



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Strach z porodu – příčiny a strategie zvládání

Vypracoval: Karolína Vlčková

Vedoucí práce: Mgr. Dominika Průchová

České Budějovice 2014

Abstrakt

Tato bakalářská práce pojednává o strachu z porodu, příčinách vzniku strachu a úzkostí a o strategiích, které pomáhají vypořádat se se strachem a nepodlehnout mu. Práce je rozdělena na dvě části, na část teoretickou a část praktickou.

V teoretické části je na základě odborné literatury a nejnovějších poznatků v této oblasti více přiblížena výše popsaná problematika. Dále je zde podrobně rozpracované těhotenství a období před porodem, psychické a fyzické změny, emoce a uvažování těhotných žen a psychika žen v jednotlivých trimestrech. Druhá podkapitola seznamuje s dělením a druhy strachu, vysvětluje, co znamená termín tokofobie a popisuje možnosti léčby strachu z porodu. Třetí podkapitola poukazuje na negativní faktory, které ovlivňují prožívání těhotenství, jako je například věk ženy pod 20 let nebo rizikové těhotenství. Čtvrtá podkapitola je zaměřena na porod jako takový, na porodní plán, na porodnictví v České republice a na porodnický personál. Pátá podkapitola se zabývá strategiemi zvládání strachu, vlivem přítomnosti partnera u porodu na psychiku rodičky, a zda je užitečné navštěvovat předporodní kurzy. A šestá podkapitola popisuje úlohu porodní asistentky v péči o ženu před porodem.

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na výzkum obav těhotných žen a zvládání jejich strachu z porodu a poukazuje na příčiny vzniku strachu. V bakalářské práci byly stanoveny celkem tři cíle a to. Cíl 1: Zmapovat příčiny a podněty strachů těhotných žen v souvislosti s porodem. Cíl 2: Identifikovat strategie zvládání strachu souvisejícího s porodem. Cíl 3: Zjistit vliv předchozí zkušenosti z porodu na prožívání strachu u druhorodiček (vícerodiček). Bylo stanoveno 5 výzkumných otázek. Znění první výzkumné otázky: „Jak ženy vnímají a prožívají strach z porodu?“. Druhá: „Jakým způsobem se jim daří strach zmírnit?“. Třetí výzkumná otázka: „Jaké příčiny a každodenní podněty ženy vnímají jako spouštěcí mechanismy svého strachu?“, čtvrtá výzkumná otázka: „Čeho se bojí nejvíce? Porodu, bolesti, o sebe, o dítě?“. A pátá výzkumná otázka: „Má na prožívaný strach z porodu vliv předchozí zkušenost s porodem?“.

Ke zpracování této problematiky a zjištění stanovených cílů bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Pro sběr dat byla použita technika polostrukturovaných

rozhovorů. Tyto rozhovory byly poté zpracovány metodou obsahové analýzy. Výzkumným souborem byly náhodně vybrané těhotné ženy, které souhlasily se spoluprací. Pro kvalitativní výzkum bylo zvoleno dvanáct žen, které byly rozděleny na dvě skupiny, v první skupině bylo šest prvorodiček a ve druhé šest vícerodiček. Získané informace od jednotlivých respondentek byly průběžně zapisovány, a poté byl text převeden do spisovného jazyka. Tyto výpovědi jsou v textu označeny kurzívou. První polovina praktické části popisuje odpovědi respondentek na společné otázky polostrukturovaného rozhovoru a druhá polovina praktické části je doplnění informací od vícerodiček, rozhovor pro vícerodičky byl rozšířen o osm otázek k původnímu rozhovoru pro prvorodičky. Tyto otázky byly zaměřeny na popis zkušeností s předchozími porody respondentek a na porovnání nynějšího těhotenství a těhotenství předchozích. Tyto doplňující otázky zodpovídalo šest respondentek (R2, R5, R6, R8, R10 a R12).

Na základě rozhovorů byla sestavena schémata a kategorizační tabulka obsahující nejdůležitější výsledky výzkumu. Výzkumné šetření probíhalo od února do července 2014.

Na základě výsledků kvalitativního výzkumného šetření se dospělo k dále popisovaným závěrům a odpovědím na výzkumné otázky. Všech pět výzkumných otázek bylo zodpovězeno. Na první otázku se nám nedostalo jednoznačné odpovědi, každá žena totiž prožívá a vnímá svůj strach odlišně, některé ženy se uzavírají samy do sebe, jiné zas vše potřebují dostat ze sebe a vypovědět svému okolí, co je trápí. Druhá otázka přinesla přesnější odpovědi, i když všechny ženy také nemají obdobné strategie na zvládnutí strachu, nejčastější odpovědí bylo, že jim nejvíce pomáhají jejich životní partneři, potomci a příbuzní, či zabývání se jinými činnostmi. Na třetí otázku, která zní: „Jaké příčiny a každodenní podněty ženy vnímají jako spouštěcí mechanismy svého strachu?“ ženy nejčastěji odpověděly, pokud to byly vícerodičky, že u nich strach z porodu spouští vzpomínka na porod předchozí a to, co u předchozích porodů zažily a prvorodičky sdělily, že je vyděsí, nebo rozruší, když jim někdo vypráví o svém porodu, jedna z respondentek vypověděla, že ji vyděsilo, když viděla porod na videu a čtvrtá výzkumná otázka měla také více odpovědí, ale nejčastěji se respondentky

shodly, že největší strach mají o zdraví svého dítěte, bolest a jejich vlastní zdraví je pro většinu respondentek druhořadé. Na prožívání strachu z porodu má velký vliv předchozí zkušenost s porodem, ať už negativní či pozitivní, vždy jsou tím ženy ovlivněny, tímto respondentky odpověděly na pátou otázku.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak je možné ženám pomoci se strachu vyhnout nebo ho alespoň zmírnit. Částečně jsme na toto získaly odpovědi, ale bylo by za potřebí hlubšího zkoumání respondentek, jejich pocitů, psychiky a také pocitů jejich partnerů a blízkých. Je důležité vždy ženu pečlivě vyslechnout, nechat ji hovořit o svých pocitech a problémech a nabídnout jí pomocnou ruku. Každá žena je jedinečná a potřebuje odlišný přístup a tím bychom se v péči o těhotné ženy měli řídit.

Klíčová slova:

Strach

Porod

Porodní asistentka

Strategie zvládání strachu

Partner u porodu

Prvorodička

Vícerodička

Abstract

This thesis addresses fear of childbirth, causes of birth anxiety and effective strategies helping to deal with those above. Bachelor thesis is divided into two major sections, theoretical and empirical one.

In the theoretical part, the issue of birth anxiety is elaborated based on academical literature and most recent scientific discoveries in the field of gynaecology. Detailed step-by-step information about the pregnancy periods as well as list of the physical and mental changes experienced by mothers in different trimesters is provided.

Secondly, particular components of fear and its categories are introduced. The term of tokophobia otherwise known as 'Enfantaphobia' or fear of childbirth or pregnancy is explained in detail. In relation, treatment options of tokophobia are listed and one by one clarified.

Furthermore, risk pregnancy and less than twenty years of mother's age are considered negative factors influencing the mental health and level of stress during pregnancy. The process of childbirth, delivery plan and gynaecology specifically in the conditions of the Czech medical system are described. Strategies for coping with fear of childbirth are itemized. For example, whether or not the presence of partner in the delivery room or antenatal courses have influence on mother's mental state is discussed. Last but not least, the role of birth assistant considering the prenatal care is put in perspective.

Empirical part of the bachelor thesis consists of investigation of pregnant women fears, causes of anxiety and methods how to effectively handle them. Three major objectives were stated for purpose of the research. First aim is to discover and map the most common causes and impulses of childbirth fear in pregnant women. Second is to identify childbirth fear overcoming strategies. Finally, third objective is to determine the effect of previous childbirth experience on next labor.

In order to achieve conclusion five major experimental questions were presented:

- How women experience and perceive childbirth fear?
- How do they manage to moderate the childbirth fear?
- Which everyday casual impulses women mark as trigger mechanisms of their personal childbirth fear?
- What is the most common fear initiating thought?
- Does previous childbirth experience influence the perception of next one?

In order to develop data based knowledge answering established questions the method of quantitative research was chosen as the most optimal considering the previously stated objectives. For the purposes of gaining data the method of semi-structured interviews was applied. Acquired interviews were afterwards analysed using the technique of content analysis.

The research sample consisted of twelve pregnant women divided into two groups of six. First group represented by primiparas, second by multigravidas. Gained information from interviews were transcribed into literary language and emphasised by use of italics. The first half of empirical part collects common basis responses from both primiparas and multigravidas whereas the second one completes the picture by depicting eight additional questions about previous childbirth experience answered only by multigravidas.

Based on the data from interviews diagrams and categorisation charts with the most important results were created. In conclusion, the bachelor thesis accomplished to satisfactorily fulfil all five major objectives. Every woman's perception of childbirth and childbirth fear is individual construction based on her personality, circumstances and other numerous factors. When pregnant women experience anxiety in most cases they chose to seek the support of family members, husbands, partners or close friends. Most common source of primipara's childbirth fear according to collected data is getting to know disconcerting examples of other women's childbirths. What they care the most about is the life and health of their babies which puts the fear of pain and labor

itself on second rate. Previous childbirth experience positive or negative always has influence on present state of mind of a pregnant woman.

The most significant aim of the bachelor thesis was to determine methods how to help pregnant women overcome or moderate the childbirth fear. To exhaustively elaborate on the topic would require further and deeper research in the field of psychology of respondents, their family backgrounds and life partners. The conclusion of the thesis revealed that every single pregnant woman perceives the potential dangers individually and thus the approach towards her from the point of birth assistant should be individual and sensitive also.

Key words:

childbirth fear

childbirth

birth assistant

Birth fear handling strategies

primipara

multigravida

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované 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 jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 13. 8. 2014

.....

Karolína Vlčková

Poděkování

Ráda bych poděkovala Zdravotně sociální fakultě za možnost studia. Velké díky patří Mgr. Dominice Průchové za odborné vedení práce, cenné rady a připomínky. Dále děkuji všem respondentkám, které mi poskytly rozhovor a tím přispěly k realizaci výzkumné části bakalářské práce. Významné díky patří také mé rodině, která mi umožnila studovat a po celou dobu studia mi pomáhala a podporovala mne. A také bych ráda poděkovala mé dobré kamarádce Bc. Anně Hájkové, za překlad abstraktu do anglického jazyka.

Obsah

<i>Úvod</i>	12
1 SOUČASNÝ STAV	13
1.1. Těhotenství - období před porodem	13
1.1.1. Fyzické a psychické změny a jejich přijímání	14
1.1.2. Psychika ženy v prvním trimestru	14
1.1.3. Psychika ženy ve druhém trimestru	15
1.1.4. Psychika ženy ve třetím trimestru	15
1.1.5. Uvažování a emoce těhotných žen	16
1.2. Strach z porodu	17
1.2.1. Definice	17
1.2.2. Tokofobie	18
1.2.3. Strach během těhotenství a porodu	18
1.2.4. Možnosti terapie v léčbě strachu z porodu	19
1.3. Negativní faktory ovlivňující prožívání těhotenství	20
1.3.1. Věk těhotné ženy pod 20 let	20
1.3.2. Věk těhotné ženy nad 35 let	20
1.3.3. Rizikové těhotenství	21
1.4. Porod	21
1.4.1. Porodní plán	22
1.4.2. Porodnictví v České republice	23
1.5. Strategie zvládání strachu	24
1.5.1. Proces zvládání stresové situace	24
1.5.2. Strategie zvládání strachu těhotných žen	25
1.5.3. Komfort	25
1.5.4. Účast partnera u porodu	26
1.5.5. Předporodní příprava a předporodní kurzy	27
1.6. Úloha porodní asistentky v péči o ženu	28

2	CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	31
2.1.	Cíl práce	31
2.2.	Výzkumné otázky	31
3	METODIKA VÝZKUMU	32
3.1.	Metodika a technika výzkumu	32
3.2.	Charakteristika výzkumného souboru	32
4	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	33
4.1.	Kvalitativní výzkumné šetření	33
5	DISKUZE	48
6	ZÁVĚR	56
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	58
8	SEZNAM PŘÍLOH	61

Úvod

„Krátká cesta z dělohy ven na svět je prý tou nejnebezpečnější, kterou každý z nás podstupuje“ Charles J. Lockwood

Tato bakalářská práce se zaměřuje na strach prožívaný ženami během těhotenství, konkrétně na strach z porodu, jelikož je jedním z nejčastěji prožívaných strachů v tomto období. Pro prvorodičky je to zejména strach z něčeho neznámého – z nepoznaných pocitů a prožitků. Pro ženy, které již porod absolvovaly, to může být naopak strach z pocitů a prožitků již dříve poznaných. Každá žena vnímá a prožívá strach odlišně a volí si i odlišné strategie, jak tento strach přemoci a vyrovnat se s ním (Petersen a kol., 2009, Matulaite-Horwood a kol., 2005).

Toto téma jsem si zvolila, protože je velice zajímavé pohlédnout na prožívání těhotenství a na porod očima někoho jiného a tímto způsobem se i více dozvědět o problematice strachu z porodu a pokusit se najít klíč, jak strachu předcházet, nebo jak se ho alespoň pokusit zmírnit. Předpokladem této práce je, že by její výzkumná zjištění mohla přispět k bližšímu objasnění některých příčin strachu z porodu a tím pomoci jeho hlubšímu pochopení.

Cílem bakalářské práce je zjistit, proč se ženy porodu tolik obávají a co jim pomáhá se se strachem vyrovnat. Zda ženám pomáhá přítomnost jiné osoby u porodu, či zda je nějak pozitivně či negativně ovlivnila zkušenost z předchozího porodu.

1 SOUČASNÝ STAV

Strach je emoce, kterou prožívá snad každá žena, která je v očekávání, nezáleží na věku, na vzdělání, či na zkušenostech, tomuto pocitu se nevyhne žádná žena a je to naprosto přirozené. Avšak každá žena prožívá a zvládá strach odlišně. Snížení či úplné vymizení strachu v těhotenství může pomoci jak psychickému, tak i fyzickému stavu matky, tak ale i stavu ještě nenarozeného dítěte. Proto je důležité se zaměřit na to, jak je možné strachujícím se matkám pomoci a snažit se poskytnout jim co největší podporu, péči a porozumění, což je v tomto období nesmírně důležité a především velice potřebné (Ratislavová, 2008).

1.1 *Těhotenství - období před porodem*

Těhotenství je dlouhé 280 dnů, to znamená 40 týdnů a zároveň ho lze rozdělit na tři období, takzvané trimestry. Z psychologického hlediska jsou pro každý trimestr popsány typické těhotenské pocity a postoje, které se vyskytují u většiny těhotných žen bez ohledu na jejich individuální situaci - parita, věk, vzdělání (Ratislavová, 2008).

I. trimestr je obdobím, kdy žena přijímá těhotenství, uvědomuje si, že vchází do nové životní etapy a smiřuje se s těmito změnami. V tomto období se může objevit určitá náladovost způsobená především pocitem nejistoty z budoucnosti – zda vše proběhne v pořádku. Tyto pocity se stupňují především u žen po umělém oplodnění a také po předchozích potratech.

II. trimestr je obdobím přijetí plodu, kdy žena začíná pociťovat pohyby plodu, učí se s ním komunikovat a také je to období vnitřního klidu a radosti z očekávání.

III. trimestr je především obdobím přípravy na porod, myšlenky se stáčí směrem k porodu a začínají se objevovat obavy o průběh porodu, a zda to žena vše bez problémů zvládne (Čermáková, 2008).

1.1.1 Fyzické a psychické změny v těhotenství

"Když si žena projde těhotenstvím a porodem, je jiná, než byla předtím. Je proměněná a mnohem více rozumí životu. Přivést na svět dítě znamená vykoupat se v prameni života". (Federick Leboyer)

Těhotenství je spojeno s velmi výraznými změnami v organismu ženy, jejichž cílem je přizpůsobit ho zcela nové situaci, kdy plod představuje další biologickou jednotku a zasahuje do všech funkcí organismu ženy. Nastává růst tkání, který je zřejmý v podobě hypertrofie rodidel a prsů. Dále dochází k retenci tekutin, tento stav je způsoben hormonálními vlivy, zde může být uvedeno například prosáknutí vulvy a vaginy.

Progesteron navozuje relaxaci hladkého svalstva v podobě uvolnění dělohy, dilatace a snížené peristaltiky střev, močových a žlučových cest.

Dochází ke všeobecnému funkčnímu přizpůsobení se nárokům v období těhotenství, například zvýšený objem cirkulující krve, zvýšení srdeční činnosti a prokrvení ledvin, celkové zvýšení metabolické a endokrinní aktivity (Čech a kol., 2006).

Benigní těhotenská encefalopatie je porucha kognitivních funkcí u těhotných žen, jde o změny psychiky způsobené těhotenstvím. Výskyt těchto změn je vysoký, je postiženo až 50 % žen. Projevuje se poruchami paměti, problémy s učením, únavou, nespavostí, potížemi se čtením, poruchami koncentrace a také se může vyskytnout dezorientace. Těhotné svůj stav jen výjimečně považují za patologický a potíže nesdělují lékaři. Stav se většinou po porodu spontánně upravuje a navrácí se zpět k normálu (Ratislavová, 2008).

1.1.2 Psychika ženy v prvním trimestru

Reakce ženy, když zjistí, že je těhotná, může být různá. Jestliže bylo těhotenství plánované, většinou je žena šťastná, nadšená a natěšená. Pokud ale bylo těhotenství neplánované, je žena nejen překvapena, ale také šokována a vyžaduje to pak velké přizpůsobení a také rozhodování, zda vůbec v těhotenství pokračovat, nebo ho uměle přerušit. V tomto období se těhotná žena zaměřuje hlavně na sebe, sleduje vlastní tělo

a snaží se zjistit, zda je opravdu těhotná. Většina žen má rozporuplné pocity, především ženy, které jsou těhotné poprvé. U těchto žen se objevují pocity nejistoty, jak bude probíhat těhotenství a porod a zda zvládnou roli matky a veškerou péči o novorozené dítě. Na jednu stranu se velice těší na své miminko a na druhou stranu ví, že přichází o svůj starý způsob života. Mnoho i chtěných dětí se narodilo z neplánovaného těhotenství. Rodiče obvykle chtějí ještě nějakou dobu počkat, aby splnili svoje cíle v kariéře, dokončili vzdělání nebo si přáli mít mezi narozením dalšího dítěte delší časové rozmezí. V prvních třech měsících dochází ke zvýšení hladiny hormonů, které způsobují nevyrovnanost a psychickou labilitu (Leifer, 2004, Gregora, 2007).

1.1.3 Psychika ženy ve druhém trimestru

Druhý trimestr je nejstabilnější dobou těhotenství. Těhotná žena je smířena s rostoucím miminkem v sobě, zvětšuje se jí břicho a začíná cítit první pohyby plodu. Díky tomu si více uvědomuje své dítě a přijímá ho jako samostatnou bytost. Cítí se plná života a snaží se různými způsoby podpořit dobrý průběh těhotenství. Vyvíjející se miminko se dostává do popředí jejích zájmů. Žena se zajímá o jeho zdravotní stav, komunikuje s ním a také si často představuje, jak bude miminko vypadat. Tím jak roste plod, se také mění postava ženy. Některé ženy jsou na rostoucí břicho pyšné a rády ho ukazují, některé si ale mohou připadat méně přitažlivé a může se u nich objevit strach, že už se nebudou partnerovi líbit, což může způsobit změnu sexuálního vztahu mezi partnery. Oba rodiče se také mohou obávat o zdraví svého plodu. Pro těhotnou ženu je velmi důležitá podpora jejího partnera a také partnerův přístup k vyvíjejícímu se plodu (Leifer, 2004, Gregora, 2007).

1.1.4 Psychika ženy ve třetím trimestru

Ve vyšším stádiu může těhotenství připadat ženě jako nekonečné, s větším břichem si často připadá nemotorná a může se u ní objevit touha zbavit se nepříjemného břicha. Všechny aktivity jsou pro ni stále obtížnější a snáze se při nich unaví. Mnohdy se také

vrátí změny nálad. S blížícím se koncem těhotenství se u většiny žen zvyšuje netrpělivost, roste u nich obava z porodu a přemýšlí nad tím, jak porod zvládnou. Nastávající maminka se cítí zranitelná. Je pro ni v tomto období velmi důležitá podpora ze strany partnera a nejbližší rodiny. Toto období se také nazývá jako stavění hnízda, kdy matka připravuje prostor pro své dítě (Leifer, 2004, Gregora, 2007).

1.1.5 Uvažování a emoce těhotných žen

I sebevíc očekávané těhotenství je zahaleno pocitem nejistoty a strachu z možných komplikací. Těhotenství dává ženě příležitost znovuoobjevit důvěru ve své tělo. Po celé generace byly ženy vychovávány k nedůvěře a nenávisti vůči svému tělu. Těhotenství je ideálním obdobím pro to, aby žena opět začala svému tělu důvěřovat. Problémy s vnímáním svého měnícího se těla během těhotenství je připisován tlaku společnosti, který má tendenci těhotnou neustále hodnotit a pozorovat (Northrupová, 2008).

Významným mezníkem je také proměna ženského těla. Dochází ke zvyšování tělesné hmotnosti, mění se tvar těla, zvyrazňuje se pigmentace a další. Většina žen tyto změny přijímá negativně. Ženy nespokojené se svým tělem již před otěhotněním prožívají somatické změny ještě mnohem zranitelněji. Na konci těhotenství se mohou objevit obavy ze ztráty atraktivity a kontroly nad svým tělem. Těhotenství může být doprovázeno obtížemi, mezi které patří například bolesti zad, bolesti hlavy, nespavost, nevolnost a zvracení. Ze sociálních změn dochází k vývoji mateřské identity, žena si zvyká na novou roli matky, postupně ztrácí ekonomickou soběstačnost a stává se závislá na svém partnerovi. Po psychické stránce dochází ke změnám hlavně v oblasti emočního prožívání, na jedné straně se objevují pocity radosti, štěstí a očekávání a na straně druhé jsou to obavy, nejistota a pochybnosti. Výjimkou nejsou ani přehnané emoční reakce, deprese, podrážděnost, plačtivost a v neposlední řadě euforie (Ratislavová, 2008, Rokyta a kol., 2006).

1.2 Strach z porodu

Porodní bolesti nejsou brány jako patologické, jsou součástí normálního průběhu porodu, součástí otevírání porodních cest a této bolesti se nelze zcela vyhnout. Jednou z hlavních příčin bolesti je strach z porodu. Ze schématu strach – napětí – bolest vyplývá, že vnitřní napětí a úzkost mají za následek aktivaci sympatického nervového systému a napětí v těle, dochází k nedokrevnosti tkáně a tím ke vzniku bolesti (Ratislavová, 2008).

Důvodem strachu z porodu mohou být také skryté frustrace. Souvislost mezi strachem z porodu a strachem ze smrti je vnímána jako aspekt kolektivního podvědomí (Northrupová, 2008).

1.2.1 Definice

Strach má signální a ochrannou funkci a objevuje se v situacích, kdy jedinec prožívá pocit ohrožení. Hranice mezi strachem a úzkostí není pevná, avšak pociťujeme-li úzkost, nejsme si vědomi bezprostřední příčiny našeho prožívání. Strach v přiměřené míře a bez dlouhodobého pocitu ztráty kontroly, je užitečnou emocí, která vede k sebezáchovným činnostem a přípravě na zátěžovou situaci. Strach se jako všechny emoce projevuje ve třech rovinách. Je to subjektivní prožitek strachu, objektivní fyziologické změny a chování, jež prožitek strachu a jeho myšlenkové zpracování vyvolává. Strach může vést k vyhýbavému nebo obrannému chování člověka (Vymětal, 2007).

Strach je psychický jev, který nás doprovází po celý život. Podílí se významnou měrou na formování osobnosti člověka a jeho socializaci – tedy na osvojování lidských kvalit, jako jsou vztahy k druhým či morálka. Bez nadsázky říkáme, že bez strachu by se člověk nestal lidskou bytostí. Problémy ovšem nastanou, pokud se u někoho strach vyskytne v nadměrném a situaci nepřiměřeném množství, jak tomu bývá například u osob trpících některou psychickou poruchou (Vymětal, 2007, Adams, 2012).

Strach je nelibá emoce s neurovegetativním doprovodem, zpravidla zblednutím, chvěním, zrychleným dýcháním, bušením srdce, zvýšením krevního tlaku a pohotovostí k obraně či útěku, jde o normální reakci na nebezpečí nebo ohrožení, u člověka je strach vázán i na představivost, čímž se situace ohrožení zmnožují (Hartl, 2004).

Strach je také možné definovat jako nepříjemný prožitek vázaný na určitý předmět nebo situaci, které v jedinci vyvolávají obavu z ohrožení. Je tedy reakcí na poznané nebezpečí a má signální a obrannou funkci (Vymětal, 2010).

1.2.2 Tokofobie

I přes nízkou mortalitu žen a dětí při porodu se některé ženy mohou obávat úmrtí či vážné fyzické bolesti sebe nebo svého dítěte. Pokud žena prožívá natolik silný strach, že se brání otěhotnění, hovoří odborníci o tokofobii, patologickém strachu z porodu a vyhýbání se těhotenství (Hofberg a Ward, 2003).

Primární tokofobie se vyvíjí od rané adolescence, její příčinou může být například znásilnění nebo převzetí vzorců chování matky, která sama prožila porod se známkami traumatu. Sekundární tokofobie vzniká z traumatické zkušenosti v předcházejícím těhotenství jako je spontánní potrat ve vysokém stádiu těhotenství, porození mrtvého plodu nebo akutní císařský řez. Rozhodující je, jestli žena vnímá porodní zkušenost jako trauma. Terciární tokofobie je jedním z příznaků a současně jednou z příčin depresivního onemocnění ženy (Hofberg a Ward, 2003).

1.2.3 Strach během těhotenství a porodu

Na vzniku strachu z porodu a úzkosti během těhotenství se v různé míře podílí ambivalence týkající se těhotenství a mateřství, konflikty v partnerském životě, psychické napětí v každodenním životě, nedostatek sociální opory, nízký socio-ekonomický status, věk, vzdělání, nenavštěvování předporodních kurzů, nízká asertivita a sebeúcta (Hart a McMahon, 2006).

Vyrovnání se s těhotenstvím je ovlivňováno pocitem připravenosti ženy na mateřství a kvalitou vztahu s partnerem. Pro ženu je velmi důležité partnerské očekávání dítěte a fáze rodičovství – „my čekáme dítě“ (Bartlová, 2005).

Historicky ženy byly účastny a podporovaly jiné ženy během porodu. Avšak dnes v mnoha zemích, protože více žen rodí v porodnicích spíše než doma, kontinuální podpora během porodu se stala výjimkou spíše než normou. To vyvolalo obavy z následné dehumanizace porodních zážitků žen. Moderní porodní péče často vystavuje ženy institucionálním rutinám, které mohou mít negativní vliv na postup porodu. Podporující péče během porodu může zahrnovat emocionální podporu, opatření týkající se pohodlí, informovanost a zastání. Toto může zvýšit normální proces porodu stejně dobře jako ženin pocit kontroly a kompetence, čímž také snížení potřeby porodnických intervencí.

1.2.4 Možnosti terapie v léčbě strachu z porodu

U člověka jsou navzájem propojeny biologické, sociální a psychologické roviny, které jsou ovlivňovány vnějším prostředím. Je prokázáno, že psychologickými a sociálními vlivy se může měnit biologická stránka člověka a naopak. Přes veškeré poznatky je medicína často zaměřena pouze na funkci orgánů, nikoliv na celého člověka, jeho tělo, emoce a prostředí, ve kterém se nachází (Ratislavová, 2008).

V průběhu těhotenství žena potřebuje osobu, která ji psychicky podporuje, odpovídá na všechny otázky a zmírňuje její obavy. Nejdůležitější úlohu má chápající partner, ale odborné odpovědi může těhotná žena získat pouze od své porodní asistentky, případně od lékaře. Těhotné ženě by měla být poskytována komplexní zdravotnická a psychosociální podpora zaměřující se na její individuální potřeby (Čech a kol., 2006).

Naděje je definována jako schopnost hledat různé cesty k vytčenému cíli a tyto cesty používat vzdor možné neúspěchy. Podle množství „vnitřní energie“ lze jedince rozdělit na lidi slabé a silné naděje. Ti první vnímají překážky na cestě k cíli jako past, ti druzí jako výzvu (Křivohlavý, 2004).

1.3 Negativní faktory ovlivňující prožívání těhotenství

Na psychické prožívání ženy v době těhotenství má vliv řada faktorů, některé mohou působit i negativně. Patří mezi ně například věk těhotné ženy, socioekonomické faktory a rizikové těhotenství (Ratislavová, 2008).

1.3.1 Věk těhotné ženy pod 20 let

Těhotenství ženy v adolescentním věku jsou velmi často těhotenství nechtěná a neplánovaná. V tomto věku však může docházet i k záměrným otěhotněním, často to mohou být dívky, které se chtějí osamostatnit od své původní rodiny, kde se jim nedostává dostatek lásky či porozumění. Tyto ženy však v konečném důsledku pociťují samotu, bezmoc a zlost, oddělení od vrstevníků, pocity neschopnosti a úplného selhání. Psychika mladé matky není připravena na péči o dítě a není schopna v dostatečné míře uspokojit jeho potřeby (Ratislavová, 2008).

1.3.2 Věk těhotné ženy nad 35 let

V posledních letech dochází velkou měrou k posunu věkové hranice plánovaného rodičovství, v současné době také není už žádnou raritou věk prvorodičky nad 35 let, kdy dříve tyto ženy byly nazývány „starými prvorodičkami“. Těhotenství ženy ve věku nad 35 let bývá spojováno s různými komplikacemi. Jedním z nich je snížená schopnost fertilizace, zvyšuje se riziko postižení dítěte Downovým syndromem a dochází k rozvoji zdravotních komplikací. Ženy v tomto věku však mívají vyšší vzdělání, vybudovanou kariéru a jsou materiálně a finančně zabezpečeny. Přístup k těhotenství bývá zodpovědnější a trpělivější. Někdy se tyto ženy ale až příliš soustřeďují na novou úlohu matky. Při představě ztráty nezávislosti a změn souvisejících s příchodem dítěte se mohou objevovat pocity paniky až deprese. Náročné období těhotenství, porodu a šestinedělí pak mohou pociťovat s velkými obavami, nejistotou a strachem (Murkoffová a kol., 2004)

1.3.3 Rizikové těhotenství

Psychické prožívání ženy, jejíž těhotenství provází komplikace, je zatíženo obavami, nejistotou a také strachem. Negativní emoce mohou převládat nad pozitivními. Žena má obvykle obavy z budoucnosti a má strach jak těhotenství dopadne. Objevují se pocity ztráty naděje, může dojít k vystupňované úzkosti až depresím. U závažných komplikací, kdy hrozí předčasný porod nebo potrat, musí být těhotná žena někdy i dlouhodobě hospitalizována v nemocnici a hrozí až rozvoj hospitalismu (Ratislavová, 2008).

1.4 Porod

„ Porod je největší vědomé otevření lidského těla. “ (Hrabica, 2007)

Porod je proces, během kterého plod opouští tělo matky. Dítě po celou dobu spolupracuje s dělohou, hledá tak nejlepší pozici pro cestu pánví. Jde o porod, během kterého rozlišujeme čtyři doby porodní. Dítě se na svět rodí složitým porodním mechanismem. Působením děložních stahů neboli kontrakcemi dochází k otevírání porodních cest. Plod díky nim vstupuje do porodních cest, a aby jimi prostoupil, musí rotovat a hledat si tak nejvhodnější polohu. V závěru porodu se k činnosti dělohy připojuje síla břišního lisu, která má za úkol vytlačit dítě ven z porodních cest (Pařízek, 2005, Zwinger, 2004).

Průběh porodu se rozděluje z časového hlediska a podle probíhajících procesů na čtyři doby porodní. První doba porodní neboli otevírací začíná spontánním odtokem plodové vody nebo nástupem pravidelných kontrakcí a končí úplným otevřením porodních cest. Velmi důležité je rozpoznání skutečných kontrakcí od tzv. poslíčků, neboli Braxton-Hicksových kontrakcí, tyto kontrakce nejsou pravými kontrakcemi, ale pouze jen „cvičnými“. Účelem těchto kontrakcí je roztáhnout dolní část dělohy, což umožní hlavičce dítěte usídlit se v pánvi a změkčit a ztenčit děložní čípek. Tyto

kontrakce však nemají vliv na dilataci děložního čípku. Druhá doba porodní neboli vypuzovací začíná úplným otevřením porodních cest a končí vypuzením plodu z dělohy. Třetí doba porodní, neboli „doba k lůžku“, je doba po porodu plodu až po porod placenty, pupečníku a plodových obalů. A poslední čtvrtá doba porodní nebo také doba poporodní je doba, ve které je žena nejvíce ohrožena časným poporodním krvácením. Jde dobu po porodu placenty, kdy žena leží na porodním sále a je pečlivě kontrolována (Deansová, 2004; Roztočil 2008).

K 1. 4. 2012 nabyl účinnost nový zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Porodem se rozumí ukončení těhotenství narozením živého nebo mrtvého dítěte. Za narození živého dítěte se považuje úplné vypuzení nebo vynětí plodu z těla matčina, bez ohledu na délku trvání těhotenství, jestliže plod po narození projevuje alespoň jednu ze známek života, to je dech, srdeční činnost, pulzace pupečníku nebo nesporný pohyb kosterního svalstva, ať už pupečník byl či nebyl přerušen nebo placenta připojena (MZCR, 2012). „Mrtvě narozeným dítětem se rozumí plod narozený bez známek života, jehož hmotnost je 500 gramů a více, nelze-li porodní hmotnost určit, narozený po 22. týdnu těhotenství, a nelze-li délku těhotenství určit, nejméně 25 cm dlouhý, a to od temene hlavy k patě (MZCR, 2012).“.

1.4.1 Porodní plán

Porodní plán je písemně vypracovaný seznam přání a požadavků rodičky. Měl by obsahovat vše, co je pro ženu důležité a co chce sdělit ošetřujícímu personálu, který o ni bude pečovat při porodu. Žena zde může uvést své konkrétní představy a požadavky, vše, co by při porodu ráda měla, využila, dělala, jako například pomůcky, polohy, doprovázející osoby, jaké jsou její představy o prostředí, a jak si představuje komunikaci se zdravotníky.

Zatím však nejsou všechny porodnice ochotny s rodičkami jejich porodní plán diskutovat. Důvodem je pravděpodobně pocit zdravotníků, že porodní plán je jakýmsi útokem ze strany rodičky. Tento pocit jistě umocňuje i to, že zdravotníci ještě neumí s porodními plány pracovat. Na druhé straně porodní plány dost často obsahují

požadavky, které některé porodnice nejsou schopny splnit. Nejvíce problémů nastává v případě požadavků rodičky, které jsou v rozporu s lékařskou etikou a platnými doporučeními Lékařské komory, České gynekologicko-porodnické společnosti a České neonatologické společnosti. Tyto problémy se dají řešit komunikací s rodičkou. Důležité je vysvětlit ženě, popřípadě i jejímu doprovodu, jak důležitá tato doporučení jsou, k čemu slouží a jak chrání bezpečnost její i jejího dítěte. Ideální je hledat možné alternativy, které by vyhovovaly rodičce i ošetřujícímu personálu (Kameníková, 2009).

V posledních letech přibývá také žen, které chtějí svůj porod prožít aktivně. Navštěvují psychoprofylaktickou přípravu k porodu a aktivně vyhledávají literaturu pro dostatek informací. Vytváří porodní plán, kterým jasně definují svoji představu o průběhu porodního procesu. Jsou si vědomy svých potřeb a chtějí se přičinit k jejich aktivnímu naplňování (Ratislavová, 2008).

1.4.2 Porodnictví v České republice

České porodnice v posledních letech prošly mnohými změnami, částečně díky vlivu informací o výhodách humanizovaného porodu, přesto dále existuje rozpor mezi přáním některých žen родit přirozenou cestou a českými lékaři, kteří s ohledem na své vzdělání jsou zaměřeni na možné patologické projevy porodu. S tím jak dochází k částečné humanizaci porodu, roste napětí mezi lékaři a porodními asistentkami v souvislosti s vymezením jejich profesních kompetencí. Služby jednotlivých českých porodnic se značně liší, jeden extrém představují porodnice, ve kterých se praktikuje medikalizovaný porod a přístup personálu lze označit za nedemokratický. Druhým pólem jsou porodnice, ve kterých jsou respektována základní práva ženy a většina doporučení humanizovaného porodu dle SZO. Střed tvoří porodnice, ve kterých sice existují snahy o zlepšení péče o matku a dítě během porodu, ale přístup personálu je spíše manipulativní. Rodícím ženám jsou „velmi doporučovány“ mnohé procedury a vyšetření, které nemají své odůvodnění vzhledem k průběhu porodu.

V českých porodnicích se rychle proměňuje zařízení porodních „sálů“, které se svým vzhledem přibližují domácímu prostředí a umožňují rodící ženě více pohybu

a metod tišení bolesti, např. teplá lázeň, balón, masáže atd. Nicméně, provoz mnoha porodnic je poznamenán napjatou atmosférou mezi lékaři a porodními asistentkami či dulami. Mnozí lékaři nejsou ochotni uznat, že přirozený porod vedený porodní asistentkou je stejně bezpečný a pro ženu příjemnější v porovnání s medikalizovaným porodem řízeným lékaři (Sovová, 2007).

1.5 Strategie zvládání strachu

Strategie zvládání strachu představuje kupříkladu potlačování obav a negativních myšlenek, vytváření závěrů na základě pocitů, popření všeho negativního v minulosti a motivování sebe samého prostřednictvím slov „musím a měl bych“. Je třeba vytěsnit negativní myšlenky a snažit se uvažovat pozitivně a říci si, že jsme bez problémů schopni zátěžovou situaci zvládnout, to dodává pocit kontroly a sebedůvěry. V případě, že nejsme v danou chvíli schopni racionálně pracovat s negativní myšlenkou, je dobré se uklidnit pomocí relaxačních technik nebo meditace (Praško a kol., 2006).

1.5.1 Proces zvládání stresové situace

Negativní myšlenky je třeba zaměnit za myšlenky realistické, které obsahují víru, že jsme schopni zátěžovou situaci zvládnout. To spolu s konstruktivní přípravou na situaci dodává pocit kontroly a sebedůvěru (Praško a kol., 2006).

Humor spojuje lidi a zároveň pomáhá zvládat stresovou situaci, lze ho chápat jako formu zprostředkování sociální opory. Má pozitivní vliv na duševní zdraví jedince. Zjistilo se, že smích stejně jako sport způsobuje vylučování endorfinů, které mají uklidňující účinek. Humor působí přes fyziologii na psychiku člověka, tlumí negativní psychické projevy jako je strach a úzkost (Mareš, 2003)

1.5.2 Strategie zvládání strachu těhotných žen

Ženy, které jsou více citlivé, si vytvářejí více starostí a obav, intenzivní starosti se mohou proměnit v negativní přesvědčení, které zesilují strach a tak znesnadňují proces adaptace. Negativní přesvědčení je nutné logicky zkoumat a ověřit, zda nepřeceňujeme určitou situaci. Například bude-li žena předem předpokládat, že porod je nesnesitelná bolest, toto negativní přesvědčení znesnadní proces zvládání samotné porodní bolesti (Hart a McMahon, 2006, Praško a kol., 2006).

Strach během těhotenství a porodu lépe zvládají ženy s kladným emočním postojem a odstupem. Ženy s takovým postojem užívají jako strategie zvládání například humor a optimismus. Rozptýlení je jakákoliv oblíbená činnost, která přivádí jedince na jiné myšlenky, je to účinná taktika, jedná-li se o lehkou obavu pramenící ze situace, na jejíž řešení teprve přijde čas. Nevhodně zvolenou strategií v takové situaci by bylo soustavné přemýšlení nad problémem, které by více zesilovalo obavy a strach (Praško a kol., 2006).

1.5.3 Komfort

Komfort je stav psychické, fyzické a sociální pohody či klidu. Rozděluje se do tří tříd, a to na komfort tělesný, komfort prostředí a komfort sociální. Do tělesného komfortu se zahrnuje oblast klidu, pohodlí a nepřítomnost bolesti. Do třídy komfortu prostředí se zahrnuje subjektivní vnímání pohody a klidu v souvislosti s prostředím. Sociální komfort tvoří oblasti pohody a klidu člověka v sociálních okolnostech (Marečková, 2006).

Porod je pro ženu velice náročná životní situace, je to situace nová, složitá, neobvyklá i pro ženy, které již rodily. Budoucí matky prožívají strach z porodu, bolesti a právě bolest nejvíce narušuje tělesný komfort ženy. Průběh porodu výrazně ovlivňuje také psychický stav ženy. Uvolněná a optimistická žena mnohem lépe snáší nepohodlí a náročnost fyziologických procesů porodu. Naopak nadměrná úzkost a strach ženy zvyšuje citlivost na bolest a zhoršuje její toleranci. Další faktor,

který ovlivňuje postoj ženy k této situaci, je prostředí, ve kterém žena rodí. A nemalý vliv má přístup zdravotnického personálu, hlavně porodní asistentky, která ženu při porodu doprovází, nebo přístup jiné blízké osoby přítomné u porodu. Porodní asistentka by měla udržet intimní, klidnou a tichou atmosféru, poskytující pohodlí a především bezpečí.

Cílem ošetrovatelské péče a porodní asistentky je, aby se rodička cítila co nejlépe a aby byly uspokojeny všechny její potřeby (Ratislavová, 2008; Leifer, 2004).

1.5.4 Účast partnera u porodu

Ve většině případů dnes doprovází k porodu blízká osoba – zejména partner rodičky, který je již v rámci předporodních kurzů připraven na průběh porodu. Má znalosti, jak ženu masírovat, jak připravit pro rodící ženu úlevové polohy, jak správně dýchat a relaxovat (Pařízek, 2005).

V současné době je přítomnost partnera na porodním sále již samozřejmostí. Je respektováno rozhodnutí partnerů, zda porod chtějí nebo nechtějí sdílet společně. Porodní asistentka již v prenatální poradně nebo v předporodním kurzu ženám doporučuje, aby rozhodnutí pro přítomnost partnera bylo oboustranné. Partner poskytuje rodičce jedinečnou oporu, kterou nemůže ošetrující personál nahradit. Porodní asistentka by měla empaticky reagovat na potřeby páru a popřípadě zasahovat a usměrňovat chování obou partnerů tak, aby výsledek prospíval klidné a pozitivní atmosféře a celkovému průběhu porodu (Roztočil, 2008, Ratislavová, 2008).

V dávných dobách ženě při porodu pomáhaly nejzkušenější ženy komunity, ze kterých v průběhu vývoje vznikly porodní báby. Postupně s přemísťováním porodů do porodnic se o ženy staraly porodní báby a otcové byli vytěšňováni z porodního děje. S rozvojem „humanizačních metod“ v porodnictví začíná být v 70. letech role otce jako podpora ženy u porodu přehodnocena a porodní sály jsou pro partnery opět zpřístupněny. V současné době přítomnost partnera při porodu přispívá k lepšímu přizpůsobení se ženy cizímu prostředí a lepšímu zvládnutí neobvyklé situace. Za ideální

se považuje přítomnost otce u porodu, zúčastní-li se předporodních kurzů, které jsou součástí přípravy na porod.

O přítomnosti partnera u porodu by měli rozhodnout oba partneři společně. Důvody pro i proti přítomnosti partnera u porodu jsou v rovnováze. To, co jeden může prožívat jako pozitivní zážitek, pro druhého může být traumatickým zážitkem. Partner by neměl být nikým přemlouván k zúčastnění se porodu, měl by to chtít sám, pokud ne, není jeho přítomnost smysluplná. Přítomnost otce u porodu vzbuzuje v ženě pocit bezpečí, jde o podporu především psychickou, kterou i přes vysokou odbornou kvalifikaci a asertivní chování nemůže zdravotnický personál nikdy nahradit (Roztočil, 2008, Ratislavová 2008).

Přítomnost rodinných příslušníků či přátel u porodu je méně běžná. Avšak přítomnost matky, sestry či kamarádky může být přínosná a prospěšná, pokud daná osoba již prožila porod bez komplikací, v opačném případě může tato osoba vnést do porodu úzkost a strach (Ratislavová, 2008).

1.5.5 Předporodní příprava a předporodní kurzy

Jako první se přípravou těhotné ženy systematicky zabýval ve třicátých letech Angličan Dick Read. Vyšel z kritiky lékařského zasahování do průběhu porodu a popsal bludný kruh, strach – napětí – bolest. Upozorňoval také na důležitost přítomnosti partnera u porodu a okamžitý kontakt novorozence s matkou. Ve stejné době se rozvíjí na Ukrajině psychoprofylaxe před porodem. Autoři Velvovský a Platonov vycházejí z předpokladu, že správně provedená profylaxe vede k bezbolestnému porodu. Cílem psychoprofylaxe je odstranění nežádoucích emocí, jako je strach, potlačení starých podmíněných reflexů a vytvoření nových podmíněných reflexů k porodu a očekávanému dítěti. V padesátých letech Francouz Lamaze rozpracoval myšlenky ukrajinských autorů, jeho základní myšlenkou je, že mysl může být cvičena k prevenci porodní bolesti, zdůraznil důležitost přítomnosti partnera jako průvodce ženy v těhotenství a za porodu. U nás se ukrajinská psychoprofylaxe široce uplatňovala

v padesátých letech. Nicméně její přecenění vedlo k jejímu postupnému opouštění. Nový rozkvět začal v osmdesátých letech po stanovení reálných cílů (Roztočil, 2008).

Předporodní příprava vznikla na základě myšlenky, že prožívání a průběh porodu lze ovlivnit aktivní přípravou. V každé kultuře bývá porod spjat s rituály, jako například masáže, koupele, podávání určitých potravin nebo bylin, jejichž výsledkem má být zmírnění porodních bolestí. Avšak ne ve všech kulturách prožívají ženy porod v bolestech. Evropští cestovatelé vyzorovali, že domorodé ženy rodí krátce, snadněji a bez větších bolestí oproti ženám ze západní kultury, kde se porody postupně dostávaly do nemocnic a rukou lékařů, narůstal strach a úzkost žen, že porod ohrožuje matku i dítě na životě, rodí se v bolestech (Praško a kol., 2006).

Těhotné ženy, které mají k těhotenství aktivní přístup, a bývají to především prvorodičky, vyhledávají přípravné a předporodní kurzy, během nichž získávají hodnotné informace na téma těhotenství, porodu a šestinedělí a nabývají tak větší jistoty v tom, co je čeká. Přípravné kurzy jsou také jakousi náhradou za dřívější spoluprožívání těhotenství s ženami v rodinném kruhu. Ve skupině nacházejí klid a podporu, a mohou najít také odpovědi týkající se minulého porodu.

Dnešní kurzy se věnují také partnerům těhotné ženy, kteří si přejí být u porodu. Jsou seznámeni s očekávaným průběhem a případnými komplikacemi. Na kurzech se mohou budoucí otcové naučit, jak ženě pomoci. Navíc se snaží připravit muže na nastávající roli otce (Pařízek, 2005).

1.6 Úloha porodní asistentky v péči o ženu před, při i po porodu

Porodní asistentka je osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky uznávaného v dané zemi, která úspěšně ukončila daný vzdělávací program pro porodní asistentky a získala tak požadovanou kvalifikaci a registraci pro výkon povolání porodní asistence (Vránová, 2007).

Profese porodních asistentek je stará jako lidstvo samo, porodní báby je možné vysledovat již v dávné historii lidstva. Ve starém Egyptě, později v Řecku, Římě, ale i u Aztéků, Inků a dalších starých civilizací. Na počátku porodní asistence pomoc rodiče v průběhu porodu poskytovala starší a zkušenější přítelkyně, či sousedka. Postupně se porodní asistence stala nutnou a uznávanou profesí. V dnešní době jsou na porodní asistentku kladeny velké nároky v její profesi (Rastislavová, 2008).

Porodní asistentka se specializuje na péči o ženu v průběhu nekomplikovaného těhotenství, porodu a šestinedělí. Také se dále podílí na péči o fyziologického novorozence a kojence. Porodní asistentky v České republice mohou pracovat samostatně, to znamená bez odborného dohledu, a také bez indikace lékaře pokud jde o fyziologické těhotenství, porod a šestinedělí. Porodní asistentka naváže vztah s rodinou, která netrpělivě očekává příchod nového člena rodiny. Projevuje zájem o jejich potřeby, naslouchá jejich starostem, ale i radostem a vede je ke vhodným zdrojům. Tým zdravotnických pracovníků musí být ohleduplný ke kulturním zvyklostem a představám o zdraví v dané rodině a zohlednit je v péči. Porodní asistentka je průvodkyní celým těhotenstvím. Potvrdí nebo diagnostikuje těhotenství, provází těhotnou ženu a její blízké v průběhu celého těhotenství podává dostatek informací, upozorňuje na případná rizika, připravuje těhotné ženy k porodu, doporučuje, předepisuje a provádí vyšetření, která jsou nutná ke sledování fyziologického porodu. Rozpoznává možná rizika a sleduje stav plodu v děloze. Pokud dojde ke zjištění rizik, předává porodní asistentka ženu do péče lékaře gynekologa - porodníka.

Během celého porodu je velice důležitý přístup ošetřujícího personálu, především porodní asistentky, neboť právě porodní asistentka je tou osobou, která je ženě neustále na blízku. Vhodné chování porodní asistentky k rodičce se vyznačuje individuálním přístupem, vysokou mírou empatie, respektu a tolerance k přáním a projevům rodičky i jejího partnera. Porodní asistentka se snaží přispívat všemi prostředky ke zdárnému průběhu porodu, dále redukuje nežádoucí psychickou zátěž a snaží se být rodičce oporou. Používá spíše nedirektivní techniky a snaží se realizovat představy a přání rodičky, pokud je to ovšem možné. Ošetrovatelská péče by měla být individuální,

prováděná jednou porodní asistentkou, ke které si rodička může vytvořit vztah naplněný důvěrou (Ratislavová, 2008, Leifer, 2004).

Porodní asistentka by měla svou práci vykonávat s radostí a uspokojením, měla by pracovat na vývoji své osobnosti a snažit se v sobě nalézt vlastnosti důležité pro vykonávání této profese, mezi které lze zařadit zodpovědnost, schopnost dělat nezávislá rozhodnutí, naslouchat, utvořit si celistvý pohled na situaci a mít vědomosti v co největším rozsahu. Pro vytvoření důvěrného vztahu se ženou je důležité poskytování podpory, porozumění, pochopení a úcta. Porodní asistentka by měla respektovat individuální potřeby a přání každé ženy a posilovat její sebedůvěru (Matulníková, 2011).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zmapovat příčiny a podněty strachů těhotných žen v souvislosti s porodem.

Cíl 2: Identifikovat strategie zvládání strachu souvisejícího s porodem.

Cíl 3: Zjistit vliv předchozí zkušenosti z porodu na prožívání strachu u druhorodiček (vícerodiček).

2.2 Výzkumné otázky

Otázka 1: Jak ženy vnímají a prožívají strach z porodu?

Otázka 2: Jakým způsobem se jim daří strach zmírnit?

Otázka 3: Jaké příčiny a každodenní podněty ženy vnímají jako spouštěcí mechanismy svého strachu?

Otázka 4: Čeho se bojí nejvíce? Porodu, bolesti, o sebe, o dítě?

Otázka 5: Má na prožívaný strach z porodu vliv předchozí zkušenost s porodem?

3 METODIKA VÝZKUMU

3.1 *Metodika a technika výzkumu*

Pro získání adekvátních dat pro vyhodnocení výzkumných otázek byl zvolen kvalitativní výzkum. Pro sběr dat byla použita technika dvou polostrukturovaných rozhovorů, první byl určen prvorodičkám a obsahoval třináct otázek (viz příloha č. 2: Koncept polostrukturovaného rozhovoru s prvorodičkami) a druhý, doplněný rozhovor byl určen vícero-dičkám a obsahoval dvacet jedna otázek (viz příloha č. 3: Koncept polostrukturovaného rozhovoru s vícero-dičkami) a byl veden s těhotnými ženami před porodem na předem domluveném místě. Úvodní otázky byly identifikační, zaměřené na věk, rodinný stav, paritu, ukončené vzdělání respondentek a povolání před mateřskou dovolenou. Následné otázky byly zjišťovací.

Rozhovor se ženami byl veden dle předem připravených otázek, které se týkaly strachu z porodu, strategií zvládání strachu a předchozích zkušeností vícero-diček. Byl zcela anonymní. Všechny oslovené respondentky s účastí na rozhovorech souhlasily a byly ujistěny, že výsledky rozhovoru budou použity jen ke zpracování bakalářské práce na téma: Strach z porodu – příčiny a strategie zvládání.

Získané informace od jednotlivých respondentek byly průběžně zapisovány do počítače a následně byl celý text převeden do spisovného jazyka. Na základě rozhovorů byla sestavena schémata a kategorizační tabulky obsahující nejdůležitější výsledky výzkumu (Hendl, 2005).

Výzkumné šetření probíhalo od února do července 2014.

3.2 *Charakteristika výzkumného souboru*

Výzkumným souborem byly těhotné ženy před porodem. Pro kvalitativní výzkum bylo vybráno celkem dvanáct respondentek. Šest respondentek bylo prvorodiček a zbylých šest bylo vícero-diček. Všechny respondentky s rozhovorem i se záznamy rozhovoru souhlasily.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

V následující části budou popsány výsledky výzkumného šetření. Všechny následující tabulky a schémata pocházejí z vlastního zpracování dat.

4.1 Kvalitativní výzkumné šetření

A) Kategorizace dat u respondentek

Tabulka 1 Objektivní data respondentek

Respondentka	Věk	Rodinný stav	Vzdělání	Zaměstnání před MD	Gravidita	Parita
R1	32	Vdaná	Středoškolské	Kadeřnice	I.	I.
R2	28	Svobodná	Vysokoškolské	Optička	III.	II.
R3	41	Rozvedená	Vysokoškolské	Učitelka na ZŠ	III.	I.
R4	20	Svobodná	Středoškolské	Nezaměstnaná	I.	I.
R5	25	Vdaná	Středoškolské	Nezaměstnaná	III.	III.
R6	38	Vdaná	Středoškolské	Sekretářka	III.	III.
R7	28	Svobodná	Vysokoškolské	Sekretářka	II.	I.
R8	32	Vdaná	Vysokoškolské	RB České Budějovice Konzultant	II.	II.
R9	31	Svobodná	Středoškolské	Dělnice	I.	I.
R10	35	Vdaná	Vysokoškolské	Umělkyně	III.	III.
R11	23	Svobodná	Středoškolské	Nezaměstnaná	I.	I.
R12	30	Vdaná	Středoškolské	Sekretářka	II.	II.

Tabulka 1 prezentuje identifikační údaje dotazovaných respondentek. Věk respondentek se pohybuje v rozmezí 20 - 41 let. Šest respondentek (R1, R5, R6, R8, R10 a R12) je toho času vdaných, pět respondentek (R2, R4, R7, R9 a R11) je svobodných a jedna respondentka (R3) je rozvedená. Šest respondentek (R1, R3, R4, R7, R9 a R11) bude rodit poprvé, tři respondentky (R2, R8 a R12) budou rodit podruhé a tři respondentky (R5, R6 a R10) budou rodit potřetí. Nejvyšším končeným vzděláním pěti z respondentek (R2, R3, R7, R8 a R10) je vzdělání vysokoškolské a zbylé respondentky (R1, R4, R5, R6, R9, R11 a R12) absolvovaly střední školu s maturitou. Povolání všech respondentek jsou velice různorodá. R1 pracovala před mateřskou dovolenou jako kadeřnice, ale i v těhotenství ve své práci částečně pokračuje, R2 pracovala jako optička, R4 byla učitelkou na základní škole a tři respondentky (R6, R7 a R12) pracovaly jako sekretářky. Tři respondentky (R4, R5 a R11) byly před mateřskou dovolenou nezaměstnané. Mezi respondentkami je také jedna umělkyně (R10) a jedna respondentka (R9) se živila před mateřskou dovolenou dělnice. A R8 pracovala ve firmě Robert Bosch v Českých Budějovicích a to jako konzultantka.

Schéma 1 Příčina strachu z porodu

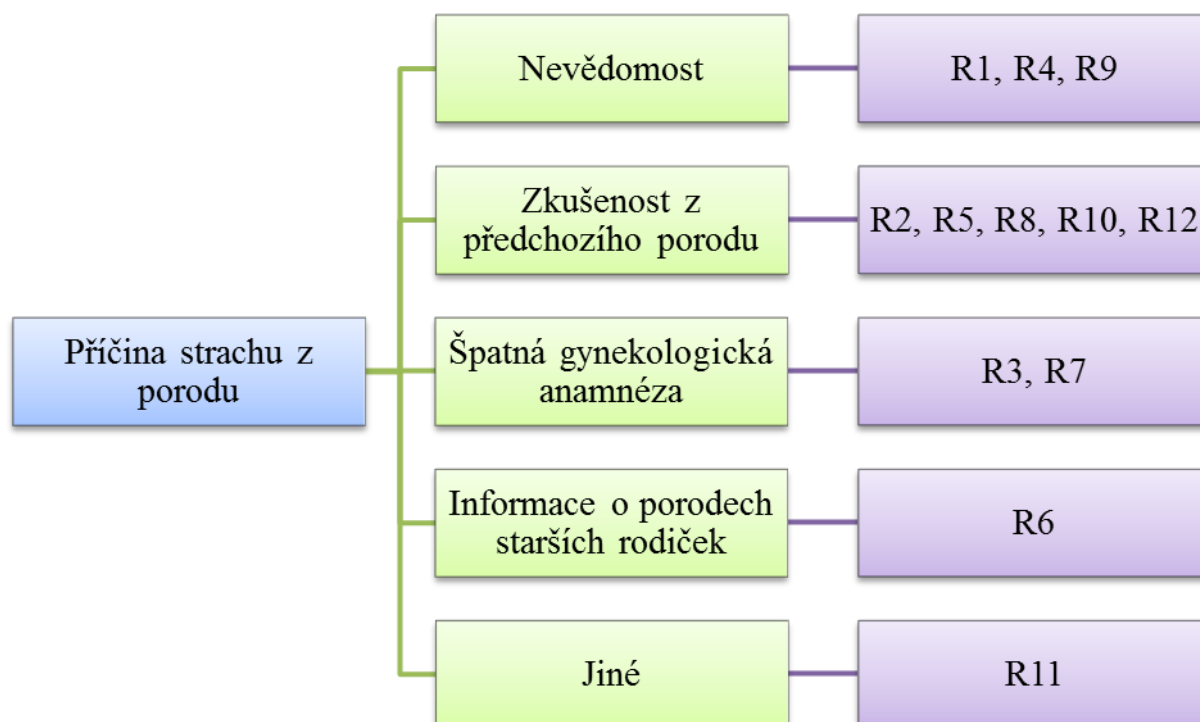
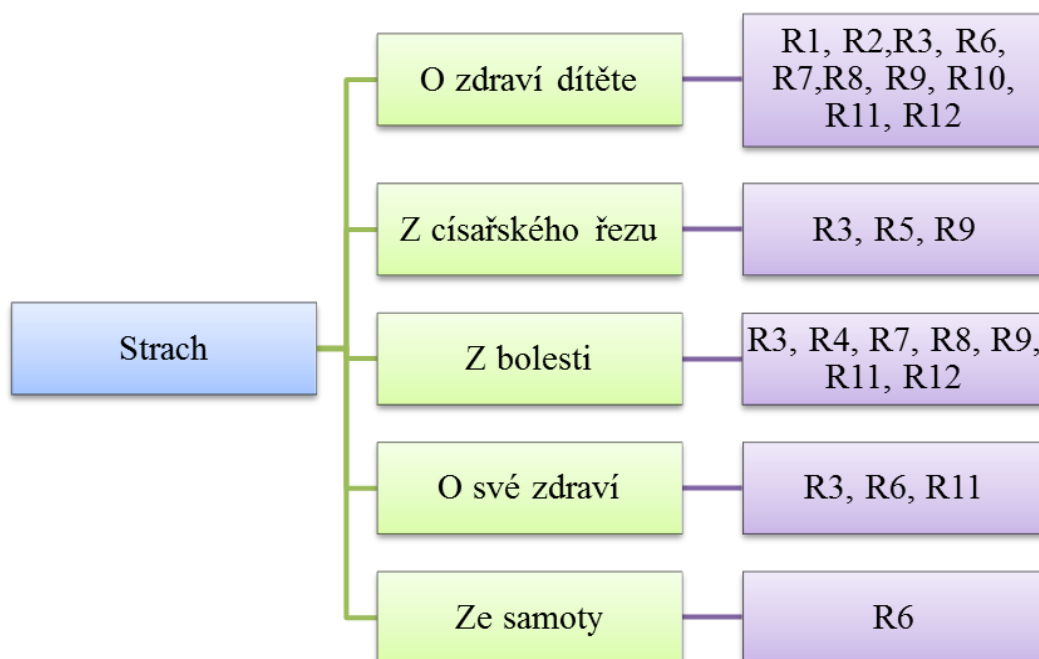


Schéma 1 popisuje odpovědi respondentek na otázky, zda mají strach z porodu a proč a co je hlavní příčinou jejich strachu. R1, R4 a R9 spadají do kategorie Nevědomost, všechny respondentky jsou poprvé těhotné prvorodičky a uvádějí, že mají strach z neznámého, bojí se toho, že nebudou vědět, co mají dělat, co je čeká a zda to vše zvládnou. R9 se svěřila: „*Nejspíše je příčinou mého strachu to, že nevím, co mne čeká a zda to bude bolet. Bojím se, že nebudu vůbec vědět co dělat, že vše co jsem se o porodu dozvěděla, na místě zapomenu a také mám strach, abych nebyla příliš hysterická, špatně totiž snáším bolest a nemocnice jsem také nikdy neměla v lásce.*“ a R4 pověděla: „*Hrozně se bojím, že to bude bolet, nebo že nebudu vědět, co mám dělat a jak mám dýchat a zda budu mít sílu vůbec tlačit, nebo že nebudu vědět, kdy mám jet do porodnice.*“. Další příčinou strachu je zkušenost z předchozího porodu a do této kategorie patří čtyři respondentky (R2, R5, R8, R10 a R12), R2 popisuje svůj předchozí porod jako velice nepříjemnou zkušenost a obává se, že by se to mohlo opakovat znovu, příčinou jejího strachu je tedy vzpomínka na prožití předchozího porodu a naopak

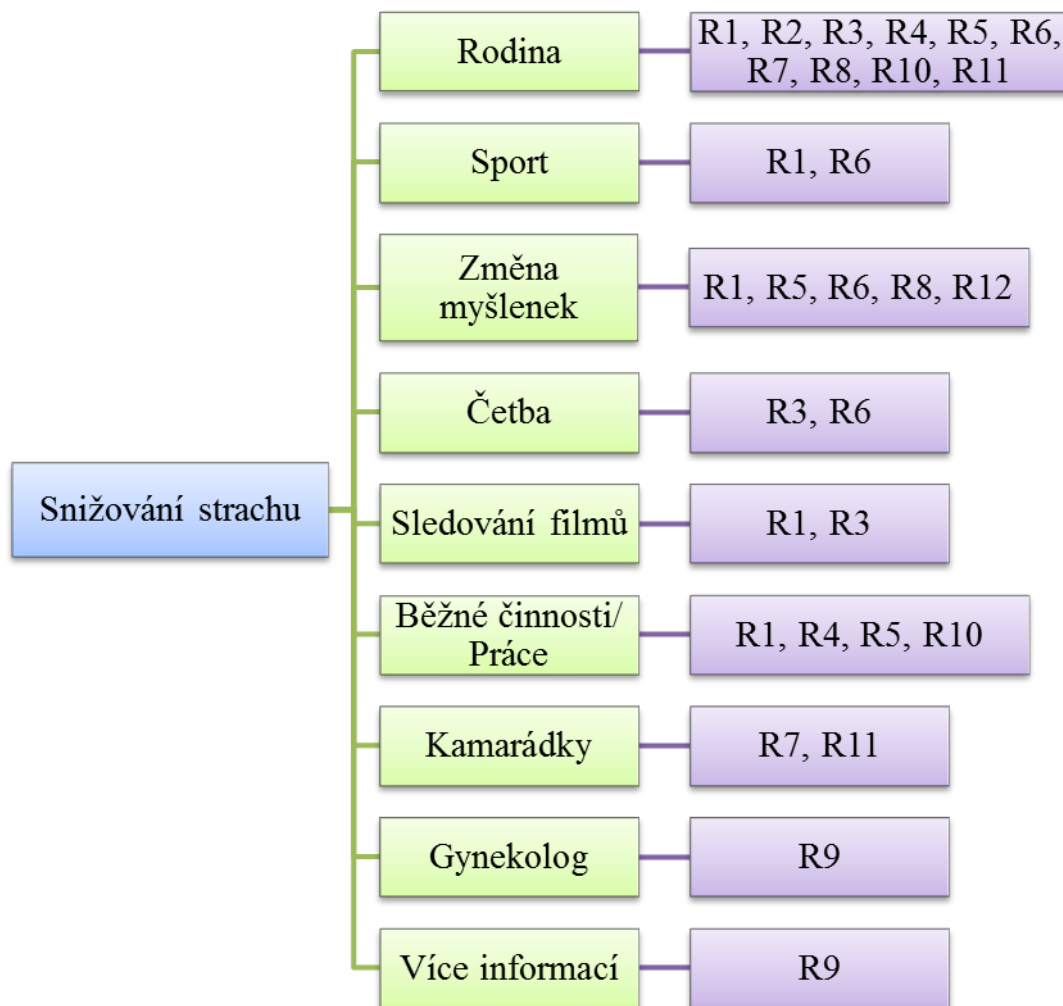
od prvorodiček to, že ví, co ji čeká. Uvádí však, že ta námaha a bolest stojí za radost a potěšení z nového člena rodiny. R5 bude rodit již potřetí a popisuje svůj první porod jako krásný, klidný a bez komplikací, udává, že kdyby měla jen tyto vzpomínky, porodu by se vůbec nebála, ale její pohled na porod změnila zkušenost z druhého porodu, porodu dcery, který podle jejích slov trval neskutečně dlouho, byl doprovázen nesnesitelnými bolestmi, a který nakonec musel být ukončen akutním císařským řezem, kvůli hrozící hypoxii plodu. Respondentka má strach, že by se i tento porod mohl vyvíjet stejně. R8: „...mám strach, protože si více uvědomuji rizika, která mohou nastat, možná taky díky lepší představě o bolesti, protože už jsem ji zažila, možná je lepší nevědět, do čeho jdete.“. R10 popsala svůj negativní zážitek z druhého porodu, kdy byl lékař kvůli nepříznivě se vyvíjejícímu porodu nucen použít k vybavení plodu porodnické kleště: „...nastaly komplikace, když se malé nechtělo ven a lékař musel použít kleště, to bylo velice nepříjemné, hlavně to šití po porodu,...“. R12 se obává případných komplikací a příčinou jejího strachu je to, že ví, do čeho jde a co ji čeká, tyto obavy před prvním porodem nepociťovala. Příčina strachu dvou z respondentek (R3 a R7) je ovlivněna špatnou gynekologickou anamnézou, R3 se bojí o své nenarozené dítě i porodu, jelikož její dvě předchozí těhotenství se nepodařila donosit, první těhotenství zaniklo v osmém týdnu těhotenství a druhé zaniklo v desátém týdnu těhotenství. R7 také uvádí jako příčinu svého strachu to, že při svém prvním těhotenství o svůj plod ve dvanáctém týdnu přišla a dodala: „Bojím se, protože jsem už o jedno miminko přišla a nechci to zažít znovu, nic horšího se v životě ženy snad ani nemůže stát, než že přijde o dítě, i když nenarozené, ale i tak je to strašně těžké.“. R6 má strach z porodu, protože jí je 38 let a považuje se za starou rodičku a četla o starších matkách a rodičkách informace, které ji vyděsily. Obává se, že by mohly nastat nějaké komplikace, které se u mladších rodiček vyskytují jen zřídka. R11 je prvorodička, ale jí strach nenahání nevědomost, ale naopak vědomí toho, co vše se může stát a jaké komplikace mohou nastat v průběhu i po porodu. Je totiž studentkou oboru porodní asistence a zažila při své praxi mnoho překrásných a bezproblémových porodů, ale i těžké případy, o kterých dříve věděla jen od přednášejících lékařů.

Schéma 2 Čeho se respondentky nejvíce obávají



Na otázku „Z čeho máte strach? Z bolesti, o sebe, o dítě?“ odpovědělo deset respondentek (R1, R2, R3, R6, R7, R8, R9, R10, R11 a R12), že mají největší strach o své dítě, ostatní je pro ně až druhořadé. „Největší strach mám o své miminko, bojím se, aby se mu nic nestalo, aby mělo dostatek kyslíku a tak, viděla jsem totiž pořad, kde se z bezproblémového těhotenství i porodu narodilo postižené miminko a tato představa mě děsí.“, svěčila se respondentka 12. Respondenty R3, R6 a R11 se navíc bojí o své vlastní zdraví, tři respondentky (R3, R5 a R9) se obávají císařského řezu, R5 udává, že její předchozí porod skončil akutním císařským řezem a že by toto nerada zažila znovu, má z toho obrovskou hrůzu, vypověděla, že ji pak vše hrozně bolelo a dlouho dobu nemohla dělat vše, co po spontánním porodu bylo naprosto automatické. Bolesti se bojí celkem sedm respondentek (R3, R4, R7, R8, R9, R11 a R12), R11 pověděla: „...také se bojím toho, že to bude bolet, vím, že bez bolesti to samozřejmě nejde, ale nevím, jak velká ta bolest bude a jak ji budu snášet, jsem na bolest dost háklivá, také se bojím nástřihu a následného šití.“. R6 se obává samoty, bojí se, že si jí nikdo na porodním sále nebude všímat a že si bude muset v bolestech poradit sama.

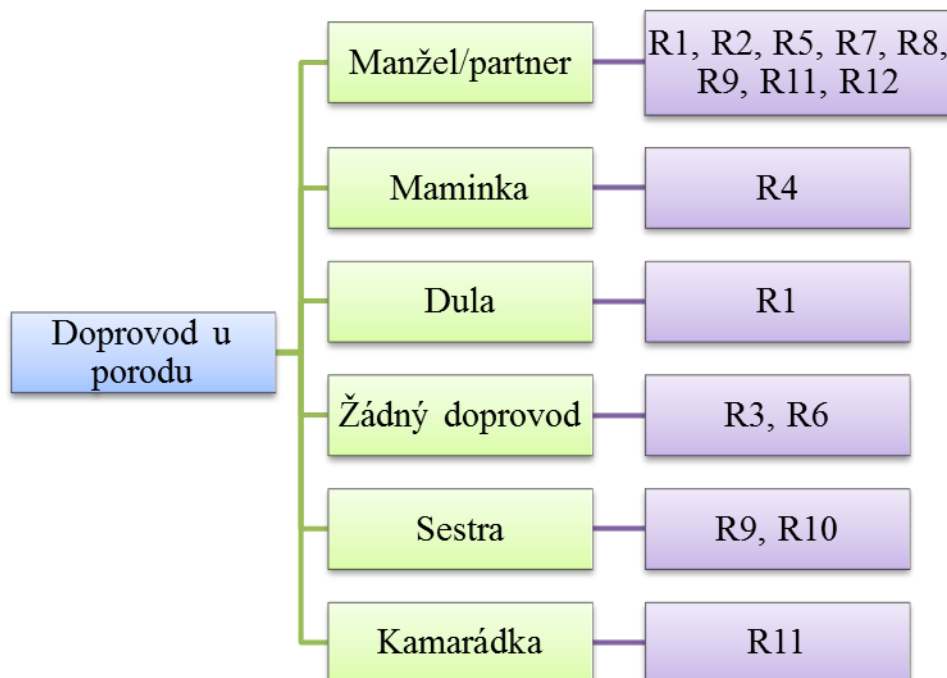
Schéma 3 Strategie zvládání strachu



Ve schématu 3 jsou popsány odpovědi respondentek na otázku, co jim pomáhá jejich strach nejlépe snižovat. Respondentka 1 odpověděla: „*Nejvíce mi pomáhá, když si hledám jiné činnosti, kterými se zabavím, například sleduji filmy, nebo se procházíme s manželem a se psem.*“. Dále na sebe prozradila, že i ve vyšším stádiu těhotenství se věnuje své práci, je kadeřnicí a stále stříhá své blízké a kamarády, pomáhá jí tedy i její práce a běžné denní činnosti. Většina respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8,

R10 a R11) se shodla na tom, že jim ze všeho nejvíce pomáhá strach snižovat jejich rodina, například R2 na sebe prozradila: „*Mě je největší oporou a pomocníkem můj partner a také můj malý syn Tadeášek. Ten mi vždy zvedne náladu a povzbudí mě. Jsem teď ze všeho hodně vystrašená, o toto těhotenství se bojím, když jsem o předchozí miminko přišla.*“. Dobrou knihu si přečte, nebo se ráda podívá na pěkný film, respondentka 3, je to prý pro ni skvělá forma relaxace, ráda by se věnovala také sportu, ale bojí se, toto je již její třetí těhotenství, ale teprve poprvé se dostala dál než do dvanáctého týdne těhotenství, předchozí dvě těhotenství se nezdařila a tak je teď na sebe velice opatrná a nechce nic riskovat, vše dobře zvládat jí pomáhá i její partner. R4 vypověděla, že jí skoro nic nepomáhá ve snižování strachu, že toho zkusila již hodně, ale nic jí její hrůzu z porodu nesnížilo, ale se o to prý snaží její maminka, která se jí vždy snaží uklidnit a podpořit. „*Nyní mi nejvíce pomáhají mé dvě děti, ty mě dokážou tak zaměstnat, že nemám čas přemýšlet nad strachem.*“, takto se svěřila respondentka 5. Sport, četba a změna myšlenek, je forma relaxace, které se věnuje respondentka 6, ráda se jede projet na kole, zacvičí si a přečte si nějakou romantickou knihu, relaxace je prý zaručený recept na zlepšení nálady a duševního stavu. R9 se o pomoc a radu obrací na svého obvodního gynekologa, prý ji vždy dokáže uklidnit, dozví se od něj více informací o průběhu svého těhotenství a o tom, jak se daří plodu a odchozí od něj vždy klidnější. R7 a R11 pomáhají strach zmírňovat mimo rodinu také jejich kamarádky. R7: „*Kamarádky se mne vždy snaží rozptýlit svými příhodami z porodnice, ale někdy mne to spíše vystraší, než uklidní, ale uklidňující je pro mne i jejich přítomnost a to, že mne přivádí na jiné myšlenky.*“.

Schéma 4 Doprovod u porodu



Nejčastěji respondentky na otázku „Budete s sebou chtít někoho k porodu? Partnera nebo někoho jiného?“ odpovídaly, že si u svého porodu přejí svého partnera nebo manžela a to celkem osm respondentek (R1, R2, R5, R7, R8, R9, R11 a R12). Například R11 řekla: „*Chci s sebou mít svého partnera, protože se těším na okamžik, až naše malá bude na světě a on ji poprvé uvidí, jsem zvědavá na jeho reakci, nemůže se malé dočkat, tak mne zajímá, jak to bude prožívat, až bude přímo u toho. Sice nemá rád pohled na krev a možná tam i omdlí, ale já věřím, že to se mnou zvládne a že z toho oba budeme mít krásný zážitek na celý život.*“. Jedna z respondentek (R1) si s sebou navíc chce vzít svou dula, je s ní prý domluvená, že jí jen zavolá, než pojede do porodnice. Jako svůj doprovod si R4 vybrala svou maminku, je jí prý celý život největší oporou a dokáže jí vždy se vším poradit a pomoci. Jsou však i ženy, které s sebou nechtějí žádný doprovod a to R3 a R6, respondentka 6 by tam svého muže ráda měla, ale on se prý bojí nemocnic a lékařů a nesnese pomyslení, že jeho ženu něco bolí, tak se spolu

domluvili, že přijde až po porodu, podívat se na svou malou holčičku. A R3 vypovídala podobně, její partner je prý velice citlivý, nemůže vidět krev a bolest své přítelkyně, proto to prý také raději zvládne sama. Dvě respondentky (R9 a R10) chtějí mít u svého porodu svou sestru, R9 tam chce mít svého partnera, ale bojí se, že by mohl porod nastat ve chvíli, kdy se ho partner nebude moci zúčastnit, takže jako její druhý doprovod volí svou sestru. R10 chce s sebou jen svou starší sestru, toto bude její třetí porod a u předchozího porodu s ní byla také její sestra, manžel s ní absolvoval jen první porod a zjistili tam společně, že bude při příštích porodech lepší, když už tam znovu nepůjde, špatně to prý snášel a jen by svou ženu více rozrušil.

Schéma 5 Zdroje informací o průběhu porodu

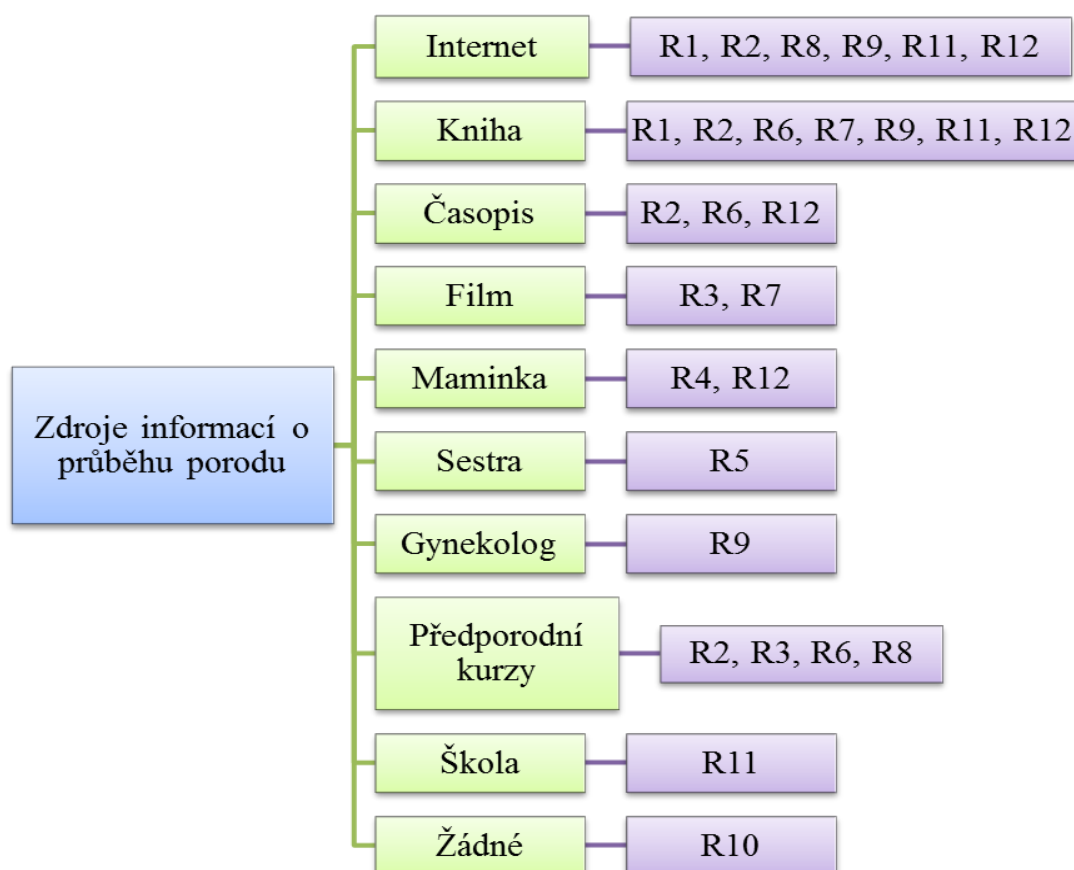
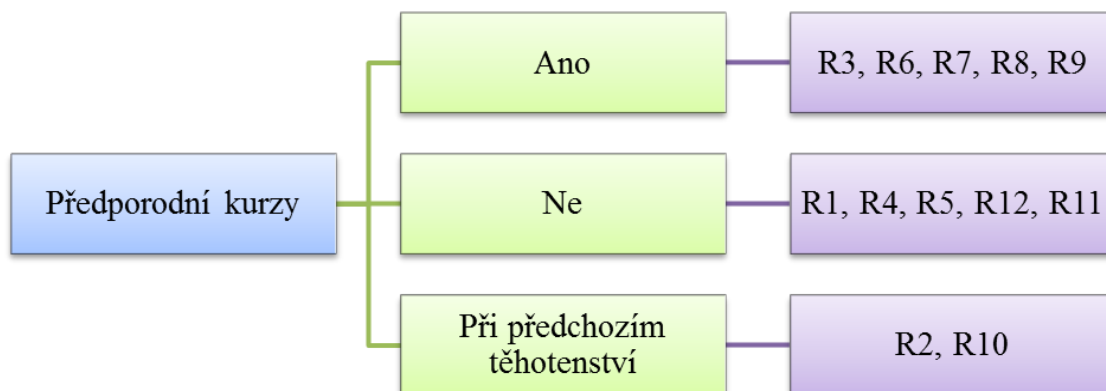


Schéma 5 popisuje odpovědi respondentek na otázku, z jakých zdrojů získávaly informace o průběhu porodu. Jako nejvíce přínosné informace, v rámci získaných poznatků uvádí 7 respondentek (R1, R2, R6, R7, R9, R11 a R12) jako hlavní zdroj knihy a odbornou literaturu. Také internet má v dnešní době bezesporu své nezastupitelné místo a zvolilo si jej 6 respondentek (R1, R2, R8, R9, R11 a R12). Další informace čerpaly 3 respondentky (R2, R6 a R12) z časopisů. Předporodní kurz uvedly 4 respondentky (R2, R3, R6 a R8). R4 označila svou matku jako jediný zdroj informací a R12 byla informována také svou matkou, R5 zvolila za zdroj informací svou sestru. A R3 a R7 hledaly své odpovědi na otázky o průběhu porodu ve zfilmované podobě, k tomuto nám R7 sdělila: „*Vše potřebné jsem hledala v knihách a viděla jsem i videa s porodem, popravdě mě ty videa dost vyděsily, všechny ženy u toho tak křičely a nařikaly, že jsem si pak říkala, že jsem si to sledování videa měla odpustit a zůstat věrná jen knihám.*“. Jedna s respondentek (R10) sdělila, že si žádné informace nevyhledávala a ve škole cenné informace získávala R11. A R7 jako spolehlivý zdroj informací také uvedla svého obvodního gynekologa, řešila s ním i svůj porodní plán.

Schéma 6 Návštěvy předporodních kurzů



Všechny oslovené respondentky odpověděly na otázku, zda navštěvovaly předporodní kurzy. Celkem pět respondentek (R3, R6, R7, R8 a R9) v nynějším těhotenství kurzy navštěvovalo a zhodnotily je jako velice přínosné. R7 pověděla: „*Ano, navštěvuji předporodní kurzy i na cvičení chodím, dokonce i můj partner Marek se mnou pár kurzů absolvoval, byl z toho trochu vystrašený, ale odchází vždy nadšený, co nového se dozvěděl. Jsem za tyto kurzy moc ráda, člověk se tam dozví opravdu cenné rady*“. Dvě respondentky (R2 a R10) navštěvovaly předporodní kurzy v předchozím těhotenství, v tomto již ne, prý si toho hodně pamatují z návštěv kurzů před předchozími porody. R10: „*Toto je již mé třetí těhotenství, tak spoléhám na to, že jsem vše z přechozích porodů ještě nezapomněla, pokud ano, snad mi pomůže nějaká hodná sestřička si zas vzpomenout*“. Zbylé respondentky (R1, R4, R5, R11 a R12) kurzy nenavštěvovaly, R1 odpověděla: „*Na kurzy jsem nechodila, vše potřebné jsem si vyhledala v knihách a na internetu, tak snad to bude stačit a nějaké cviky doma také dělám*“. A respondentka 11 zdůvodnila svou absenci na předporodních kurzech slovy: „*Jsem studentkou porodní asistence, tak vše potřebné znám z přednášek a z praxe ve škole*“.

B) Kategorizace a doplněné informace o vícerodičkách

1. Informace o předchozích porodech

Respondentka 2 rodila poprvé v roce 2010 a narodil se jí chlapec, dostal jméno Tadeáš, o průběhu porodu vypověděla: „*Porod byl hrozně dlouhý a namáhavý, Tadeášek měl skoro čtyři kilogramy, tak se mu vůbec nechtělo ven, ale sestřičky mne uklidňovaly, že je to normální, že to trvá tak dlouho, když rodím poprvé. Žádné větší komplikace naštěstí nebyly, jen mi pak pan doktor vysvětloval, že jsem se uvnitř potrhala a že bylo nutné mne více šít, to opravdu bolelo a pak bylo velice nepříjemné sedět, než se šití zahojilo.*“. Další otázkou bylo: „*Máte větší strach, než jste měla u předchozího porodu? Proč?*“ a na toto respondentka přiznala, že má větší strach, než měla před prvním porodem, ale že tento strach je jiný, než byl v prvním těhotenství, svěřila se: „*... předtím jsem se bála téměř všeho, ale ne tolik, teď se bojím, aby malá šla lépe a rychleji než Tadeášek a bojím se také, abych se znovu nepotrhala a aby mne tolik nemuseli šít.*“. U předchozího porodu měla respondentka s sebou svého partnera a nyní si přeje, aby tam s ní byl znovu, pomáhal jí prý se lépe vypořádat se strachem a byl jí velkou oporou.

R5 porodila v roce 2010 syna Lukáše a v roce 2012 dcera Magdalénu, každý z těchto porodů prožívala úplně odlišně: „*První porod byl rychlý, Lukášek byl na světě po pár hodinách, ale když jsem rodila dceru, to byl hrozný zážitek, šlo to strašně pomalu, všechno mě bolelo a nakonec mě odvezli na císařský řez, že se prý malé v bříšku nelíbilo, tak jí museli rychle dostat na svět. Byla jsem z toho velice smutná, doufala jsem, že i druhý porod bude spontánní.*“ Teď čekají druhého chlapečka, respondentka vypráví, že před druhým porodem neměla téměř žádný strach, protože první porod šel zcela bez komplikací, ale vše se změnilo porodem dcery, obává se, že i tento porod by mohl skončit císařským řezem a je to její noční můra. U porodu chce mít svého muže, první porod prý nestihl a u druhého byl, ale ten byl nakonec operativní, tak by si moc přála, aby tento porod byl spontánní a manžel jí byl oporou.

Další respondentka (R6) rodila v roce 1996 a porodila chlapce a druhého syna porodila v roce 2000, o svých porodech sdělila: „*Popravdě, ani si předchozí porody moc nepamatuji, tedy ten první porod moc ne, jen vím, že to bylo hrozně dlouhé a na bolest jsem rychle zapomněla, když jsem viděla malého Vašíka a druhého chlapce jsem porodila rychle a komplikace žádné nebyly, jen malé šití, nic víc. Prý by mi kdejaká rodička mohla mé porody závidět. Doufám, že i tento porod půjde hladce a nenastanou žádné komplikace. Nějak vše více prožívám a řeším, jak už jsem starší a děti mám doma už velké, přijde mi, že jsem už vše zapomněla*“. Nyní čeká vytouženou dceru a tohoto porodu se bojí více než dvou předchozích, prý je starší a nad vším více přemýšlí. Manžel s ní k porodu nepůjde, nebyl s ní ani před lety, nemá rád nemocnice a nesnese pomyšlení, že jeho ženu něco bolí, tak to prý zvládne sama a doufám, že se o ní bude starat po celou dobu milá a komunikativní porodní asistentka.

Od respondentky 7 jsme získaly mnoho informací o jejím předchozím porodu, je to totiž necelé dva roky, co na svět přivedla chlapce jménem Jakub, tak má vše stále v živé paměti. „*Předchozí porod byl v roce 2012 a narodil se nám syn Jakub, celé těhotenství jsem měla celkem klidné, jen na začátku jsem měla ranní nevolnosti, ale po třetím měsíci už šlo vše naprosto bezproblémově. Očekávala jsem, že tak bude probíhat i porod, ale to jsem se mýlila, to už nebylo tak bezproblémové, už jen to, když jsem měla „poslíčky“ tak jsem byla naprosto vyděšená a hnala jsem se do porodnice, ale tam mi vše vysvětlili a jeli jsme zas domů, pak jsem zjistila, že to opravdu nic nebylo, když přišly opravdové kontrakce. Bylo to v neděli v noci, probudily mne silné bolesti, ale ještě jsem si nebyla jistá, zda už jsou to ty správné, tak jsem přečkala noc a ráno mne manžel odvezl do porodnice, byl celý zelený, když viděl, že mne to opravdu bolí. Tam si mne převzaly sestřičky a manžel musel zůstat dole, po vyšetření mi oznámily, že je dobře, že jsem přijela, že už jsem otevřená na čtyři centimetry, po všech vyšetřeních a přípravách mne odvedly na porodní sál, kam za mnou hned přišel můj manžel. Říkala jsem si, že to už jistě bude rychlé, ale opak byl pravdou, byli jsme tam spolu skoro celý den, Jakub se narodil až v devět hodin večer, byla jsem naprosto vyčerpaná a manžel také, ale nebýt jeho, tak jsem to snad vzdala a prosila bych, ať mne vezmou na císařský*

řez. Nejvíce mne pak uklidnilo, když mi poprvé položily Kubíka na prsa, s manželem jsme se neubránili slzám, a proto jsem dnes znovu těhotná a připravená na porod, protože ani bolest a jiné špatné zážitky mne neodradily od toho, abychom si pořídili dalšího člena rodiny, tentokrát jsme Kubíkovi pořídili sestřičku, tak snad se jí bude chtít na svět více než před lety Kubovi.“. Další otázkou bylo: „Máte větší strach, než jste měla u předchozího porodu? Proč?“ a odpovědi respondentky bylo, že větší strach má, protože už ví, jak moc to bolí, ví více rizik a jak je to celé namáhavé, že je mnohem lepší nevědět, do čeho jdete. Nyní jsou s manželem rozhodnutí, že do toho půjdou opět spolu a půjde mi společně vše lépe, než šlo u předchozího porodu, že se na to lépe připraví, protože oba chodí na předporodní kurzy.

„V roce 2008 se nám narodila dcera Antonie, pamatuji si, že to bylo hrozně náročné a bolestivé, neměla jsem sílu a chtěla jsem to vzdát, trvalo to strašně dlouho a přišlo mi, že už tam ležím celou věčnost, ale manžel mne tenkrát chytl za ruku a řekl mi, že to spolu zvládneme, ať to nevzdávám, a když byla malá na světě, vše ze mě spadlo a už jsme se jen radovali. Ale manžel uznal, že je to na něj moc silné sousto, sledovat, jak mne to bolí a zjistil, že mu vadí i pohled na krev, tak jsme se domluvili, že pokud budu znovu těhotná, tak už to nebude muset znovu absolvovat. Druhý porod, při kterém se nám narodila naše druhá dcera, probíhal mnohem klidněji, byla jsem si jistá, že vše zvládnou, když i první porod jsem nakonec zvládla, ale nastaly komplikace, když se malé nechtělo ven a lékař musel použít kleště, to bylo velice nepříjemné, hlavně to šití po porodu, ale malá byla v pořádku a to bylo hlavní.“, zavzpomínala respondentka 10. Na otázku, zda s ní někdo půjde ke třetímu porodu, odpověděla, že s ní stejně jako u druhého porodu bude její starší sestra, protože dělá ve zdravotnictví a tak jí lépe uklidní a podpoří než manžel, který omdlévá při pohledu na krev. Dále nám ještě sdělila, že by velice ocenila, kdyby s ní po celou dobu byla také porodní asistentka, která by se jí plně věnovala a informovala by ji o průběhu porodu a o tom, jak se v děloze malému daří, při prvním porodu se prý o ni nikdo moc nezajímal, ale u druhého měla velice pozornou a hodnou porodní asistentku a bylo jí to velice příjemné.

Respondentka 12 je druhorodička a také zavzpomínala na svůj první porod, který byl v roce 2008, a přivedla při něm na svět chlapce jménem Antonín: *„tentokrát to bude holčička, budeme mít páreček, tak máme s manželem a synem velkou radost, Toniček se na svou sestřičku už velice těší, žadonil už od svých čtyř let, abychom mu pořídili sourozence, ale po prvním zážitku jsme si dali načas, než jsme se pokoušeli o další děťátko, po prvním porodu jsem si totiž myslela, že už druhé dítě vůbec nebudu chtít. Tenkrát tam se mnou byl i můj manžel, rodila jsem v zimě, za což jsem byla ráda, protože si nedokážu představit, že bych měla rodit v létě, horko mi dělalo v těhotenství hrozné problémy. Přišlo to na mě v pondělí ráno, byla jsem se psem na procházce a praskla mi plodová voda, ihned jsem volala manželovi a ten mne odvezl do porodnice, vypadalo to, že se mnou ani nebude chtít jít k porodu, ale když mně viděl, jak jsem vyděšená, tak tam se mnou nakonec chtěl být. Šlo to kupodivu vše dobře, ale ta bolest byla nesnesitelná, vůbec jsem si to nedokázala předtím představit, ale podle lékařů jsem měla krásný a hladký porod, prý jsem rodila moc pěkně, že to u prvorodiček často trvá mnohem déle. Měla jsem jen malý nástřih, ale to šití snad bylo horší než celý porod a cítila jsem každé píchnutí, ale po zašití mi přinesli konečně ukázat oblečeného a čistého Tonička, byl tak překrásný, byl to na jednu stranu hrozný zážitek, ale na tu druhou stranu to bylo to nejhezčí, co jsem kdy zažila.“*

5 DISKUZE

Na začátku práce byly stanoveny tři cíle výzkumu. Prvním cílem bylo zmapovat příčiny a podněty strachů těhotných žen v souvislosti s porodem. Druhým cílem bylo identifikovat strategie zvládání strachu souvisejícího s porodem a třetím cílem této práce bylo zjistit vliv předchozí zkušenosti z porodu na prožívání strachu u druhorodiček (vícerodiček).

Výzkumná část probíhala, jak jsme již výše uvedli, v Českých Budějovicích a výzkumným souborem bylo 12 náhodně vybraných těhotných respondentek, které byly ochotné spolupracovat a zapojit se do výzkumu. Metodou výzkumu bylo zvoleno kvalitativní šetření. Pro sběr dat byla použita technika dvou polostrukturovaných rozhovorů, první byl určen pro prvorodičky a obsahoval třináct otázek (viz příloha č. 2: Koncept polostrukturovaného rozhovoru s prvorodičkami) a druhý, doplněný rozhovor byl určen vícerodičkám a obsahoval dvacet jedna otázek (viz příloha č. 3: Koncept polostrukturovaného rozhovoru s vícerodičkami), rozhovory byly vedeny s těhotnými ženami před porodem na předem domluveném místě.

Na začátku každého rozhovoru byl jednotlivým respondentkám vysvětlen důvod a účel prováděného rozhovoru. Po vysvětlení základních informací týkajících se tématu bakalářské práce a důvodu provádění rozhovorů byl od respondentek získán souhlas s prováděním rozhovoru, zveřejněním jejich odpovědí a některých osobních údajů. S rozhovorem všechny oslovené respondentky souhlasily. Na začátku rozhovoru byly od respondentek získány osobní informace týkající se jejich věku, nejvyššího dosaženého vzdělání, rodinného stavu, parity a jejich zaměstnání. Informace byly s jejich svolením uvedeny na začátku rozhovoru. Všechny respondentky byly velice sdílné a ochotné spolupracovat, práce s nimi byla velice příjemná a obohacující.

Výzkumný soubor tvořilo dvanáct žen ve věkovém rozmezí 20 až 41 let. Nejvyšší ukončené vzdělání bylo u pěti žen vysokoškolské, u sedmi žen středoškolské ukončené maturitní zkouškou. Čtyři ženy byly svobodné a žijící s partnerem, jedna byla svobodná, žijící u svých rodičů, šest žen bylo vdaných a jedna rozvedená, která žije s novým partnerem. Šest respondentek je prvorodiček, z toho jedna žena první dvě těhotenství

spontánně potratila a druhá respondentka spontánně potratila první těhotenství v desátém týdnu. Tři respondentky budou rodit podruhé a tři respondenty půjdou k porodu potřetí.

Výsledky získané kvalitativním šetřením byly rozděleny do dvou skupin – jednu skupiny tvořily výpovědi respondentek na společné otázky v dotaznících a druhou skupinu tvořily doplňující informace od vícerodiček, které popisovaly své zkušenosti s předchozími porody.

Ve výzkumné části jsme chtěli zjistit, jaké jsou příčiny ke vzniku strachu těhotných žen, Moralesová (2011) poukazuje na to, že za strachem či obavami ženy v průběhu těhotenství stojí rozmanitá paleta příčin a toto se nám i potvrdilo rozhovory s respondentkami, jejich výpovědi byly v mnohém podobné, ale nikdy nebyly totožné, každá žena totiž prožívá svůj strach jinak a jinak o něm i vypovídá. Prvorodičky převážně odpovídaly, že se bojí neznámého, toho, že nebudou vědět, co mají dělat, například jak tlačit a jak dýchat, obávají se i úlohy matky a budoucnosti. Příčiny strachu vícerodiček se lišily od toho, co vypovídaly prvorodičky, ženy, které již v minulosti porod zažily, jsou tím vždy nějakým způsobem ovlivněny, některé mají vzpomínky pozitivní, ale převládají spíše vzpomínky negativní. Například respondentka 4, která je prvorodička vypověděla: *„Bojím se, že nebudu vědět, co mám dělat a to mne strašně děsí.“*. A respondentka 1 reagovala na tuto otázku podobným způsobem: *„Ani nevím, jak to mám popsat, příčinou mého strachu je nejspíše to, že nevím, co vše se bude dít a co se může stát.“*. Celkem pět respondentek (R2, R5, R8, R10 a R12) nám potvrdilo, že nejčastější příčinou strachu je zkušenost z předchozího porodu. Mezi další příčiny strachu spadá například nepříznivá gynekologická anamnéza či vyšší věk rodičky, R6 má strach, protože jí je 38 let a považuje se za starou rodičku a četla o starších matkách a rodičkách informace, které ji vyděsily, obává se, že by mohly nastat nějaké komplikace, které se u mladších rodiček vyskytují jen zřídka, *„Největší strach mám o zdraví maličky a také o mé, ze všech stran mě totiž straší, že u starších matek bývá více komplikací.“*, uvedla. Otley (2011) popisuje, že na strach z porodu může být nahlíženo z úhlu biologického (např. strach z bolesti), psychologického (např. spojený

s osobností, strachem z budoucího rodičovství), sociálního (např. spojený s nedostatkem podpory, ekonomickou nejistotou), kulturního (např. medializace porodu, „hororové“ příběhy na internetu) nebo jako sekundární důsledek pocházející například z předchozí zkušenosti s porodem. V našem výzkumu jsme se zabývali převážně biologickým, psychickým a kulturním úhlem pohledu, a ztotožňujeme se s názorem, že obrovský vliv má na strach z porodu zkušenost odnesená z předchozího porodu. Ani úhel psychologický nemůže být přehlížen, každá osobnost je jedinečná a nezaměnitelná, na to je nutné při naší práci neustále myslet, co pro jednoho znamená málo, pro druhého může znamenat mnoho.

Jako další jsme se pokoušeli zjistit, čeho se respondentky nejvíce obávají, z čeho mají strach, zda se bojí bolesti či o dítě, nebo zda mají jejich obavy naprosto jiný původ. Matulaitė-Horwoodová a Bieliauskaitėová (2005) popisují, že nejčastěji uváděným strachem těhotných žen je strach ze změn v životě po porodu. Na druhém místě je samotný strach z porodu a třetí nejčastěji uváděný strach je strach z mateřské kompetence, jinak řečeno strach z neschopnosti postarat se o dítě. Méně časté byly kategorie jako například strach o zdraví dítěte, strach z nedokončené fyzické a emocionální přípravy na příchod nového člena rodiny nebo strach z pocitů partnera. V těchto míněních se s autorkami neshodujeme, nejčastější odpovědí na otázku, čeho se respondentky nejvíce bojí bylo, že se bojí o život a o zdraví svého dítěte a na druhém místě se nejvíce obávaly bolesti, zmínily, že mají strach i o své zdraví a tři respondentky měly strach z ukončení porodu císařským řezem. Každá respondentka má na žebříčku svých strachů jiné hodnoty, ale všechny se shodují v tom, že na prvním místě je pro ně jejich plod. Moralesová (2011) uvádí ze svých výsledků, že hlavním strachem těhotných žen je strach z možnosti, že nebude s dítětem vše v pořádku a tímto se shoduje s výsledky našeho výzkumu. Strach je emoce, kterou prožívá každá žena, která je v očekávání, nezáleží na věku, na vzdělání, či na zkušenostech, tomuto pocitu se nevyhne žádná žena, avšak každá žena prožívá a zvládá strach odlišně, publikuje Ratislavová (2008). Snížení či úplné vymizení strachu v těhotenství může pomoci, jak psychickému, tak i fyzickému stavu matky, tak ale i stavu ještě nenarozeného dítěte. S názorem Ratislavové se ztotožňujeme, zcela souhlasíme, že každá žena je originál

a toto tvrzení se promítá i na prožívání strachu z porodu, na bolesti i radosti. Některé ženy si nechtějí svůj strach nechat pro sebe a potřebují k prožívání svých obav i své okolí, nejčastěji své partnery a rodinu, jiné ženy zas nedovedou s druhými o svém strachu hovořit a uzavírají se do sebe, proto je v našem oboru podstatné každou ženu vyslechnout a stavět se k ní individuálně. Někdy postačí k menšímu strachu pouze vlídné slovo či podaná ruka a to by nemělo v žádném případě ve zdravotnictví chybět, mělo by především jít o lidský přístup ke klientům a brát je jako celek, nepohlížet na ně jen jako na nemoc či diagnózu. I personál může v nemalé míře ovlivnit zkušenost a vzpomínky rodičky na její porod, bohužel se i v dnešní době můžeme setkat s tím, že není s klientkami vždy jednáno tak, jak by si zasloužily a jak by bylo vhodné a tak mohou odcházet z porodnice s pocitem, že už tam raději znovu nepůjdou, než aby něco podobného znovu zažily. Naštěstí s něčím podobným se nesetkala žádná z našich respondentek, jejich prožitky porodní asistentky a ostatní zdravotnický personál spíše zpříjemnili a to je velice potěšující informace.

Další otázka v rozhovoru se zabývala strategiemi zvládání strachu. Praško (2006) popsal, že strategie zvládání strachu představuje kupříkladu potlačování obav a negativních myšlenek, vytváření závěrů na základě pocitů, popření všeho pozitivního v minulosti a motivování sebe samého prostřednictvím slov „musím a měl bych“ a že negativní myšlenky je třeba zaměnit za realistické, které obsahují víru. S tímto tvrzením plně nesouhlasím, z našeho výzkumu spíše vyplynulo, že nejčastěji pomáhá těhotným ženám, které trpí strachem hlavně vědomí, že se mají na koho obrátit a že je pro ně na světě někdo, kdo je podrží a podá pomocnou ruku, když to bude třeba. Každá respondentka má zcela odlišné strategie na zvládání svého strachu, ale všechny do těchto svých činností zahrnují i své partnery a rodinu. Respondentky také spoléhají, že jim od strachu a špatných myšlenek může pomoci změna činnosti, například sport, četba či péče o děti a s tím můžeme jen souhlasit, je velice dobré a prospěšné, když si ženy i ve vyšším stádiu těhotenství nachází čas na své koníčky a snaží se nevyhýbat se obvyklým činnostem, které byly zvyklé provozovat před těhotenstvím, aktivní těhotné ženy podle našeho názoru pak lépe snášejí strach a stres než ženy, které se všemu vyhýbají jen proto, že jsou v očekávání. V průběhu těhotenství žena dále potřebuje

osobu, která ji psychicky podporuje, odpovídá na všechny otázky a zmírňuje její obavy, tvrdí Čech (2006), nejdůležitější úlohu má chápající partner či rodina, ale odborné odpovědi může těhotná žena získat pouze od své porodní asistentky, případně od svého lékaře. Některé ženy vyhledávají odpovědi na své otázky i jinými způsoby, například na internetu, zde se dá dohledat mnoho informací a hlavně zkušeností jiných těhotných žen a žen po porodu, které se zde snaží ostatním ženám pomoci a porodit jim. R1 například prozradila: „*Nejvíce mi pomáhá, když si hledám jiné činnosti, kterými se zabavím, například sleduji filmy, nebo se procházím s manželem a naším psem.*“ a respondentka 2 nám potvrdila, že jí největší podporou je její partner a její rodina: „*Nejvíce mi pomáhá můj partner a můj malý Tadeášek, ti mi vždy zvednou náladu a povzbudí mě.*“. Rodina by měla naplno prožívat pocity s ženou v očekávání, protože to všem může jen pomoci.

Dále jsme zjišťovali, kdo dotazované respondentky bude doprovázet během porodu na porodní sál. Přítomnost blízké osoby ať už partnera, manžela, kamarádky, matky či dudy, podporuje pocit bezpečí a snižuje pocit strachu z neznáma i vnímání bolesti. Umožňuje lépe překonat stres, který porod přináší (Procházková, 2006). Osm respondentek (R1, R2, R5, R7, R8, R9, R11 a R12) chce mít u porodu svého partnera či manžela. Dvě respondentky (R3, R6) chtějí být bez doprovodu blízké osoby, raději to prý zvládnou samy. R1 chce mít s sebou k partnerovi navíc ještě svou dudu, se kterou se stýká v průběhu těhotenství a je s ní na porod domluvená. R4 chce mít u sebe svou maminku, je to prvorodička a maminka je osoba, které nejvíce důvěřuje. Dvě respondentky (R9 a R10) si ke svému porodu vezmou svou sestru. A R11 by si navíc ke svému příteli ještě svou kamarádku, která je vystudovaná porodní asistentka. Ať už má u sebe rodička kohokoli, jistě je to velice přínosné a může to velice pozitivně ovlivnit i zkrátit celý průběh porodu a zlepšit prožívání poporodního období.

Z jakých zdrojů matky získávají informace o porodu, bylo jednou dalších oblastí, na kterou jsme se respondentek tázali. Největším přínosným zdrojem poznatků o porodu byly pro rodičky knihy a odborná literatura, celkem 7 respondentek (R1, R2, R6, R7, R9, R11 a R12) hledalo své odpovědi tímto způsobem. Po odborné literatuře byl nejčastěji zmiňován internet a o tom nám povědělo 6 respondentek (R1, R2, R8, R9, R11 a R12). Dalšími využívanými zdroji byl předporodní kurz, kamarádky, matky,

časopisy a pouze v jednom případě byl uveden obvodní gynekolog. Jedna z respondentek (R11) udala jako zdroj svých informací školu, studuje totiž přímo obor porodní asistence a má mnoho ověřeno i prakticky přímo z porodního sálu. Ani v jednom případě nebyla zmiňována jako přínosný zdroj informací přímo porodní asistentka, ale mnoho respondentek navštěvuje předporodní kurzy, které jsou porodními asistentkami vedeny. Dvě respondenty (R3 a R7) shlédly navíc ještě videa týkající se porodu, ale svěřily se, že pohled na jinou rodící ženu je spíše vyděsil.

Dále jsme zjišťovali, kolik rodiček se zúčastnilo předporodních kurzů během nynějšího těhotenství. V pěti případech respondenty (R3, R6, R7, R8 a R9) uvedly, že absolvovaly předporodní kurz, všechny tyto respondenty ho hodnotily velice kladně, jak z teoretického tak praktického hlediska. Rodičky se naučily různé úlevové polohy v průběhu porodu, posilování pánevního dna, uvolňování zad, relaxaci, a v neposlední řadě techniku správného dýchání v průběhu porodu. Chmel (2004) ve své knize uvádí, že je vhodné zúčastnit se předporodních kurzů nejlépe s partnerem, zvláště pokud chce být partner se ženou u porodu. Dvě respondenty uvedly, že s nimi jejich partneři kurzy absolvovali a že z nich byli nadšení. Jednotlivé kurzy se mohou svou náplní mírně lišit, ale každá žena by se v nich měla dozvědět, co ji při porodu čeká, jaká vyšetření jí budou provedena, jaké jsou možné komplikace a způsob jejich řešení. Dále by se měla dozvědět o možnostech tlášení bolesti, o průběhu jednotlivých dob porodních. Důležitou součástí předporodních kurzů je nácvik správného dýchání v průběhu porodu. Rodička by také měla získat informace o pobytu na oddělení šestinedělí, péči o novorozence a technikách správného kojení. Ve výzkumné části pět respondentek (R1, R5, R5, R11 a R12) uvedlo, že předporodní kurzy neabsolvovaly vůbec a dvě respondenty (R2 a R10) je absolvovaly v předchozích těhotenstvích.

Dále jsme se zabývali otázkou, zda mají vícerodičky v nynějším těhotenství větší strach, než jaký měly u předchozích těhotenství. Domníváme se, že každá žena, která již prožila porod, ať už spontánní nebo operativní, je tím ovlivněna na celý život a vzpomínky a pocity, které při tom prožila, jí již nikdo nesebere a má to nezanedbatelný vliv i na prožívání následujících těhotenství a porodů, každá vícerodička má jiné pocity, než žena, která ještě porodní bolesti, porod a radost

z narození dítěte nezažila. Je velice podstatné to, jak žena předchozí porod vnímá, zda jako traumatizující nebo naopak překrásný zážitek. Pokud si žena nese špatný pocit z předchozího porodu, prožívá i následující těhotenství v nejistotě a pociťuje strach. Například respondentka 5 prožila již dva porody, z nichž první byl bezproblémový, bez komplikací a respondentka na něj vzpomíná ráda, její pohled na porod však změnil její druhý porod, pověděla nám o něm: „...*když jsem rodila dceru, to byl hrozný zážitek, šlo to strašně pomalu, všechno mě bolelo a nakonec mě odvezli na císařský řez, že se prý malé v bříšku nelíbilo, tak jí museli rychle dostat na svět.*“, po zážitku z porodu prvního dítěte se porodu své dcery ani neobávala, ale teď se svěřila s tím, že ze třetího porodu má velký strach, protože se bojí, že mohl také skončit císařským řezem. Avšak podobný strach, jakým je strach o dítě může zažívat i prvorodička, například pokud má za sebou nevydařené těhotenství, stejně jako respondentka 7, spontánně potratila první těhotenství a to jí natolik ovlivnilo, že má hrůzu z toho, co by se mohlo přihodit nyní, i když je zatím těhotenství bezproblémové, svěřila se nám: „...*už jsem o jedno miminko přišla a nechci to zažít znovu, nic horšího se v životě ženy snad ani nemůže stát, než že přijde o dítě, i když nenarozené, ale i tak je to strašně těžké.*“. Dle našeho názoru má předchozí porodní zkušenost vliv na prožívání strachu v nynějším těhotenství, vícerodičky vypovídaly, že se bojí porodu, protože již vědí, co je čeká, pokud navíc byl jejich předchozí porod s komplikacemi, či si ho pamatují jako bolestivý, ovlivňuje je tato zkušenost velice negativně. Samozřejmě mohou být i ženy, které naopak berou svůj předchozí porod jako pozitivní zkušenost. Prvorodičky vykazují dle Spice, Jones, Hanjstavropoulos, Kowalyk a Stewarta (2009) v průměru vyšší úroveň strachu z porodu, což je pravděpodobně důsledkem chybějící zkušenosti s porodem a strachu z neznámého. S výrokem, že prvorodičkám chybí zkušenost a mají převážně strach z neznámého, souhlasíme a respondentky, které spadaly do kategorie prvorodiček, nám toto tvrzení potvrdily. Některé vícerodičky ale namítají, že je lepší nevědět, do čeho jdete, že strach v nevědomosti je menší, než strach z něčeho co znáte, co jste si již zažili, pravdou je, že vícerodičky lépe posoudí, z čeho je třeba mít strach a z čeho nikoli.

Tato bakalářská práce nás velice obohatila o mnoho cenných informací a bylo příjemné se zabývat problematikou strachu z porodu a pokusit se nalézt cestu ke zmírnění strachu rodiček, jistě tyto zkušenosti využijeme ve své praxi a budeme se snažit, aby ženy z porodního sálu odcházely jen s příjemnými vzpomínkami. Tato práce by mohla být využita jako informační materiál pro studentky oboru porodní asistence nebo pro těhotné ženy v prenatálních poradnách.

6 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo prozkoumání příčin strachu z porodu, který prožívají těhotné ženy a strategie, kterými se ženy snaží svůj strach ovládnout. Předpokladem studie bylo, že její výzkumná zjištění mohou přispět k bližšímu objasnění některých souvislostí a příčin strachu z porodu a tím pomoci jeho hlubšímu pochopení a porozumění.

Na základě analýzy získaných dat se potvrdilo, že strach z porodu souvisí s porodní historií těhotných žen, konkrétně s tím, jak vnímají a jak prožily svůj poslední porod. Ženy, které hodnotily svůj poslední porod jako komplikovaný, prožívaly intenzivnější strach ze současného porodu než ženy, které zatím neměly s porodem žádnou zkušenost, tyto ženy měla zcela jiné příčiny strachu z porodu, povětšinou to byla hlavně nevědomost, obavy, že si nebudou umět poradit ve složité a neznámé situaci a strach z neznámého.

Ve studii se dále potvrdilo, že strach z porodu má vliv na prožívání celého těhotenství. Výsledky studie potvrdily, že velký vliv na to, jak žena strach z porodu prožívá má její rodina a podpora blízkých. Na otázky z čeho mají ženy největší strach, se respondentky nejčastěji shodly, že největší obavy mají o své nenarozené dítě, dále se obávají bolesti, o své zdraví nebo se obávají hrozícího císařského řezu, kterým by mohlo jejich vytoužené těhotenství skončit.

Vzhledem k možným komplikacím spojeným se strachem z porodu a nalezeným souvislostem by měla být v běžné praxi věnovaná dostatečná pozornost zejména těhotným ženám, které v minulosti prožily komplikovaný porod. Nicméně, vzhledem k tomu, že strach z porodu souvisí nejen s předchozími negativními zkušenostmi s porodem, ale také s dalšími faktory, je u všech těhotných žen důležité, aby se lékaři a zdravotnický personál zajímali o jejich pocity spojené s blížícím se porodem. V případě, že žena vyjádří obavy, měly by být probrány podrobněji, žena by měla být vyslechnuta a pokud lékař uzná za vhodné, měl by ženě doporučit odbornou pomoc, komplikace spojené se strachem z porodu se totiž mohou vyskytnout nejen během těhotenství, ale také v průběhu porodu nebo po porodu. Dostatečná pozornost věnovaná

tomuto problému, včasné zjištění příznaků a pokus o jejich odstranění tak může ženě zpříjemnit vstup do mateřství a pomoci bezproblémovému průběhu porodu a navíc to ovlivní i její přístup k plánování dalšího těhotenství a lepším vzpomínkám na tuto životní událost.

Všechny námi zvolené cíle byly splněny a na výzkumné otázky se nám dostalo potřebných odpovědí. Problematika strachu z porodu je však pestrá a není tedy možné pokládat výsledky této studie za konečné.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ADAMS, S. S., M. EBERHARD – GRAN, A. ESKLID. *Fear of childbirth and duration of labour: A study of 2206 women with intended vaginal delivery*. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2012. 119 (10).
2. BARTLOVÁ, P., *Aspekty identity matky: prožívání mateřství po narození prvního dítěte*. Brno, 2005. Magisterská práce, Fakulta sociálních studií Masarykovy Univerzity.
3. CORBIN, J. a A. STRAUSS. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 2. vydání. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60.
4. ČECH, E., Z. HÁJEK a K. MARŠÁL a kol., *Porodnictví*. 2. vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1313-9.
5. ČERMÁKOVÁ, B., *K porodu bez obav* 1. vydání. Brno: Era Group, 2008. ISBN 978-80-7366-114-4.
6. DEANSOVÁ, A., *Kniha knih o mateřství*. 1. vydání. Fortuna Print, 2004. ISBN 80-321-117-3.
7. DYLEVSKÝ, I., *Somatologie*, 2. vydání, Olomouc: Epava, 2000. ISBN 80-862-9705-5.
8. GREGORA, M. a M. VELEMÍNSKÝ ml., *Čekáme dítětko*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1489-9.
9. HART R. a C. A McMAHON. *Mood state and psychological adjustment to pregnancy*. Arch Womens Ment Health. 9, 2006. 329-337.
10. HARTL, P., *Stručný psychologický slovník*, 1. vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1.
11. HENDL, J., *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 2. vydání. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-485-4.
12. HOFBERG, K. a M. R. WARD. *Fear of pregnancy and childbirth*. Postgrad Med J. 79, 2003. 505-510.
13. HRABICA, M., *Co nám tělo říká aneb po stopách nemocí*. 2. vydání. Zlín: Miroslav Hrabica, 2007. ISBN 978-80-902322-7-3.
14. CHMEL, R., *Otázky a odpovědi o porodu*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1124-9.

15. KAMENÍKOVÁ, M., *Porodní plán*. Praktická gynekologie, 2009. ISSN 1211-6645.
16. KŘIVOHLAVÝ, J., *Pozitivní psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-835.
17. LEIFER, G., *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vydání, Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
18. MAREČKOVÁ, J., *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1399-13.
19. MAREŠ, J. a J. MAREŠOVÁ. *Humor jako prostředek zrodu a udržování sociální opory ve zdravotnictví*. 1. vydání. Hradec Králové: Nucleus, 2003. ISBN 80-86225-47-1
20. MATULAITE – HORWOOD, A. a R. BIELIAUSKAITE. *The subjective content of psychological anxiety in the last month of pregnancy*. *Acta Medica Lituanica*, , 2005. 12 (2).
21. MATULNÍKOVÁ, L., Rola porodnej asistentky v podpore a pomoci využívania poloh u rodičky. *Florence*, č. 2. 2011. ISSN 1801-464X.
22. MORALES, D. M., *Pregnancy worries: A longitudinal study of Spanish women*. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 2011. 90.
23. MURKOFFOVÁ, H., A. EISENBERGOVÁ a S. HATHAWAYOVÁ. *Co čekat v radostném očekávání*. Praha: Nakladatelství Slováry, 2004. ISBN 80-7209-457-2.
24. MZCR. *Definice porod- potrat dle MZCR* [online]. 2012 [cit. 2014-04-20]. Dostupné z <http://www.gynstart.cz/messages.php?sid=625>.
25. NORTHRUPOVÁ, Ch.,. *Od prvního početí po stáří*. 2. vydání, Praha: Columbus, 2008. ISBN 978-80-7249-250-3.
26. OTLEY, H., *Fear of childbirth: Understanding the causes, impact and treatment*. *British Journal of Midwifery*, 2011. 19 (4)
27. PAVLÍKOVÁ, S., *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1211-3.
28. PAŘÍZEK, A., *Kniha o těhotenství @ porodu*. 2. vydání. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-321-4.

29. PETERSEN, J., J. PAULITSCH, M. A. GUETHLIN, C. GENSICHEN a J. A. JAHN. *A survey on worries of pregnant women – testing the German version of the Cambridge Worry Scale*. *BMC Public Health*, 9, 2009. 490–498.
30. PRAŠKO, J., J. VYSKOČILOVÁ a J. PRAŠKOVÁ. *Úzkost a obavy – jak je překonat*. 1. vydání, Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-079-8.
31. PROCHÁZKOVÁ, M. a H. MYŠAKOVÁ. Předporodní příprava – předpoklad dobré spolupráce s rodičkou. *Moderní porodnictví*. 9. 2006. Dostupné také z <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-9/>
32. RATISLAVOVÁ, K., *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vydání. Praha: Area, 2008. ISBN 978-254-2186-4.
33. ROKYTA, R., M. KRŠIAK, a kol., *Bolest*. Praha: Tigis, 2006. ISBN 80-903750-0-6.
34. ROZTOČIL, A., *Moderní porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.
35. SOVOVÁ, P., *Práva žen v těhotenství, během porodu a práva rodičů v poporodním období z hlediska volby medicínské péče*. 2007. Retrieved April 29
36. SPICE, K., S. L. JONES, H. D. HADJISTAVROPOULOS, K. KOWALYK a S. H. STEVART. *Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity*. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 2009. 30 (3).
37. VRÁNOVÁ, V., *Historie babictví a současnost porodní asistence*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. ISBN: 978-80-244-1764-6.
38. VYMĚTAL, J., *Speciální psychoterapie*, 2. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 80-2471-315-2.
39. VYMĚTAL, J., *Úvod do psychoterapie*, 3. vydání, Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2667-0.
40. ZWINGER, A., *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0822-7.

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Vyhláška 55/2011 Sb.

Příloha č. 2: Koncept polostrukturovaného rozhovoru s prvorodičkami

Příloha č. 3: Koncept polostrukturovaného rozhovoru s vícerodičkami

Příloha č. 1: Vyhláška 55/2011 Sb.

Vyhláška č. 55/2011 Sb. ze dne 14. 03. 2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

§ 5

Porodní asistentka

(1) Porodní asistentka vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotné ženě, rodící ženě a ženě do šestého týdne po porodu prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména může:

- a) poskytovat informace o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence a o antikoncepci; poskytovat rady a pomoc v otázkách sociálněprávních, popřípadě takovou pomoc zprostředkovat,
- b) provádět návštěvy v rodině těhotné ženy, ženy do šestého týdne po porodu a gynekologicky nemocné, sledovat její zdravotní stav,
- c) podporovat a edukovat ženu v péči o novorozence, včetně podpory kojení a předcházet jeho komplikacím,
- d) diagnostikovat těhotenství, předepisovat, doporučovat nebo provádět vyšetření nutná ke sledování fyziologického těhotenství, sledovat ženu s fyziologickým těhotenstvím, poskytovat jí informace o prevenci komplikací; v případě zjištěného rizika předávat ženu do péče lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví,
- e) sledovat stav plodu v děloze všemi vhodnými klinickými a technickými prostředky, rozpoznávat u matky, plodu nebo novorozence příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře, a pomáhat mu v případě zásahu; při nepřítomnosti lékaře provádět neodkladná opatření,
- f) připravovat rodičku k porodu, pečovat o ni ve všech dobách porodních a vést fyziologický porod, včetně případného nástřihu hráze; v neodkladných případech vést i porod v poloze koncem pánevním; neodkladným případem se rozumí vyšetřovací nebo

léčebný výkon nezbytný k záchraně života nebo zdraví,

g) ošetřovat porodní a poporodní poranění a pečovat o ženu do šestého týdne po porodu,

h) přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky¹⁰⁾ a manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,

i) přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky¹¹⁾ a prádlo, manipulovat s nimi, a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

(2) Porodní asistentka může poskytovat bez odborného dohledu a bez indikace ošetrovatelskou péči fyziologickému novorozenci prostřednictvím ošetrovatelského procesu a provádět jeho první ošetření, včetně případného zahájení okamžité resuscitace.

(3) Porodní asistentka pod přímým vedením lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví může

a) asistovat při komplikovaném porodu,

b) asistovat při gynekologických výkonech,

c) instrumentovat na operačním sále při porodu.

(4) Porodní asistentka pod odborným dohledem porodní asistentky se specializovanou způsobilostí v oboru nebo všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí v oboru, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem může vykonávat činnosti podle § 4 odst. 1 písm. B) až i) při poskytování vysoce specializované ošetrovatelské péče.

(5) Porodní asistentka dále vykonává činnosti podle § 4 odst. 1, 3 a 4 u těhotné a rodící ženy, ženy do šestého týdne po porodu a pacientky s gynekologickým onemocněním.

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Vyhláška 55/2011 Sb. ze dne 1. března 2011, která stanoví činnosti zdravotních pracovníků a jiných odborných pracovníků* [online]. [cit. 2011-03-20]. Dostupné z:

<http://www.mzcr.cz/Odborník/dokumenty/info>

Příloha č. 2: Koncept polostrukturovaného rozhovoru s prvorodičkami

Rozhovor pro prvorodičku

1. Kolik je Vám let?
Jste svobodná nebo vdaná?
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
Kde jste pracovala před těhotenstvím?
Pokolikáté jste těhotná?
Pokolikáté budete rodit?
2. Nechala jste si říct, jakého pohlaví je Vaše miminko?
3. Máte z porodu strach? Proč?
4. Jaká je příčina Vašeho strachu?
5. Z čeho máte strach? Z bolesti, o sebe, o dítě?
6. Co Vám pomáhá Váš strach snižovat?
7. Věnujete se běžným činnostem, jako jste se věnovala před těhotenstvím?
8. Budete s sebou chtít někoho k porodu? Partnera, nebo někoho jiného?
9. Uvítala byste, kdyby s Vámi po celou dobu porodu byla porodní asistentka?
10. Zjišťovala jste si, jak porod probíhá? Kde? Z knih? Internetu?
11. Chodila jste na předporodní kurzy?
12. Předával Vám někdo své zkušenosti z porodu? Maminka, kamarádka?
13. Uklidnily Vás získané informace, nebo Vás to spíše rozrušilo?

Příloha č. 3: Koncept polostrukturovaného rozhovoru s vícerodičkami

Rozhovor pro vícerodičku

1. Kolik je Vám let?
Jste svobodná nebo vdaná?
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
Kde jste pracovala před těhotenstvím?
Pokolikáté jste těhotná?
Pokolikáté budete rodit?
2. Kdy byly Vaše předchozí porody a jakého pohlaví bylo vaše miminko? (rok)
3. Jak probíhal Váš předchozí porod? (komplikace, atd.)
4. Nechala jste si říct, jakého pohlaví je Vaše miminko?
5. Máte z porodu strach? Proč?
6. Máte větší strach, než jste měla u předchozího porodu(ů)? Proč?
7. Jaká je příčina Vašeho strachu?
8. Z čeho máte strach? Z bolesti, o sebe, o dítě?
9. Co Vám pomáhá Váš strach snižovat?
10. Jak jste svůj strach zmírňovala u předchozích těhotenství?
11. Pomáhalo Vám něco strach snižovat?
12. Věnujete se běžným činnostem, jako jste se věnovala před těhotenstvím?
13. Budete s sebou chtít někoho k porodu? Partnera, nebo někoho jiného?
14. Byl s Vámi někdo u předchozího porodu(ů)?
15. Uvítala byste, kdyby s Vámi po celou dobu byla porodní asistentka?
16. Byla s Vámi u předchozích porodů porodní asistentka?
17. Důvěřovala jste jí? Pomáhala Vám?
18. Zjišťovala jste si, jak porod probíhá? Kde? Z knih? Internetu?
19. Chodila jste na předporodní kurzy?
20. Předával Vám někdo své zkušenosti z porodu? Maminka, kamarádka, sestra?
21. Uklidnily Vás získané informace, nebo Vás to spíše rozrušilo?