, syny budeš rodit v utrpení, budeš dychtit po svém muži, ale on nad tebou bude vládnout.“ (Genesis 3,16) (57), byl dlouho zakořeněn v myslích nejenom obyčejných lidí, ale i lékařů.

Až v 18. století se ledy začínají pomalu prolamovat, na čemž má zásluhu především obrovský pokrok v lékařské vědě. Přesto analgezie v porodnictví nacházela své místo jen velmi obtížně a pomalu. Poprvé byla provedena 19. ledna 1847 doktorem Jamesem Youngem Simpsonem z Edinburghu, který použil u porodu éter (38). Tento jeho první pokus byl vystaven ostré kritice a jeho spory s okolím skončily až ve chvíli, kdy královský porodník doporučil Simpsonův objev královně Viktorii, která s pomocí chloroformové analgezie porodila syna Leopolda.

Jak vidíme, cesta k bezbolestnému porodu byla trnitá a mnohdy přinesla ženám ještě větší utrpení, než porod samotný. Některé metody, které se v průběhu staletí používaly, navíc přinášely velké riziko pro zdravotní stav jak rodičky, tak dítěte (58).

Dnešní medicína nabízí ženám již poměrně širokou škálu tisících prostředků, kterou ženy velice často využívají. Ale je otázkou, zda množství tisících prostředků, které jsou rodičce nabízeny nevedou mnohdy také k prodlužování porodu a ve svém důsledku nevedou ke zvyšování projevů strachu a úzkosti.

1.2 Porod

Porod je děj, při kterém plod opouští spolu s placentou a plodovými obaly dělohu a tím i organismus matky. Porod probíhající přirozenou cestou můžeme rozdělit na čtyři doby porodní. V I. době porodní – době otevírací, se rozšiřují porodní cesty, trhá se amniový vak a odtéká voda plodová (51). I. doba porodní končí vaginálním nálezem branka zašlá. Žena je plně otevřená a může začít tlačit. Zašlou brankou začíná II. doba porodní – doba vypuzovací, která představuje vlastní vypuzení plodu. Ve III. době porodní – doba k lůžku, dochází k porodu placenty se zbytkem pupečníku a plodových blan. IV. doba porodní, častěji označovaná jako poporodní období je doba od porození placenty a trvá zhruba dvě hodiny. Během této doby se kontroluje a ošetřuje poporodní poranění a žena stále zůstává na porodním sále (3).

1.2.1 Mechanismus I. doby porodní a chování ženy

První doba porodní je charakterizována dilatací děložního hrdla. To znamená, že trvá od začátku pravidelných kontrakcí, které mají otevírací efekt až do úplné dilatace děložního hrdla, jak již bylo zmíněno výše. Je to nejdelší doba porodní, jak pro primipary, tak pro multipary. V odborné literatuře se uvádí, že průměrně trvá 8-10 hodin u primipar a 6-7 hodin u multipar (3).

První doba porodní má tři fáze: latentní, aktivní a přechodnou. Každá z nich je charakterizována jinou mírou dilatace hrdla a je možné je odlišit podle frekvence, doby trvání a intenzity kontrakcí a také podle chování matky (40).

Latentní fázi rodička obvykle prožívá ještě mimo porodnické zařízení. Během této doby dochází k dilataci děložního hrdla zhruba na 3 cm. Během latentní fáze kontrakce postupně nabývají na síle a intenzitě. Na začátku jsou mírné a nepravidelné, později jsou silnější s intervalem okolo 5 minut. Rodička dobře spolupracuje a je vzrušená. Může být lehce úzkostná. Cítí se dobře, i když některé ženy popisují bolesti podobné menstruačním bolestem nebo bolestem v bedrech (28).

Během aktivní fáze se zvyšuje frekvence porodních bolestí. Děložní hrdlo dilatuje na 4-7 cm a dokončuje se jeho spotřebování. Kontrakce se zesilují ze středně silných až na silné, frekvence je okolo 3 minut, trvají 45 vteřin i déle. Žena už není tak vstřícná, ale stále ji ještě nedělá problém spolupracovat. Obrací se do sebe a soustředí se na zvládnutí úkolu porodit dítě. Mnoho žen v této fázi vyžaduje analgezii (28).

Přechodná fáze je kratší a intenzivnější fáze první doby porodní, během které dochází k dilataci na 8-10 cm. Kontrakce jsou silné, jednou za 2-3 minuty, trvání některých může být i více než 90 vteřin. Matka často cítí, že nad během událostí ztrácí kontrolu, a má pocit, že porod nikdy neskončí. Někdy přestává spolupracovat a stává se až nepřátelskou vůči partnerovi i zdravotníkům. Partner ani porodní asistentka by se neměli cítit dotčení podrážděností rodičky, protože je to v této fázi zcela normální chování a znamená, že porod je již téměř u konce (28).

1.2.2 Mechanismus II. doby porodní a chování ženy

Druhá doba porodní je stadiem vypuzení, od plné dilatace hrdla do narození dítěte. Teprve v této fázi může žena začít tlačit. Průměrná doba u primipar je 50 minut, ale může trvat i déle. U multipar trvá obvykle okolo 20 minut. Stejně jako u první doby porodní je i zde velká variabilita v délce trvání (3). Kontrakce jsou silné, i když můžou mít sníženou frekvenci a být o něco kratší než ve fázi přechodné. Rodička často popisuje pocity mimovolního nucení tlačit, protože naléhající část plodu tlačí na konečník. V tomto okamžiku ženy často říkají: „Musím tlačit“ nebo „Potřebuji na stolicí“ (28).

Pokud má žena při porodu epidurální analgezii, může být druhá doba porodní delší, protože snižuje přirozený pocit nucení (40). Během druhé porodní doby matka obvykle znovu nabude nad sebou vlády a často tvrdí, že nucení pociťuje jako dobré a že se znovu cítí užitečná. Někdy tlačí tak intenzivně, že na konci stahu už ani nevnímá okolí. Po porodu dítěte se žena ve většině případech cítí unavená ale zároveň i vzrušená (28).

1.2.3 Mechanismus III. doby porodní a chování ženy

Třetí doba porodní začíná porozením dítěte a končí odloučením a vypuzením placenty a plodových obalů. Je nejkratší dobou porodní, v průměru trvá 10-20 minut, ale trvání do 60 minut se ještě pokládá za normální, pokud žena nekrvácí. Placenta může být vypuzena několika způsoby (3).

Žena se cítí unavená, touží vidět své dítě a být s ním v kontaktu. Pomalu jí dochází, že má porod za sebou a odpočívá (28).

1.2.4 Poporodní období

Teprve po porodu placenty a plodových obalů se děloha kompletně retrahuje. Stlačením přetržených cév na ranné ploše nastává parciální mechanická hemostáza a tím dojde k zastavení krváčení. Celkové krevní ztráty při fyziologickém porodu nepřesahují 300 ml. Toto období, neboli IV. doba porodní, které trvá dvě hodiny se řadí již do ranného šestinedělí (3).

1.3 Vliv psychických faktorů na porod

Porod není pouhým fyzickým procesem, dotýká se všech složek osobnosti rodící ženy. Ženy o porodu svého dítěte nemluví, jakoby šlo o chirurgický zákrok. Používají emocionálně podbarvené výrazy, jako když hovoří o svatbě, výročích, církevních svátcích nebo smrti. V dnešní době mají lidé méně dětí, zato však od zkušenosti s porodem očekávají mnohem více. Porodní asistentka může podpořit vytvoření dobré zkušenosti s porodem tím, že do své péče začlení co nejvíce z těchto očekávání.

1.3.1 Psychika ženy při porodu

Psychický stav ženy může výrazně ovlivnit průběh porodu. Například uvolněná a optimistická rodička mnohem lépe snáší nepohodlí a náročnost fyziologických procesů porodu. Naproti tomu velká úzkost zvyšuje citlivost na bolest a zhoršuje její toleranci. Úzkost a strach také způsobují vylučování stresových hormonů z nadledvinek (katecholaminů), které tlumí děložní kontrakce a mohou způsobit i menší průtok krve placentou (32).

Na to, jak je žena schopna vyrovnat se s porodem, mají vliv i kulturní a individuální hodnoty. Každý člověk je individualita v rámci společnosti, do které patří. Porodní asistentka by na to měla pamatovat a také by měla znát obecné hodnoty a zvyky jednotlivých kulturních prostředí, ze kterých pocházejí její rodičky a jejich rodiny. (multikulti ose). Každá rodina či matka by však měla být posuzována individuálně. Když si porodní asistentka plánuje svou péči, musí být velmi obezřetná a nevytvářet si ukvapené zjednodušené soudy o lidech (28).

1.3.2 Vztah k nenarozenému dítěti a motivace k těhotenství

Jedním z důležitých faktorů, který bude ženu ovlivňovat v postoji k těhotenství a porodu a k jejich prožívání, je otázka záměru a chtění nenarozeného dítěte (4).

Obecně můžeme rozlišit čtyři základní kvality vztahu k nenarozenému dítěti podle toho, zda očekávané dítě je plánované či neplánované, zda je chtěné či nechťené (4).

Na první pohled by se mohlo zdát, že nejlepší podmínky bude mít žena, která své těhotenství plánovala a chtěla, je však třeba vzít v potaz také aspekt její motivace, která může být sama o sobě problematická. Některé ženy mohou své těhotenství plánovat a chtít dítě třeba z důvodů, aby si vyřešily své osobní problémy. Příkladem může být těhotenství ženy, která ho plánuje a chce jen proto, že není spokojena ve svém pracovním životě a těhotenství je pro ni východiskem z této situace. Další problematickou motivací může být touha po dítěti jen z důvodu připoutání si svého partnera, pomocí těhotenství přinutit partnera ke sňatku, případně vynutit si souhlas rodiny se sňatkem. Těhotenství, které by mělo vyřešit rozpadají se vztah, které přivede manžela zpět od milenky, alkoholika z hospody, workholika z práce a podobně. A tak žena, která své těhotenství původně neplánovala, ale nakonec přece jen chtěla, může v některých případech lépe prožívat tento stav, než žena, která své těhotenství plánovala, avšak měla k němu problematickou motivaci (4).

Tomuto tématu se věnoval výzkum ELSPAC (European Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood = Evropská dlouhodobá studie těhotenství a dětství) v Brně. Výsledky tohoto výzkumu ukazují na užitečnost rozlišení záměrnosti otěhotnění od jeho emočního prožívání. Z výzkumu vyplývá, že kladné prožívání těhotenství nelze automaticky ztotožňovat jen se záměrností otěhotnění (47). Bylo zjištěno, že ačkoliv jsou plánovaná těhotenství vesměs přijímána pozitivně a záměrnost otěhotnění lze tedy považovat za vysoce významný faktor, který ovlivňuje prožívání těhotenství, neznamená to, že by u neplánovaného těhotenství musel nutně platit opak (47). V průběhu těhotenství navíc narůstá u žen pozitivní prožívání a počet nešťastných žen klesá na minimum.

Je zřetelné, že ženy, které prožívají své těhotenství s kladnými emocemi, jsou po všech sledovaných stránkách disponovány k lepší adaptaci na nové podmínky, a můžeme je tak považovat za lépe připravené k porodu, jak po emoční, tak i kognitivní stránce. Ženy, které své těhotenství plánovaly, mají jasnější představu organizace

vlastního života v těhotenství a můžeme předpokládat, že se lépe vyrovnají s omezeními a požadavky spojenými s porodem.

Je jisté, že nejméně příznivé podmínky k prožívání těhotenství bude mít bezesporu žena s těhotenstvím neplánovaným a nadále nechtěným. Postoj k těhotenství se ukázal jako významným predikátorem předčasného porodu, a to daleko více než nepříznivé sociální a zdravotní faktory, studie uvádí vzestup perinatální úmrtnosti v nechtěných graviditách (6).

1.4 Obecná charakteristika úzkosti a strachu

Úzkost i strach jsou psychosomatické stavy, které jedinec prožívá většinou nepříjemně. Patří však do standardní výbavy každého lidského organismu. Nervové a hormonální mechanismy zprostředkovávající tyto pocity byly nalezeny u všech zástupců vývojové řady, od kostnatých ryb přes šimpanze až po člověka (21).

Úzkost a strach, stejně jako další nelibé pocity jako je bolest, lítost, smutek, hlad a podobně, nám slouží jako signalizátoři určitého nebezpečí, nežádoucího stavu či nekontrolovatelné změny. Tyto nepříjemné pocity a prožitky jsou podnětem k jednání, které ve svém důsledku nastoluje ztracenou rovnováhu, aktivizuje nás k činnosti a v určitých případech ochraňuje náš život (48). Kdybychom nepociťovali bolest, nejspíše bychom zahynuli na následky opakovaných úrazů a zranění, kdybychom nepociťovali hlad a žízeň, zemřeli bychom do několika dnů dehydratovaní a podvyživení. Kdybychom neznali, co je úzkost a strach, zanedlouho by nás nejspíše zabila naše bezbřehá odvaha.

Úzkost neboli anxiety se také nazývá strachem bez předmětu (48). Jedinec má strach, ale neví z čeho, má pocit, že by měl něco udělat, ale neví co. Strach se od úzkosti liší pouze tím, že má viditelnou, reálnou či konkrétní příčinu, je tedy racionální a srozumitelný. Na otázku „Z čeho máš strach?“ můžeme odpovědět snáze než na otázku „Z čeho máš úzkost?“.

Strach je možné definovat jako emoční a fyziologickou odpověď na rozpoznané nebezpečí a trvá jen po dobu ohrožení (34). U úzkosti je příčina v oblasti myšlenkové, v realitě psychologické (21). Člověk mívá nepříjemný pocit psychického ohrožení, který často nedokáže specifikovat. Dochází k pocitu úzkostného očekávání „něco se stane, něco zlého přijde“, který je spojen s pocitem že je této hrozbě vydán na pospas, není možnost se efektivně bránit (35). Je patrné, že na rozdíl od strachu se úzkosti nemůžeme tak snadno zbavit zvládnutím dané situace nebo únikem z ní. Úzkost mívá pro člověka většinou větší důležitost než realita objektivní. Příkladem je fakt, že skutečnost, že dnes nemáme co k obědu, je pro nás méně zatěžující, než pocit společenského neúspěchu. Pro člověka, který je osobností nejen v oblasti biologické, ale také v oblasti psychologické, sociální a duchovní, bude mít nejspíše nejistota týkající se

jeho životních plánů větší důležitost než nejistota dneška (22). Stejně tak ohrožení naší prestiže pro nás neznamená méně než skutečné ohrožení naší osoby. Úzkost je tak přítomna třeba jen ve skryté podobě u každého rozhodování, a to i mezi dvěma příjemnými možnostmi. Úzkost doprovází zklamání z nesplněného očekávání, frustrace způsobená nečekanou překážkou a většinou dalších běžných i závažných událostí a změn.

1.4.1 Projevy strachu a úzkosti

Jak již bylo zmíněno v kapitole 1.4, jde o pocity, které aktivizují člověka k nějakému jednání. Dochází k mobilizaci dostupných sil a rezerv, které potřebujeme ke zvládnutí nebezpečné nebo ohrožující situace. Je aktivován neurovegetativní systém, pod vlivem sympatiku dochází k vyplavení adrenalinu, noradrenalinu a dalších chemických látek, které zvýší výkonnost v psychické i fyzické sféře. Přednostně se aktivuje pohybový, oběhový, dýchací a nervový systém. Ostatní systémy jsou utlumené.

Do určitého stupně je pro nás úzkost a strach užitečný, záleží však nejen na síle reálného ohrožení, ale také na schopnosti každého jednotlivce, jakým způsobem se s pocity strachu a úzkosti vyrovnává, do jaké míry ho tyto pocity ovládají (34). Existuje individuální citlivost vůči situacím, které tyto emoce vyvolávají.

Při „mírném“ pocitu strachu a úzkosti dochází v psychické oblasti ke zvýšení pozornosti a vnímavosti k většímu počtu podnětů (rozšíření zornic), k lepšímu zapamatování mnoha detailů a jednotlivostí, k rychlejšímu pochopení vztahu a uspořádání větších celků. Oživují se staré paměťové stopy a povzbuzují se naše tvůrčí schopnosti (34).

V somatické oblasti je reakce také spojena s celkovým nabuzením. První známkou je zvýšené svalové napětí, dochází ke zvyšování srdeční činnosti, zvyšuje se tlak, zrychluje se dýchání. Organismus se mobilizuje na útok nebo útek. Zjednodušeně si můžeme představit aktivaci sympatického nervového systému jako reakci umožňující rychle dosáhnout stavu nejvyšší výkonnosti (22). Je to nutné jak při agresi, tak při útěku. Pro obojí je nezbytná silná aktivita kosterního svalstva. Svaly musí mít

k dispozici dostatek kyslíku a živin. Proto stoupá prokrvení kosterních svalů, stoupá frekvence a síla srdečních stahů, zvyšuje se krevní tlak, srdce čerpá více krve do oběhu. Zvýšený přívod krve do kosterní svaloviny je také dán tím, že dochází k vasokonstrikci splachnické oblasti. Je utlumena střevní peristaltika, zpomaluje se posun střevního obsahu a stahují se sfinktery. Aby byl zajištěn dostatečný přívod živin k srdci a kosternímu svalstvu, musí játra vydávat do krve glukózu a tuková tkáň mastné kyseliny. Bronchy jsou rozšířené, takže může stoupnout dechový objem a dodávka kyslíku do krve.

Jestliže stupeň úzkosti a strachu překročí pro nás únosnou míru, začíná převládat nervozita a od jisté úrovně se zhoršuje schopnost soustředění a výkon klesá (48).

V psychické oblasti dochází k demobilizaci všech schopností řešit i banální situace (22). Člověk není schopen soudně zhodnotit jakoukoliv situaci, není schopen žádného konstruktivního řešení. Při dalším zvyšování intenzity strachu a úzkosti se může stát, že se myšlení ve velkém zmatku doslova zablokuje, člověk je „ztuhlý“, cítí se zahrán do kouta, ze kterého není úniku, má pocit celkové mentální a intelektuální paralýzy.

V tělesné oblasti původně zvýšené napětí svaloviny nabývá nepříjemných rozměrů, mění se ve ztuhlost - „cítí se jako svázaný“, ve stavech paniky se mění až v bezmocnou křeč. Někdy se při svalovém zvýšeném napětí projevuje třes - „třese se strachy“. Ztuhlost v oblasti krční a bederní oblasti páteře může vyvolat bolesti hlavy a zad. Zornice jsou silně rozšířené - „strach má velké oči“. Při zvyšující se srdeční činnosti začíná člověk pociťovat pulz neobvykle rychle a silně - „má srdce až v krku“, zvyšuje se počet nepravidlostí, což může u člověka vyvolávat strach o život. Dalším příznakem, který jej utvrzuje v pocitu nebezpečí, je častá bolest na hrudi. Je vyvolávána svalovým stahem kosterního svalstva hrudníku, ale nápadně připomíná laicky popisované bolesti při infarktu myokardu. Dechové potíže se často pojí s obtížemi srdečními. Pocit nedostatku vzduchu vede často k ještě intenzivnějšímu dýchání, jehož následkem bývá překysličení organismu spojené s pocity brnění až křečí různých svalových skupin. Gastrointestinální trakt je utlumen, trávení je „vypnuto“. Je zastavena tvorba slin - „pocit suchosti v ústech“. V celém traktu je zvýšené svalové napětí - „máme knedlík v krku“, toto napětí často vede k pocitu na zvracení - „žaludek jak na

vodě“. Dochází ke změně ve vyprazdňování střev, nižší stupeň úzkosti a strachu vede spíše k zpomalení střevní činnosti - „cestovní zácpa“, vyšší k jeho zrychlení až k překotnému vyprázdnění - „průjem před těžkou zkouškou“. V metabolickém systému dochází při poplachové reakci k uvolnění energetických zásob, potřebných pro očekávanou intenzivní svalovou činnost. Jestliže tato energie nebyla využita, je opačnými mechanizmy převedena zpět do zásobních prostorů. Při tom může nastat stav přechodné nerovnováhy, který je prožíván jako velmi nepříjemný pocit slabosti, nadcházející mdloby, závratí „slabý jako moucha“, pocit na omdlení, „točí se se mnou celý svět“. Mechanismus změn na kůži spočívá v tom, že organizmus přesouvá většinu krve ke svalům. Povrch těla je tedy méně prokrvený a výsledkem je bledá a chladná kůže „bledý jako stěna“. Je zvýšená potivost. Někdy však, jako důsledek regulační nerovnováhy, dochází k opačným extrémům, projevujícím se jako místní překrvení. Na kůži se objevují červené skvrny, pocit svědění a mravenčení - „nejsem ve své kůži“.

Jestliže pocit strachu a úzkosti přetrvává delší dobu, dochází k narušení dalších základních funkcí organismu. Mění se kvalita i kvantita spánkového rytmu. Dochází ke zkrácení REM i nonREM fáze, což zabraňuje dostatečné regeneraci jak fyzických, tak psychických sil. Někdy nám vysoké obrátky, do kterých nás úzkost a strach nastavila, ani nedovolí usnout (21).

U některých postižených dochází ke ztrátě chuti k jídlu, k hubnutí, většina však má naopak chuť k jídlu zvýšenou „jídlo jako lék proti úzkosti“ a dosahuje nežádoucích váhových přírůstků. Jídlo je pro člověka spojeno s pocitem jistoty a bezpečí a tak se k němu při pocitu ohrožení uchyluje, stejně jako k dalším „uklidňujícím“ aktivitám, jako je například kouření, žvýkání, okusování čehokoliv a podobně (21).

Důležitým a velmi citlivým ukazatelem chronické úzkosti je snížení sexuální potence.

1.4.2 Individuální rozdíly v prožívání strachu a úzkosti

Existují individuální rozdíly v tom, jak jedinec reaguje na zátěžové situace, jak se s nimi vyrovnává. Například pro někoho je pozvánka na večírek, mezi společnost, kterou nezná, příjemným rozptýlením všedního dne s možností poznat nové lidi. Jinému již pouhá představa takovéto nové společnosti nahání strach a hrůzu. Někteří lidé jsou strachem dokonce tak zahlceni, že je úzkost nikdy neopouští.

Příčinu těchto individuálních rozdílů vidí psychologové v míře osobní jistoty, kterou si člověk buduje od narození po celý život. Pokud člověk vyrůstá a žije v prostředí, které posiluje jeho jistotu, že ho život a svět ničím neohrožují, bude méně úzkostný a bude pociťovat strach pouze v situacích, které ho reálně ohrožují (35). Jestliže však takové štěstí nemá a vyrůstá v nejisté rodinné situaci vyvolané například tím, že rodiče jsou sami úzkostní a svou úzkost přenášejí na dítě nebo nejistotu přináší rodinná situace, nevěra, rozvod, konflikty, absence jednoho z rodičů, domácí násilí a podobně, pak tito lidé mohou pociťovat strach a úzkost i tehdy, kdy reálné ohrožení nehrozí.

1.4.3 Stres

Úzkost a strach nelze zcela oddělit od pojmu stres. Pojem stres se ale stal módním slovem a v dnešní době jsou za stres označovány všechny možné okolnosti a podněty každodenního života, které vyvolávají pocity nelibosti. Často se slovo stres nesprávně používá pro situaci, která stres vyvolává. Za stres se označuje činitel působící na organismus nepříznivě, například horko, chlad, neustálý shon, časová tíseň, nezaměstnanost, finanční nejistota, ohrožení existence a životního standardu, honba za kariérou, dehumanizované vztahy mezi lidmi, situace, které vyvolávají úzkost a napětí.

Tyto situace však nejsou stresem, ale jsou to faktory, správně nazývané stresory, které stres vyvolávají. Kdybychom se blíže podívali na situace, které lidé běžně označují za stresové, ve většině případů bychom našli v jejich prožitku některou z podob strachu (21). Například zdrojem „pracovního stresu“ je strach, že nestihnu

udělat svojí práci, že ji neudělám dost kvalitně nebo, že o ni dokonce přijdu. „Stres v osobním životě“ často pramení ze strachu o své zdraví nebo o zdraví svých blízkých, strach ze ztráty partnera, strach ze samoty, strach ze ztráty smyslu života, strach ze smrti a podobně.

Stresory mají tedy fyzickou, psychickou i sociální povahu, ale k tomu, aby se zátěžová situace stala stresorem, je vždy důležité osobní hodnocení zátěžové situace (34).

Praktický slovník medicíny definuje stres jako „stav organismu, který je obecnou odezvou na jakoukoliv výrazně působící zátěž, ať už tělesnou, nebo duševní“ (51). Fyziologická odpověď organismu na stres je stejná jako reakce organismu na strach a úzkost. Ačkoli jsou však stresory označovány za negativní činitele, určitá míra stresu je nezbytnou podmínkou pro „životní otužování“, zvládnutý stres posiluje odolnost jedince vůči dalším možným stresům. V tomto smyslu život ve zcela „hladkých podmínkách“ není z hlediska rozvoje člověka možný. Mírný stres tedy, stejně jako mírný strach a úzkost, může působit pozitivně.

Problém stresu dnes vyplývá z jeho dlouhotrvajícího charakteru bez přiměřeného „vybití“, nedochází k fyzické aktivitě, ke které byl organismus připraven, nenastává „boj ani útěk“. Časté, opakované změny vyvolané stresem mohou postupně vést k vyčerpání a k útlumu. Je-li organismus stresován dlouhodobě, lze počítat s tím, že dříve nebo později dojde u člověka k poruše zdraví (21). Stres je dáván do přímé souvislosti s poruchami zdraví v rámci jejich mnohočetné etiologie a teorie vycházející z koncepce psychického stresu tvoří jeden ze základů psychosomatické medicíny (1).

1.4.4 Psychosomatická medicína

Pojem psychosomatický označuje vzájemně ovlivňující se vztah duše (psyche) a těla (soma). Psychosomatiku lze chápat jako vnitřně složité propojení biologického a psychosociálního pohledu na člověka ve zdraví a v nemoci (1).

Psychosomatika je velice starý obor, zvláště pomyslíme-li na přírodní léčitele či šamany, ale zároveň i nejmladší medicínský obor, který se emancipoval z ryze

přírodovědeckého a izolovaného tělesného pojetí nemoci a jenž se snaží vidět celého nemocného člověka s jeho vztahem těla k okolí i s jeho vztahem k vlastnímu tělu, s jeho psychickým uspořádáním, s jeho životní, rodinnou i sociální situací (36).

Současné pojetí psychosomatické medicíny je založeno na holistickém (celostním) přístupu chápání člověka, jako bio-psycho-sociálně-duchovní jednotky i jako bytosti s vědomými a nevědomými částmi.

Za psychosomatické jsou dnes běžně označovány onemocnění jako bronchiální astma, žaludeční vřed, colitis ulcerosa, esenciální hypertenze, zácpa, mentální anorexie, bulimie, obezita, ekzémy a mnoho dalších. Podle psychosomatické medicíny vzniká každá lidská choroba v kontextu s určitou biografií, podle vlastní existenciální situace a ze své strany ovlivňuje průběh života, aniž by se daly vystopovat příčinné nebo konečné souvztažnosti (1).

1.5 Úzkost a strach v těhotenství a vliv na porod

Výše popsané přirozené reakce organismu, ať již se jedná o reakce na psychické, či fyzické podněty spolu s individuálními dispozicemi každého jedince - konkrétním stavem a osobností daného člověka, ovlivňují obecně vnímání jakékoliv situace. O to více, jedná-li se o mezní situace v lidském životě, mezi které porod bezesporu patří.

Můžeme tedy říci, že díky neustále se prohlubujícím znalostem a dovednostem se mění doba a současný pohled na svět a tím i naše postoje a názory. A to i na porodní proces (1).

Otázka ale je, zda nepoučená rodička v minulosti prožívala při porodu větší strach a úzkost z neznámého, než v dnešní době informovaná a poučená rodička. Nebo naopak, zda fakt, že v současné době máme daleko větší možnosti výběru, víme o porodním procesu daleko více, známe možná rizika a komplikace, které mohou nastat, vede k tomu, že negativní pocity prožívá ve větší míře současná rodička. Na tuto otázku se pokusíme najít odpověď během empirického šetření v této práci.

Z pohledu výrazných změn, které se odehrávají ve všech oblastech života těhotné ženy, je určitá míra prožívání úzkosti a strachu v tomto stavu naprosto přirozená (48). Tímto způsobem, do jisté míry, splňuje pocit strachu a úzkosti svůj ochranný vliv, pomáhá těhotné ženě si uvědomit, že nastávají změny v jejím životě, že se na tyto změny bude muset připravit a aktivizuje ji v její bio-psycho-sociálně-spirituální adaptaci na tento stav a bylo by spíše neobvyklé, kdyby tyto pocity během těhotenství vůbec neměla (1).

Ženy se tak snaží se situacemi, které u nich navozují pocity strachu a úzkosti, vyrovnat. Ve strachu, aby neublížily sobě nebo dítěti, vylučují ze svého života nebezpečné aktivity, jako je například přílišná fyzická zátěž, špatný životní styl. Zajímají se o průběh těhotenství, shánějí informace, kupují odbornou literaturu, vzdělávají se v prenatálních kurzech. Uspořádávají si svůj život, vdávají se, zařizují byt a podobně.

Jestliže však míra strachu a úzkosti přesáhne tuto ochrannou funkci, žena se z nejrůznějších důvodů neumí nebo nemůže se svým strachem a úzkostí vyrovnat a tyto

pocity trvají delší dobu nebo se opakují, stává se těhotenství pro ženu stresem. Vysoká nebo dlouhodobá hladina úzkosti a strachu se pak může promítat v těhotenství pod různými somatickými projevy a může mít také negativní vliv na porod (13).

1.5.1 Možné důvody prožívání strachu a úzkosti v těhotenství a při porodu

Jen málo žen přistupuje k těhotenství zcela bez starostí. V první řadě se nastávající matka musí vyrovnat s faktem těhotenství a přijmout jej. Náročnost tohoto úkolu je různá a jak už bylo výše řečeno, do jisté míry se bude odvíjet od toho, zda těhotenství bylo plánované či neplánované, zda se jedná o těhotenství chtěné či nechtěné. Ať už těhotenství je, nebo není plánované, mění mezilidské vztahy mezi všemi členy rodiny. Sdělení těhotenství partnerovi a případně rodičům může s sebou přinášet strach a úzkost, jak tento fakt přijmou (48).

Od druhého trimestru začíná být viditelná změna proporcí, což vyvolává v ženách celou řadu opětne individuálních pocitů. Některé jsou hrdé na svůj těhotenský vzhled a mají radost z rostoucího břicha, některé naopak prožívají pocity nelibosti a strachu z důvodu ztráty kontroly nad svým tělem a z váhového přírůstku. Někdy mají ženy strach, že se nebudou líbit svému partnerovi, některé si naopak připadají krásnější a přitažlivější než dříve. Obecně by se dalo říci, že ženy s nižší spokojeností se svým tělem před těhotenstvím bývají v tomto ohledu zranitelnější (1).

Doba blížící se porodu je často vnímána ambivalentně, žena jako by na jedné straně chtěla, aby prenatální dítě zůstalo součástí jí samé, na druhé straně chce již mít své dítě v náručí (32). Tělesné změny jsou již velmi výrazné, přibývá fyzických obtíží a nepohodlí. U většiny žen se projevují různé poruchy spánku, často je trápí únava, bolesti zad, otoky, pálení žáhy, dušnost, časté močení a podobně. Některé těhotné se stále pyšní svým vzhledem, připadají si „nejkrásnější“, jiné si začínají připadat spíše nemotorně, až „obludně veliké“. Ke konci těhotenství stoupá pohotovost k prožívání úzkostných stavů a strachu, někdy se objevuje až psychická labilita (14).

Těhotné si začínají zvykat na blížící se konec těhotenství, připravují se na porod i na péči o dítě, některé navštěvují předporodní kurzy, plavou a cvičí. U žen se vyvíjí

chování ve smyslu „stavění hnízda“ a jeho absence může signalizovat vážnou psychickou poruchu (39). Chystají věci pro dítě, pořizují vybavičku, přizpůsobují byt, některé však v obavách, „aby se nic nezakřiklo“ raději nechystají do poslední chvíle nic.

Ženy se nejprve obávají, aby předčasně neporodily, aby bylo jejich narozené dítě zcela zdravé. Pozdější obavy se týkají již vlastního porodu, ženy mají strach, jak celý porod zvládnou, mají strach z bolesti, z epiziotomie, objevují se obavy ze smrti při porodu (1). Jak uvádí PhDr. Pečená (1999), je „strach ze ztráty vědomí nebo smrti při porodu častý, i když je těhotné popírají. Porod je spojován s krví a bolestí a navíc je chápán jako magická událost, při které je rodička ohrožena nebezpečnými silami“ (39). V této souvislosti je velmi důležité, jakým způsobem bude těhotná o průběhu porodu informována a od koho tyto informace získá. Některé ženy se ve svých porodních vyprávěních rády trumfují a barvitě popisují všechny „hrůzy“ porodu. Tyto zprávy a jakékoliv jiné zastrašování má přímý vliv na vzrůst předporodní úzkosti u takto „poučené“ rodičky.

V souvislosti s porodem se čím dál častěji začínáme setkávat u těhotných žen s dalším důvodem úzkosti a strachu, a to s obavou související s výběrem vhodné porodnice. Na porod jako takový existuje jak mezi odborníky, tak i mezi laiky mnoho názorů a často i velké množství protichůdných postojů. Dalo by se říct, že i způsob vedení porodu podléhá „módním trendům“. Na jedné straně zde máme trend medicínsky vedených porodů, porodů bezbolestných například v epidurální analgezií, na druhé straně trend přirozených porodů takzvaně alternativních bez jakéhokoliv zásahu, bez medikace. Ve většině českých porodnic v posledních letech dochází více méně k postupnému stírání rozdílů mezi takzvaným klasickým a alternativním porodem, dochází k posunu od „technokraticky“ vedeného porodu k porodu vedenému „humánněji“, přesto si však většina porodnic zachovává určité své „rutinní“ přístupy, které Světová zdravotnická organizace označila za výslovně nežádoucí.

V roce 2000 proběhl v porodnicích České republiky rozsáhlý průzkum, který zadala a financovala Nadace Open Society Fund Praha, na jehož základě vznikly portréty jednotlivých porodnic. Na internetové adrese www.rodina.cz proběhla anketa „Jak se rodí v porodnicích ČR“. Na základě těchto výzkumů byla v roce 2002 vydána kniha Průvodce porodnicemi České republiky (7).

Z této publikace vyplývá, že mezi porodnicemi v naší zemi existují velké rozdíly a bohužel ne všechny porodnice jsou schopny vyhovět individuálním přáním rodiček. Mezi těhotnými se setkáváme i s ženami, které ze strachu z případného zasahování do porodního děje v porodnicích, raději volí riskantní cestu domácího porodu (7).

1.5.2 Možné projevy strachu a úzkosti u rodiček

Hranice mezi psychosomatickou etiologií a chorobami s organickým původem může být při porodu fiktivní a psychosomatická medicína v užším slova smyslu představuje část obecné patologie (13). Některá literatura (9) však přímo uvádí, že ženy, které trpí strachem, mají vyšší procento různých komplikací při porodu.

Při výskytu patologie při porodu je velmi těžké určit, která příčina je primární a která je druhotná. Jak už bylo zmíněno, ženy mají během těhotenství strach o sebe i o dítě a jakákoliv odchylka či nepravidelnost, kterou lékař zjistí, může vyvolat u těhotné další zvýšení strachu a úzkosti a tím nastartovat jakýsi bludný kruh, kdy dochází k zhoršení somatických příznaků nebo k rozvoji nových onemocnění.

Negativní vliv vyšší hladiny strachu a úzkosti na průběh porodu, jako je delší a obtížnější porod, vyšší míra prožívané bolesti, větší množství komplikací a operací při porodu u ženy, více komplikací a horší stav u novorozence, byl popsán a prokázán v různých studiích nejen na zvířatech, ale i na lidech (1, 9, 42).

Odstraněním negativních emocí, především úzkosti a strachu, se snižuje výskyt těhotenských patologií a porodnických komplikací a zlepšují se také podmínky k vytvoření vazby mezi matkou a dítětem i vyhlídky na zdravý psychosociální vývoj rodiny (19).

1.5.3 Možné následky prožívání úzkosti a strachu na plod

Prenatální psychologie se v 70. letech minulého století stala novým samostatným vědeckým oborem, který se zaměřuje na zkoumání duševního života dítěte během jeho

nitroděložního vývoje. Předmětem zkoumání nejsou jen vnější projevy a chování v závislosti na vyspívání organismu a na zrání jeho nervového systému, ale především to, co bychom mohli označit jako nevědomí (32).

Ono nevědomí v našem případě znamená prožitky, které jsou uchovány pamětí a jsou tedy i součástí našeho pozdějšího myšlení, chování, jednání, prožívání apod. Jde o jakési „pra-vědomí“, „pra-prožitky“, „pra-paměť“, a to v té nejprostší, velmi jednoduché rudimentární podobě, avšak jak věří zastánci tohoto učení, právě proto nejhlubší, nejzákladnější, nepomíjející, předznamenávající všechno další duševní dění (32).

Přesto, že prenatalní psychologie je do určité míry kontroverzní a má své kritiky a odpůrce, v dnešní době již nikdo nepochybuje o tom, že dítě před narozením vede intenzivní duševní život, má sny, emoční reakce, vnímá všechny smyslové podněty, pamatuje si je a také je kognitivně zpracovává, utváří si vztah k matce. Řada experimentů prokázala, že novorozenec rozeznává podněty, kterým byl vystaven v průběhu těhotenství a adekvátně na ně reaguje. Je zjištěno, že prenatalní dítě začíná slyšet v 5. měsíci intrauterinního vývoje, dokáže vyladit svůj sluchový aparát na zvuky lidské řeči a emocionální složky matčiny řeči nutně vyvolávají citovou odezvu (30).

Kanadský psychiatr a psycholog Thomas Verny, autor knihy Tajný život nenarozeného dítěte, shrnuje své poznatky o různých vlivech prenatalního života na pozdější život dítěte do čtyř bodů:

1. Lidský plod dovede vidět a slyšet, může něco prožívat, má vyvinutou chuť, dokonce je schopen se učit a cítit, a to přinejmenším již od šestého měsíce těhotenství.
2. To, co dítě cítí a vnímá, začíná formovat jeho postoje a očekávání vůči sobě samému. Jestli samo sebe bude vnímat jako šťastné nebo smutné a jednat jako člověk šťastný nebo smutný, agresivní nebo povolný, sebejistý nebo plný úzkosti, to závisí zčásti na tom, co se o sobě dozvídá za pobytu v děloze.
3. Hlavním zdrojem těchto „poselství“, která dítě formují, je jeho matka. To neznamena, že by každá povrchní, přechodná starost nebo úzkost měla vliv na její dítě. To, na čem záleží, jsou hlubší a trvalé formy cítění. Trvajících úzkost nebo tíživá nejistota týkající se vlastního mateřství může zanechat hluboké jizvy na osobnosti

nenarozeného dítěte. Na druhé straně však povznášející emoce mohou významně přispět ke zdravému citovému vývoji.

4. To, co muž cítí k ženě a k nenarozenému dítěti, je jedním z nejvýznamnějších činitelů určujících úspěšnost těhotenství.

Nástroje, kterých matka užívá, jsou její myšlení a cítění. Otcovým nástrojem je jeho schopnost být matce oporou a vytvořit jí prostředí naplněné citovou jistotou. Onen známý specifický citový vztah mezi matkou a dítětem je podle Vernyho a jeho následovníků jen logickým prodloužením děje, který započal již před narozením (32).

Dalším psychologem světového významu, který se zabývá perinatálním životem, je český emigrant žijící v USA MUDr. Stanislav Grof. Grof dosahuje vybavování porodních traumat navozením tzv. změněného stavu vědomí, původně pomocí psychedelických látek, později pak bez použití drog, pomocí holotropního dýchání. Je otcem holotropní metody přístupu k vědomí neboli holistické integrace psychiky člověka. Tato metoda pracuje se třemi rovinami naší osobnosti: autobiografickou - tj. sebeprožívající a vzpomínkovou, perinatální - tj. sebeprožívající, ale nedostupnou vzpomínkám, transpersonální - tj. překračující sebeprožívání i osobní paměťové záznamy. K perinatální a transpersonální rovině je možné se dostat pouze za změněného stavu vědomí. Grof poukazuje na to, jak ovlivní prožívání těhotenství ženou, ale i průběh a způsob vedení porodu, budoucí život dítěte. Grof rozdělil perinatální období do 4 stádií, do tzv. bazálních perinatálních matic:

I. Matrice - období těhotenství, od početí do začátku porodu. Jedná se o symbiózu plodu s matkou. Dítě cítí a vnímá velmi přesně psychické i fyzické rozpoložení matky a vnímá pocity, jež má matka vůči jemu samotnému. Pokud je I.matrice radostná a harmonická, vytváří kvalitu bezpečí, jistoty, a pevné pudy pod nohama v dalším životě. Pokud je však dítě nechtěné, pokud jej matka vnitřně odmítá, pak je toto zárodkem depresí a základního životního postoje, že nestojí vůbec za to žít.

II. Matrice - období I. doby porodní. Z hlediska dítěte je tato fáze bezvýchodná a strašná. Neví, co se s ním děje, a je nuceno do pasivity, nemůže dělat nic jiného, než čekat. Pokud probíhá I. doba porodní fyziologicky 8 – 12 hodin, pak je tato doba pro

dítě výchovná a posiluje odolnost. Trvá-li však příliš dlouho, pak ji psychika nezpracuje a je zárodkem těžkých depresí.

III. Matrice - období II. doby porodní. Je fyzicky náročné nejen pro matku, ale i pro dítě. Ve srovnání s předcházející matricí je však tato matrice optimistická a přináší úlevu. Hezký průběh této matrice přináší dítěti do budoucnosti smysluplnost, pevnost a vnitřní sílu. Komplikace v této době, jako je hypoxie plodu, přílišné stlačování některých částí těla apod., může mít za následek různé psychosomatické potíže jako např. astma, kokařina, problémy se zažíváním a sexuální poruchy.

IV. Matrice – doba od narození po přestřižení pupečnicku. Je to doba, kdy dítě přijímá sebe samo, kdy prožívá spoustu smyslových změn. Průběh této doby je zcela závislý na chování personálu porodního sálu. Důležitou roli na pozitivních vjemech novorozence jsou prvky, které se zcela shodují s prvky tzv. „něžného porodu“ podle francouzského porodníka Fredericka Leboyera, které popsal ve své knize *Porod bez násilí*. Leboyer vycházel z přesvědčení, že novorozenec vidí, slyší, cítí, vnímá a prožívá. V tomto kontextu se zabýval myšlenkou možné traumatizace novorozenců při klasickém přístupu v ošetřování dětí po porodu. Mezi prvky něžného porodu patří tlumení hluku a světla, položení dítěte bezprostředně po narození na břicho matky, přestřižení pupeční šňůry až po jejím dotepání, pomalé a jemné pohyby při zacházení s novorozencem, neoddělování dítěte od matky atd. Jestliže je tato matrice „povedená“, pak je zárodkem mentální dospělosti a člověk dokáže nést odpovědnost za to, co dělá. Člověk se špatnými záznamy z této matrice nedokáže přijmout sebe sama a v dospělosti upadá často do sklíčenosti a přílišného odevzdání se.

Jakkoliv se nám mohou zdát tyto poznatky, někdy označované spíše jako „domněnky, hypotézy, až fantazijní kreace“, nepravděpodobné, zůstává faktem, že se je zatím nepodařilo dokázat, ale ani vyloučit. Zatím nemůžeme zcela dokázat, jak mohou duševní stavy matky působit na vyvíjející se plod, avšak mezi vědci panuje shoda v tom, že stres matky působí na plod hormonálními mechanismy.

Můžeme si velmi dobře představit, že úzkostné stavy mají za následek změny v chemických reakcích krve, kdy se do krevního oběhu dostávají z endokrinního systému látky, které mají specifické účinky, a že tyto vlivy pronikají placentou k plodu (32).

Prenatální psychologie vnímá lidský život jako souvislý děj, v němž je každá vývojová fáze stejně důležitá a všechny fáze jsou vzájemně závislé a nedělitelné od kontinuálního života jedince. Těhotenství chápe jako aktivní dialog mezi matkou a dítětem a tento dialog je pak rozšířen přes dialog s otcem dítěte a s matčíným psychosociálním prostředím (39).

Prenatální dítě je v těhotenství aktivním partnerem, a to nejen ve funkcích fyziologických, ale i psychologických, sociálních a spirituálních (36).

1.6 Možnosti předcházení a řešení prožívání strachu a úzkosti

Je tedy zřejmé, že trvalejší nebo zvýšené pocity strachu a úzkosti, prožívané ženami v těhotenství, mají nepříznivý vliv na průběh samotného těhotenství, porodu i na vyvíjející se plod. Jestliže je moderní pojetí medicíny i ošetřovatelství založeno na holistickém přístupu k pacientovi, měla by být těhotným ženám věnována pozornost ve všech oblastech jejich života.

1.6.1 Péče o psychický stav rodící ženy

Je důležité věnovat se psychickému stavu ženy během porodu, ale již v rámci prenatalní péče by měla být psychickému stavu těhotné věnována minimálně stejná pozornost jako stavu somatickému. Sledování aktuálního psychického stavu by mělo být zaměřeno na prožívání strachu a úzkosti, emocí, které jsou s těhotenstvím a porodem spojovány (29). Bohužel však ani v publikacích určených pro porodní asistentky a lékaře není tomuto tématu věnován dostatečný prostor. Například v *Moderním Babictví 3*, v kapitole: „Prenatální péče o fyziologické těhotenství“ jsou popsána veškerá vyšetření, která žena během těhotenství podstoupí, ale psychosociálnímu hledisku je zde věnována jedna jediná věta: „Všeobecný screening zjišťuje faktory demografické, sociální, rodinné a profesionální“ (14). Jak však s těmito údaji nakládat již v publikaci uvedeno není. Jestliže lékaři - gynekologové předpokládají, jak už bylo uvedeno v kapitole věnované možným projevům strachu a úzkosti u těhotných, u některých patologických komplikací během porodu pravděpodobný psychosomatický původ a tyto patologie označili jako psychosomatické, je s podivem, že u stejných patologií v jiné publikaci v kapitole nazvané: „Péče o těhotnou s ohroženým plodem“ není mezi příčinami těchto patologií o psychice těhotné ženy při porodu ani zmínka. Za daleko závažnější lze však považovat to, že o psychickém stavu rodící ženy není zmínka ani v terapii těchto patologií.

Pravděpodobným hlavním důvodem neznalosti psychického stavu rodičky není neochota této ženy se o svém psychickém stavu zmínit, ale spíše neuvědomění si jeho důležitosti zdravotníky nebo snad jejich neochota se této problematice věnovat.

1.6.2 Profesionální přístup zdravotníků

Je pravděpodobné, že pocitům strachu a úzkosti u rodičích žen lze do jisté míry předcházet nebo je lze alespoň korigovat, a to především individuálním přístupem k rodičí ženě a poskytováním potřebných informací. Nejlepší prostředek proti strachu je i odvaha. Proto by ji měli zdravotníci svým přístupem rodičkám dodávat, neboť „odvaha je stejně nakažlivá jako strach“ (9).

Navázání vzájemného pozitivního vztahu, který ženě poskytuje tolik potřebný pocit jistoty a bezpečí, lze považovat za jeden z nejdůležitějších úkolů lékaře a porodní asistentky v rámci komplexní péče během porodu. Vztah, který je mezi ženou a zdravotníky založený na důvěře, vše významně usnadňuje. Každá žena je velmi individuální a s touto individualitou bude prožívat i svůj porod. Velmi důležitý je empatický přístup zdravotníků, který pomáhá vzájemné komunikaci a tím i k diagnostice negativních pocitů rodičky.

Jestliže se nám totiž podaří u ženy diagnostikovat pocity úzkosti a strachu, je ve většině případů také možné odhalit pravý důvod těchto pocitů. Tím, že diagnostikujeme vlastní příčiny negativního prožívání porodu, máme možnost do tohoto stavu zasáhnout, pomoci ženě tyto příčiny strachu a úzkosti buď úplně odstranit, nebo se s nimi nejrůznějším způsobem alespoň vyrovnat.

1.6.3. Edukace těhotné ženy k porodu

Nezbytnou součástí moderní prenatální péče je edukace těhotné ženy v potřebné míře, kdy dostatečným a fundovaným podáváním informací o těchto nastávajících změnách zároveň pomáháme těhotné ženě se s nimi vyrovnat, a tím i předcházet

pocitům úzkosti a strachu z porodu, které tyto změny často vyvolávají. Je jisté, že během ordinace v prenatalní poradně není prostor pro dostatečný individuální přístup ke každé těhotné a proto je důležité poskytnout ženě základní informace a doporučení o možnostech navštěvovat prenatalní kurzy předporodní přípravy, doporučit kvalitní odbornou literaturu a zodpovědět její případné otázky. Záleží ovšem na zájmu budoucí matky tyto informace dále získávat, ale zároveň ji nepřehltit přemírou nadbytečných informací, které by mohly spíše stresovat než pomoci.

V naší zemi není povinností ženy se v těhotenství jakkoliv vzdělávat, jako je tomu například v Nizozemí, kdy se po třetím měsíci těhotenství musí žena zaregistrovat v prenatalním kurzu (41). U nás záleží především na iniciativě samotné ženy, zda absolvuje speciální kurz předporodní přípravy rozložený do několika lekcí v kombinaci s těhotenským tělocvikem a plaváním, nebo zvolí kurz ve formě „seznamovací“ půlhodinky na porodním sále. Může se také spokojit s „edukací“ které se jí dostane v gynekologické ambulanci, či získat potřebné informace z literatury nebo od žen, které již rodily.

Na našem trhu je velké množství zdrojů informací, které se věnují problematice těhotenství a porodu (knihy, časopisy, internet, letáky...). Můžeme říci, že toto téma je v dnešní době velmi populární a často je rozebírané i v médiích. Bohužel ne všechny uváděné informace jsou ve všech případech kvalitní a objektivní a často se setkáváme s jejich vzájemnou rozporuplností. Je otázkou, jestli právě toto velké množství nepřehledných informací neznejistí budoucí matku ještě více, než je nutné. Z těchto faktů vyplývá, že úkolem zdravotníků není pouze ženu informovat, ale také jí případně pomoci se zorientovat ve všech dostupných informacích.

1.6.4 Psychoprofylaktická příprava těhotné ženy – prenatalní kurzy

Současná koncepce přípravy těhotných žen k porodu už nezdůrazňuje analgetický účinek, ale snaží se ženu připravit na reálný průběh porodu. Hlavní smysl dnešní psychoprofylaxe je pomoci těhotné ženě získat potřebné informace, praktické

návyky a dovednosti, které mají nastávající matce, či vlastně oběma rodičům pomoci zvládnout těhotenství, porod, šestinedělí a ulehčit jim péči o novorozence.

Všeobecně se má za to, že prenatální příprava je pro mnoho žen důležitým základem pro dobrý průběh těhotenství a porodu. Publikované studie z Velké Británie (Hetringtonova 1990, Redmannova 1991) prokazují, že ženy, které absolvovaly předporodní přípravu, nepotřebují tolik přípravků k tišení bolesti, dokáží vyjadřovat své potřeby, což jim dodává jistotu a tím příznivě působí na průběh porodu (43). Další studie, která byla v roce 1999 provedena v Holandsku prokázala, že psychoprofylakticky připravená žena má větší šanci, že její porod proběhne přirozenou cestou (41).

Nesporným přínosem prenatálních kurzů je také to, že jsou těhotné ženy v kontaktu s dalšími těhotnými, které prožívají podobné radosti i starosti, a tímto se účastnice prenatálních kurzů stávají i jakousi „svépomocnou skupinou“, která pomáhá ženám k lepšímu prožívání tohoto nelehkého, ale přesto krásného období.

1.7 Individuality rodiček a možnost volby porodu

V České republice se každá žena může svobodně rozhodnout, kde, s kým a za jakých podmínek chce svoje dítě přivést na svět. Je důležité, aby porodní asistentky i lékaři individualitu ženy respektovali a dokázali se přizpůsobit jejím přáním a potřebám. Je jednoduché se rozhodnout, ale těžší je vědět, že jsem se rozhodla správně. V současné době Internetu a všech dalších dostupných informací, je důležité, aby žena měla pomocnou ruku, která jí nebude ovlivňovat při rozhodování, ale pomůže ji směřovat správně.

Je zřejmé, že ne každá žena působí svým individuálním chováním na všechny zdravotnický personál příjemně a sympaticky, a o to důležitější je zachovávat profesionální přístup. Je to žena, kdo rodí a je to její porod, proto by mělo být pro personál samozřejmostí snažit se tyto představy vyplnit.

1.7.1 Řešení porodních plánů jako možnost odstranění strachu a úzkosti

Vzhledem k individualitě rodiček, jak popisují výše, je zřejmé, že každá žena bude chtít prožívat svůj porod jinak a bude mít jiné požadavky. Ať už se jedná o požadavky na samotný porodní proces, či přání na přítomnost blízké osoby u porodu nebo o požadavky na přístup zdravotnického personálu, jedno je zřejmé. Ať jsou přání rodiček jakákoliv, zdravotnický personál, hlavně pak porodní asistentka, která je během porodu s rodičkou nejvíce v kontaktu, by měla přání respektovat a snažit se jim vyjít maximálně vstříc.

Porodní plán si píše ženy, které mají o porod určitou představu a přejí si, aby byla jejich přání naplněna. Během porodu, kdy se psychický stav rodičky velice mění, je pak pro ženu jednodušší, že se má o co opřít a pro personál zase, že je seznámen se situací a ví co si rodička přeje (44).

Většina žen ale nedokáže objektivně zhodnotit, která přání jsou realizovatelná a která ne (54). Myslím si, že profesionální tým by měl umět vyřešit i neadekvátní přání a pokud nelze vyplnit, vysvětlit, z jakého důvodu to není možné. Vše je ale důležité podat

tak, aby žena dostala potřebné informace, které ji přesvědčí o nejlepším vhodném zvoleném postupu a byla si jistá, že i přes snahu vyhovět jsou některá její přání riziková buď pro ni nebo pro dítě. Většina žen netrvá na striktním dodržování všech bodů porodního plánu, když je jim dostatečně vysvětleno, proč není konkrétní bod plánu možné splnit.

Nejen každá žena je individuální, ale také každý porodní proces se liší. A žena ať již má zkušenosti z předchozích porodů, či rodí poprvé, nedokáže předpokládat, jak bude porod probíhat a jaké budou její potřeby. Napsáním porodního plánu si i sama pro sebe srovná priority a cítí se pak daleko jistěji. Jak praví Jaroslav Baštecký „Jistota snižuje strach a úzkost“ (1). Lze tedy předpokládat, že pokud žena ví, co chce a je si tím jistá, její míra strachu a úzkosti bude nižší a to bude pozitivně ovlivňovat prožívání celého porodu.

Jednotlivé body porodního plánu může žena kdykoliv změnit, a k ničemu se nezavazuje, pokud se rozhodne porodní plán sepsat. Porodní plán může být i dobrým způsobem, jak rychle seznámit personál nejen s přáním rodičky vztahujícího se k průběhu porodu, ale pak i poporodní péče a péče o novorozence. Doufám, že do budoucna bude přibývat počet žen, které se rozhodnou si porodní plán k porodu připravit.

1.7.2 Otec a příprava k porodu

Díky humanizaci porodnictví začíná dnešní doba přát tzv. přirozenému způsobu porodu (52). Pokud je těhotenství i porod v pořádku, není důvod, proč k ženě přistupovat jako k nemocné. Dostatečnou informovaností a získáním praktických dovedností již během těhotenství, se při porodu stává žena aktivní a to také pomáhá eliminovat strach a úzkost (39).

Možnost mít blízkou osobu u porodu, znamená pro ženu pocit jistoty (2). Dnes se většinou setkáváme jako s blízkou osobou s partnerem rodičky. Právě partner může být tou největší oporou při porodu, pokud však nejde k porodu jen proto, že si to žena přála, nebo že ho k tomu nutí okolnosti. Hlavní úlohou blízkého člověka u porodu

(nastávajícího tatínka) je jeho psychická podpora (42). Porodní děj je daný mechanismus, který se přítomností dalších lidí na porodním sále nikterak nezmění. Právě pocit, že je rodiče někdo stále na blízku, že si může s někým kdykoliv promluvit a sdělit mu své pocity a potřeby, je pro omezení strachu a úzkosti velmi důležitý.

Je přirozené, že žena své nejintimnější chvíle raději sdílí se svým mužem, než s porodní asistentkou, zvláště pokud ji vidí poprvé v životě. Je to přirozené. Její muž je jí blízký a jemu důvěřuje. Miminko je jejich společné. Proto by se muž neměl bát, že svou úlohu „partnera u porodu“ nezvládne. Je to mnohem jednodušší a přirozenější, než si v průběhu těhotenství může myslet (45).

1.7.3 Další blízké osoby na porodním sále

Porod je proces, který by měl být pro rodičku přirozený. Je důležité, aby se žena cítila dobře a v bezpečí. A pokud má pocit, že jejímu psychickému stavu prospěje vzít si k porodu někoho jiného než svého partnera, měla by tuto možnost mít, ať už jde o dudu (speciálně vyškolenou ženu, která poskytuje především psychickou, ale i fyzickou oporu ženě i celé rodině během těhotenství, porodu i v poporodním období), maminku nebo kamarádku. V dnešní době většina českých porodnic akceptuje přítomnost dalších osob u porodu (7), ale pokud jsou požadavky neúměrné je možné, že se rodina setká s neochotou personálu. Samotný porod je složitý proces, při kterém je nutná přehledná situace na celém porodním sále a větší množství zúčastněných by mohl způsobit chaos, ale domnívám se, že právě situace, že si žena přeje родit v kruhu svých blízkých a ví, že by jí to v nemocnicích nebylo umožněno. I to může být důvodem, proč ženy volí nebezpečný a riskantní porod doma.

V převážné většině porodnic v České republice se za přítomnost partnera u porodu platí. Částka se liší, ale většinou se pohybuje okolo 500 Kč. Myslím si, že poplatek za možnost být s rodičkou ve chvílích, kdy to nejvíce potřebuje, je neetický. Během mé stáže ve Finsku, jsem měla možnost se účastnit velké řady porodních procesů, a přítomnost partnera, či jiné osoby rodičce blízké, je zde považována za

samozřejmost, za kterou se v žádném případě neplatí. Myslím si, že je to správné, a že by to tak mělo být i u nás.

1.8 Specifika práce porodních asistentek

Už v úvodu bylo zmíněno, že odpradáвна pomáhaly ženě při porodu ženy, které již samy rodily. Později se jim začalo říkat porodní báby. Takzvané babictví je snad - s trochou nadsázky - nejžněšnější povolání vůbec a můžeme prohlásit, že je staré jako lidstvo samo (53).

I v moderní době stále přetrvává zvláštní postavení profese, která má za úkol o tento "jiný" stav ženy pečovat.

Porodní asistentka nekonkuruje lékaři, ale spolupracuje s ním a jejich péče o rodičku se vzájemně doplňuje. Porodní asistentky působí v těhotenských poradnách, v soukromých gynekologických ordinacích, na porodních sálech. Pracují i soukromě - vedou těhotenské kurzy, cvičení či provádějí návštěvní službu (61).

V EU je porodní asistentka zcela samozřejmou součástí systému zdravotní péče a rovnocennou partnerkou-spolupracovnicí lékaře-gynekologa. Každý z nich, lékař i porodní asistentka, má v systému zdravotní péče své místo. Porodní asistentka pečuje o ty ženy, které nemají komplikace. Součástí jejího vzdělávání je umění rozpoznat abnormální stavy tak, aby byla schopna včas zprostředkovat péči lékaře.

Zmiňovaný Sorános z Efesu, asi 100 let před naším letopočtem popsal porodní asistentku jako ženu gramotnou, duchaplnou, obdařenou dobrou pamětí, pracovitou, počestnou a bez smyslových vad. Má mít zdravé končetiny, silné tělo a dlouhé štíhlé prsty s krátkými nehty. Má být klidné povahy, střízlivá, bez předsudků a nemá být chtivá peněz, aby neposkytovala látky vyvolávající potrat za úplatu (61). Dneska je porodní asistentka vnímána jako „... žena moudrá a vzdělaná. Teoretické poznatky získá ve škole, praktické dovednosti ve škole a v klinické praxi. Moudrost je výsledkem jejích morálních vlastností, mírou empatie a také hloubkou znalostí a dovedností, které si neustále doplňuje“ (53).

Ať již byla profese porodní asistentky v různých dobách popisována jakkoliv, bezesporu je to jedno z nejkrásnějších povolání, přinášejících naplnění a uspokojení.

2. CÍLE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce:

Cíl 1: Zjistit odlišnosti při vnímání úzkosti a strachu u prvorodiček a vícero diček

Cíl 2: Zjistit jak ovlivňuje přístup zdravotnického personálu k rodičce její prožívání porodu

Cíl 3: Zjistit jak ovlivňuje informovanost rodiček o porodu jeho prožívání

2.2 Hypotézy

H1: Prvorodičky prožívají při porodu více úzkosti než vícero dičky

H2: Prvorodičky prožívají při porodu více strachu než vícero dičky

H3: Přístup zdravotnického personálu k rodičce ovlivňuje její prožívání porodu

H4: Informovanost rodiček o průběhu porodu pozitivně ovlivňuje jeho prožívání

2.3 Výzkumné otázky

1: Jaké jsou příčiny úzkosti a strachu rodiček během porodu?

2: Jak vnímají rodičky úzkost v přítomnosti partnera během porodu?

3: Jak vnímají rodičky strach v přítomnosti partnera během porodu?

3. METODIKA

3.1 Metodika práce

Výzkumnou metodou této bakalářské práce byla zvolena kombinace kvantitativního a kvalitativního šetření mezi respondentkami ve třech porodnicích z různých krajů České republiky.

Cílovou skupinou jsou ženy první den po porodu. K ověření hypotéz byl použit kvantitativní výzkum pomocí anonymního nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce. K ověření kvalitativních výzkumných otázek byl použit rozhovor a pozorování.

Předmětem této práce je interpretace výsledků z kvantitativního i kvalitativního šetření. Výsledky budou využitelné převážně pro zdravotnický personál na porodním sále, pro další rozvoj a zlepšení vztahů mezi rodičkou a zdravotnickým personálem.

K vyhodnocení dat byla použita metoda statistického zpracování pomocí počítačového programu SPSS. Data byla zpracována procentuálně a jsou znázorněna ve formě tabulek a grafů.

Pro kvalitativní část výzkumu byl použit scénář rozhovoru (viz příloha 1), který byl zaměřený na zjišťování pocitů strachu a úzkosti v těhotenství a při porodu. Samotný rozhovor trval v průměru 30 minut v době, kdy respondentky měly dostatek času a klidu. Rozhovor byl zaměřen na pocity během porodu a to jak pozitivní, tak negativní. Rozhovor byl doplněn pozorováním, kdy bylo sledováno, zda verbální projev respondentek souhlasí s projevem neverbálním a díky projevům respondentek bylo možné určit i hloubku prožitku a to, jaký mu přisuzují význam.

Pro kvantitativní výzkum byl použit dotazník vlastní konstrukce (viz příloha 2), který byl zaměřený na zjišťování psychosociálních stavů respondentek v těhotenství a při porodu a byl sestaven na základě informací získaných z odborné literatury zabývající se problematikou faktorů ovlivňujících prožívání těhotenství a porodu a na základě vlastních zkušeností z práce s těhotnými ženami.

Dotazník obsahuje 27 otázek, byl sestaven z otázek otevřených, polootevřených a uzavřených. Dále obsahuje otázky filtrační, identifikační a výzkumné. Průměrně vyplnění dotazníku trvalo 20 minut.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Vlastní výzkum probíhal od února do března ve třech porodnicích a to v Ústavu Mateřství Fakultní Thomayerovy nemocnice v Praze (ÚM FTN), na gynekologicko-porodnickém oddělení v Nemocnici Příbram a.s. (NP) a v Nemocnici České Budějovice a.s. (NCB). Ženy byly vybírány náhodně, byly osloveny a požádány o spolupráci během jejich hospitalizace první den po porodu na oddělení šestinedělí.

Kvalitativní část byla realizována v NCB a ÚM FTN a proběhla formou hloubkových rozhovorů s respondentkami podle předem připraveného scénáře. Délka rozhovoru byla přibližně 30 minut. Součástí kvalitativní části bylo pozorování, kterým mimo jiné bylo ověřováno, zda subjektivní pocity respondentek je možné objektivizovat. Soubor tvoří 16 rozhovorů s respondentkami první den po porodu. Z celkového počtu rodilo 7 respondentek poprvé, 6 podruhé a 3 potřetí. 2 respondentky rodily císařským řezem. Jednou se jednalo o plánovaný císařský řez, jednou o akutní. Partnera u porodu mělo 12 respondentek což je 75 %.

Výsledky kvalitativního šetření není možné kvantifikovat, proto budou předmětem diskuze.

Před zahájením kvantitativního výzkumu byla provedena v ÚM FTN pilotní studie u dvanácti respondentek, s cílem ověřit si vhodnost a srozumitelnost jednotlivých položek dotazníku pro kvantitativní část, zjistit časovou náročnost při vyplňování dotazníků a ochotu žen na výzkumu spolupracovat. Při pilotáži bylo zjištěno, že ženy jsou ochotny spolupracovat, nemají žádné problémy týkající se nepochopení či nesrozumitelnosti položených otázek a časová náročnost vyplňování dotazníků je do 20ti minut. V ÚM FTN jsem předávala dotazníky respondentkám osobně, v NP předávala dotazníky ženám vrchní sestra.

Jak již bylo řečeno během kvantitativního výzkumu bylo pracováno se dvěma základními soubory, souborem matek z ÚM FTN a souborem matek z NP. Po vzájemném porovnání těchto dvou základních souborů nebyly zjištěny žádné významnější odchylky. Tyto dva soubory lze tímto považovat za homogenní, a proto byly spojeny v jeden. Z celkového počtu 135 rozdaných dotazníků bylo získáno 126 dotazníků. Celková návratnost dotazníků byla 93,3 %. Celková interpretace výsledků vychází z počtu 126 respondentek.

4. VÝSLEDKY

4.1 Kvalitativní výzkum - analýza rozhovorů

Tabulka 1: Četnost porodu

Po kolikáté jste porodila?	
poprvé	7
podruhé	6
potřetí	3

Rozhovor byl prováděn nejčastěji s ženami, které rodily poprvé (7). Dále s 6 ženami, které rodily podruhé a se 3 ženami, které rodily potřetí.

Tabulka 2: Rozdíl mezi strachem a úzkostí

Dokázala byste charakterizovat rozdíl mezi úzkostí a strachem?	
Ano	3
Ne	13

Převážná většina respondentek (13) nedokázala charakterizovat rozdíl mezi úzkostí a strachem. Rozdíl znaly pouze 3 respondentky.

Tabulka 3: Důvody strachu během porodu

Jaké byly důvody strachu během porodu?	
strach z komplikací	5
strach o dítě	3
strach z bolesti	2
zda to zvládne	1
z přístupu personálu	1

Nejčastější uváděnou příčinou strachu během porodu byl strach z komplikací, uvedlo 5 respondentek. Strach o dítě uvedly 3 respondentky, strach z bolesti 2 respondentky. Ostatní uváděné důvody viz tabulka 3.

Tabulka 4: Přítomnost partnera u porodu

Byl přítomen Váš partner u porodu?	
Ano	12
Ne	4

Z celkového počtu respondentek, se kterými byl dělán rozhovor jich 12 mělo u porodu partnera. Pouze 4 respondentky byly u porodu bez partnera, tedy samy.

Tabulka 5: Partner jako opora u porodu

Jestli ano, byl pro Vás pomocí a oporou?	
Ano	10
Ne	2

Z 12 žen, které měly u porodu partnera 10 uvedlo, že pro ně byl pomocí a oporou. Pro 2 respondentky pomocí a oporou nebyl.

Tabulka 6: Partnera u dalšího porodu

Přála byste si partnera i u dalšího porodu?	
Ano	14
Ne	2

Celkem 14 respondentek by si u dalšího porodu partnera přály, pouze 2 by raději zůstaly opět samy.

Tabulka 7: Vliv přítomnosti partnera u porodu na prožívání strachu respondentek

Myslíte si, že přítomnost partnera u porodu (by) snížila Váš strach při porodu?	
Ano	13
Ne	3

Většina respondentek (13) si myslí, že přítomnost partnera dokáže snížit strach během porodu. 3 respondentky si to nemyslí.

Tabulka 8: Vliv přítomnosti partnera u porodu na prožívání úzkosti respondentek

Myslíte si, že přítomnost partnera u porodu (by) snížila Váš úzkost při porodu?	
ano	12
ne	4

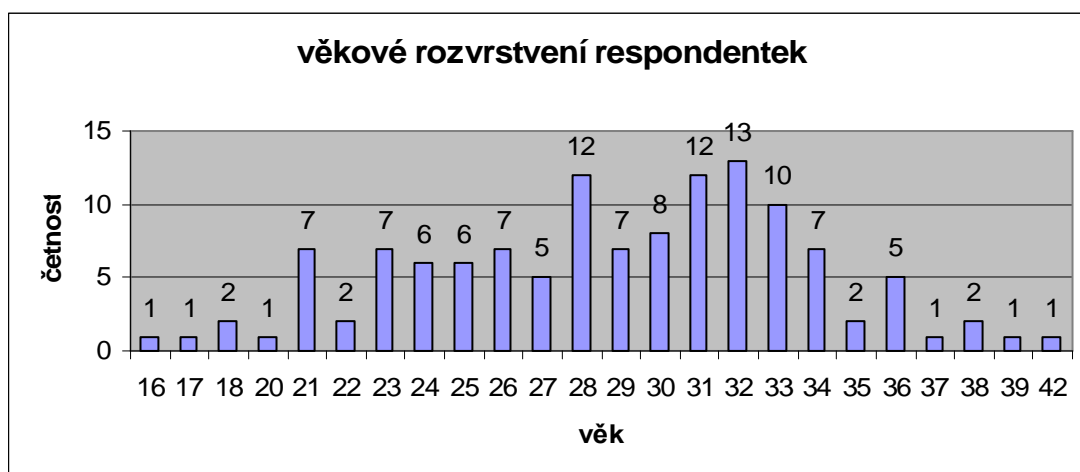
Většina respondentek (12) si myslí, že přítomnost partnera dokáže snížit úzkost během porodu. 4 respondentky si to nemyslí.

4.2 Kvantitativní výzkum

4.2.1 Interpretace výsledků kvantitativního souboru

Položka č. 1 - Věk respondentek

Graf 1: Věkové rozvrstvení respondentek



Průměrný věk respondentek byl 29 let, věkový rozptyl respondentek byl od 16 do 42 let. Podrobnosti o věkovém rozvrstvení respondentek lze vyčíst z grafu.

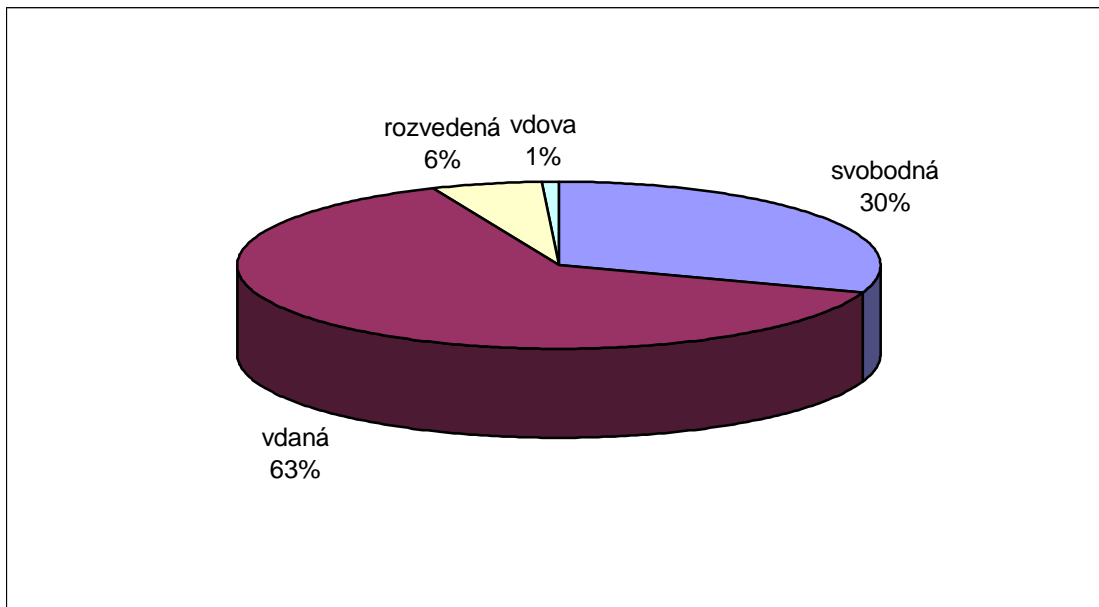
Tabulka 9: Věk respondentek - kategorie

Věk - kategorie		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	16-25	33	26,2	26,2	26,2
	26-30	39	31,0	31,0	57,1
	31-35	44	34,9	34,9	92,1
	36-42	10	7,9	7,9	100,0
	Total	126	100,0	100,0	

Pro větší přehlednost byly respondentky rozděleny do následujících kategorií: Kategorie mladší 25 let - 33 respondentek (26,2 %), kategorie od 26 do 30 let - 39 respondentek (31 %), kategorie od 31 do 35 let - 44 respondentek (34,9 %) a na kategorii starší 36 let - 10 respondentek (7,9 %). Podrobnosti lze vyčíst z tabulky 9.

Položka č. 2 - Rodinný stav respondentek

Graf 2: Rodinný stav respondentek

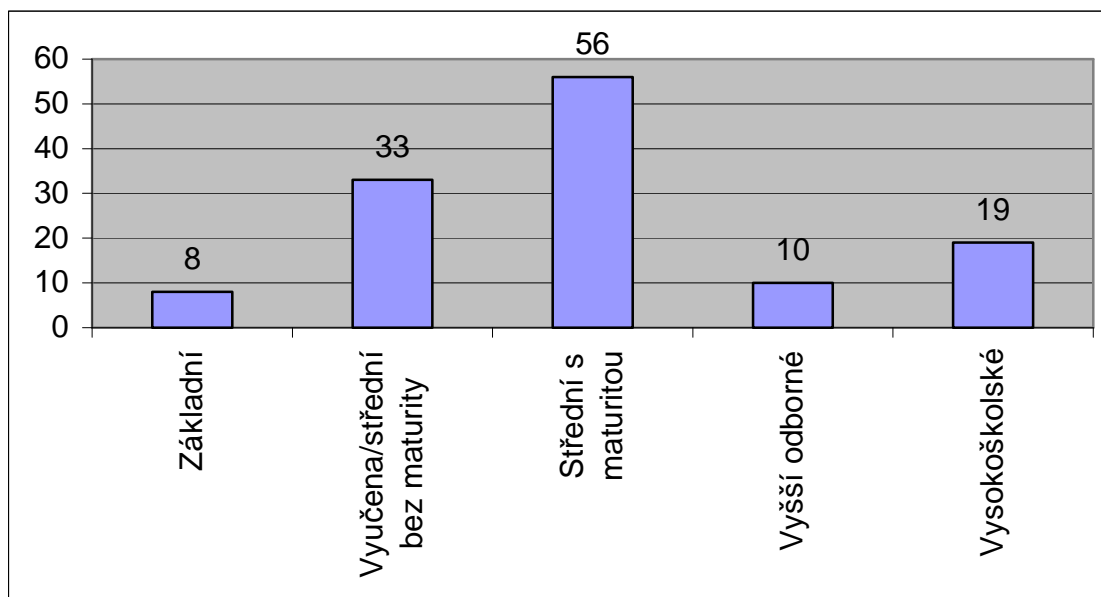


Ve sledovaném souboru bylo 80 respondentek vdaných (63,5 %), 38 respondentek svobodných (30,2 %), 7 respondentek bylo rozvedených (5,6 %) a 1 respondentka byla vdova (0,8 %).

Položka č. 3 - Vzdělání respondentek

Tabulka i graf znázorňují vzdělání respondentek sledovaného souboru. Z grafu 3 lze vyčíst četnost, v tabulce 10 jsou uvedena zároveň i procenta.

Graf 3: Vzdělání respondentek



Tabulka 10: Vzdělání respondentek

Vzdělání		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	základní	8	6,3	6,3	6,3
	vyučení / střední bez maturity	33	26,2	26,2	32,5
	střední s maturitou	56	44,4	44,4	77,0
	vyšší odborné	10	7,9	7,9	84,9
	vysokoškolské	19	15,1	15,1	100,0
	Total	126	100,0	100,0	

Základní vzdělání mělo 8 respondentek (6,3 %), 33 respondentek bylo vyučeno nebo mělo střední vzdělání bez maturity (26,2 %), 56 respondentek mělo vzdělání střední s maturitou (44,4 %), 10 respondentek mělo vyšší odborné vzdělání (7,9 %) a 19 respondentek mělo vzdělání vysokoškolské (15,1 %).

Položka č. 4 – Pohlaví dítěte

Tabulka 11: Pohlaví dítěte

Narodilo se Vám:		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	děvče	63	48,5	48,5	48,5
	hoch	59	45,4	45,4	93,8
	dvojčata	8	6,2	6,2	100,0
	Total	130	100,0	100,0	

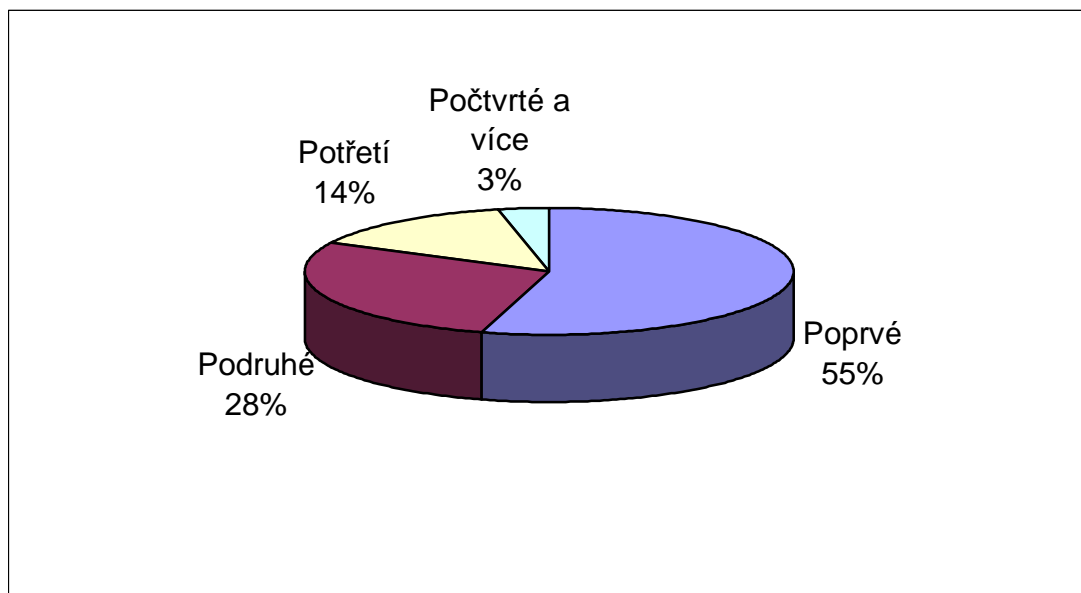
Tabulka 12: Celkový počet děvčat a chlapců

Narodilo se Vám:		Count	Column %
	děvče	66	50,8
	hoch	64	49,2
Total		130	100,0

Děvče se narodilo 63 respondentkám (48,5 %), 59 respondentkám se narodil hoch (45,4 %). Z celkového souboru měly 4 respondentky dvojčata – viz tabulka 11. Ve třech případech se jednalo o holčičku a chlapečka, v jednom případě o dva chlapce. Při zpracování tedy celkový počet v této otázce není 126, ale 130 – viz tabulka 12.

Položka č. 5 – Četnost porodu

Graf 4: Pokolikáté respondentka porodila



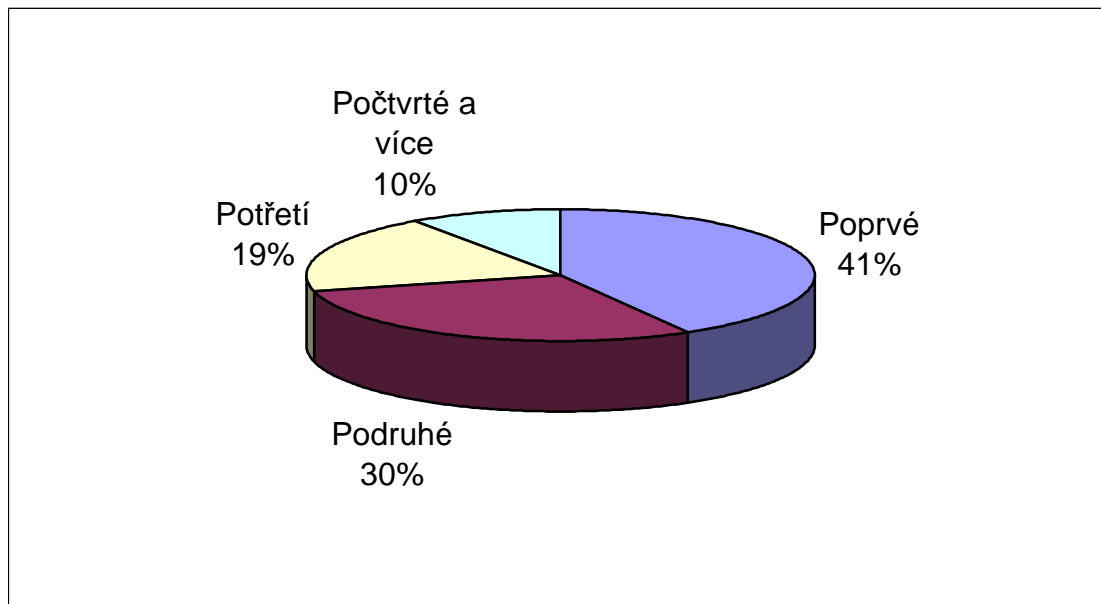
Tabulka 13: Počet porodů

Po kolikáté jste nyní porodila?		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative a Percent
Valid	poprvé	68	54,6	54,4	54,4
	podruhé	35	27,8	28,0	82,4
	potřetí	18	14,3	14,4	96,8
	počtvrté a více	4	3,2	3,2	100,0
	Total	125	99,2	100,0	
Missing	neuvedeno	1	0,8		
Total		126	100,0		

Poprvé rodilo 68 respondentek (54,6 %), podruhé 35 respondentek (27,8%), potřetí 18 respondentek (14,3 %) a počtvrté a více rodily 4 respondentky (3,2 %). Jedna respondentka na otázku neodpověděla. Z grafu je zřejmé procentuální rozložení, v tabulce je uvedena i četnost.

Položka č. 6 - Pokolikáté byla respondentka těhotná

Graf 5: Pokolikáté byla respondentka těhotná



Tabulka 14: Počet těhotenství

Pokolikáté jste byla těhotná?		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	poprvé	52	41,3	41,6	41,6
	podruhé	37	29,4	29,6	71,2
	potřetí	24	19,0	19,2	90,4
	počtvrté a více	12	9,5	9,6	100,0
	Total	125	99,2	100,0	
Missing	neuvedeno	1	0,8		
Total		126	100,0		

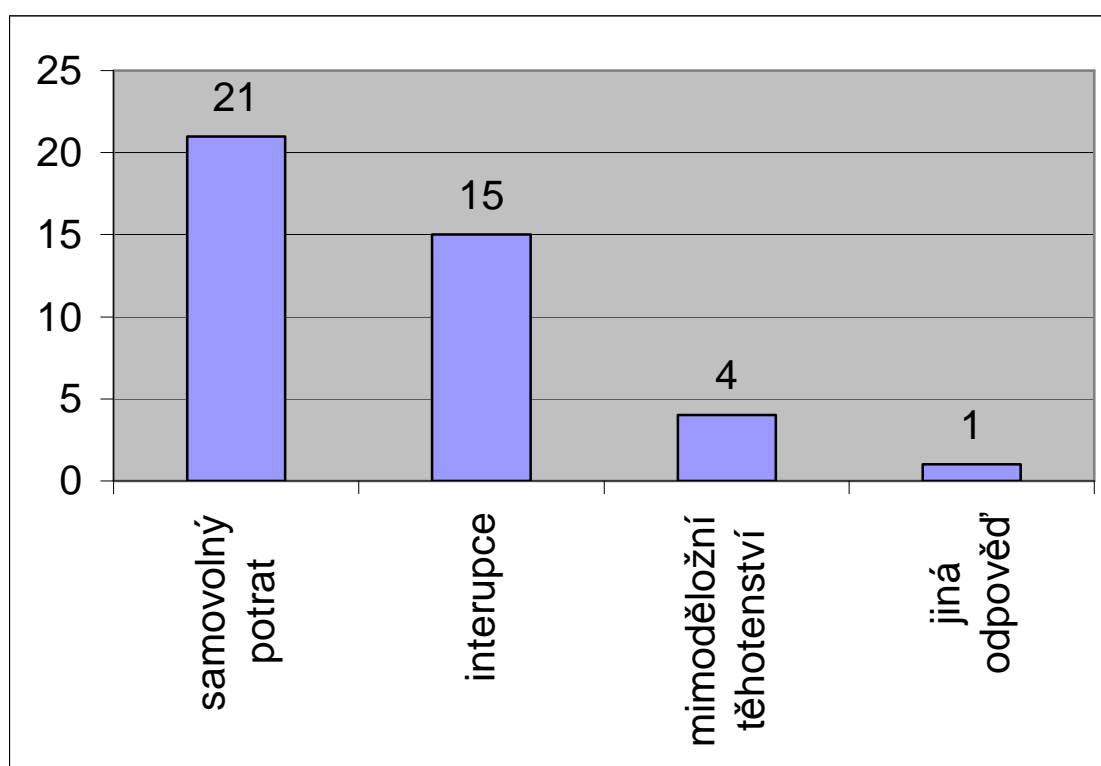
První těhotenství uvádí 52 respondentek (41,3 %), po druhé těhotných bylo 37 respondentek (29,4 %), potřetí bylo těhotných 24 respondentek (19 %) a 12 respondentek uvedlo, že byly těhotné po čtvrté a více (9,5 %). Jedna respondentka na otázku neodpověděla.

Položka č. 6a – Důvod ukončení neúspěšného těhotenství

Tabulka 15: Důvod ukončení neúspěšného těhotenství

Jaký byl důvod ukončení předchozích těhotenství mimo porody:		Count	Column %
\$q6	samovolný potrat	21	51,2
	mimoděložní těhotenství	4	9,8
	Interupce	15	36,6
	jiná odpověď	1	2,4
Total		41	100,0

Graf 6: Důvod ukončení neúspěšného těhotenství



Z celkového počtu respondentek (41), které měly v anamnéze neúspěšné těhotenství 21 z nich označilo důvod samovolný potrat (51,2 %), u 4 respondentek se jednalo o mimoděložní těhotenství (9,8 %), 15 respondentek bylo na interrupci (36,6 %) a jedna respondentka uvedla jiný důvod. Celkově 61% respondentek neukončily těhotenství z vlastní vůle.

Položka č. 7- Porodní plán

Tabulka 16: Porodní plán

Měla jste připravený porodní plán?		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	12	9,5	9,6	9,6
	ne	113	89,7	90,4	100,0
	Total	125	99,2	100,0	
Missing	neuveдено	1	0,8		
Total		126	100,0		

Porodní plán mělo k porodu připraveno 12 respondentek (9,5 %), 113 respondentek uvedlo, že porodní plán připravený neměla (89,7 %). Jedna respondentka na otázku neodpověděla.

Položka č. 7a – Význam porodního plánu

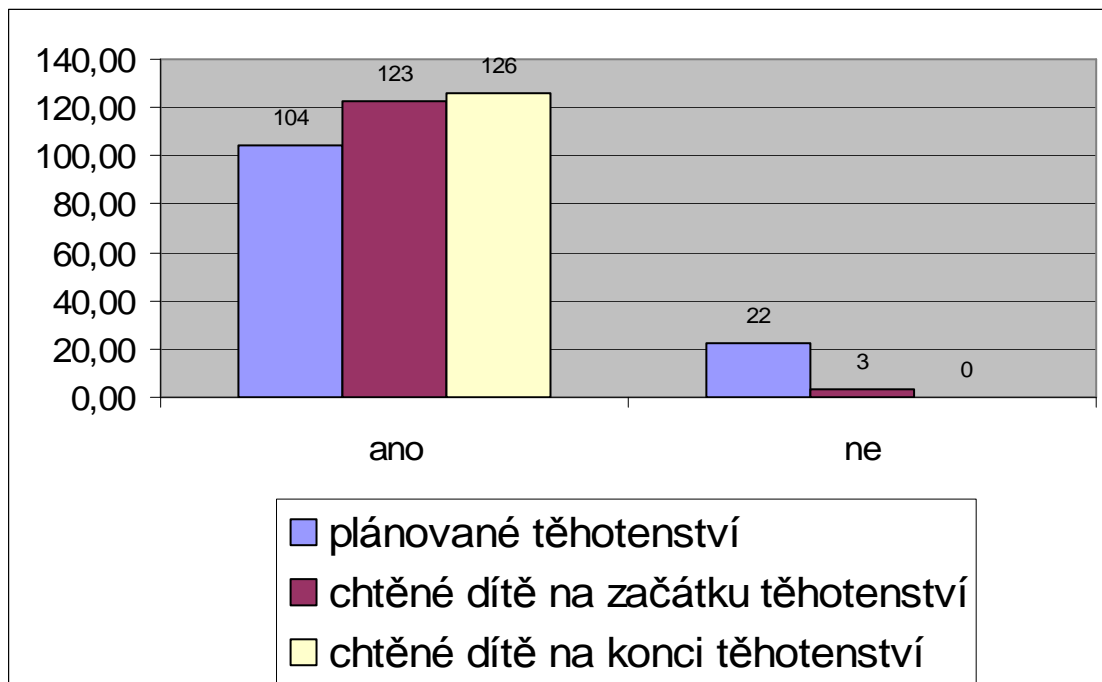
Tabulka 17: Význam porodního plánu

Připravený porodní plán:		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	vám pomohl	4	3,2	33,3	33,3
	byl splněn	4	3,2	33,3	66,7
	byl částečně splněn	3	2,4	25,0	91,7
	jiná odpověď	1	0,8	8,3	100,0
	Total	12	9,5	100,0	
Missing	System	114	90,5		
Total		126	100,0		

Respondentky, které uvedly, že měly připravený porodní plán pokračovaly na položku 7a, která zjišťovala, jaký měl připravený porodní plán pro ně význam. Z 12 respondentek s porodním plánem 4 uvedly, že jim porodní plán pomohl při porodu (33,3 %), u 4 respondentek porodní plán byl splněn (33,3 %), u 3 respondentek byl částečně splněn (25 %). Jedna respondentka uvedla jinou odpověď. Odpověď, že porodní plán nebyl splněn a nepomohl se vůbec nevyskytla.

Položka č. 8 – Plánování těhotenství

Graf 7: Plánované a chtěné dítě



Tato položka byla v dotazníku rozdělena na tři části. Zda bylo těhotenství plánované či neplánované a zda bylo na začátku a na konci těhotenství chtěné či nechtěné. Plánované těhotenství uvádí 104 respondentek (82,5 %), neplánované těhotenství uvádí 22 respondentek (17,5 %). U 123 respondentek bylo na začátku těhotenství chtěné (97,6 %), na konci bylo těhotenství chtěné ve 100%.

Položka č. 9 - Délka trvání porodu

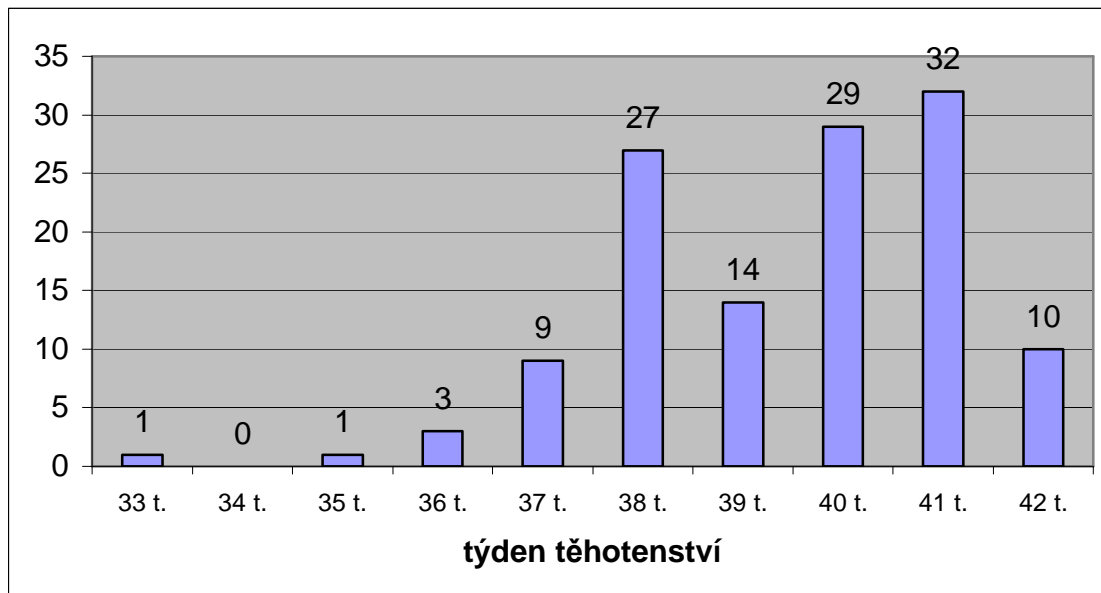
Tabulka 18: Délka trvání porodu

Od pravidelných kontrakcí trval Váš porod:		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	do 3 hodin	37	29,4	29,6	29,6
	do 6 hodin	36	28,6	28,8	58,4
	do 12 hodin	24	19,0	19,2	77,6
	nad 12 hodin	13	10,3	10,4	88,0
	jiná odpověď	15	11,9	12,0	100,0
	Total	125	99,2	100,0	
Missing	neuvedeno	1	0,8		
Total		126	100,0		

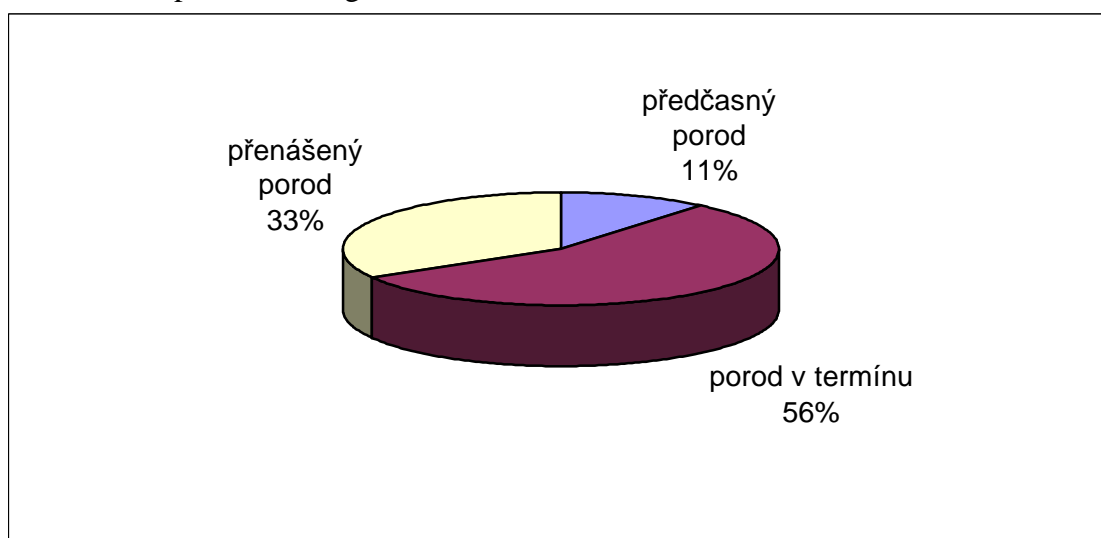
Z hlediska délky porodu nemá význam členit porod po jednotlivých hodinách, proto jsem stanovila 5 kategorií: 1. kategorie – krátký porod do 3 hodin, 2. kategorie – do 6 hodin, 3. kategorie do 12 hodin a 4. kategorie – porod nad 12 hodin. Poslední kategorie – jiné. Tu označily převážně respondetky s plánovaným císařským řezem, kdy není možné určit délku porodu. U 37 respondentek (29,4 %) trval porod do 3 hodin, u 36 respondentek (28,6 %) trval porod od 3 do 6 hodin, u 24 respondentek (19 %) trval porod od 7 do 12 hodin, u 13 respondentek (10,3 %) trval porod nad 12 hodin. 15 respondentek (11,9 %) označilo jinou odpověď. V tabulce jsou uvedené četnosti seřazené podle délky trvání porodu.

Položka č. 10 - Týdnu těhotenství, ve kterém respondentka porodila

Graf 8: Týden těhotenství, ve kterém respondentky porodily a jejich počet



Graf 9: Doba porodu - kategorie



Celkový rozptyl týdne porodu u respondentek byl od 33 do 42 týdne těhotenství. Četnost v jednotlivých týdnech lze vyčíst z grafu 8. Pro přehlednost byly respondentky rozděleny do tří kategorií. Na respondentky které rodily předčasně, v termínu a na ty, které přenášely. Procentuálně je to uvedeno v grafu 9.

Položka č. 11 - Způsob ukončení porodu

Tabulka 19: Způsob ukončení porodu

Způsob ukončení porodu:		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	spontánní	92	73,0	73,6	73,6
	císařský řez plánovaný	10	7,9	8,0	81,6
	císařský řez akutní	19	15,1	15,2	96,8
	klešťový porod	3	2,4	2,4	99,2
	jiná odpověď	1	0,8	0,8	100,0
	Total	125	99,2	100,0	
Missing	neuvedeno	1	0,8		
Total		126	100,0		

U 92 respondentek (73 %) byl porod ukončen spontánně, u 10 respondentek (7,9 %) byl proveden plánovaný císařský řez, u 19 respondentek (15,1 %) byl proveden císařský řez akutní a u 3 respondentek (2,4 %) byl proveden klešťový porod. Jedna respondentka uvedla jinou možnost, jedna respondentka na otázku neodpověděla. Podrobnosti jsou uvedeny v tabulce 19.

Položka č. 12 - Přítomnost blízké osoby u porodu respondentek

Tabulka 20: Přítomnost partnera u porodu

Kdo z Vašich blízkých byl u porodu přítomen?		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	byla u porodu sama	29	23,0	23,0	23,0
	partner	92	73,0	73,0	96,0
	jiná osoba Vám blízká	5	4,0	4,0	100,0
	Total	126	100,0	100,0	

Přítomnost partnera u porodu uvedlo 92 respondentek (73%), přítomnost další blízké osoby uvedlo 5 respondentek (4 %), jen 29 respondentek (23 %) nemělo u porodu žádnou blízkou osobu. Četnost je uvedena v tabulce 20.

Položka č. 13 - Přítomnost této osoby u dalšího porodu

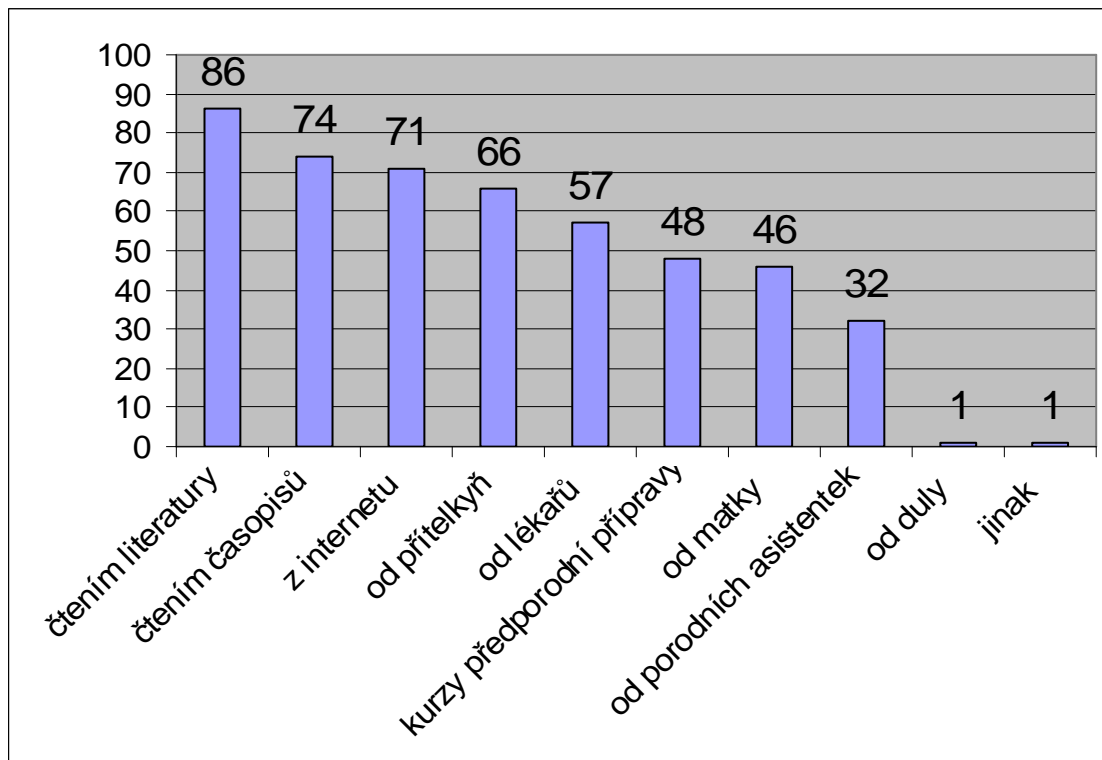
Tabulka 21: Přítomnost partnera či blízké osoby u dalšího porodu

Uvítala byste přítomnost této osoby u dalšího porodu?		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ano	93	73,8	93,0	93,0
	Ne	7	5,6	7,0	100,0
	Total	100	79,4	100,0	
Missing	neuvedeno	26	20,6		
Total		126	100,0		

Z počtu respondentek, které uvedly, že u porodu byla přítomna blízká osoba nebo partner (97) viz tabulka 20, by blízkou osobu u dalšího porodu uvítala většina z nich (93 respondentek). Pouze 4 respondentky by u dalšího porodu tuto osobu nechtěly. Z počtu respondentek, které rodily bez přítomnosti blízké osoby (29) naopak 3 respondentky uvedly, že by příště tuto možnost rády využily, ačkoli v dotazníku nebyla tato možnost odpovědi uvedena.

Položka č. 14 - Jakým způsobem získávaly respondentky informace o těhotenství, porodu a šestinedělí

Graf 10: Způsob získávání informací



Tabulka 22: Způsob získávání informací

Jakým způsobem jste získávala informace o těhotenství, porodu a šestinedělí:		Count	Column %
\$q14	Čtením literatury	86	68,3
	Čtením časopisů	74	58,7
	Kurzy předporodní přípravy	48	38,1
	Od matky	46	36,5
	Od přítelkyň	66	52,4
	Od lékařů	57	45,2
	Od porodních asistentek	32	25,4
	Z internetu	71	56,3
	Od duly	1	0,8
	Jinak	1	0,8
	Total	126	382,5

Respondentky mohly v této otázce označit více možností z nabídnutých odpovědí. Čtením literatury získávalo informace 86 respondentek (68,3 %), čtením časopisů získávalo informace 74 respondentek (58,7 %), 48 respondentek získávalo informace v kurzech předporodní přípravy (38,1 %), od matky získávalo informace 46 respondentek (36,5 %), od přítelkyň získávalo informace 66 respondentek (52,4 %), od lékařů získávalo informace 57 respondentek (45,2 %), od porodních asistentek získávalo informace 32 respondentek (25,4 %) z internetu získávalo informace 71 respondentek (56,3 %), od dudy získávala informace 1 respondentka (0,8 %). Jiným, než v otázce uvedeným způsobem, získávala informace 1 respondentka, která uvedla, že informace získávala z předchozího studia – jednalo se o porodní asistentku.

Položka č. 15 – Nejpřínosnější způsob získávání informací

Tato položka byla při vyhodnocování rozdělena na dvě části. Otázka byla otevřená a respondenty měly možnost vypsát libovolný počet různých způsobů získávání informací. V tabulce 23 je vyhodnocení, který způsob získávání informací měly respondenty napsány na prvním místě. V tabulce 24 jsou procentuálně vyhodnoceny všechny uvedené způsoby získávání informací.

Tabulka 23: První uvedený způsob získávání informací

Jaký způsob získávání informací byl pro Vás nejpřínosnější?		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Čtením literatury	30	23,8	23,8	23,8
	Čtením časopisů	8	6,3	6,3	30,2
	Kurzy předporodní přípravy	18	14,3	14,3	44,4
	Od matky	7	5,6	5,6	50,0
	Od přítelkyně	10	7,9	7,9	57,9
	Od lékařů	12	9,5	9,5	67,5
	Od porodních asistentek	5	4,0	4,0	71,4
	Z internetu	22	17,5	17,5	88,9
	Od doly	1	0,8	0,8	89,7
	Jinak	2	1,6	1,6	91,3
	Informace ze studií	1	0,8	0,8	92,1
	jiné	10	7,9	7,9	100,0
	Total	126	100,0	100,0	

Na prvním místě jako nejpřínosnější způsob získávání informací označilo literaturu 30 respondentek (23,8 %), internet označilo 22 respondentek (17,5 %), prenatální kurz označilo 18 respondentek (14,3 %), lékaře označilo 12 respondentek (9,5 %), kamarádky a přítelkyně označilo 10 respondentek (7,9 %), matku označilo 7 respondentek (5,6 %), porodní asistentku označilo pouze 5 respondentek (4 %), doly označila 1 respondentka, ale z celkového souboru byla jediná, kdo měla doly u porodu přítomnou, jiný způsob uvedlo 12 respondentek, a jedna respondentka uvedla na prvním místě informace získané z předchozího studia.

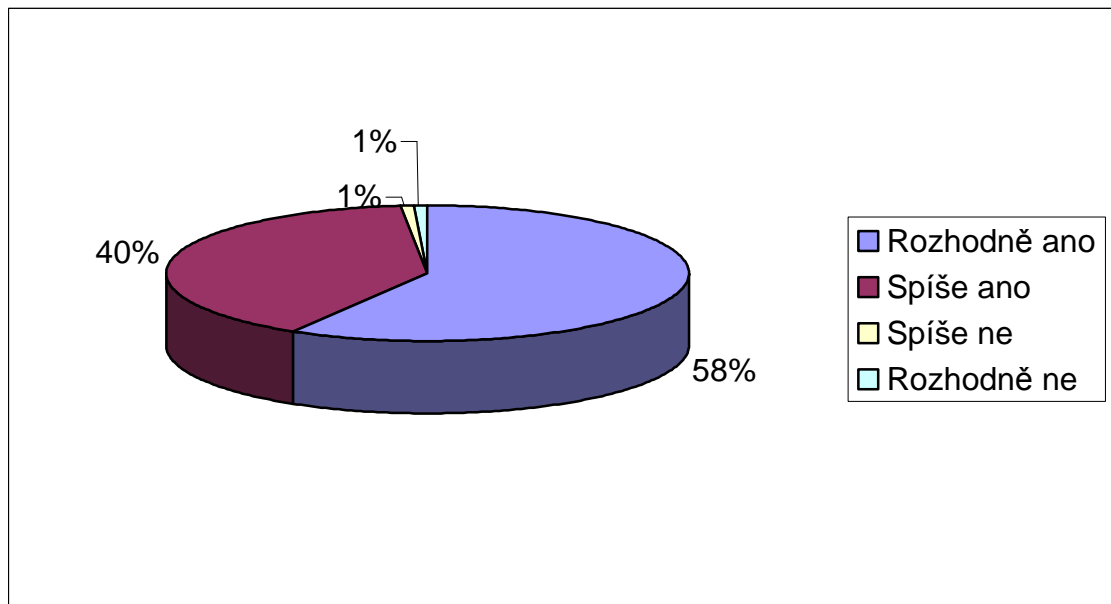
Tabulka 24: Nejpřínosnější způsob získávání informací

Jaký způsob získávání informací byl pro Vás nejpřínosnější?		Count	Column %
\$q15	Čtením literatury	41	32,5
	Čtením časopisů	18	14,3
	Kurzy předporodní přípravy	30	23,8
	Od matky	17	13,5
	Od přítelkyň	28	22,2
	Od lékařů	27	21,4
	Od porodních asistentek	13	10,3
	Z internetu	38	30,2
	Od dudy	1	0,8
	Jinak	3	2,4
	11	1	0,8
	99	10	7,9
Total		126	180,2

Celkově jako nejpřínosnější způsob získávání informací označilo literaturu 41 respondentek (32,5 %), čtení časopisů označilo 18 respondentek (14,3 %), internet označilo 38 respondentek (30,2 %), prenatální kurz označilo 30 respondentek (23,8 %). Lékaře označilo 27 respondentek (21,4 %), kamarádky a přítelkyně označilo 28 respondentek (22,2 %), matku označilo 17 respondentek (13,5 %), porodní asistentku označilo 13 respondentek (10,3 %).

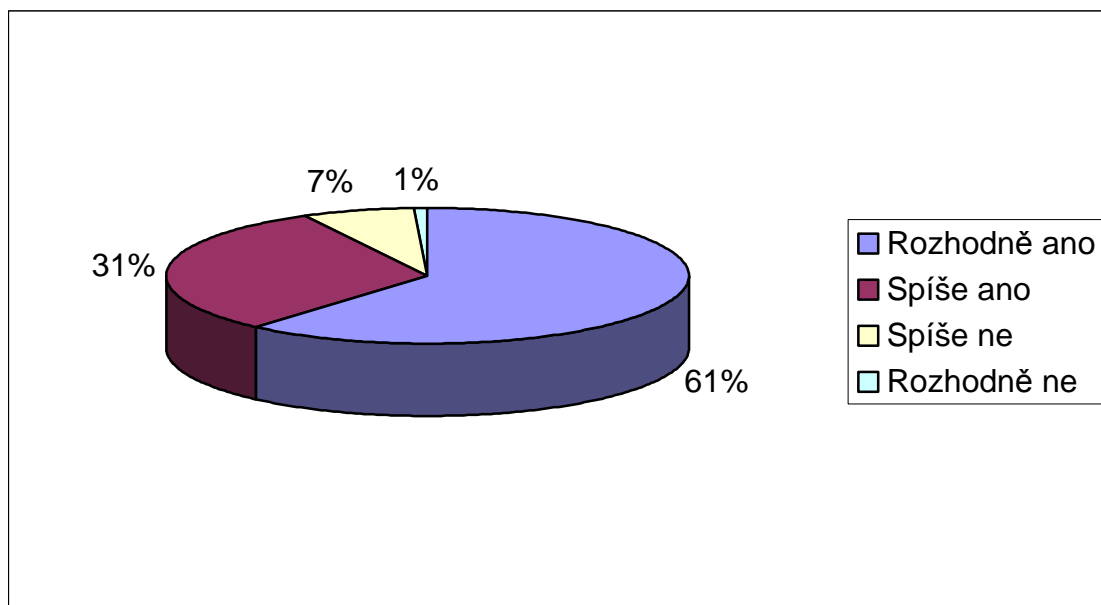
Položka č. 16 – Dostatek potřebných informací

Graf 11: Informovanost během těhotenství:



V kategorii týkající se informovanosti během těhotenství 58,7 % respondentek uvedlo, že rozhodně měly dostatek informací. Spíše dostatek informací mělo 39,7 % respondentek, spíše nedostatek informací uvedla pouze jedna respondentka a rozhodně měla nedostatek informací také 1 respondentka.

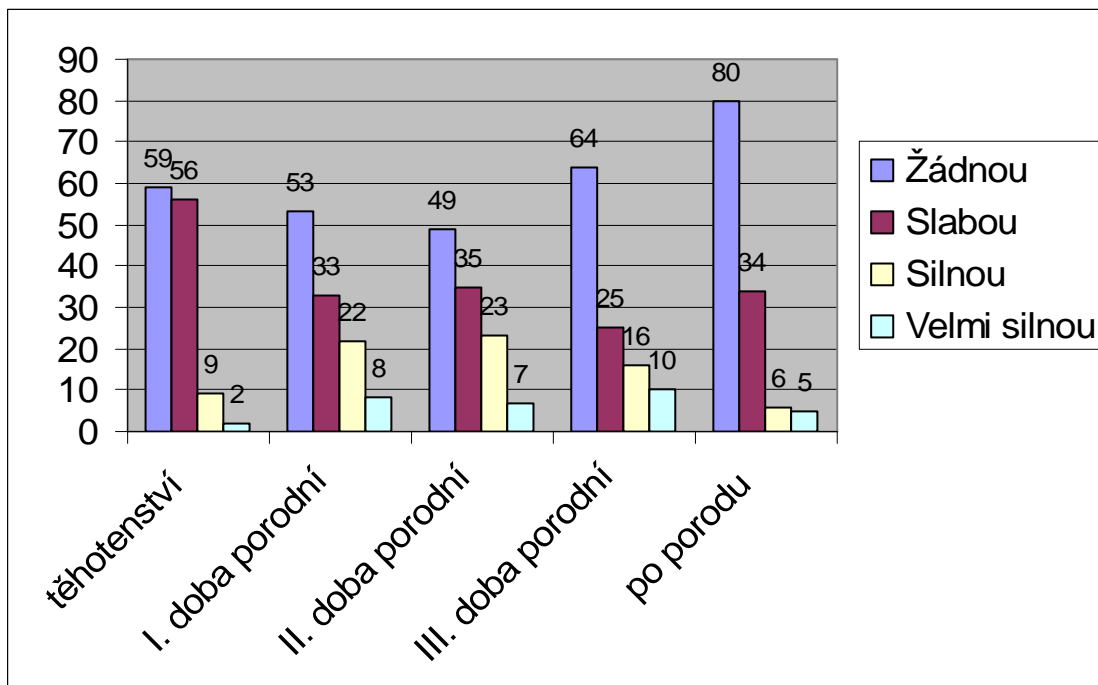
Graf 12: Informovanost během porodu:



V kategorii týkající se informovanosti během porodu 61 % respondentek uvedlo, že rozhodně měly dostatek informací, spíše dostatek informací mělo 31 % respondentek, spíše nedostatek informací uvedlo 7 % respondentek a rozhodně neměla dostatek informací 1 respondentka .

Položka č. 17 - Pocit úzkosti u respondentek

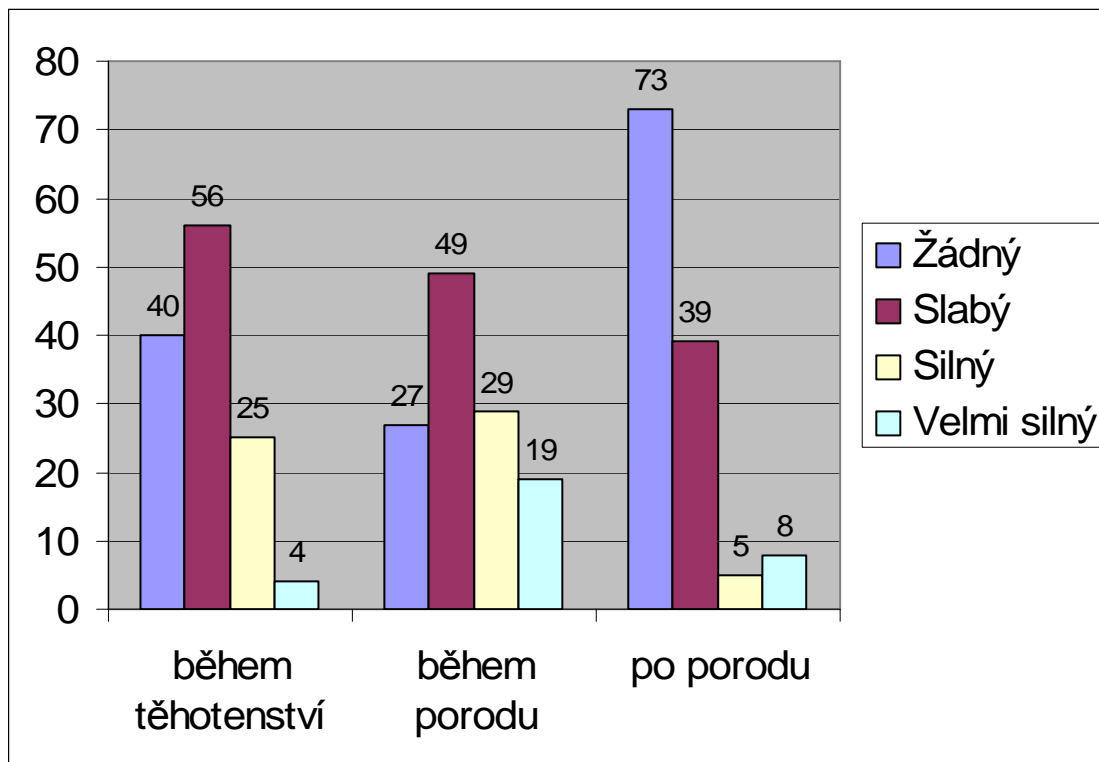
Graf. 13: Pocit úzkosti u respondentek v jednotlivých obdobích



Z grafu vyplývá, že žádnou úzkostí během těhotenství netrpělo 59 respondentek (46,83%), během I. doby porodní žádnou úzkost nepociťovalo 53 respondentek (42 %), během II. doby porodní 49 respondentek (38,9 %), během III. doby porodní 64 respondentek (50,8 %) a po porodu netrpělo žádnou úzkostí 80 respondentek (63,5 %). Slabou úzkost prožívalo v těhotenství 56 respondentek (44,4 %), během I. doby porodní slabou úzkost pocíťovalo 33 respondentek (26,19 %), během II. doby porodní 35 respondentek (27,8 %), během III. doby porodní 25 respondentek (19,4 %) a po porodu trpělo slabou úzkostí 34 respondentek (27 %). Silnou úzkost prožívalo v těhotenství 9 respondentek (7,14 %), během I. doby porodní 22 respondentek (17,5 %), během II. doby porodní 23 respondentek (18,3 %), během III. doby porodní 16 respondentek (12,7 %) a po porodu 6 respondentek (4,8 %). Velmi silnou úzkostí trpěly v těhotenství 2 respondentky (1,6%), během I. doby porodní 8 respondentek (6,4 %), během II. doby porodní 7 respondentek (5,6 %), během III. doby porodní 10 respondentek (7,9 %) a po porodu 5 respondentek (4%).

Položka č. 18 - Pocit strachu u respondentek a jejich důvody

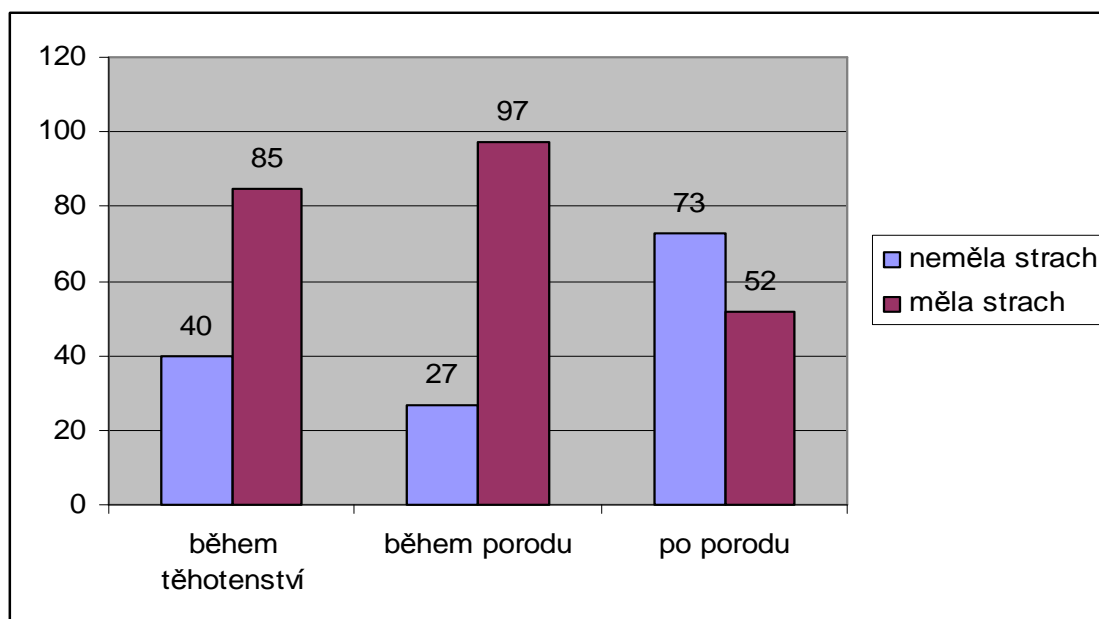
Graf 14: Pocit strachu u respondentek v jednotlivých obdobích



Žádný strach během těhotenství nepociťovalo 40 respondentek (31,75 %), během porodu žádný strach nepociťovalo 27 respondentek (21,43 %) a po porodu netrpělo žádným strachem, 73 respondentek (57,94 %). Slabý strach prožívalo v těhotenství 56 respondentek (44,4 %), během porodu 49 respondentek (38,89 %) a po porodu prožívalo slabý strach 39 respondentek (30,95 %). Silný strach prožívalo v těhotenství 25 respondentek (19,84 %), během porodu 29 respondentek (23,02 %) a po porodu 5 respondentek (3,97 %). Velmi silný strach pociťovaly v těhotenství 4 respondentky (3,17 %), během porodu 19 respondentek (15,08 %) a po porodu 8 respondentek (6,35 %).

Pro větší přehlednost byly sloučeny kategorie, kdy respondentka pociťovala jakoukoliv míru strachu (slabý strach, silný a velmi silný strach) na kategorii, která pociťovala v jednotlivých obdobích strach a druhou kategorií tvoří respondentky, které strach neměly. Názorně v grafu 15.

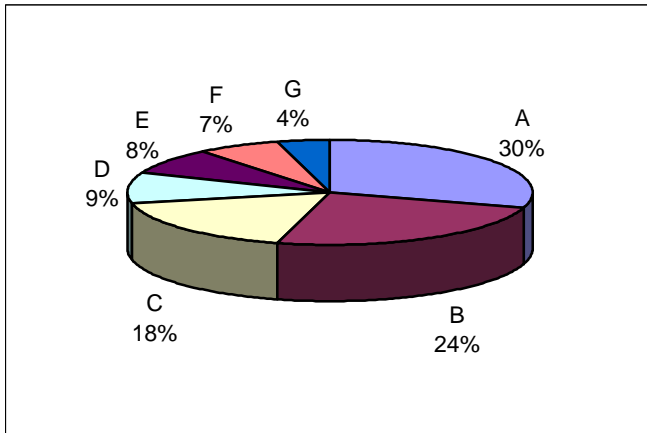
Graf 15: Pociť strachu u respondentek v jednotlivých obdobích – sloučené kategorie



Během těhotenství strach nemělo pouze 40 respondentek, během porodu se ještě počet respondentek, které strach neměly snížil na 27. Po porodu nemělo strach 73 respondentek. Naopak strachem trpělo během těhotenství 85 respondentek, během porodu 97 a po porodu počet respondentek, které pociťovaly strach klesnul na 52.

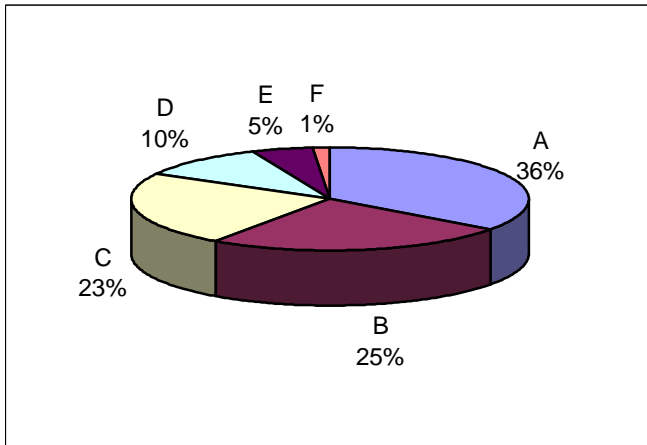
V případě, že respondentka pociťovala strach, uváděla také důvody, které jsou popsány v grafech 16, 17 a 18. Pro přehlednost byly položky v grafech označeny písmeny a v legendě jsou podrobněji popsány.

Graf 16: Důvody strachu během těhotenství



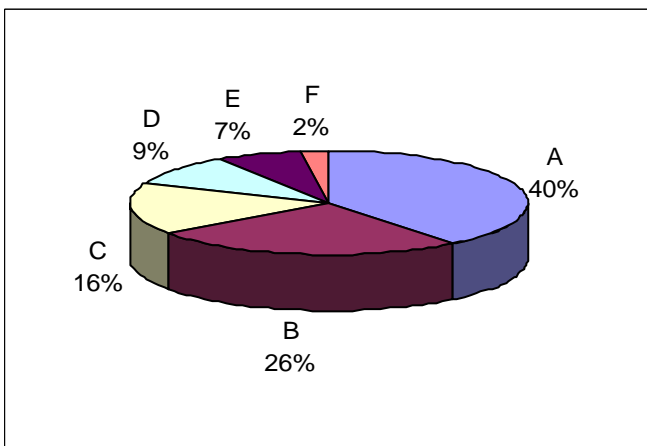
A = strach o zdraví miminka
B = z komplikací v těhotenství
C = strach z porodu
D = z vrozených vývojových vad
E = z předčasného porodu
F = abych to zvládla
G = jiné

Graf 17: Důvody strachu během porodu



A = strach z porodních komplikací
B = strach z bolesti
C = strach o dítě
D = abych vše zvládla
E = strach z neznámého
F = jiné

Graf 18: Důvody strachu po porodu

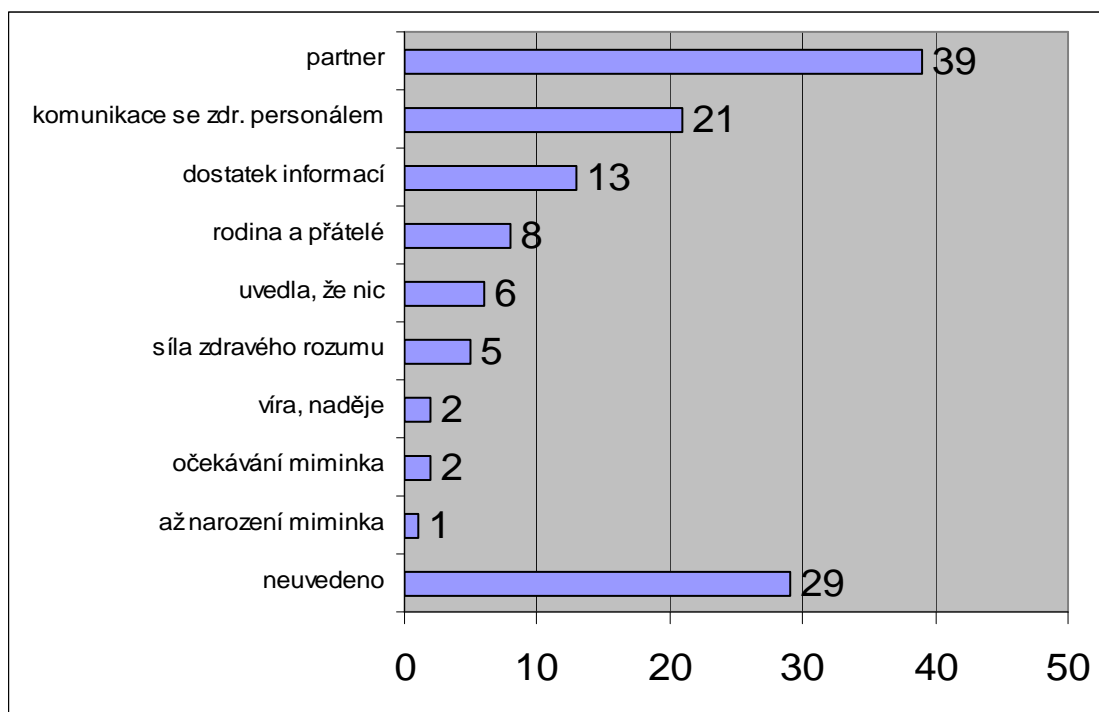


A = strach o dítě
B = strach z role matky
C = ze zotavení po porodu
D = strach z problémů s kojením
E = z nedostatku informací
F = jiné

Položka č. 19 – Skutečnosti, které respondentkám nejvíce pomohly zmírnit nebo odstranit pocity úzkosti a strachu.

Na tuto otázku odpovědělo 97 respondentek (77,0 %), 29 respondentek neodpovědělo (23 %). Jednotlivé odpovědi jsou zaznamenány v tabulce 25. Respondentky mohly uvést více odpovědí. Pro větší názornost odpovědí je uvedena tabulka i graf. V grafu je podpora porodních asistentek/sester a přístup lékařů sloučen do komunikace se zdravotnickým personálem.

Graf 19: Skutečnosti, které nejvíce pomohly odstranit pocity úzkosti a strachu



Tabulka 25: Skutečnosti, které nejvíce pomohly odstranit pocity úzkosti a strachu

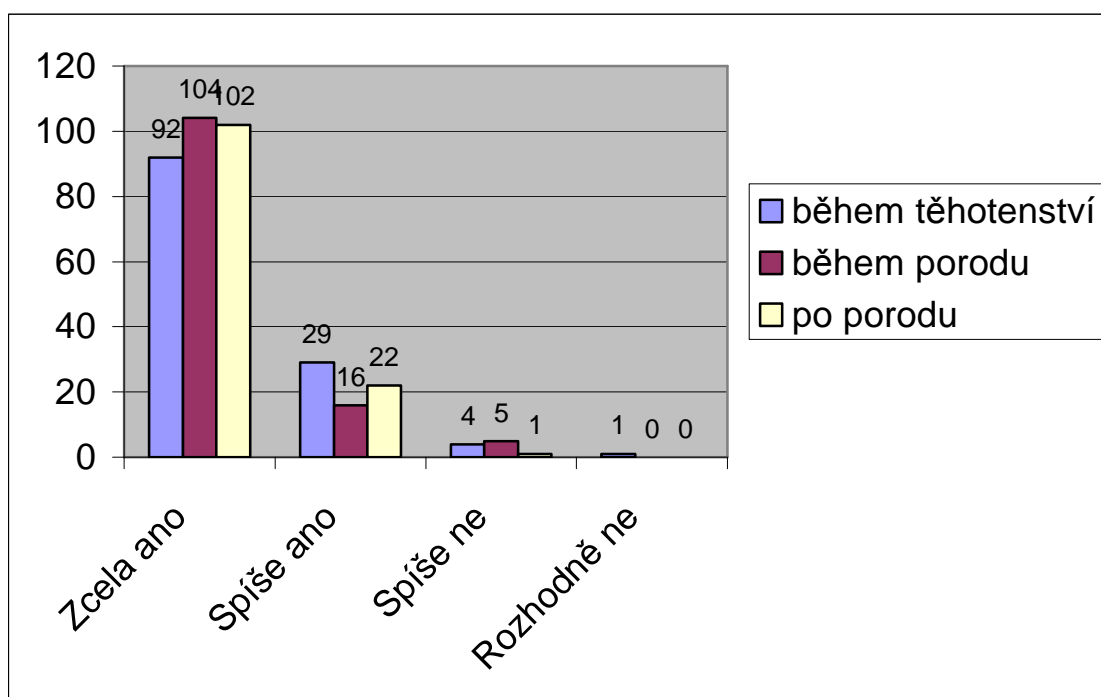
Co Vám nejvíce pomohlo zmírnit nebo odstranit tyto pocity?		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Partner	39	31,0	31,0	31,0
	Podpora asistentek	16	9,5	9,5	40,5
	Přístup lékařů	5	4,0	4,0	44,4
	Dostatek informací	13	10,3	10,3	54,8
	Rodina a přátelé	8	6,3	6,3	61,1
	Očekávání miminka	2	1,6	1,6	62,7
	Síla zdravého rozumu	5	4,0	4,0	69,8
	Až narození miminka	1	0,8	0,8	70,6
	Víra, naděje	2	1,6	1,6	72,2
	Uvedla, že nic	6	4,8	4,8	77,0
	Neuvedeno	29	23,0	23,0	100,0
	Total	126	100,0	100,0	

Z výsledků šetření vyplývá, že zmírnit nebo odstranit pocity úzkosti a strachu pomáhá většině respondentek (39) přítomnost partnera. Z grafu je patrné, že na druhém místě byla uváděna komunikace se zdravotnickým personálem (21) a na třetím místě dostatek informací (13) a dále rodina a přátelé (8). Další odpovědi byly méně časté.

Položka č. 20a,b, 21 – Spokojenost respondentky s přístupem zdravotnického personálu

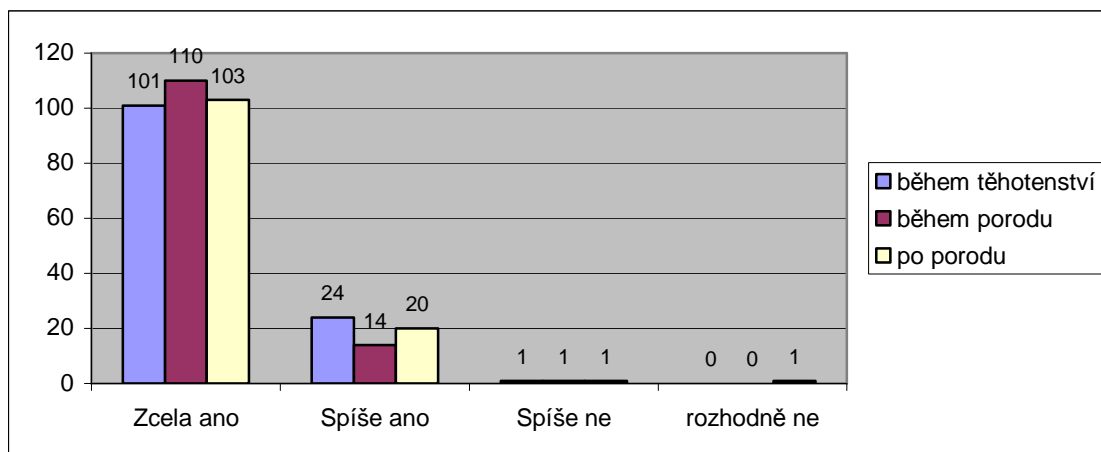
Po jednotlivých obdobích jsou výsledky šetření patrné pro spokojenost s péčí lékařů v grafu 20 a pro spokojenost s péčí porodních asistentek/sester v grafu 21.

Graf 20: Spokojenost s péčí lékařů



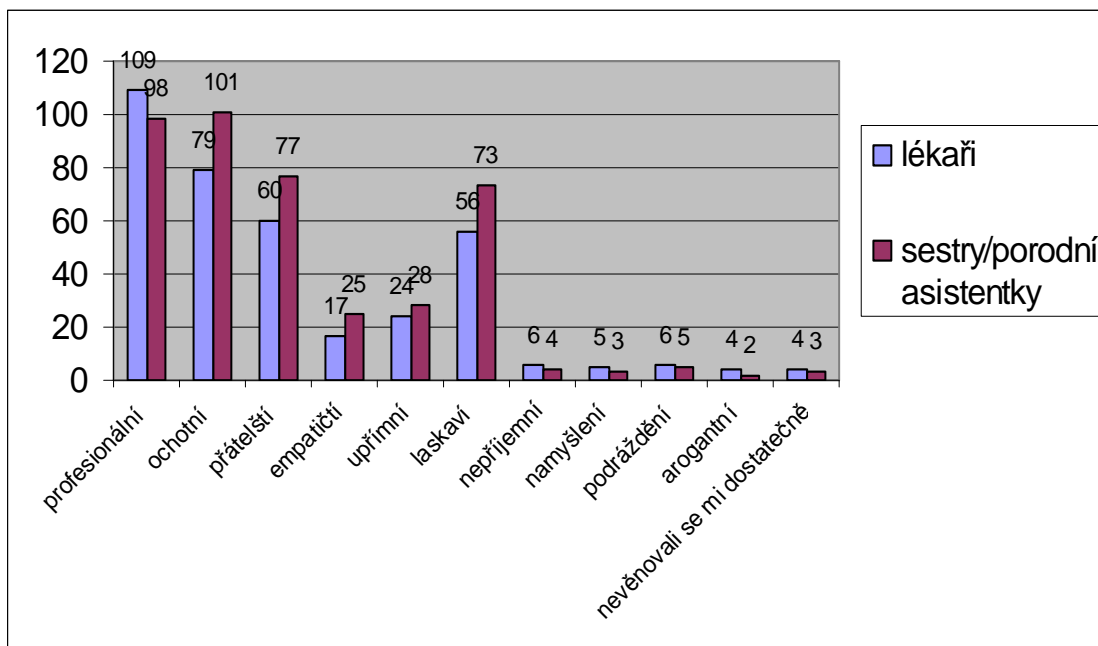
Zcela spokojeno s péčí lékařů bylo během těhotenství 92 respondentek, během porodu 104 respondentek a po porodu 102 respondentek. Spíše spokojeno bylo během těhotenství 29 respondentek, během porodu 16 respondentek a po porodu 22 respondentek. Kategorie spíše nespokojena a rozhodně nespokojena s péčí lékařů v jednotlivých obdobích byla uváděna velice zřídka. Podrobněji lze vyčíst z grafu.

Graf 21: Spokojenost s péčí porodních asistentek/sester



Zcela spokojeno s péčí porodních asistentek/sester bylo během těhotenství 101 respondentek, během porodu 110 respondentek a po porodu 103 respondentek. Spíše spokojeno bylo během těhotenství 24 respondentek, během porodu 14 respondentek a po porodu 20 respondentek. Kategorie spíše nespokojena a rozhodně nespokojena s péčí porodních asistentek/sester v jednotlivých obdobích byla stejně jako u lékařů uváděna velice zřídka. Podrobněji lze vyčíst z grafu.

Graf 22: Chování lékařů a sester z pohledu respondentky

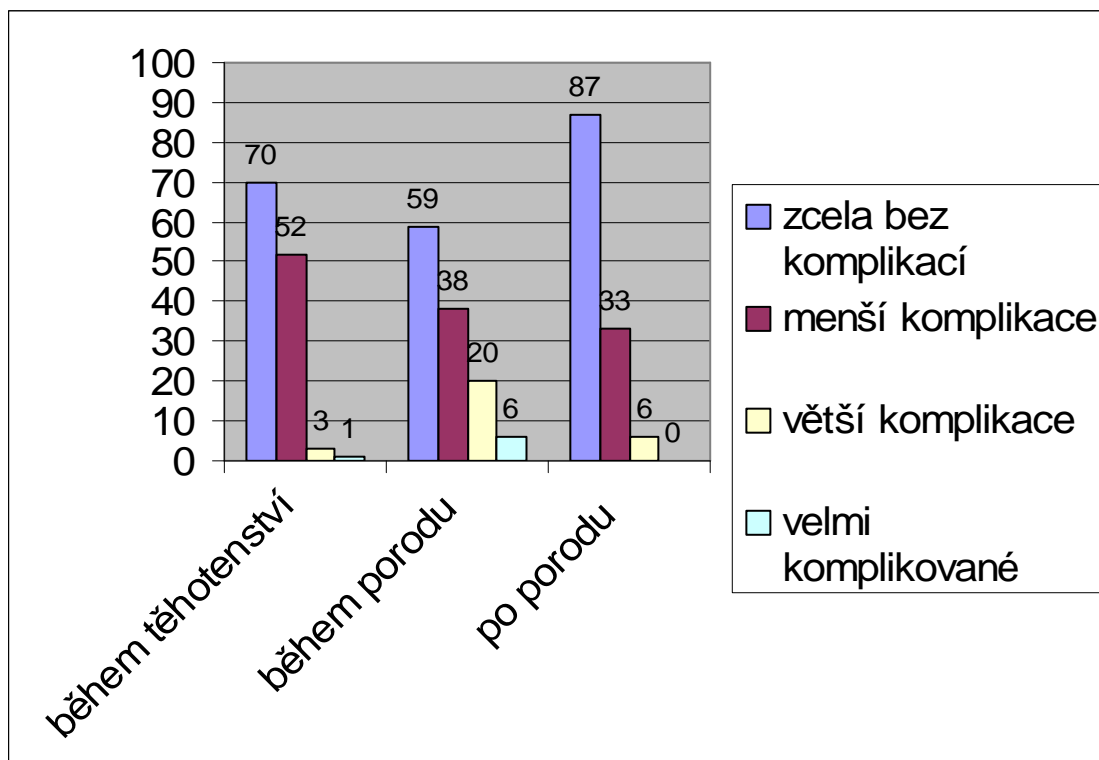


Za profesionální označilo lékaře 109 respondentek a sestry 98 respondentek. 79 respondentek uvedlo, že lékaři byli ochotní. Sestry označilo za ochotné 101 respondentek. Přátelské chování uvedlo 60 respondentek pro lékaře a 77 pro sestry. Empatický přístup uvedlo u lékařů 17 a u sester 25 respondentek. Upřímnost byla pro lékaře i sestry hodnocena velmi podobně. Upřímnost lékařů uvedlo 20 respondentek a upřímnost sester 24 respondentek. Laskavý přístup hodnotilo u lékařů 56 respondentek a u sester 73 respondentek. Negativní vlastnosti byly uváděny velice zřídka. Podrobnosti lze vyčíst z grafu.

Položka č. 22 – Průběh jednotlivých období z pohledu respondentky

Tato otázka byla zjišťována hlavně jako podklad pro následné vzájemné korelace.

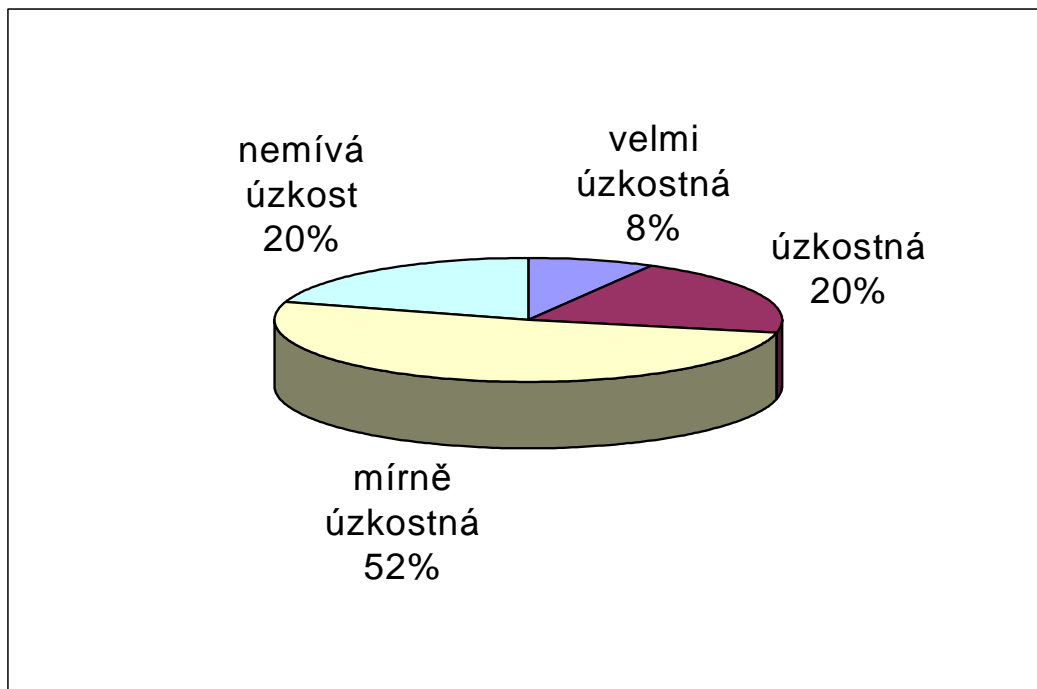
Graf 23: Průběh jednotlivých období z pohledu respondentky



Z grafu je patrné, že většina respondentek neměla významné komplikace. Pokud se komplikace vyskytly, bylo to převážně v období porodu. Během těhotenství bylo zcela bez komplikací 70 respondentek, menší komplikace mělo 52 respondentek, větší komplikace pouze 3 respondentky a za velmi komplikované označila těhotenství 1 respondentka. Období porodu označilo 59 respondentek jako zcela bez komplikací, 38 respondentek mělo menší komplikace. 20 respondentek mělo během porodu větší komplikace a 6 respondentek označilo porod za velmi komplikovaný. Po porodu mělo 87 respondentek průběh zcela bez komplikací. Menší komplikace označilo 33 respondentek a větší komplikace 6 respondentek. Velmi komplikované období po porodu neuváděla žádná respondentka.

Položka č. 23 – Sebehodnocení respondentky

Graf 24: Sebehodnocení respondentek

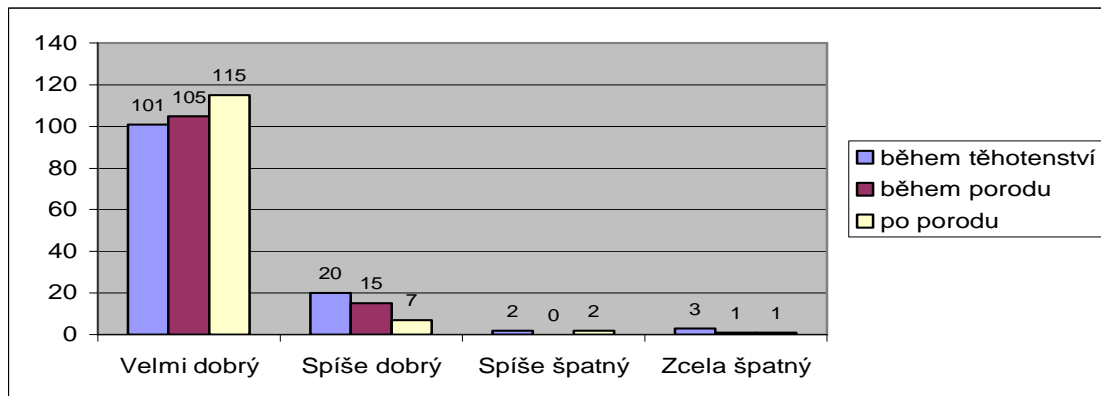


Ve sledovaném souboru se jako velmi úzkostné označilo 10 respondentek (7,9 %), jako úzkostné se označilo 25 respondentek (19,8 %), 63 respondentek (50 %) se označilo jako mírně úzkostné a 25 respondentek (19,8 %) uvedlo, že nemívají úzkost.

Celkově 80% respondentek uvedlo, že ve vypjatých životních situacích reagují více či méně úzkostně.

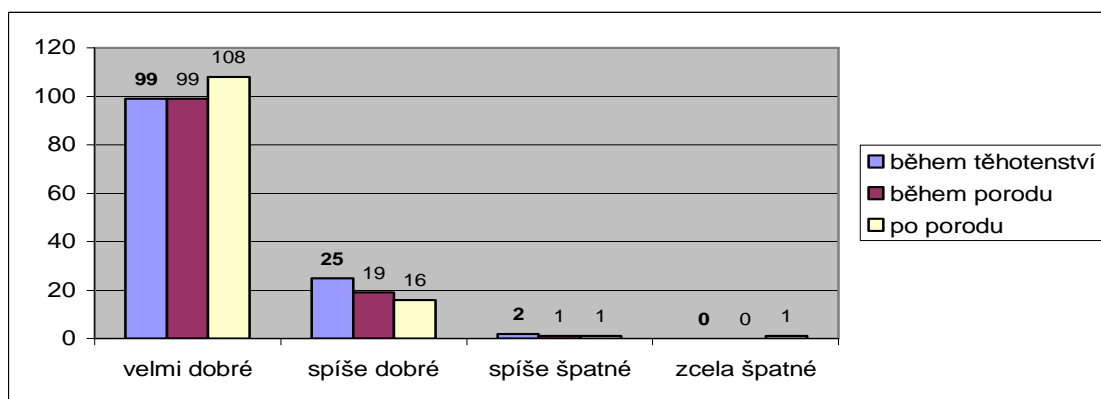
Položka č. 24, 25 – Vztah s partnerem a s přáteli

Graf 25: Vztah s partnerem v jednotlivých obdobích



Velmi dobrý vztah s partnerem mělo během těhotenství 101 respondentek, během porodu 105 respondentek a po porodu 115 respondentek. Za spíše dobrý byl označen vztah s partnerem během těhotenství u 20 respondentek, během porodu u 15 respondentek a po porodu u 7 respondentek. Spíše špatný a zcela špatný vztah s partnerem označilo velice málo respondentek, podrobněji lze vyčíst z grafu.

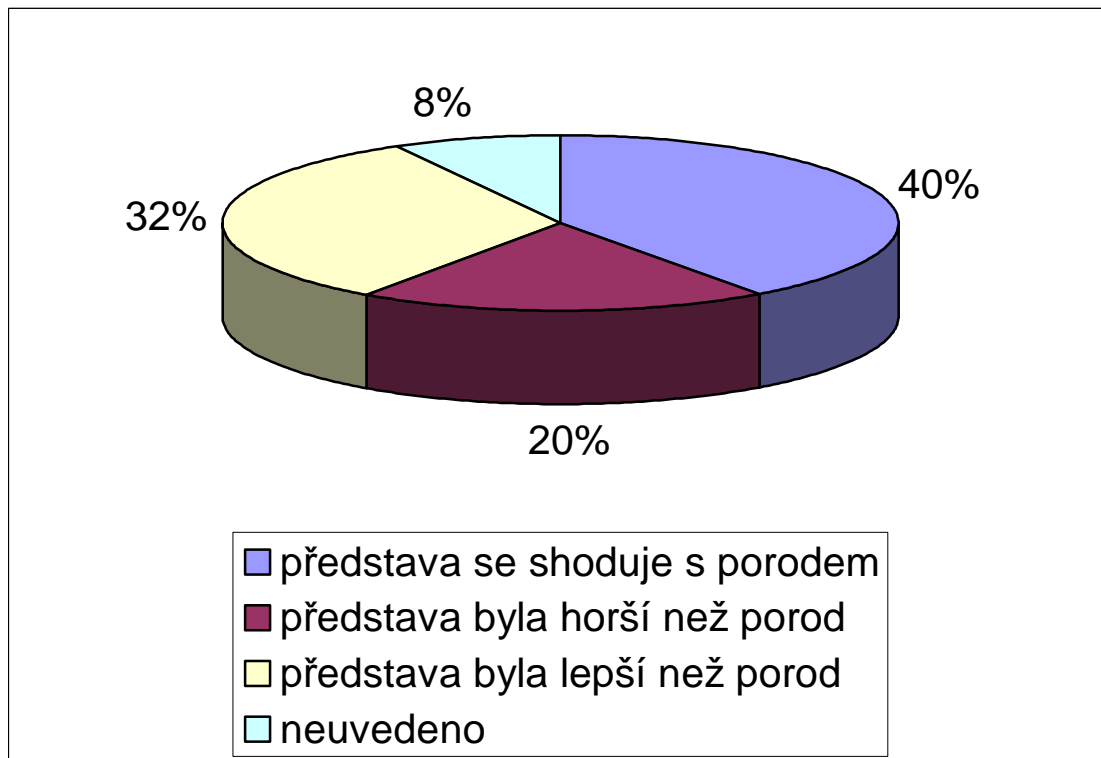
Graf 26: Vztahy s rodinou a přáteli v jednotlivých obdobích



Velmi dobrý vztah s rodinou a přáteli mělo během těhotenství 99 respondentek, během porodu také 99 respondentek a po porodu 108 respondentek. Za spíše dobrý byl označen vztah s rodinou během těhotenství u 25 respondentek, během porodu u 19 respondentek a po porodu u 16 respondentek. Spíše špatný a zcela špatný vztah s rodinou označilo velice málo respondentek, podrobněji lze vyčíst z grafu.

Položka č. 26 – Naplnění představy o porodu

Graf 27: Představa o porodu:



50 dotázaných respondentek (39,7 %) uvedlo, že představa o porodu se shodovala s jeho průběhem. 25 respondentek (19,8 %) uvedlo, že samotný porod byl lepší než si představovaly. Pro 41 respondentek (32,5 %) byl naopak porod horší než jejich představy.

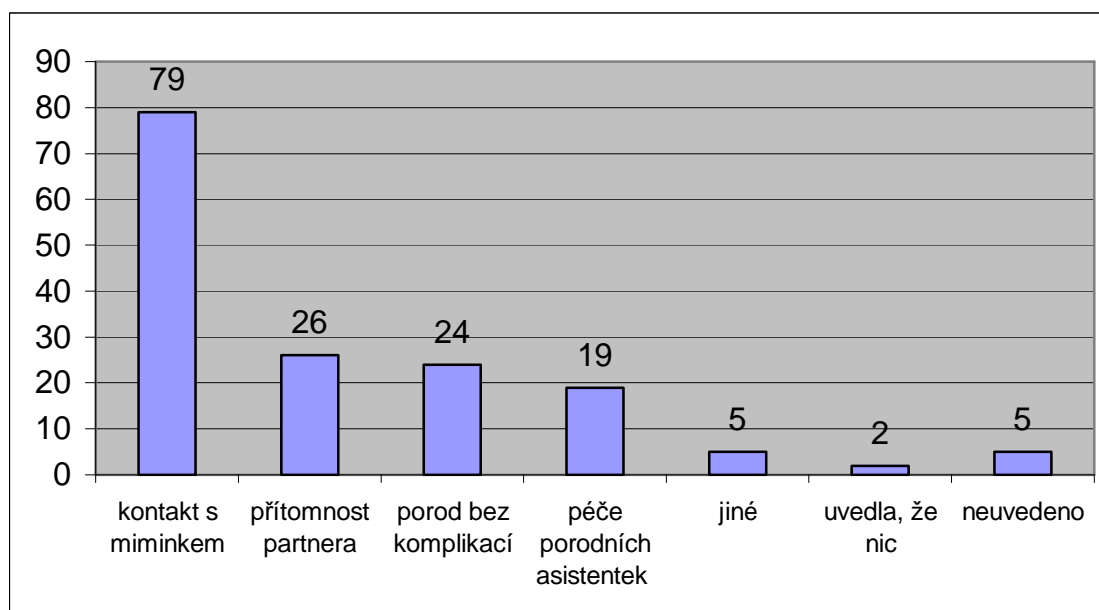
Položka č. 27 – Nejsilnější pozitivní zážitek během porodu

U otázky č. 27 měly respondentky možnost více odpovědí. Proto součet odpovědí v tabulce 26 neodpovídá počtu respondentek.

Tabulka 26: Nejsilnější pozitivní zážitky

Co pro Vás bylo při porodu nejsilnějším pozitivním zážitkem?	Count	Column %
1. kontakt s miminkem	50	39,68
1. pohled na miminko	19	15,08
pláč miminka	10	7,94
partner u porodu	26	20,63
zjištění, že je vše v pořádku	14	11,11
rychlý, hladký porod	10	7,94
péče porodních asistentek	19	6,35
Jiné	5	3,97
žádný pozitivní zážitek	2	1,59
Neuvedeno	5	12,70
Total	160	126,98

Graf 28: Nejsilnější pozitivní zážitek během porodu



Pro přehlednost byly podobné kategorie sloučeny do jedné, jak je patrné z grafu 28. První kontakt, první pohled a pláč miminka byly sloučeno do kategorie – kontakt s miminkem, kterou uvedlo celkem 79 respondentek. Přítomnost partnera u porodu

vnívalo jako nejsilnější pozitivní zážitek 26 respondentek. Zjištění, že je vše v pořádku a porod rychlý a hladký, bylo sloučeno do kategorie porod bez komplikací a jako nejsilnější pozitivní zážitek ji uvedlo 24 respondentek. Pro 19 respondentek byla nejsilnějším pozitivním zážitkem péče porodních asistentek.

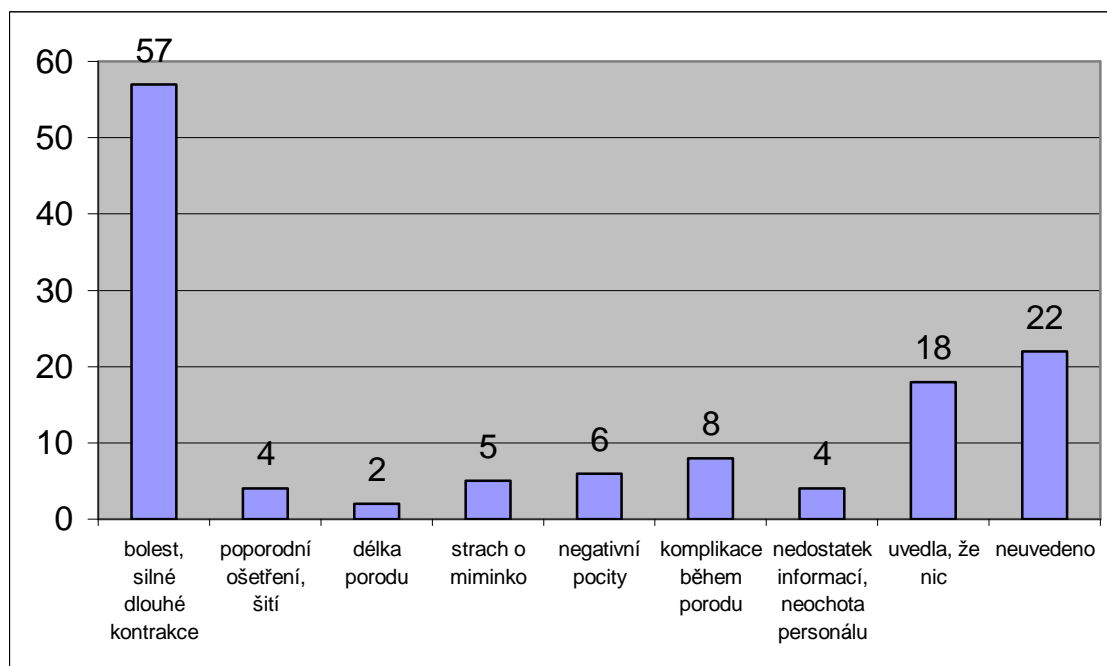
Položka č. 28 – Nejsilnější negativní zážitek během porodu

Stejně jako u předchozí otázky měly respondentky u otázky č. 28 možnost více odpovědí. Pro přehlednost je i zde uvedena jak tabulka, tak graf, přestože kategorie nebyly slučovány.

Tabulka 27: Nejsilnější negativní zážitek během porodu

Co pro Vás bylo při porodu nejsilnějším negativním zážitkem?	Count	Column %
bolest, silné dlouhé kontrakce	61	48,41
subjektivní negativní pocity	11	8,73
komplikace během porodu	8	6,35
poporodní ošetření, šití	7	5,56
strach o miminko	6	4,76
nedostatek informací, neochota personálu	4	3,17
délka porodu	3	2,38
žádný negativní zážitek	18	14,29
Neuvedeno	22	17,46
Total	140	111,11

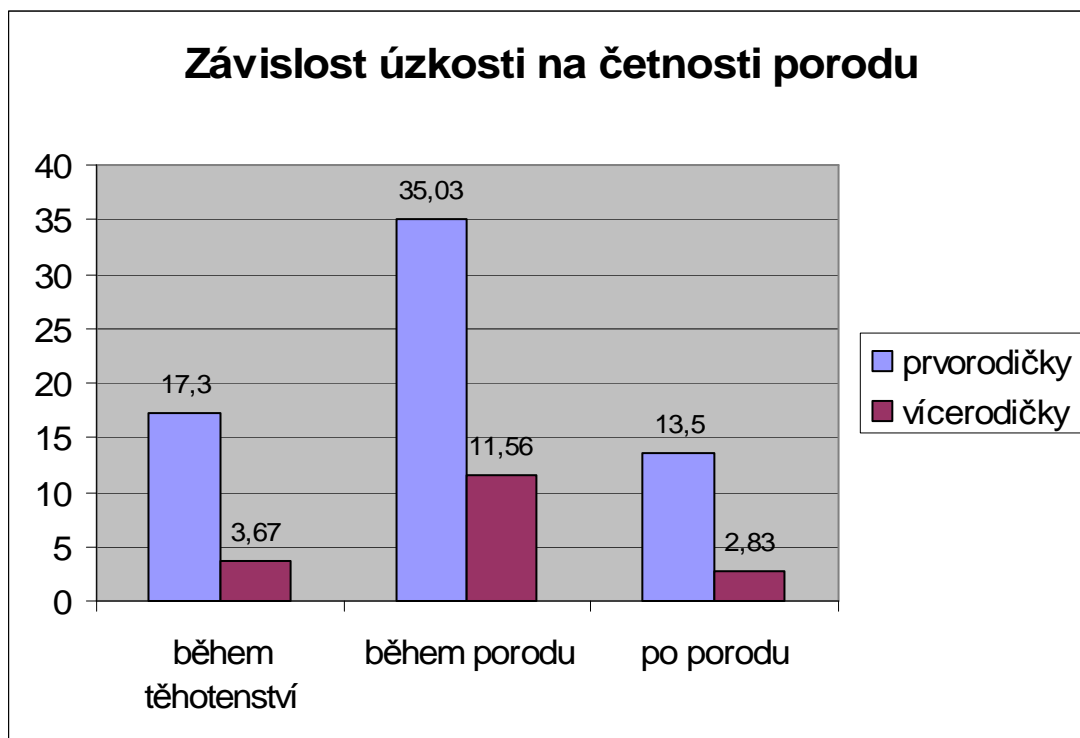
Graf 29: Nejsilnější negativní zážitek během porodu



4.2.2 Interpretace výsledků vzájemných korelací

Závislost 1

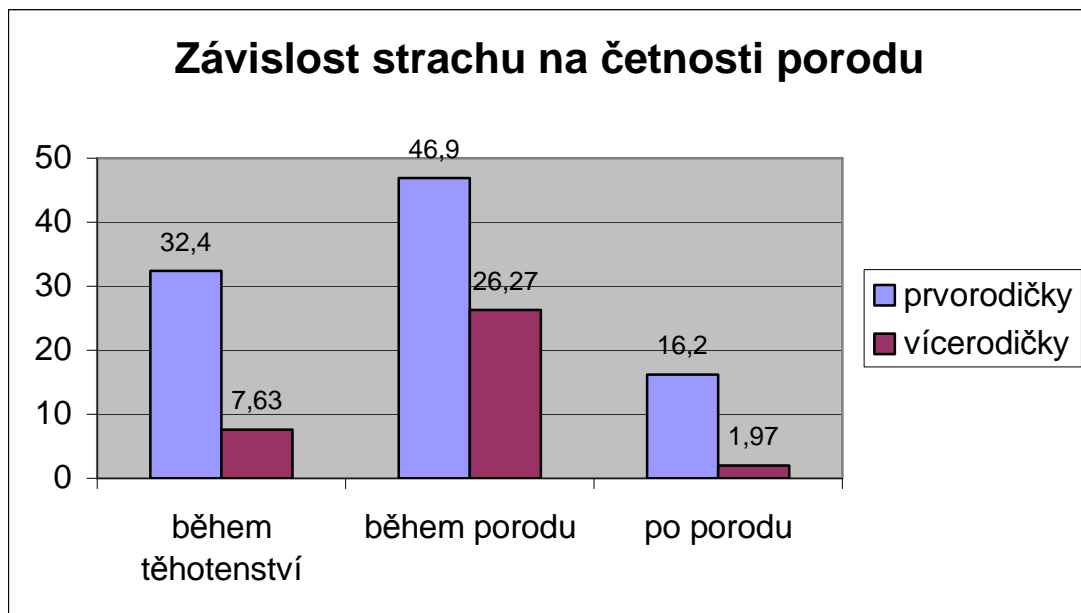
Graf 30: Závislost úzkosti na četnosti porodu



Silnou nebo velmi silnou úzkost pociťovalo během těhotenství 17,3% prvorodiček a pouze 3,67 % vícerodiček. Během porodu pociťovalo úzkost 35,03 % prvorodiček a 11,56 % vícerodiček. Po porodu pociťovalo silnou a velmi silnou úzkost 13,5 % prvorodiček a 2,83 vícerodiček.

Závislost 2

Graf 31: Závislost strachu na četnosti porodu

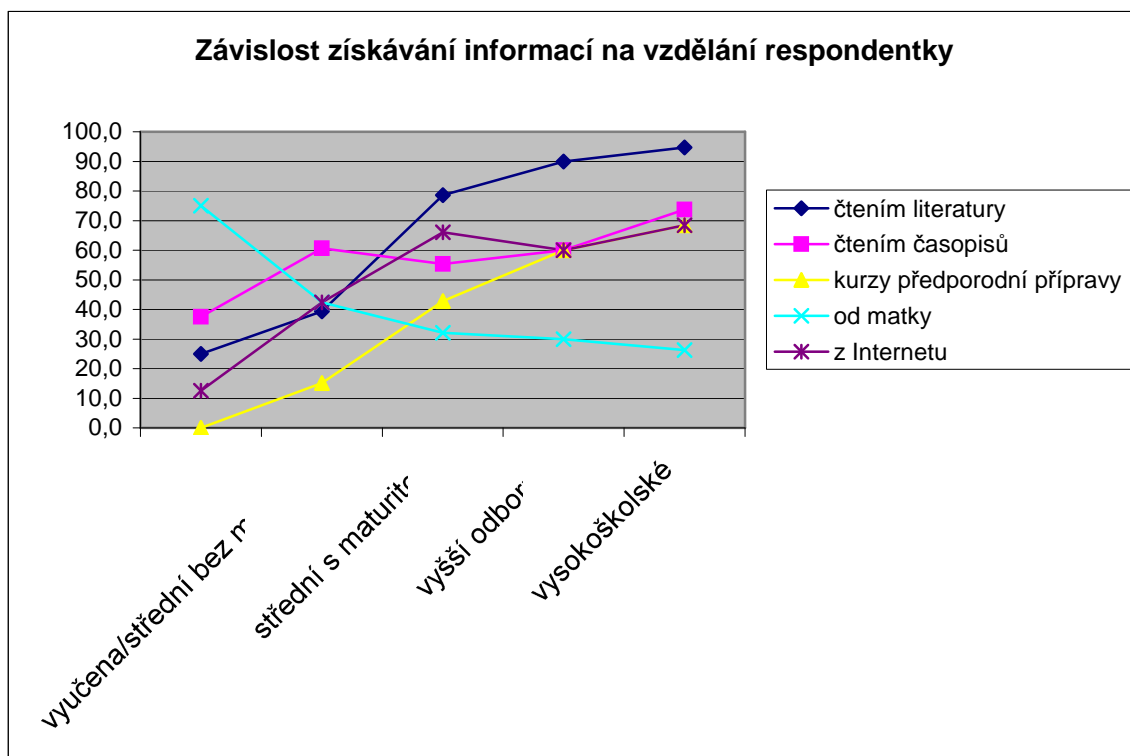


Silný nebo velmi silný strach pociťovalo během těhotenství 32,4 % prvorodiček a 7,63 % vícerodiček. Během porodu pociťovalo strach 46,9 % prvorodiček a 26,27 % vícerodiček. Po porodu pociťovalo silný a velmi silný strach 16,2 % prvorodiček a 1,97 vícerodiček.

Závislost 3

Pro přehlednost byla v této závislosti uvedena tabulka i graf.

Graf 32: Závislost získávání informací na vzdělání respondentky



Tabulka 28: Závislost získávání informací na vzdělání respondentky

	čtením literatury	čtením časopisů	kurzy předporodní přípravy	od matky	z internetu
základní	25,0	37,5	0	75,0	12,5
vyučena/střední bez maturity	39,4	60,6	15,2	42,4	42,4
střední s maturitou	78,6	55,4	42,9	32,1	66,1
vyšší odborné	90,0	60,0	60,0	30,0	60,0
vysokoškolské	94,7	73,7	68,4	26,3	68,4

Respondentky se základním vzděláním označily jako nejpřínosnější způsob získávání informací informace od matky (75 %), jako druhým nejčastějším způsobem získávání informací byla četba časopisů (37,5 %), dále pak četba literatury (25 %) a z internetu čerpalo 12,5 %. Ani jedna respondentka se základním vzděláním nenavštěvovala kurz předporodní přípravy. Respondentky vyučené nebo bez maturity označily jako nejpřínosnější způsob získávání informací čtení časopisů (60,6 %), jako druhým nejčastějším způsobem získávání informací byly informace od matky (42,4 %), a z internetu (42,4 %), dále pak čtením literatury (39,4 %) a kurz předporodní přípravy navštěvovalo 15,2 % respondentek bez maturity. Respondentky se středoškolským vzděláním označily za nejpřínosnější literaturu (78,6 %), dále internet (66,1 %), čtení časopisů (55,4 %), kurzy předporodní přípravy (42,9 %) a informace od matky (32,1 %). Respondentky s vyšším odborným vzděláním označily za nejpřínosnější informace literaturu (90 %), dále shodně internet, kurzy předporodní přípravy a čtení časopisů (60 %) a informace od matky ve 30 %. Vysokoškolsky vzdělané respondentky za nejpřínosnější označily literaturu (94,7 %), dále čtení časopisů (73,7 %), kurzy předporodní přípravy a internet (68,4 %) a informace od matek získávalo pouze 26,3 % vysokoškolsky vzdělaných respondentek.

Závislost 4

Tabulka 29: Závislost spokojenosti respondentek s péčí lékařů na prožívání strachu a úzkosti

Byla jste spokojena s péčí lékařů: Během porodu

	Total			Pociťovala jste strach a úzkost: Během porodu			
	Count	Col %	Mean	Žádnou	Slabou	Silnou	Velmi silnou
				Row %	Row %	Row %	Row %
Zcela ano	103,00	83,06	2,25	23,30	41,75	21,36	13,59
Spíše ano	16,00	12,90	2,50	18,75	31,25	31,25	18,75
Spíše ne	5,00	4,03	3,20	0,00	20,00	40,00	40,00
rozhodně ne	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Z tabulky vyplývá, že většina respondentek byla zcela spokojená s péčí lékařů během porodu (83 %). Z tohoto většinového počtu netrpí žádným nebo trpí pouze slabým strachem 65 %. Silný a velmi silný strach pociťuje pouze 34,95 % těchto respondentek. U respondentek, které byly spíše spokojené s péčí lékařů během porodu se neprojeví významné rozdíly v prožívání strachu během porodu. Nespokojených respondentek bylo pouze 5 - 4,03 % z celkového souboru, proto není možné procentuální zastoupení prožívání strachu v této kategorii objektivně hodnotit.

Závislost 5

Tabulka 30: Závislost spokojenosti respondentek s péčí porodních asistentek/sester na prožívání strachu a úzkosti

Byla jste spokojena s péčí sester/porodních asistentek: Během porodu

	Total			Pociťovala jste strach a úzkost: Během porodu			
	Count	Col %	Mean	Žádnou	Slabou	Silnou	Velmi silnou
				Row %	Row %	Row %	Row %
Zcela ano	110	87,9	2,29	22,0	42,2	20,2	15,6
Spíše ano	14	11,3	2,50	42,9	21,4	21,4	14,3
Spíše ne	1	0,8	3,00	0,00	0,00	100,00	0,00
rozhodně ne	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Z tabulky vyplývá, že většina respondentek byla zcela spokojená s péčí porodních asistentek během porodu (87,9 %). Z tohoto většinového počtu netrpí žádným nebo trpí pouze slabým strachem 64,2 %. Silný a velmi silný strach pociťuje pouze 35,8 % těchto respondentek.

U respondentek, které byly spíše spokojené s péčí porodních asistentek během porodu netrpí žádným nebo trpí pouze slabým strachem 64,3 %. Silný a velmi silný strach pociťuje pouze 35,7 % těchto respondentek. Nespokojená byla pouze 1 respondentka z celkového souboru, proto není možné tuto kategorii hodnotit.

Závislost 6

Tabulka 31: Závislost dostatku potřebných informací na prožívání strachu a úzkosti

Měla jste dostatek potřebných informací?

	Total			Pociťovala jste strach a úzkost: Během porodu			
	Count	Col %	Mean	Žádný	Slabý	Silný	Velmi silný
				Row %	Row %	Row %	Row %
Rozhodně ano	65,00	54,62	2,22	24,62	43,08	18,46	13,85
Spíše ano	45,00	37,82	2,51	13,33	40,00	28,89	17,78
Spíše ne	8,00	6,72	2,88	12,50	12,50	50,00	25,00
Rozhodně ne	1,00	0,84	1,00	100,00	0,00	0,00	0,00

Z kategorie, kdy byly respondentky dobře informovány o průběhu porodu, jich 24,62 % nepociťovalo žádný strach během porodu, 43,08 % slabý strach, 18,46 % silný strach a 13,85 % velmi silný strach v průběhu porodu. Z kategorie, kdy respondentky uvedly, že jejich informovanost o průběhu porodu byla spíše dobrá, jich 13,33 % nepociťovalo žádný strach, 40 % slabý strach, 28,89 % silný strach a 17,78 % velmi silný strach v průběhu porodu. Spíše nedostatek informací o průběhu porodu mělo pouze 8 respondentek z celkového souboru, proto není možné procentuální zastoupení prožívání strachu v této kategorii objektivně hodnotit. Pouze 1 respondentka uvedla, že rozhodně neměla dostatek informací, tato kategorie je tedy nehodnotitelná.

5. DISKUZE

Zkoumání duševního života patří mezi nejsložitější oblasti vědeckého výzkumu. Vlivy determinující lidskou psychiku jsou velmi rozmanité, uplatňují se nejen faktory vnitřní, geneticky dané, ale i faktory vnější, přírodní a společenské.

Úzkost i strach jsou subjektivní pocity, proto je třeba těmto pocitům věřit stejně tak, jako pocitům bolesti, kterou v roce 1983 definoval McDaffery takto: „Bolest je to, co říká pacient, a existuje, když to pacient tvrdí“.

Při studiích, které se zabývaly zkoumáním psychických stavů rodiček, používali autoři různé metody. Výsledky výzkumů jsou často rozporuplné. Je otázkou, do jaké míry lze subjektivní pocit úzkosti a strachu při porodu objektivně zhodnotit, a tím i výsledky šetření pokládat za zcela relevantní. Proto je v této bakalářské práci využito kvalitativní i kvantitativní metody, právě z důvodu snahy o objektivizaci subjektivních pocitů.

Během samotného kvalitativního šetření byla kromě rozhovoru použita i metoda pozorování. Pozorováním bylo zjišťováno, zda se subjektivní pocity respondentek dají objektivizovat a zda neverbální komunikace odpovídá komunikaci verbální. Bylo zjištěno, že pokud respondentky mluví o pocitech úzkosti a strachu, působí úzkostně i navenek. Odpovídají pomalu, nejasně a nepřehledně. Bylo vidět, že ze samotné role matky mají radost, ale převládal strach, zda vše zvládnou. Během rozhovoru se nedokázaly uvolnit a byly značně nervózní. Naopak u respondentek, které uvedly, že pocity strachu a úzkosti nepocítovaly, převládal optimismus. Byly veselé, šťastné a vyrovnané. Zajímavé je i to, že celkově rozhovor s respondentkami, které uvedly, že pocity strachu a úzkosti neměly, trval déle. Domnívám se, že je to právě z důvodu, že se chtěly o své zážitky a dojmy podělit. Respondentky, které strach a úzkost pocítovaly, byly více uzavřené do sebe a o pocitech spíše nechtěly mluvit. Domnívám se, že to má souvislost i s výsledky, které byly prokázány v kvantitativním výzkumu. V několika otázkách bylo zjišťováno, jak jsou respondentky spokojeny. Ať byla zjišťována spokojenost s péčí zdravotnického personálu, či vztah s partnerem a rodinou, převládaly kladné odpovědi. Nedá se tvrdit, že respondentky byly nespokojené, ale jak je vidět z kvalitativního šetření, o pozitivních pocitech se mluví daleko lépe. Proto se

domnívám, že pokud respondentka pociťovala negativní pocity nebo měla negativní zkušenosti, častěji tyto informace zamlčela, zatímco pozitivně naladěným rodičkám nedělalo problém své pocity vyjádřit.

Původně byly pro kvalitativní šetření stanoveny 4 výzkumné otázky. První z výzkumných otázek – Jaké jsou příčiny úzkosti rodiček během porodu, nebyla stanovena zcela správně, jelikož úzkost je stav, kdy nelze pojmenovat konkrétní příčinu. Po nastudování odborné literatury proto byla tato výzkumná otázka upravena. Během kvalitativního šetření při rozhovorech vyšlo najevo, že drtivá většina dotazovaných respondentek nedokáže rozdíel mezi strachem a úzkostí definovat. Proto tedy bylo možné spojit výzkumnou otázku týkající se příčin úzkosti a výzkumnou otázku týkající se příčin strachu do jedné a vznikla tak výzkumná otázka 1, ve které bylo zjišťováno, *jaké jsou příčiny úzkosti a strachu rodiček během porodu.*

Bylo zjišťováno, jaké důvody uvádějí ženy jako příčinu prožívání svého strachu a úzkosti při porodu a zda je možné tyto pocity odstranit nebo alespoň zmírnit. Vyšlo najevo, že největším důvodem strachu a úzkosti je strach z komplikací během porodu, což byla nejčastější odpověď od všech dotazovaných, které uvedly, že nějakou míru strachu a úzkosti pociťovaly. Dalším nejčastěji uváděným důvodem strachu byl strach o dítě. Jako další příčina byl zmiňován strach z bolesti. Vyskytovaly se ale i odpovědi, že příčinou strachu a úzkosti je nejistota, zda rodička porod zvládne nebo že příčinou je přístup samotného zdravotnického personálu. Zajímavé je, že z kvantitativního výzkumu převážná většina respondentek hodnotila přístup jak lékařů, tak porodních asistentek velice pozitivně a obecně byly s jejich přístupem spokojeny. Ale při kvalitativních rozhovorech, často uváděly, že právě nejistota z toho, jak k nim bude personál přistupovat, byla často příčinou jejich strachu.

2. a 3. výzkumná otázka se týkala *závislosti vnímání úzkosti a strachu a přítomnosti partnera u porodu.* Ze všech 16ti dotazovaných respondentek mělo 12 u porodu partnera. Z nich 10 uvedlo, že pro ně byl přínosem a oporou. Pouze 2 uvedly, že pro ně přínosem nebyl, ale u obou těchto respondentek šlo o porod, který skončil císařským řezem. Uváděly, že nešlo o to, že by nebyl oporou, ale že během samotného porodu nemohl být přítomen. Na otázku, zda by si přály partnera i u dalšího porodu odpovědělo kladně celkem 14 dotazovaných. Tedy všechny, které partnera u porodu

měly, dále i dvě, které byly u porodu bez blízké osoby. Takže pouze 2 dotazované u porodu partnera neměly a příště by ho ani nechtěly.

Byla zkoumána závislost přítomnosti partnera u porodu na míře prožívání strachu a úzkosti. Všechny respondentky, které měly u porodu partnera, odpověděly, že přítomnost partnera u porodu jim pomohla strach a úzkost snížit. 3 respondentky uvedly, že ne, ty však byly u porodu bez partnera. V případě, že partner byl u porodu přítomen, vnímaly rodičky pocit jistoty. Je to pochopitelné. Právě na něj se mohly spolehnout, že jim poskytne, co budou potřebovat. Každá žena potřebuje něco jiného, některá klid, jiná naopak povzbuzení a zájem okolí a i dobře míněná snaha porodní asistentky nemusí být rodičce právě z tohoto důvodu individuality každé ženy příjemná. Na základě výzkumu lze konstatovat, že respondentky vnímají i empatickou a profesionální porodní asistentku či lékaře vždy jako cizí osobu, a i když i jejich přístup může zmírnit jejich strach, úzkost jim pomáhal zmírnit právě partner, přestože to respondentky nedokázaly takto zcela přímo formulovat. Pouze z jejich odpovědí vyšlo najevo, že největší jistotou je pro ně právě partner, který zná jejich potřeby, nálady a ví přesně, i když si to často ani neuvědomuje, jak rodičce pomoci. Vzbuzuje u nich pocit bezpečí a jistoty, což pomáhá následně zmírnit úzkost.

V kvantitativním šetření bylo zjišťováno, zda se respondentkám narodilo děvče či hoch. Děvče se narodilo 50,8 % respondentek, hoch se narodil 49,2 % respondentek. Zajímavé je zjištění, že i takto malý soubor téměř přesně kopíruje reprezentativní rozložení pohlaví v České republice.

Dále bylo zjišťováno, jaký mají respondentky pocit informovanosti. V položce č. 16 je tento pocit informovanosti patrný během těhotenství a během porodu. Nejčastější odpověď během těhotenství byl rozhodně dostatek informací, což uvedlo 58,7 % respondentek. Během porodu také, rozhodně dostatek informací vnímalo 61 % respondentek. Tato otázka byla v dotazníku rozdělena do více kategorií. Informovanost během těhotenství, během I., II. a III. doby porodní a po porodu. Po vzájemném porovnání kategorií během porodu (I., II., III. doby porodní) a doby po porodu, nebyly zjištěny žádné významnější odchylky. Tyto 4 kategorie byly proto spojeny v jednu – pocit informovanosti během porodu. Podrobnosti z původních kategorií lze vyčíst

z grafů, které jsou uvedeny v příloze 3. V souvislosti s informovaností bylo zjišťováno, jakým způsobem respondentky informace získávaly a jaké považovaly za nejpřínosnější. Nejčastějším způsobem získávání informací byla jednoznačně literatura, což označilo 86 respondentek (68,3 %), další způsoby získávání informací byly čtením časopisů 74 respondentek (58,7 %). 48 respondentek získávalo informace v kurzech předporodní přípravy (38,1 %). Zde bych ráda poznamenala, že z celkového počtu respondentek, které navštěvovaly předporodní kurz (48 respondentek), jich tento zdroj informací za nejpřínosnější označilo 30, což je 62,5 % všech, které předporodní kurz absolvovaly. Ukázalo se, že prenatální kurzy jsou pro respondentky přínosné a proto si myslím, že by je lékaři a porodní asistentky měli těhotným ženám doporučovat.

Dále byla v souvislosti s informovaností zkoumána závislost získávání informací na vzdělání respondentek. Výsledky uvedené v grafu 32 a tabulce 28 byly velmi zajímavé. Ukázalo se, že se stoupajícím vzděláním přímo stoupá zájem o předporodní kurzy a zároveň přímo klesá zájem o informace od matek. Zatímco pro respondentky se základním vzděláním byly informace od matek na prvním místě, u vysokoškolsky vzdělaných až na posledním místě ze všech v grafu uvedených. Naopak zatímco ani jedna respondentka se základním vzděláním neměla zájem o kurzy předporodní přípravy, u vysokoškolsky vzdělaných respondentek bylo procento navštěvování prenatálních kurzů nejvyšší. Pro pochopení této závislosti je třeba vidět graf 32.

Celá práce se zabývá úzkostí a strachem. Proto byly přímo zjišťovány pocity strachu a úzkosti u respondentek. Pocity úzkosti jsou přehledně znázorněny v grafu 13, ze kterého lze vyčíst, že většina respondentek nepociťovala žádnou nebo pocíťovala slabou úzkost. U respondentek, které pocíťovaly silnou nebo velmi silnou úzkost, je zřejmé, že úzkost stoupla během porodu a po porodu opět klesla. Tabulky o prožívání úzkosti v jednotlivých uvedených obdobích jsou v příloze 4. Pocity strachu byly statisticky velmi podobné, jako pocity úzkosti. Ale obecně je strachu přikládán větší důraz, jelikož počet odpovědí v jednotlivých kategoriích je celkově vyšší než u úzkosti. Zajímavé je, že v grafu převládá počet respondentek, které během těhotenství a porodu pocíťovaly nějakou míru strachu. Po porodu se poměr obrátil. Více respondentek uvedlo, že po porodu strach nepociťovalo. Když porovnáme pouze zastoupení respondentek, které strach v jednotlivých obdobích pocíťovaly, je zřejmé, že během

porodu se četnost odpovědí výrazně zvyšuje, zatímco po porodu velice klesne. Naopak v kategorii, kdy strach respondentky nepociťovaly, četnost během porodu klesá a po porodu se zvyšuje. V případě, že respondentka pociťovala strach, uváděla také důvody, které jsou popsány v grafech 16, 17 a 18. Je zajímavé zjištění, že během těhotenství a po porodu převažoval strach o dítě, zatímco při samotném porodu dominoval strach z porodních komplikací a bolesti a strach o dítě je až na třetím místě.

V souvislosti s prožíváním strachu a úzkosti byly zjišťovány i skutečnosti, které pomáhaly respondentkám tyto pocity odstranit. Bylo zjištěno, že nejvíce rodičkám pomáhá odstranit úzkost a strach přítomnost partnera, což uvedlo 39 respondentek. Na druhém místě pak nejvíce pomohla rodičkám komunikace se zdravotnickým personálem. Tato kategorie ale zahrnovala komunikaci jak s lékaři, tak s porodními asistentkami dohromady.

Prokázalo se, že zdravotnický personál rodičku ovlivňuje. Bylo tedy na místě zjišťovat, jak jsou rodičky obecně spokojeny s péčí lékařů a porodních asistentek. Tomuto zjištění jsme se věnovali v grafech 20 a 21. Přestože oba tyto grafy vykazují téměř shodné výsledky, se spokojeností respondentek s přístupem lékařů i s péčí porodních asistentek/sester, je třeba vzít v úvahu tabulku 25, ze které je patrné, že spokojenost s profesionálním přístupem lékaře nehraje v odstranění úzkosti a strachu rodičky tak významnou roli, jako spokojenost s přístupem porodní asistentky.

I z následujícího grafu 22, kdy respondentky hodnotily chování lékařů a sester/porodních asistentek při porodu, je evidentní, že z hlediska profesionality bylo kladně hodnoceno více lékařů než porodních asistentek, ale ve všech ostatních kladných aspektech, převažovaly porodní asistentky. A naopak, při negativním hodnocení převažovali ve všech případech lékaři. Pro úplnost je však třeba uvést, že procento negativních hodnocení bylo velmi nízké, takže vyjadřovalo názor pouze malého množství respondentek.

Položka č. 23 byla zaměřena na subjektivní sebehodnocení respondentek. Tato otázka splňovala v kvantitativním šetření podobný význam, jako pozorování v rámci kvalitativního šetření. Respondentky měly označit, jak si myslí, že reagují ve vypjatých životních situacích. Otázka byla uzavřená a respondentky se označovaly jako velmi úzkostné, úzkostné, mírně úzkostné nebo nemívající úzkost. Ve sledovaném souboru se

jako velmi úzkostné označilo 10 respondentek (7,9 %), jako úzkostné se označilo 25 respondentek (19,8 %), 63 respondentek (50 %) se označilo jako mírně úzkostné a 25 respondentek (19,8 %) uvedlo, že nemívají úzkost, jak je uvedeno v grafu 24. Celkově 80% respondentek uvedlo, že ve vypjatých životních situacích reagují více či méně úzkostně. Tento jev je zcela přirozený. Větší či menší míra úzkosti je přirozená při každé vypjaté životní situaci, mezi které porod bezesporu patří. Pro personál, který často přistupuje k porodu rutinně, je důležité mít tuto skutečnost neustále na paměti.

V položce č. 24 bylo zjišťováno, jak respondentky hodnotí svůj vztah s partnerem a přáteli během těhotenství, porodu a po porodu. Chtěli jsme zjistit, zda špatné partnerské a přátelské vztahy mohou ovlivňovat prožívání strachu a úzkosti při porodu. Ukázalo se, že naprostá většina respondentek má dobrý vztah se svým partnerem i s přáteli, tudíž sociální vztahy na jejich prožívání strachu a úzkosti při porodu v našem souboru nebylo možné hodnotit. Vyšla ale najevo jiná zajímavá závislost. V grafu 25 označilo vztah s partnerem za velmi dobrý 101 respondentek během těhotenství, během porodu 105 respondentek a po porodu 115 respondentek. Počet žen, které mají po porodu velmi dobrý vztah se svým partnerem je o 14 vyšší, než během těhotenství. Z toho vyplývá, že pokud je partner u porodu přítomen, má to pozitivní vliv na celkový vztah s partnerem.

Poslední dvě položky jsou věnovány nejsilnějšímu pozitivnímu a nejsilnějšímu negativnímu zážitku. Nejčastějším pozitivním zážitkem během porodu byl první kontakt s miminkem, což uvedlo 79 respondentek. Naopak nejsilnějším negativním zážitkem byla bolest, kterou označilo 57 respondentek. Ostatní odpovědi nebyly tak časté, podrobnosti jsou uvedené v grafech 28 a 29. Za zmínku ale stojí, že tyto dvě otázky byly otevřené a respondentky mohly napsat více odpovědí. Po sečtení je celkový počet pozitivních zážitků u všech respondentek 160, zatímco celkový počet negativních zážitků je 140, což je o 12,5 % méně.

Celkově byly pro kvantitativní šetření stanoveny 4 hypotézy. První a druhá hypotéza měla potvrdit nebo vyvrátit, *zda prvorodičky prožívají více úzkosti a strachu než vícerodičky*. Bylo zjištěno, že prvorodičky prožívají během těhotenství, porodu i po porodu významně více strachu a úzkosti než vícerodičky. V kvantitativním šetření

nebylo zjišťováno, zda respondentky dokáží charakterizovat rozdíl mezi strachem a úzkostí, jak tomu bylo v kvalitativní části. Ale potvrzuje se to i zde tím, že při vzájemném porovnání strachu a úzkosti jsou výsledky srovnatelné. Ve všech kategoriích pociťují strach i úzkost prvorodičky více než vícerodičky a během porodu se strach i úzkost obecně u všech respondentek zvyšuje. Ale strach pociťovalo významně vyšší procento respondentek, i když poměry zůstaly zachovány. Lze tedy říci, že i když respondentky rozdíl mezi úzkostí a strachem neznají, přikládají větší důležitost právě strachu. Je to logické, jelikož strach na rozdíl od úzkosti má příčinu, tudíž se dá vyjádřit a tudíž větší procento respondentek může říci, z čeho strach mají. Bez ohledu na to, zda se jedná o strach či úzkost lze konstatovat, že hypotéza 1 i hypotéza 2 se potvrdily.

Hypotéza 3 zjišťovala, *zda přístup zdravotnického personálu k rodičce ovlivňuje její prožívání porodu*. Bylo zjištěno, že pro kategorii lékařů existuje pro většinu respondentek přímý vliv spokojenosti na snižování strachu během porodu. Pro kategorii porodních asistentek je zřejmé, že pro většinu respondentek spokojenost s jejich péčí významně ovlivňuje snižování strachu během porodu, jak je uvedeno v tabulce 29 a 30. Výsledky potvrdily, že pokud byla respondentka spokojena s péčí personálu, pociťovala méně strachu a úzkosti při porodu. Z toho je patrné, že zdravotnický personál prožívání rodičky ovlivňuje, přestože se v kvalitativním šetření ukázalo, že partner je pro rodičku větším pocitem jistoty a bezpečí, než samotný přístup personálu. Hypotéza 3 se potvrdila.

Hypotéza 4 předpokládala, že *informovanost o průběhu porodu pozitivně ovlivňuje jeho prožívání*. Respondentky, které uvedly, že byly dobře informovány v 67,7 % nepociťovaly žádný nebo pociťovaly slabý strach jak je uvedeno v tabulce 31. Obecně se prokázalo, že respondentky vnímají poskytnuté informace za dostatečné – celkem 92,44 %. Je tedy zřejmé, že informovanost rodiček o průběhu porodu pozitivně ovlivňuje jeho prožívání. Hypotéza 4 se také potvrdila.

Na závěr diskuze bych chtěla konstatovat, že celému procesu, od zpracování teoretické části, vypracování dotazníku, vlastního výzkumu, třídění výsledků výzkumu a zpracování empirické části práce, jsem se věnovala s velkým zájmem. Závěry z této práce budou přínosem i pro mou praxi porodní asistentky

6. ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se věnuje pocitům úzkosti a strachu u žen při porodu a celkových prožitků rodiček. Byly stanoveny tři cíle. Zjistit odlišnosti při vnímání úzkosti a strachu u prvorodiček a vícerodiček. Zjistit, jak ovlivňuje přístup zdravotnického personálu k rodičce její prožívání porodu. A zjistit, jak ovlivňuje informovanost rodiček o porodu jeho prožívání.

Ke splnění cílů výzkumu a k ověření hypotéz byla během kvantitativního výzkumu použita metoda nestandardizovaného dotazníku a během kvalitativního výzkumu metody rozhovor a pozorování. K vyhodnocení dat byla použita metoda statistického zpracování pomocí počítačového programu SPSS a při zpravování výsledků jsme vycházeli ze Strategických dokumentů 4 - Povědomí o výzkumu v praxi sestry a porodní asistentky (60).

Z výsledků vyšlo najevo, že slabý strach a úzkost prožívá při porodu více než 60 % respondentek slabý strach a úzkost, téměř 39 % prožívá silný, až velmi silný strach a úzkost. Bylo zjištěno, že pocit úzkosti a strachu byl nejsilnější během II. doby porodní, ve III. době porodní byl zaznamenán určitý pokles tohoto pocitu. Hlavním důvodem strachu v těhotenství u respondentek byla obava o zdraví miminka, ostatní důvody byly méně časté. Během porodu se respondentky nejvíce obávaly vzniku komplikací během porodu a bolesti, ostatní důvody byly méně časté. Po porodu se respondentky výrazně nejvíce obávaly opět o zdraví svého dítěte.

Nejvíce pomáhá respondentkám zmírnit nebo odstranit pocity úzkosti a strachu při porodu partner (31 %), dále profesionální přístup a komunikace zdravotníků (13,5 %). Je patrné, že vyjma podpory partnera, jsou to právě zdravotníci, kteří mohou významně pomoci těhotným ženám zmírnit nebo odstranit pocity úzkosti a strachu.

Cíle práce byly splněny. Výsledky jsou interpretovány pomocí 36ti tabulek a 36ti grafů. Všechny hypotézy se potvrdily, výzkumné otázky byly zodpovězeny.

Doporučení pro praxi

Rodičky prožívají při porodu strach a úzkost. Tyto pocity mohou vést ke komplikacím u ženy během porodu, u dítěte pak mohou ovlivňovat celý jeho budoucí

vývoj. Psychickému stavu rodičky je třeba věnovat stejnou pozornost jako stavu fyzickému.

Nelze předem odhadnout, které ženy budou více prožívat při porodu pocity strachu a úzkosti, psychosociální anamnéza pro nás sice může být obecným vodítkem, ale nejdůležitější je individuální sledování psychického stavu ženy. U žen, které mají v těhotenství komplikace a tedy prožívají více strachu a úzkosti, je třeba jejich psychickému stavu věnovat zvýšenou pozornost, stejně tak u žen, které mají v anamnéze předchozí neúspěšné těhotenství.

Pocitům strachu a úzkosti lze do jisté míry předcházet nebo je alespoň mírnit. Nejvíce pomáhají rodičkám podpora partnera, dále informace o porodu a také profesionální přístup zdravotníků. Zdravotníci mohou svým profesionálním přístupem a poskytováním informací významně pomoci těhotným ženám zmírnit nebo odstranit pocity úzkosti a strachu.

Nejpřínosnější informace získávají těhotné ženy z prenatálních kurzů, je vhodné těhotným ženám tyto kurzy doporučovat. Literatura je nejčastějším zdrojem informací, je tedy důležité pomoci těhotným ženám vybrat „kvalitní“ literaturu. Domnívám se, že četnost získaných informací od lékařů a hlavně od porodních asistentek, je velmi nízká. V tomto ohledu vidím stále velké rezervy na straně zdravotníků.

7. POUŽITÉ ZDROJE:

1. BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J. a kol. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum, 1993. 368 s. ISBN 80-7169-031-7.
2. BERÁNKOVÁ, S., MORAVCOVÁ, M. Otec dítěte – partner u porodu. In *Sestra*, 2005, ročník 15, č. 10, str. 33. ISSN 1210-0404.
3. ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRB, B. a kol. *Porodnictví*. Praha: Grada, 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3.
4. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. Brno: IDVPZ, 1995. 173 s. ISBN 80-7013-197-7.
5. ČEPICKÝ, P. *Psychologie ženy*. Praha: SVTI Ikem, 1992. 48 s.
6. ČEPICKÝ, P. Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. In *Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: 1999, ročník 8, č. 3, s. 163-242. ISSN 1211-1058.
7. FRYDRYCHOVÁ, E., LABUSOVÁ, A. a kol., *Průvodce porodnicemi české republiky*. Praha: Aperio, 2002. 216 s. ISBN 80-903087-0-8.
8. GALA, C. České lidové pověry a pranostiky o ženách a z porodnictví. In *Moderní Babictví*. 2003, č. 2, s. 43-47. ISBN 80-903183-6-3
9. GASHIN, M. I. *Praktische Hebammen – Handbuch der natürlichen Geburt*. Papyrus Extra, 1998. ISBN 3-922731-16-3.
10. GOLDMANN, P. Dvojitý přístup k mateřství. [cit.12.2.2008] Dostupné na WWW: <http://www.volny.cz/cpr.praha/publikace/goldmann1.htm>
11. GROF, S. Za hranice psychoanalýzy. [cit.16.3.2008] Dostupné na WWW: <http://www.holos.cz/holoscentrum/holotropni-dychani>
12. HÁJEK, Z. Prenatální péče u fyziologických gravidit. In *Moderní gynekologie a porodnictví*. 1999, ročník 8, č. 2, str. 63-65. ISSN 1211-1058.
13. HÁJEK, Z. a kol. Psychosomatické aspekty rizikového těhotenství. *Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP*. Praha: Levret, 1999, s.155-158.
14. HÁJEK, Z. Prenatální péče o fyziologické těhotenství. In *Moderní Babictví*. 2004, č. 3, s. 16-19. ISSN 1214-5572.

15. HANSON, A. L. Psychologické problémy komplikovaného těhotenství. *Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP*. Praha: Levret, 1999, s.159-162.
16. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 1994. 230 s. ISBN 80-85824-03-5.
17. HÁTLOVÁ, V. Tělesnost. In *Moderní Babictví*. 2005, č. 8, s. 24-27. ISSN 1214-5572.
18. HLAVÁČKOVÁ, J. Alternativní neboli přirozený porod. [cit.5.12.2007]
Dostupné na WWW: <http://svet.namodro.cz/w-baraka/5/porody.htm>
19. HOFMANOVÁ, L. Péče o matku a dítě. In *Sestra*, 2006, ročník 16, č. 3, str. 47. ISSN 1210-0404.
20. HONZÁK, R. *Komunikační pasti v medicíně*. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-206-0434-0.
21. HONZÁK, R. *Strach, tréma, úzkost a jak je zvládnout*. Praha: Maxdorf, 1995. ISBN 80-85800-05-5.
22. HONZÁK, R. *Úzkostný pacient*. Praha: Galén, 2005. 180 s. ISBN 80-7262-367-2.
23. HUČÍN, J. Jiný stav přináší i jiný svět. In *Psychologie dnes*. 2000, ročník 6, č. 7/8, s.8-10. ISSN 1211-5886.
24. JANDOURKOVÁ, D. *Predikce chování žen při porodu*. Diplomová práce, FF UK, katedra psychologie. Praha: 1999.
25. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
26. KUŽELOVÁ, M. Historie přípravy těhotných k porodu. In *Moderní Babictví*. 2003, č. 2, s. 39-42. ISBN 80-903183-6-3.
27. LEBOYER, F. *Porod bez násilí*. Praha: Stratos, 1995. 56 s. ISBN 80-85962-04-7.
28. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2004. 951 s. ISBN 80-247-0668-7.
29. LUDVÍKOVÁ, K. *Vliv psychoprofylaktické přípravy na prožívání porodu*. Diplomová práce. FF UK. Praha: 1984.

30. MAREK, V. *Nová doba porodní*. Praha: Eminent, 2002. 264 s. ISBN 80-7281-090-1.
31. MAREK, V. Každá maminka je Mozart. [cit.1.2.2008] Dostupné na WWW:
<http://www.pozitivní-noviny.cz/451.html>
32. MATĚJČEK, Z., LANGMEIER, J. *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama 1986. 368 s. 11-060-86.
33. MATĚJČEK, Z., BURLEOVÁ, V., KOVAŘÍK, J. *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: Psychiatrické centrum, 1997. 70 s. ISBN 80-85121-89-1.
34. NAKONEČNÝ, M. *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář, 1995. 400 s. ISBN 80-85255-74-X.
35. NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, 1995. 336 s. ISBN 80-200-0525.
36. ODENT, M. *Láska jako věda*. Opava: edice Rodiče, 2001. 112 s. ISBN 80-86489-02-7.
37. ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. Praha. Praha: Argo, 1995. 152 s. ISBN 80-85794-05-2 .
38. PAŘÍZEK, A. Porod a porodní bolest. *Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP*. Praha: Levret, 1999, s.162-169
39. PEČENÁ, M. Psychologie těhotenství. *Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP*. Praha: Levret, 1999, s.147-154. ISBN 80-238-4740-6.
40. ROZTOČIL, A. *Intenzivní péče na porodním sále*. Brno: IDVPZ, 1996. 274 s. ISBN 80-7013-230-2.
41. SACHOVÁ, M. Kontroverzní přístup žen k těhotenství a porodu. In *Sestra*. 2000, ročník 10, č. 3, str.11-12. ISSN 1210-0404.
42. SIMKINOVÁ, P. *Partner u porodu*. Praha: Argo, 2000. 245 s. ISBN: 80-7203-308-5.
43. STADELMANN, I. *Zdravé těhotenství přirozený porod*. Praha: One Woman Press, 2004. 579 s. ISBN 80-86356-31-0.

44. STROPPARDOVÁ, M. Početí, těhotenství a porod. Praha: Neografia, Martin, 1996. 352 s. ISBN 80-85186-91-8.
45. ŠINDELÁŘOVÁ, A. Předporodní příprava. In *Moderní Babictví*. 2005, č. 7, s. 20-23. ISSN 1214-5572.
46. ŠTROMEROVÁ, Z. *Možnost volby*. Praha: Argo, 2005. 183 s. ISBN 80-7203-653-X.
47. TYRLÍK, T., JELÍNKOVÁ, J., KUKLA, L. Aspekty pozitivního prožívání těhotenství. *Česká Gynekologie*, 2004, ročník 69, č. 3, s. 178-181. ISSN 1210-7832.
48. ULČ, I. *Úzkost a úzkostné poruchy*. Praha: Grada Publishing, 1999. 88 s. ISBN 80-7169-790-7.
49. VENDLEROVÁ, E., FEKOŇOVÁ, E., MAREŠOVÁ, E. Přítomnost otce u porodu. In *Sestra*. 2000, ročník 10, č. 3, str. 15. ISSN 1210-0404.
50. VĚTR, M., KUDELA, M. Úloha lidského faktoru v prenatální péči. *Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP*. Praha: Levret, 1999, s. 181-185.
51. VOKURKA, M., HUGO, J., a kol. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 2000. 490 s. ISBN 80-85912-38-4.
52. VONDRÁČEK, L. Přítomnost doprovodu při porodu. In *Moderní Babictví*. 2003, č. 1, s. 38-39. ISBN 80-903183-5-5.
53. VRÁNOVÁ, V. *Historie babictví a současnost porodní asistence*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 203 s. ISBN 978-80-244-1764-6.

Další použité zdroje

54. APERIO a kolektiv autorek a autorů. *Porodní příběhy, rodíme se jednou*. Praha: Smart Press, s.r.o., 2006. 264 s. ISBN 80-87049-03-9.
55. Listina základních práv a svobod. [cit.23.3.2008] Dostupné na WWW:
<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

56. Obtížný porod v dějinách medicíny. [cit.12.2.2008] Dostupné na WWW:
https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/63_1437.html
57. Starý zákon, překlad s výkladem. I. Genesis. Praha: Kalich, 1978. 285 s.
58. Trocha historie o tišení bolesti u porodu. [cit.16.4.2008] Dostupné na WWW:
<http://www.porodnice.cz/node/33132>
59. WHO, Strategické dokumenty 3. *Praktické příručky pro porodní asistentky*. Praha: MZ ČR, 2002, ISBN 80-85047-22-5.
60. WHO, Strategické dokumenty 4. *Povědomí o výzkumu v praxi sestry a porodní asistentky*. Praha: MZ ČR, 2002. ISBN 80-85047-23-3.
61. Znáte profesi porodní asistentky? [cit.16.4.2008] Dostupné na WWW:
<http://www.babinet.cz/zobraz.php?961>

8. Klíčová slova

Porod

Strach

Úzkost

Psychický stav

Rodička

9. Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník vlastní konstrukce

Příloha 2 – Scénář rozhovoru

Příloha 3 – Podrobnosti o informovanosti respondentek během porodu

Příloha 4 – Prožívání úzkosti v jednotlivých uvedených obdobích

Příloha 1 – Scénář rozhovoru

Scénář rozhovoru

1) Po kolikáté jste porodila?

2) Docházela byste charakterizovat rozdíl mezi strachem a úzkostí?

Ano ne

.....
.....
.....
.....

3) Pociťovala jste, v uvedených obdobích, které Vám budu číst strach? Uved'te, prosím, míru.

a) žádná b) slabá c) silná d) velmi silná

během těhotenství	a	b	c	d
během I. doby porodní	a	b	c	d
během II. doby porodní	a	b	c	d
během III. doby porodní	a	b	c	d
po porodu	a	b	c	d

4) Jaké byly důvody Vašeho strachu během porodu?

Např: Obavy z přehraného porodu
Obavy z komplikací během porodu
Strach z bolesti
Strach o dítě
Jiné:.....

5) Jaký byl Váš největší pozitivní a největší negativní pocit během jednotlivých období:

	pozitivní	negativní
během těhotenství.....		
během I. doby porodní		
během II. doby porodní		
během III. doby		
po porodu		

6) Byl přítomen Váš partner u porodu?

ANO

NE

7) Jestli ano, byl pro Vás pomocí a oporou?

ANO

NE

8) Přála byste si partnera i u dalšího porodu?

ANO

NE

9a) Myslíte si, že přítomnost partnera u porodu (by) snížila Váš strach při porodu?

ANO

NE

9b) Myslíte si, že přítomnost partnera u porodu (by) snížila Váš úzkost při porodu?

ANO

NE

10) V čem konkrétně si myslíte, že Vám byl partner u porodu oporou?

.....

.....

.....

.....

Příloha 2 – Dotazník vlastní konstrukce

Vážená maminko,

dovolte, abych se na Vás obrátila s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku.

Jmenuji se Tereza Kostková a jsem studentkou Zdravotně Sociální fakulty Jihočeské Univerzity, obor porodní asistentka.

Údaje z tohoto dotazníku jsou určeny pro zpracování mé bakalářské práce, jejímž cílem je zmapovat prožívání porodu.

Čestně prohlašuji, že informace získané pomocí tohoto dotazníku jsou anonymní, považuji je za důvěrné a budou po statistickém zpracování použity pouze pro potřebu mé bakalářské práce. Proto Vás prosím, abyste se nad položenými otázkami zamyslela a nebála se vyjádřit svůj skutečný názor.

Velmi Vám děkuji za Vaši ochotu a Váš čas strávený při vyplňování tohoto dotazníku.

Tereza Kostková

DOTAZNÍK

Q1) Věk: Je mi let.

Q2) Rodinný stav:

1 svobodná 2 vdaná 3 rozvedená 4 vdova

Q3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- 1 základní
- 2 vyučena / střední bez maturity
- 3 střední s maturitou
- 4 vyšší odborné
- 5 vysokoškolské

Q4) Narodila se Vám:

1 holčička 2 chlapeček

Q5) Po kolikáté jste nyní porodila?

1 poprvé 2 podruhé 3 potřetí 4 počtvrté a více

Q6) Po kolikáté jste byla těhotná?

1 poprvé 2 podruhé 3 potřetí 4 počtvrté a více

Q6a) V případě, že některé z Vašeho těhotenství neskončilo porodem, označte prosím jaký byl důvod ukončení takového těhotenství a doplňte kolikrát:

- 1 samovolný potrat (uved'te týden těhotenství)
- 2 mimoděložní těhotenství
- 3 interrupce
- 4 jiná odpověď.....

Q7) Měla jste připravený porodní plán?

- 1 ano → pokračujte Q7a
- 2 ne → přejděte na otázku Q8

Q7a) Připravený porodní plán: (můžete označit více odpovědí)

- 1 vám pomohl
- 2 vám nepomohl
- 3 byl splněn
- 4 byl částečně splněn
- 5 nebyl splněn
- 6 Jiná odpověď.....

Q8) Nynější těhotenství bylo:

- 1 plánované
- 2 neplánované

Q8a) dítě bylo v počátku těhotenství:

- 1 chtěné
- 2 nechtěné

Q8b) na konci těhotenství bylo dítě:

- 1 chtěné
- 2 nechtěné

Q9) Od pravidelných kontrakcí trval Váš porod:

- 1 do 3 hodin
- 2 do 6 hodin
- 3 do 12 hodin
- 4 nad 12 hodin
- 5 jiná odpověď, uveďte jak.....

Q10) V jakém týdnu těhotenství jste porodila?

Q11) Způsob ukončení porodu:

- 1 spontánní
- 2 císařský řez plánovaný
- 3 císařský řez akutní
- 4 klešťový porod
- 5 jiná odpověď, uveďte jak.....

Q12) Kdo z Vašich blízkých byl u porodu přítomen?

- 1 partner
- 2 jiná Vám blízká osoba – kdo?

Q13) Uvítala byste přítomnost této osoby u dalšího porodu?

- 1 ano
- 2 ne

Q14) Jakým způsobem jste získávala informace o těhotenství, porodu a šestinedělí?

(můžete označit více odpovědí)

- 1 čtením literatury
- 2 čtením časopisů
- 3 kurzy předporodní přípravy
- 4 od matky
- 5 od přítelkyň
- 6 od lékařů
- 7 od porodních asistentek
- 8 z internetu
- 9 od duly (laická pomocnice která pomáhá těhotným a rodičím ženám)
- 10 jinak, uveďte jak.....

**Q15) Jaký způsob získávání informací byl pro Vás nejpřínosnější?
prosím vypište:**

.....

.....

.....

.....

Q16) Označte, prosím, zda jste podle Vás měla (během uvedených období) dostatek potřebných informací?

	rozhodně ano	spíše ano	spíše ne	rozhodně ne
1 během těhotenství	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2 během I. doby porodní	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3 během II. doby porodní	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4 během III. doby porodní	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 po porodu	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Q17) Pociťovala jste (v uvedených obdobích) úzkost? Uved'te, prosím, míru.

	žádnou	slabou	silnou	velmi
silnou				
1 během těhotenství	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2 během I. doby porodní	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3 během II. doby porodní	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4 během III. doby porodní	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 po porodu	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Q18) Pociťovala jste (v uvedených obdobích) strach? Uved'te, prosím, míru a důvod Vašeho strachu.

	žádný	slabý	silný	velmi
silný				
1 během těhotenství	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
důvod:.....				
2 během porodu	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
důvod:.....				
3 po porodu	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
důvod:.....				

Q19) Jestliže jste pociťovala úzkost a strach, napište, prosím, co Vám nejvíce pomohlo zmírnit nebo odstranit tyto pocity.

.....

.....

.....

.....

Q20a) Byla jste spokojena s péčí lékařů?

	zcela ano	spíše ano	spíše ne	rozhodně ne
1 během těhotenství	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2 během porodu	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3 po porodu	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Q20b) Byla jste spokojena s péčí sester?

	zcela ano	spíše ano	spíše ne	rozhodně ne
1 během těhotenství	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2 během porodu	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3 po porodu	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Q21) Jak byste označila chování lékařů a sester během Vašeho porodu?

(možnost více odpovědí)

Byli:	lékaři	sestry
1 profesionální	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
2 ochotní	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 nepříjemní	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
4 přátelští	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
5 namyšlení	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
6 empatičtí	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
7 upřímní	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
8 podráždění	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
9 laskaví	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
10 arogantní	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
11 nevěnovali se mi dostatečně	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
jiné (vypište):		
lékaři:.....		
Sestry:.....		

Q22) Jak byste sama označila průběh jednotlivých období?

	zcela bez komplikací	menší komplikace	větší komplikace	velmi komplikované
1 během těhotenství	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2 během porodu	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3 po porodu	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Q23) Myslíte si, že ve vypjatých životních situacích reagujete:

- 1 velmi úzkostně
- 2 úzkostně
- 3 mírně úzkostně
- 4 nemíváte úzkost
- 5 jiná odpověď:

Q24) Jak byste ohodnotila (v uvedených obdobích) Váš vztah s partnerem?

	velmi dobrý	spíše dobrý	spíše špatný	zcela špatný
1 během těhotenství	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2 během porodu	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3 po porodu	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

jiná odpověď

Q25) Jak byste ohodnotila (v uvedených obdobích) vztahy s širší rodinou, přáteli...?

	velmi dobré	spíše dobré	spíše špatné	zcela špatné
1 během těhotenství	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2 během porodu	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3 po porodu	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

jiná odpověď

Q26) Shoduje se Vaše představa o porodu s jeho prožitím?

- 1 ano shoduje
- 2 představa byla horší
- 3 představa byla lepší
- Jiná odpověď

Q27) Mohla byste stručně popsat, co pro Vás bylo při porodu nejsilnějším pozitivním zážitkem?

.....

.....

.....

.....

Q28) Mohla byste stručně popsat, co pro Vás bylo při porodu nejsilnějším negativním zážitkem?

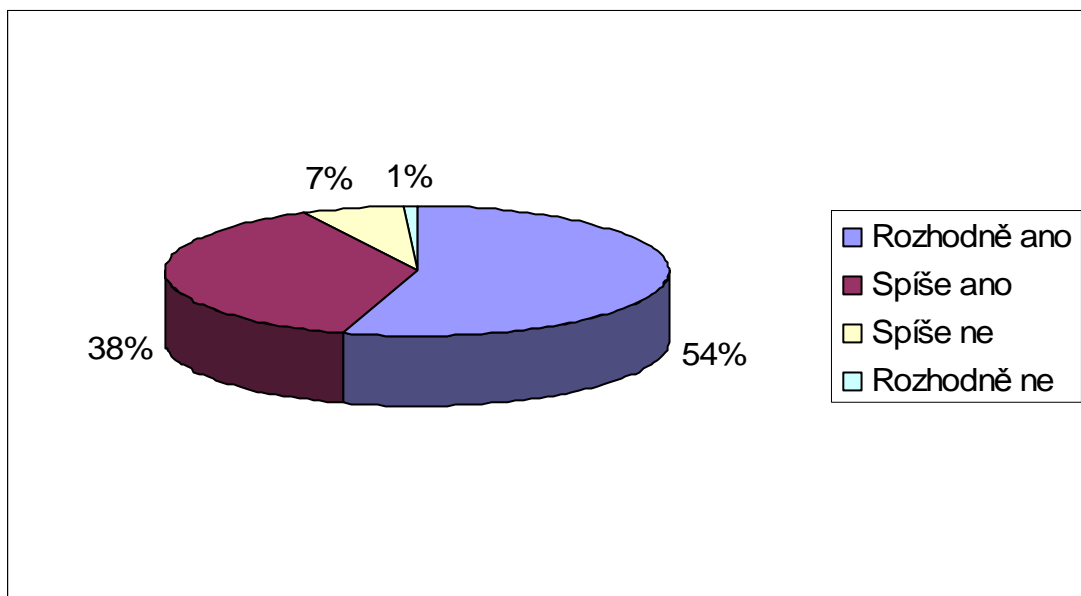
.....
.....
.....
.....

Toto byla poslední otázka. Mnohokrát Vám děkuji za Vaše názory a ochotu vyplnit dotazník.

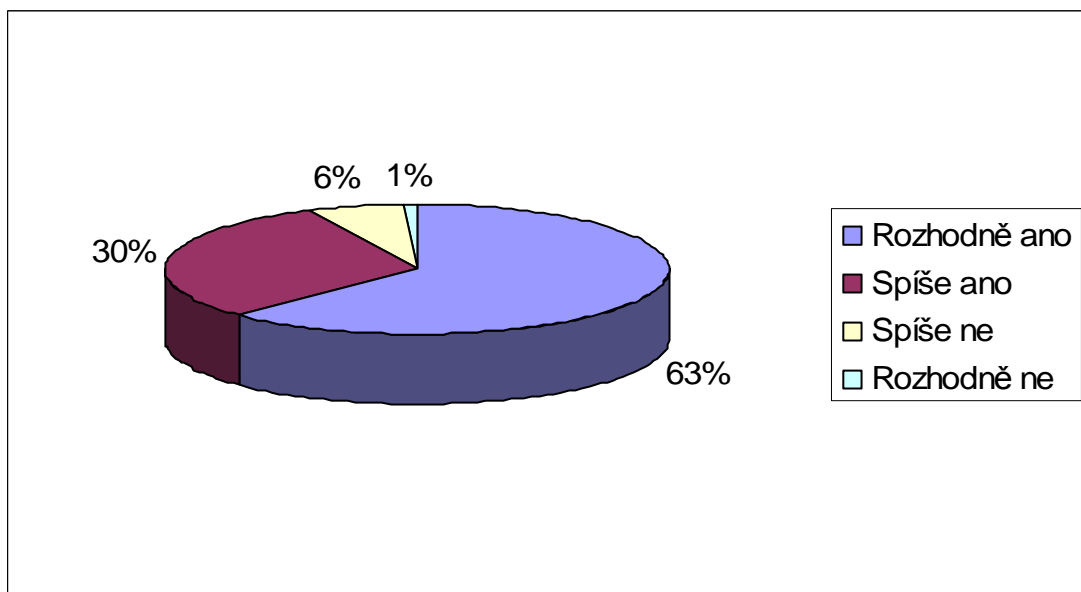
Přeji Vám hodně radosti s Vaším děťátkem.

**Příloha 3 – Podrobnosti o informovanosti respondentek během porodu
z původních souborů – jednotlivé kategorie**

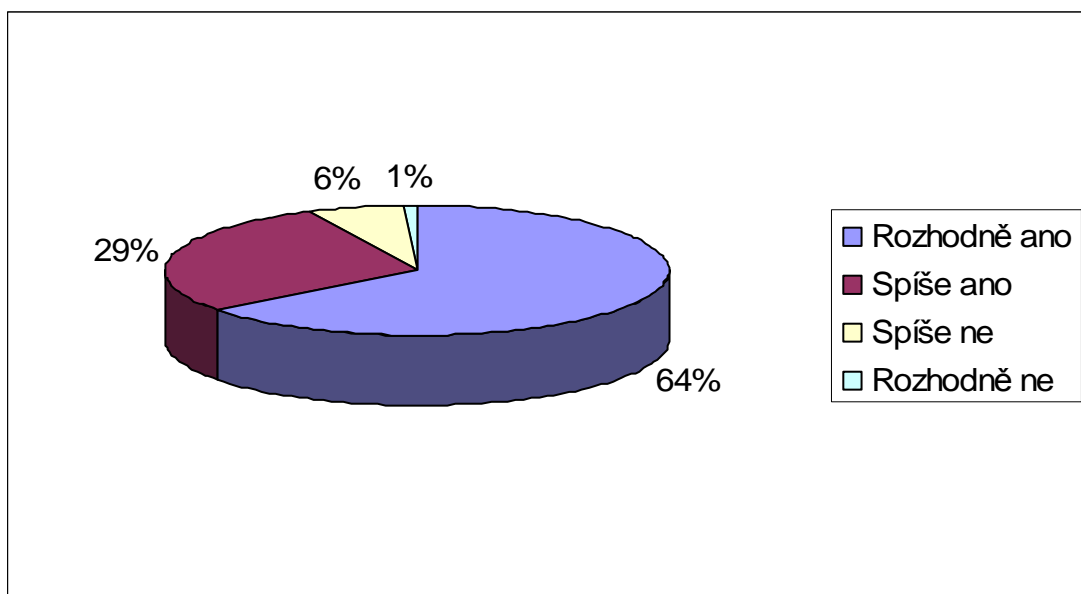
Graf 33: Informovanost během I. doby porodní:



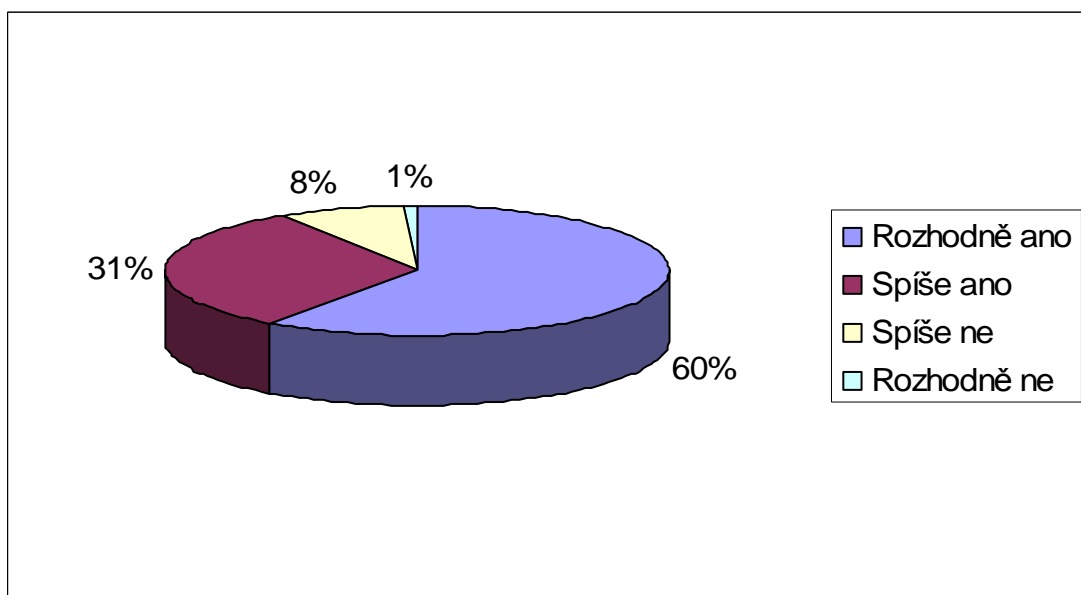
Graf 34: Informovanost během II.doby porodní:



Graf 35: Informovanost během III. doby porodní:



Graf 36: Informovanost po porodu:



Příloha 4 – Prožívání úzkosti v jednotlivých uvedených obdobích

Tabulka 32: Pocity úzkosti během těhotenství

Pociťovala jste úzkost: Během těhotenství

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Žádnou	59	46,8	46,8	46,8
	Slabou	56	44,4	44,4	91,3
	Silnou	9	7,1	7,1	98,4
	Velmi silnou	2	1,6	1,6	100,0
	Total	126	100,0	100,0	

Tabulka 33: Pocity úzkosti během I. doby porodní

Pociťovala jste úzkost: Během I. doby porodní

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Žádnou	53	42,1	45,7	45,7
	Slabou	33	26,2	28,4	74,1
	Silnou	22	17,5	19,0	93,1
	Velmi silnou	8	6,3	6,9	100,0
	Total	116	92,1	100,0	
Missing	Neuvedeno	10	7,9		
Total		126	100,0		

Tabulka 34: Pocity úzkosti během II. doby porodní

Pociťovala jste úzkost: Během II. doby porodní

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Žádnou	49	38,9	43,0	43,0
	Slabou	35	27,8	30,7	73,7
	Silnou	23	18,3	20,2	93,9
	Velmi silnou	7	5,6	6,1	100,0
	Total	114	90,5	100,0	
Missing	Neuvedeno	12	9,5		
Total		126	100,0		

Tabulka 35: Pocity úzkosti během III. doby porodní

Pociťovala jste úzkost: Během III. doby porodní

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Žádnou	64	50,8	55,7	55,7
	Slabou	25	19,8	21,7	77,4
	Silnou	16	12,7	13,9	91,3
	Velmi silnou	10	7,9	8,7	100,0
	Total	115	91,3	100,0	
Missing	Neuvedeno	11	8,7		
Total		126	100,0		

Tabulka 36: Pocity úzkosti po porodu

Pociťovala jste úzkost: Po porodu

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Žádnou	80	63,5	64,0	64,0
	Slabou	34	27,0	27,2	91,2
	Silnou	6	4,8	4,8	96,0
	Velmi silnou	5	4,0	4,0	100,0
	Total	125	99,2	100,0	
Missing	Neuvedeno	1	0,8		
Total		126	100,0		