

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Polohy při porodu a jejich vliv na průběh
porodu z pohledu rodičky**

bakalářská práce

Autor práce: Růžena Hlavničková

Vedoucí práce: Mgr. Marie Dočekalová

Jihlava 2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Růžena Hlavničková
Studijní program:	Porodní asistence
Obor:	Porodní asistentka
Název práce:	Polohy při porodu a jejich vliv na průběh porodu z pohledu rodičky
Cíl práce:	Zjistit, jak ovlivňuje porodní poloha průběh porodu z pohledu rodičky.

Mgr. Marie Dočekalová
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce na téma „Polohy při porodu a jejich vliv na průběh porodu z pohledu rodičky“ se zabývá polohami při porodu a jejich vliv na průběh porodu. Současný stav problematiky popisuje 4 doby porodní a k nim náležící podkapitoly. Důležitým obsahem problematiky je popis úlevových poloh v první době porodní a porodních poloh v druhé době porodní a k nim náležící pozitivní i negativní vlivy na průběh porodu. Výzkumná část se skládá z dotazníku, který byl distribuován ženám po vaginálním porodu. Informace z dotazníku jsou zpracovány v tabulce a grafech.

Klíčová slova

Porod; porodní doby; úlevové polohy; porodní polohy

Abstract

This Bachelor Thesis deals with topic „Positions during childbirth and their influence on the course of childbirth“ deals with postures during labor and their influence on the course of labor. The current state of the problem describes 4 birth periods and their subchapters. An important content of the issue is the description of relief positions in the first stage of labor and delivery positions in the second stage of labor and the related positive and negative effects on the course of labor. The research part consists of a questionnaire which was distributed to women after vaginal birth. The questionnaire informations are processed in chart and graphs.

Key words

Birth; delivery time; relief positions; birth positions

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou mé bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne [Klikněte nebo klepněte sem](#) a zadejte datum.

.....
Růžena Hlavničková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní Mgr. Marii Dočekalové, vedoucí mé bakalářské práce, za odborné vedení, cenné rady, ochotu a vstřícné jednání. Dále bych chtěla poděkovat všem ženám, které se účastnily výzkumu, za jejich čas, pomoc a ochotu s vyplněním dotazníkového šetření.

Obsah

Úvod.....	7
Motivace	8
Cíl práce	8
1 Současný stav problematiky	9
1.1 Klasifikace porodů.....	9
1.2 Prvky porodního mechanismu	10
1.2.1 Porodní cesty.....	10
1.2.2 Porodní objekt.....	10
1.2.3 Porodní síly	11
1.3 Doby porodní	11
1.3.1 První doba porodní.....	11
1.3.2 Druhá doba porodní	19
1.3.3 Třetí doba porodní	21
1.3.4 Čtvrtá doba porodní	22
2 Výzkumná část.....	23
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	23
2.2 Metodika výzkumu práce.....	23
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí.....	23
2.4 Průběh a popis výzkumu.....	23
2.5 Zpracování získávaných dat.....	24
2.6 Výsledky výzkumu	24
3 Diskuse.....	42
4 Návrh řešení pro praxi	45
Závěr	46
Seznam literatury	48
Seznam tabulek.....	51
Seznam grafů	51
Seznam příloh	52

Úvod

Tématem bakalářské práce je „Polohy při porodu a jejich vliv na průběh porodu z pohledu rodičky“. Znalost budoucích rodiček o možnostech úlevových poloh v 1. době porodní a porodních poloh v 2. době porodní se domnívám je aktuální a řešenou problematikou v oblasti porodnictví. Dříve, když rodička přišla do porodnice k porodu, tak ji byly prakticky nastoleny rutinní výkony jako jsou podání očistného klysmu a epiziotomie (nástřih hráze), a také si personál porodního sálu určil v jaké poloze rodička bude rodit.

Dnes se tyto dříve rutinní výkony pouze rodičce nabídnou a je jen na rodičce, zda tyto výkony podstoupí. Ovšem potřeba provedení epiziotomie může v průběhu porodu nastat. V praxi jsem se bohužel setkala s rodičkami, které o těchto důležitých informacích nevěděly nebo se o tom nijak neinformovaly. Stejně je tomu tak i v oblasti možností poloh během porodu. Během první doby porodní si rodička většinou volí úlevovou polohu podle svých pocitů, ale v druhé době porodní mi z vlastní praxe přijde, že volbu porodní polohy přenechá porodní asistentce. Myslím si, že budoucí rodičky by se měly více zajímat o možnosti poloh při porodu, nejlépe od porodní asistentky nebo svého obvodního gynekologa, či jiného zkušeného porodníka.

Moje bakalářská práce s názvem „Polohy při porodu a jejich vliv na průběh porodu z pohledu rodičky“ se skládá ze 2 částí, a to teoretické a praktické. Cílem mé práce je zjistit, jak ovlivňuje porodní poloha průběh porodu z pohledu rodičky.

V teoretické části se zaměřuji na porod, jeho porodní mechanismy a 4 doby porodní. V první době porodní a druhé době porodní se zaměřuji podrobněji na jejich průběh, faktory ovlivňující průběh těchto dob a možnosti poloh při porodu s posouzením jejich pozitivních i možných negativních vlivů na průběh porodu.

V části praktické ověřuji výše uvedenou problematiku zabývající se informovaností rodiček o možnostech porodu, znalost a využití poloh při porodu a zjišťuji, jak si myslí rodičky, že porodní poloha ovlivnila průběh porodu z jejich pohledu.

Motivace

Tématem bakalářské práce jsem si zvolila právě vliv porodní polohy na průběh porodu z pohledu rodičky, protože si myslím, že je to důležitým tématem. Správnou informovaností o možnostech poloh při porodu a jejich vliv na průběh porodu, mohou ženy předejít možným komplikacím v průběhu porodu. Z pohledu porodní asistentky mi toto téma připadá velmi důležité. Porodní asistentky by měli budoucí rodičky dostatečně informovat o možnostech poloh při porodu a odpovídat jim na jejich dotazy ohledně tohoto tématu.

Cíl práce

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jak ovlivňuje porodní poloha průběh porodu z pohledu rodičky.

1 Současný stav problematiky

Porod plodu stanovuje závěr těhotenství. Dojde k vypuzení plodu z těhotné dělohy za pomoci porodních sil. Porod se od potratu odlišuje 3 stanovenými pravidly: porod živého plodu s hmotností pod 500 gramů a přežije 24 hodin, nebo porod živého plodu s hmotností nad 500 gramů, nebo porod mrtvého plodu s hmotností nad 1000 gramů. Životní známky plodu hodnotíme podle tzv. Apgar skóre, a to v intervalu 1., 5. a 10. minutě po porodu plodu. Apgar skóre zahrnuje stanovení akce srdeční plodu, dýchací pohyby, pulzace pupečníku, svalový tonus a reakce plodu na podráždění. Včasný neboli termínový porod značí narození plodu v termínu ukončeného 37. týdnu až ukončeného 41. týdnu těhotenství. Porod plodu před ukončeným 37. týdnem těhotenství nazýváme jako předčasný porod. Porod v termínu ukončeného 40. týdnu až ukončeného 41. týdnu těhotenství nazýváme po termínovým těhotenstvím. Porod po ukončeném 41. týdnu těhotenství nazýváme přenášením (Hudáková, Kopáčíková, 2017).

1.1 Klasifikace porodů

Spontánní neboli samovolný porod spouští svůj porodní mechanismus samovolně bez zásahu zdravotnického personálu. Medikamentózní porod je formou spontánního porodu, kdy je rodičce po spontánním spuštění porodního mechanismu podána léčivá látka (např. oxytocin na posílení děložních stahů). Při indukovaném porodu je uměle vyvolána děložní činnost pomocí uterokinetik (prostaglandiny, oxytocin), tabletka obsahující hormon prostaglandin se zavádí do zadní klenby poševní a napomáhá k dozrání porodních cest. Operativní porod je stanoven porodníkem při ohrožení matky nebo plodu na životě. Operativní porod lze ukončit dvěma způsoby, abdominálně císařským řezem, nebo vaginálně pomocí porodnických kleští či VEX (vakuumextraktoru) (Hudáková, Kopáčíková, 2017; Roztočil, 2017)

Fyziologický porod začíná na podkladě spontánního spuštění porodního mechanismu bez zásahu zdravotnického personálu (např. spontánní odtok plodové vody). Při patologickém porodu dochází k rozvoji určité patologie u ženy či plodu, a je potřeba si ji pohlídat a popřípadě aktivně řešit (Hudáková, Kopáčíková, 2017; Roztočil, 2017).

1.2 Prvky porodního mechanismu

1.2.1 Porodní cesty

Jsou prostorem, kterým prochází plod během vaginálního porodu z těla matky ven. Porodní cesty dělíme na tvrdé a měkké. Tvrdé porodní cesty tvoří kostěná pánev. Měkké porodní cesty tvoří dolní děložní segment, děložní hrdlo, pochva, pánevní dno a zevní rodidla. Tvrdé porodní cesty tvořené kostěnou pánví se skládají ze dvou kostí pánevních, kosti křížové a kosti kostrční. Kosti pánevní jsou párové kosti a mají tři části: kost kyčelní (*os ilium*), kost sedací (*os ischii*) a kost stydká (*os pubis*). Pánev je dělená do dvou oblastí, velká pánev (*pelvis major*) a malá pánev (*pelvis minor*). Velká pánev je od malé pánve oddělená konečnou čarou (*linea terminalis*). Konečná čára je vedena od předhoří (*promontoria*, oblast vyklenutí mezi pátým bederním obratlem a prvním křížovým obratlem), podél kostí kyčelních až ke sponě stydké. Velká pánev je ohraničena lopatami kostí kyčelních, obsahuje kličky střev, slepé střevo s červovitým výběžkem a esovitý tračník. Malou pánev ohraničuje vzadu kost křížová a kostrč, po stranách kosti sedací, kyčelní a stydké, vpředu spona stydká. (Kachlík, 2018)

1.2.2 Porodní objekt

Porodním objektem se za normálních okolností stává živý donošený lidský plod. U plodu si v rámci prenatální poradny zjišťujeme jeho růst a vývoj v průběhu těhotenství, ale také důležité prvky, které zaujímá v konečné fázi těhotenství, sloužící k určení způsobu porodu (vaginální porod nebo indikace k císařskému řezu). Určujeme: polohu plodu (*situs*), postavení plodu (*position*), držení plodu (*habitus*) a naléhání plodu (*presentatio*). Poloha plodu se určuje vztahem polohy osy podélné plodu a osy podélné dělohy. Typy poloh plodu: podélná (nejčastější), příčná a šikmá. Během těhotenství zaujímá plod různé polohy. Postupně si plod svým růstem zvětšuje dělohu, a ke konci těhotenství se většinou staví do polohy hlavičkou dolů. Vyšetřujeme zevně pomocí druhého Leopoldova hmatu, kde určujeme uložení malých a velkých částí plodu (Roztočil, 2017; Zwinger, 2004). Postavení plodu je dáno podle toho, v které děložní hraně je uložen hřbet plodu. Rozlišujeme postavení: levé přední (nejčastěji), levé zadní, pravé přední, pravé zadní. Vyšetřujeme zevně pomocí druhého a třetího Leopoldova hmatu, vyhmatáním krční rýhy. Během porodu vyšetříme vnitřně postavení švu šípového a umístění malé fontanely (Roztočil, 2017; Zwinger, 2004).

Držení plodu znamená uspořádání jeho jednotlivých částí v prostoru vůči sobě navzájem. Závisí na množství plodové vody a možnosti pohybu plodu v děloze. Po odtoku plodové vody nemá plod možnosti volného pohybu, proto je svým způsobem stísněný a s pomocí porodních sil se aktivně tlačí z těla matky ven. Na stísnění reaguje plod snížením srdeční frekvence (*bradykardie*). Naléhání plodu značí vztah těla plodu k pánevnímu vchodu. Pohyby plodu těhotná žena vnímá při prvním těhotenství (*primipara*) okolo 20. týdne a u žen s těhotenstvím druhým a více (*multipara*) okolo 18. týdne (Roztočil, 2017; Zwinger, 2004).

1.2.3 Porodní síly

Slouží k otevírání porodních cest a zároveň umožňují progresi plodu porodními cestami z těla matky ven. Porodní síly rozlišujeme na děložní kontrakci a břišní lis. Děložní kontrakce jsou mimovolní stahy hladkého děložního svalstva. Hladkou svalovinu neovládáme vůlí. Slouží ke zkrácení děložního čípku a následného rozevírání děložního hrdla. Rodička je vnímá bolestivě. U děložní kontrakce určujeme frekvenci (od začátku jedné kontrakce do začátku další kontrakce), délku trvání a intenzitu kontrakcí (oblast vnímání kontrakce rodičkou, od podbříšku až po celé děloze/břichu). Dbáme na to, aby frekvence nebyla tak častá a intenzita tak silná. Je potřeba, aby rodička měla čas na relaxaci mezi kontrakcemi a k plodu se dostával dostatek kyslíku, bráníme tím, aby nevzniklo riziko hypoxie plodu (nedostatek kyslíku pro plod). Břišní lis se aktivuje v druhé době porodní při tlačení. Břišní lis je tvořen příčně pruhovaným svalstvem břišní stěny a bránice. Příčně pruhovaná svalovina je ovládána vůlí. Rodička využívá břišní lis podle své intuice během druhé doby porodní. Mechanismus břišního lisu závisí na zadržení dechu při aktivaci děložní kontrakce, tím je využito účinně obou porodních sil a předpokládá se, že porod plodu proběhne aktivněji (pokud nenastane komplikace) (Hudáková, Kopáčiková, 2017).

1.3 Doby porodní

1.3.1 První doba porodní

První doba porodní nazývána též dobou otevírací. Začíná nástupem pravidelných kontrakcí v určitém intervalu, které napomáhají ke zkrácení a zániku děložního čípku a následně rozevření porodnické branky. U prvorodiček trvá průměrně deset až dvanáct

hodin a u vícerodiček šest až osm hodin. Dělí se na tři části: latentní, aktivní a tranzitorní. Latentní fáze zahrnuje období vnímání prvních pravidelných děložních kontrakcí většinou charakteru silnějších menstruačních bolestí s možností bolestí v kříži (*sakralgie*). Děložní kontrakce jsou vnímány s frekvencí zhruba po patnácti až dvaceti minutách v intervalu patnácti až dvaceti sekund. Dochází k postupnému zkrácení a zakniknutí děložního čípku a rozevírání porodnické branky až na čtyři centimetry. Na konci latentní fáze děložní kontrakce nabývají frekvence po pěti až sedmi minutách v intervalu třiceti až čtyřiceti sekund. Během aktivní fáze se frekvence děložních kontrakcí zkracuje na tři minuty a jejich interval sílí na čtyřicet pět sekund. Porodnická branka se rozevírá až na osm centimetrů. Tranzitorní fáze, označována i jako přechodná fáze, je obdobím mírného zpomalení rozvoje porodnické branky. Porodnická branka se otevře na cílených deset centimetrů. Frekvence děložních kontrakcí se zkrátí na opakování se po jedné až dvou minutách v intervalu trvajícím skoro jednu minutu. Zanikne porodnická branka a rodička cítí silný tlak na konečník, tím končí první doba porodní (Hudáková, Kopáčiková, 2017; Bašková, 2015).

Předporodní příprava

Do předporodní přípravy spadá podání očistného klysmu a holení ochlupení okolo zevních rodidel ženy. Klysmu také nazýváno jako klystýr je podání předpřipraveného roztoku nebo 500-750 ml vlažné vody pomocí rektální rourky do střev za účelem jejich následného vyprázdnění. Dříve se podávalo v rámci předporodní přípravy u každého porodu, dnes se provádí povinně jen u plánovaného císařského řezu. Doporučuje se hlavně rodičkám trpícím zácpou, nebo při indukovaném porodu, nebo při velmi slabých děložních kontrakcích, kdy by se mohlo vyprázdněním střev a současně jejich prohrátím, napomoci děložním kontrakcím zesílit. Rodičky si většinou přejí klysmu z estetického hlediska pohledu na porod, aby neměli obavy o nechtěný únik stolice během druhé doby porodní při tlačení. Holení ochlupení bývala také rutinní příprava k porodu. Dnes se holí jen v rámci předoperační přípravy k porodu císařským řezem. Rodička k vaginálnímu porodu přijde již oholená nebo si o holení ochlupení zažádá sama (Čermáková, 2017; Čepický, Černá, 2006; Dušová, 2019).

Monitoring plodu

Monitoring neboli natočení CTG křivky je formou neinvazivní vyšetřovací metody, kterou zjišťujeme stav plodu v těhotné děloze. Znázorňuje srdeční akci plodu, děložní činnost a pohyby plodu, některé monitory snímají i srdeční akci rodičky. Před vynalezením CTG monitoru využívaly porodní asistentky stetoskop (nástroj, který se přiložil na břicho matky a poslouchaly se tak ozvy srdeční plodu). Pokud není potřeba rodičku monitorovat nepřetržitě, sledujeme ozvy srdeční plodu CTG monitorem trvajícím 20-30 minut v intervalu po 2-3 hodinách během první doby porodní. Mezi natáčením CTG křivky chodíme kontrolovat každých 20-30 minut ozvy srdeční plodu jen přiložením sondy na snímání akce srdeční plodu po dobu několika sekund. V druhé době porodní kontrolujeme ozvy srdeční plodu po každé kontrakci (Roztočil, 2017).

Pravidelná vyšetření

Při příjmu na porodní sál porodní asistentka s rodičkou sepíše anamnézu a s lékařem ji provedou vyšetření, kterým se pravidelně podrobuje průběhem porodu. Porodní asistentka rodičku podrobně seznámí s účelem hospitalizace a důvodem proč je potřeba znát veškeré anamnestické údaje (předcházíme možným komplikacím). Porodní asistentka změří rodičce při příjmu tlak, teplotu, aktuální váhu, vyšetří moč, popřípadě nález odtoku plodové vody a natočí rodičce vstupní CTG monitor. Lékař vyšetří a zhodnotí vaginální nález a zkontroluje uložení plodu v děloze i s jeho postavením, polohou, držením a naléháním. Při fyziologicky probíhajícím porodu měří porodní asistentka tlak a teplotu každé 2-3 hodiny, CTG monitor natáčí každé 2-3 hodiny a průběžně chodí kontrolovat srdeční akci plodu po 20-30 minutách. Vaginální vyšetření se provádí za aseptických podmínek. Rodička by měla mít před každým vaginálním vyšetřením vyprázdněný močový měchýř. Plný močový měchýř může znehodnocovat výsledek vyšetření. Při vyšetření se rodička položí na záda, pokrčí dolní končetiny a kolena směřuje do stran. Vyšetření provádíme jen dvěma prsty zavedenými do pochvy a hodnotíme cervix skóre (posuzujeme zkracování, konzistenci, otevírání a směr děložního čípku, naléhání hlavičky plodu). Po zániku děložního čípku hodnotíme úroveň rozevírání porodnické branky, vstup hlavičky do porodních cest a jeho vztah naléhání hlavičky k tvrdým porodním cestám (Slezáková, 2017; Dušová, 2019).

Amniotomie

Jiným názvem dirupce vaku blan. Jedná se o výkon, při kterém dojde pomocí chirurgického nástroje k protrhnutí vaku blan a následně odteče plodová voda. Dříve se prováděla rutinně, dnes se doporučí v průběhu porodu podle postupu porodu, anebo se provede, pokud neodteče plodová voda spontánně do konce první doby porodní. Po odtoku plodové vody nemá plod žádnou bariéru, přilne těsně hlavičkou k porodním cestám a napomáhá tak k lepšímu rozvoji porodnické branky. Výhodami jsou silnější děložní kontrakce, zkrácení délky porodu, popřípadě možnost bližšího sledování plodu vaginálně. Samotný výkon bolestivý není. Pro rodičku je spíše nepříjemně vnímaná poloha a způsob provedení amniotomie. Rodička leží na zádech s vypodložením podložní mísou pod hýžděmi a amniotomie se provede při kontrakci, kdy se vyklene vak blan (natlačí se do porodnické branky) a lépe se propíchne. Při odtoku plodové vody hodnotíme množství, barvu a příměsi v plodové vodě. Po dirupci vaku blan je potřeba rodičku neprodleně vyšetřit, hrozí vyhřeznutí pupečnickové šňůry nebo ručky či nožky plodu. Po dirupci vaku blan natočíme CTG monitor, abychom věděli, jak na odtok plodové vody reaguje plod (Čermáková, 2017; Eliášová, 2008).

Nefarmakologické tlumení porodní bolesti

Možností, jak tlumit porodní bolest nefarmakologickou cestou je mnoho. Do této oblasti spadá psychická podpora, předporodní příprava, hydroterapie, úlevové polohy, aromaterapie, muzikoterapie, a další. Nejdůležitějším faktorem při porodu je podpora rodičky při porodu. Porod je nejnáročnější psychickou a fyzickou zátěží rodičky. Zdravotnický personál je nesdílnou součástí porodu, ale blízká osoba rodičce dodává energii, psychickou pohodu a lépe se sžívá s porodními bolestmi. Informovanost rodičky o porodu z více zdrojů, její ochota se podvolit porodní bolesti a chtění nastávajícího mateřství může napomoci ke zkrácení doby průběhu porodu (Mander, 2014; Groverovi, 2014).

Hydroterapie

Léčba pomocí úpravy teploty vody. Jedna z nejčastěji užívaných metod průběhem první doby porodní. Využívali ji již v dávných dobách k léčbě a uklidňování nemocných jedinců. Lze ji využít i k formě porodu, porodu do vody. Ve vodním prostředí zaujímá

rodička příjemnější pozice, protože voda rodičku lehce nadnáší a tím se sníží tlak na kostěnou pánev a orgány v ní uložené a také ulehčí flexi hlavičky plodu. Teplá voda uvolňuje svaly a je prevencí křečovitého stažení svalu. V první době porodní uvolňuje a prohřívá teplá voda organismus rodičky a zároveň i porodní cesty, které se poté snadněji otvírají. Rodička v první době porodní využívá sprchu i vanu podle toho, kde se cítí pohodlněji. Velká vana je výhodou v možnosti změn poloh. Minimální čas pro splnění účinku hydroterapie pobytem ve vaně je 30 minut, může pobýt i déle, ale opatrně, aby se organismus rodičky nepřehřál. Sprcha je výhodná tím, že rodička si zahřívá určité partie podle potřeby, nejčastěji samozřejmě oblast křížovou a oblast podbřišku. Lze využít i gymnastický míč ve sprše (Mander, 2014; Štomerová, 2010).

Injekce sterilní vody

Podává se do oblasti kosti křížové a pomáhá snížit od bolestí v oblasti kříže a zad. Aplikuje se určité množství fyziologického roztoku lehce pod povrch kůže (*intradermálně*) nebo hlouběji pod povrch kůže (*subdermálně*). Je to levná a nenáročná technika pro rodičku, na rozdíl od epidurální analgezie, v některých případech ji i může předejít (Mander, 2014).

Masáž a aromaterapie

Masáží rodičce napomáháme ke snížení vnímání nejen porodní bolesti, ale také stimulujeme oblast, kde masáž provádíme a tím také zvyšujeme prokrvení dané oblasti. Masáž může provádět porodní asistentka, ale také doprovod rodičky, čímž se začleňuje do průběhu porodu a rodičce tak napomáhá i po psychické stránce. Po dobu masáže jsou sníženy přenosy bolestivých podnětů. Snažíme se masáž pravidelně přerušovat. Po přerušení déle trávající masáže by mohla rodička vnímat porodní bolesti nepříjemnější než před masáží. Spolu s masáží je doporučeno využívat aromaterapie. Aromaterapie nepůsobí přímo proti aktivnímu snížení bolesti, ale navozuje pocit pohody a uvolňuje rodičku při vnímání porodní bolesti. Formy aromaterapie jsou různorodé, používají se esenciální oleje, aromaterapeutické svíčky, inhalace, koupele nebo obklady (Mander, 2014).

Transkutánní elektrická stimulace nervů

Zkratkou TENS. Provádí se pomocí elektrod umístěných v oblasti desátého hrudního obratle a prvního bederního obratle průběhem první doby porodní a v průběhu druhé doby porodní jsou elektrody v oblasti druhého až čtvrtého křížového obratle. Rodička si intenzitu elektrického proudu určuje sama. Při kontrakci si intenzitu zvyšuje a mezi kontrakcemi snižuje. Elektrický proud vnímá jako příjemné brnění. Nevýhodou je znehodnocení výsledku CTG monitorování plodu (Transkutánní elektrická stimulace ...).

Muzikoterapie

Významná v psychické relaxaci rodičky. Ve většině rodičkách vyvolá poslech hudby zlepšení nálady. Rodička se při poslechu hudby může různorodě pohybovat a tím uvolňuje napětí ve svalech, zároveň i napomáhá lepšímu rozvoji postupu porodu. Ve stoji například využívá současně větší intenzitu působení gravitační síly hlavičky plodu na porodní cesty. Muzikoterapie není užívána často, ale rodičky, které si ji zvolily, vnímaly muzikoterapii jako silný prostředek ke snížení vnímání porodní bolesti a stresu z porodu samotného (Mander, 2014).

Úlevové polohy

Úlevové polohy, postoje i chůzi při porodu zaujímá rodička podle svých pocitů. Nejlepší úlevovou pozicí je, když ji zaujme rodička sama a cítí se ve zvolené pozici příjemně. V každé zvolené pozici těla rodičky se ukrývá pozitivní faktor ku prospěchu porodu, tím je myšlen lepší průměr určitého pánevního rozměru, využití gravitační síly, lepší směrování hlavičky plodu na porodní cesty, zesílení nebo snížení děložních kontrakcí. Vše záleží na zaujaté poloze, podle toho se odvíjí síla účinnosti dalších faktorů prospěšných ke snadnějšímu postupu porodu. Je důležité polohy střídat a nesetrvávat v jedné poloze moc dlouhou dobu. Používané úlevové polohy dělíme dle směru těla na horizontální a vertikální (Mander, 2014; Mikulandová, 2007).

Horizontální polohy

Do horizontálních poloh spadá polohování ze strany na stranu, poloha vleže, vleže na boku s případným využitím pomůcek mezi kolena (polštář, peřina, míček). Poloha vleže na jednom z boků je odpočinkovou polohou, když je rodička vyčerpaná, v rámci situace

umožní rodičce na chvíli usnout. Poloha vleže na boku snižuje tlak na možný vznik hemeroidů během porodu. Nejlépe ukládat rodičku na bok, kde má plod hřbet (Čermáková, 2017).

Vertikální polohy

Vertikální polohy jsou polohy svislé. Spadá sem stoj, stoj s oporou, různé formy sedu, startovací pozice, dřep, klek, chůze a koleno prsní poloha. Stoj s oporou je výhodný pro své využití při opření o oporu, snižuje tím tlak na dolní končetiny a záda. Ve stoji rodička může volně hýbat pánví vrtáním hýždí ze strany na stranu, tak snižuje vnímání bolestivých kontrakcí, uvolňuje a protahuje oblast pánve a usnadňuje průchod plodu porodními cestami. Ve stoji s nakláněním se dopředu k opoře jsou kontrakce vnímány méně bolestivé, ale produktivnější, plod je souběžně s pánví, lze i provést masáž bederní oblasti. Poloha v sedu může být využita s oporou partnera, nebo rodička může sedět na gymnastickém míči. V sedě rodička využívá gravitační sílu, rozšiřuje rozměr pánevního východu a umožňuje lepší prostupnost plodu porodními cestami. Při sedu na gymnastickém míči se rodička může pohupovat a zmírňovat pohybem porodní bolesti. V sedě lze provádět masáž v oblasti bederní páteře. V polosedě rodičku můžeme vaginálně vyšetřovat a provádět CTG monitor. V sedu na patách se zmírňují bolesti zad (Čermáková, 2017).

V dřepu se zmírňuje bolestivost zad, rodička využívá gravitační síly a rozšiřuje rozměr pánevního vchodu. V dřepu v závěsu rodička odlehčuje tlak na kolena a kotníky. V kleku se zmírňuje bolestivost zad, snižuje tlak na možný vznik hemeroidů a umožňuje rodičce volně pohybovat pánví a celým tělem. V kleku s oporou se snižuje zatížení paží a zápěstí. Startovací poloha je poloha vzpřímená s jednou nohou vybočenou do strany, na kterou se rodička naklání. Pomalé houpavé tancování podporuje progresi plodu porodními cestami, s doprovázením příjemné hudby se rodička lépe uvolní. Při chůzi nastávají změny v pánevních kloubech a napomáhá progresi plodu porodními cestami. Koleno prsní polohu zaujímají rodičky většinou ke konci první doby porodní. Koleno prsní poloha je vhodná, když má žena pocit na tlačení, ale ještě k tomu nejsou splněny podmínky. Koleno prsní poloha je vhodná při oteklé brance a na začátku porodu při zadním postavení hřbetu plodu (Čermáková, 2017; Štromerová, 2010).

Farmakologické tlumení porodní bolesti

Každá rodička by měla vědět o možnosti tlumit porodní bolesti podáním analgetického léku. Možnosti porodnické analgezie a anestezie sdělí rodičce porodník nebo porodní asistentka i v případě jejich nevyužití. Léky může indikovat pouze lékař, rodička je smí jen požadovat. Některé léky mají své podmínky k podání. V porodnictví chceme bolest pouze tlumit, ne odstranit. Analgetika se dělí na dvě skupiny: neopoidní (snižují produkci prostaglandinů, které vnímání bolesti zvyšují) a opoidní (snižují bolest aktivací opoidních receptorů v centrální nervové soustavě) (Rokyta, 2009; Takács, Sobotková, 2015).

Inhalační analgezie

Formou inhalační analgezie se podává Entonox. Rodička si pod dohledem porodní asistentky podává analgezii sama. U inhalačních analgetik je pár vedlejších účinků jako bolest hlavy, závratě a výjimečně nevolnost až zvracení (Roztočil, 2017).

Opoidní analgezie

U opoidních analgetik jsou nejhorším vedlejším účinkem snížení aktivity dechového centra, dále dochází ke snížené funkci zažívacího traktu až zvracení, hrozí aspirace žaludečního obsahu. Mezi opoidní analgezií, kterou rodičkám podáváme patří nalbufin a tramadol. Nalbufin prostupuje placentou k plodu, má nižší riziko útlumu dechového centra a zažívacího traktu. Sedativa se podávají v případě zvýšeného napětí a úzkosti rodičky. Sedativa podáváme ve dvou formách benzodiazepiny a neuroleptika. Z benzodiazepinů podáváme diazepam, prostupuje placentou k plodu, nežádoucím účinkem je možná nespoleupráce rodičky, protože diazepam působí i hypnoticky a amnesticky. Neuroleptika jsou výhodná pro svůj antiemetický účinek (proti zvracení), v porodnictví však využíváme výjimečně z důvodu silného snížení psychomotorického vnímání (Roztočil, 2017).

Regionální analgezie

Regionální analgezie má místní rozsah účinku a více možností podání: infiltrační (podáváme před plánovanou epiziotomií), pudendální (při potřebě prohloubení znecitlivění perinea), paracervikální (tlumí děložní kontrakce, ale netlumí bolestivost porodních cest v druhé době porodní), kaudální a neuroaxilární blokády (epidurální a

subdurální analgezie). Epidurální analgezie se podává do epidurálního prostoru v páteřním kanálu, podává ji anesteziolog, dojde k silnému útlumu bolesti břišní oblasti. Subdurální analgezie se podává do subdurálního prostoru v páteřním kanálu, podává ji anesteziolog, umrtvení oblasti od břišní oblasti dolů (Roztočil, 2017).

1.3.2 Druhá doba porodní

Začíná zánikem porodnické branky a končí porodem plodu. Dobu nazýváme také dobou vypuzovací. Frekvence děložních kontrakcí je po dvou až třech minutách v intervalu trvajícím šedesát až devadesát sekund. Děložní kontrakce jsou velmi silné a bolestivé, snaží se plod posunout co nejefektivněji porodními cestami z těla matky ven. Ve druhé době porodní se přidává břišní lis, který rodička využívá s nástupem děložní kontrakce. Rodička může začít tlačit až po zániku porodnické branky a po dokončené vnitřní rotaci hlavičky. Druhá doba porodní by neměla přesáhnout jednu hodinu (Roztočil, 2017; Eliášová, 2008).

Porodní polohy

Dříve rodičky vyhledávaly při porodu spíše polohy, ve kterých byly zvyklé pracovat, tudíž polohy ve stoje, v kleku či ve dřepu. Dnešní rodičky volí spíše polohu v polosedě, výjimečně vleže nebo ve stoje. Podle směru dělíme na horizontální a vertikální. Do horizontálních poloh patří polohy vleže na zádech nebo na boku. Do vertikálních patří polohy vzpřímené, například sed nebo stoj. Během první doby porodní rodička polohy často střídá, tak aby si od bolesti lehce ulevila a cítila se pohodlněji. Nejvhodnější porodní polohou je taková, kterou si žena zvolí intuitivně sama, porod pro ni bude příjemněji vnímán (Bašková, 2015; Čermáková, 2017).

Leh na zádech

Dnes v praxi spíše nedoporučujeme z hrozícího rizika syndromu dolní duté žíly, hrozí pokles zásobování plodu kyslíkem. Rodička by si polohu musela přát a nesměl by se jí v této poloze zhoršovat zdravotní stav. Porod v této poloze vede lékař, kdyby bylo potřeba podat první pomoc (Bašková, 2015; Přirozené polohy a ...).

Leh na boku

Výhodný pro odlehčení působení gravitace. Kontrakce jsou častější, silnější a bolestivější, ale to napomáhá lepšímu průběhu porodu. Je vhodné rodičku na začátku porodu polohovat na ten bok, kde má plod postaven hřbet, umožní to jednodušší progresi hlavičky porodními cestami. Při kontrakci rodička smí využít výše postavené dolní končetiny a zapřít se o porodní asistentku či partnera, výsledkem je efektivnější tlačení. Menší riziko vyhřeznutí hemeroidu (Bašková, 2015; Přirozené polohy a ...).

Poloha v polosedě

Pohodlná poloha v průběhu celého porodu. S výraznějším využitím gravitační síly a zvětšením rozměru pánevního vchodu je vstup hlavičky plodu do porodních cest snadnější a plod je dobře zásobován okysličenou krví. Nevýhodná je pro zadní postavení hřbetu plodu, kdy rodička vnímá silnější bolesti kříže a zad, a pokud plod vykazuje známky snížené srdeční frekvence (Bašková, 2015; Přirozené polohy a ...).

Poloha v dřepu

Rozšiřuje rozměr pánevního východu a uvolňuje svaly pánevního dna. Rodička efektivněji zapojuje břišní lis a zároveň působením gravitační síly je plod snadněji vytlačován. Lze využít doprovodu u porodu, kdy se postaví čelem k rodičce a podepírá ji. Při pomalu postupujícím porodu není vhodné rodičku v poloze nechat dlouho, dochází k velkému útlaku cév a nervů pod koleny (Bašková, 2015; Přirozené polohy a ...).

Porodní stolička

Využívá se spíše jen v druhé době porodní. Při dlouhém setrvání ve svislé poloze je riziko otoku zevních rodidel. Svislá poloha rodičky využije plnou sílu kontrakce a tlačení plodu je produktivnější. Rozšíří se vnitřní rozměry pánve a plod má větší prostor k progresi hlavičky. Riziko poporodního poranění je relativně menší (Bašková, 2015; Přirozené polohy a ...).

Poloha na všech čtyřech

Rodička ji může využít průběhem celého porodu. Vhodná při zadním postavení hřbetu plodu. Zmírňuje otok porodnické branky a snižuje bolestivé vnímání kontrakce. Při

dlouhém setrvání v poloze, rodička pociťuje bolesti v pažích (Bašková, 2015; Přirozené polohy a ...).

Poloha v předklonu s oporou

Výrazné snížení bolesti zad a kříže. Zvětšení rozměru pánevního vchodu, snadnější progrese hlavičky plodu. Využití gravitační síly. Jednodušší zpřístupnění změny z poloh předchozích, ze stoje, v sedě, na míči a v mnoha dalších (Bašková, 2015; Přirozené polohy a ...).

Epiziotomie

Epiziotomie je invazivní nastříhnutí hráze. Pokud se hráz při porodu nerozvine tak, aby hlavička plodu prošla bez nechtěného poškození hráze protrhnutím, skláníme se k provedení epiziotomie. Před provedením se snažíme hráz jemně masírovat s použitím panenského oleje nebo oleje přímo určeným na masáž hráze. Masáží se zvýší pružnost a poddajnost hráze. Masírovat hráz si může rodička začít již 4-6 týdnů před termínem porodu. Masáží se rodička připravuje psychicky na budoucí tlak a silnou bolest v druhé době porodní, kdy se hlavička plodu tlačí měkkými porodními cestami a prořezává se přes hráz. Masáž si rodička může sama provádět během první doby porodní, nebo ji může provádět i její doprovod. Masáží se snažíme preventivně předejít epiziotomii. Indikacemi provedení epiziotomie je hrozící hypoxie plodu, pevná a nepoddajná hráz, úzký poševní vchod, při porodu polohy koncem pánevním, při operativním ukončení vaginálního porodu kleštěmi nebo vakuumextraktorem, při závažnějším onemocnění matky (například vady srdce). Dříve se epiziotomie prováděla rutinně, dnes pouze při výše zmíněných rizikách (Čermáková, 2017).

1.3.3 Třetí doba porodní

Nazýváme také dobou k lůžku. Je ohraničena koncem porodu plodu až do porodu placenty. Je rozdělena na tři části: odlučovací, vypuzovací a hemostatická. Po porodu plodu jsou děložní kontrakce slabší a rodička je v rámci euforie z křičícího miminka většinou zřetelně nevnímá. Tyto děložní kontrakce slouží k porodu placenty. Fáze odlučování můžeme napomoci z naší strany pokusem o první přiložení miminka k prsu, nebo medikamentózně podáním oxytocinu intravenózně. Odloučení placenty poznáme

podle několika stanovených pravidel. Schröder po odloučení sahá děložní fundus nad pupek. Ahlfeld při odloučení placenty zaškrcení pupečníku poklesne od děložního vchodu. Küstner zatlačením za děložní fundus se při odloučené placentě pupečník nevtahuje směrem do pochvy. Fáze vypuzovací začne po odloučení placenty do jejího plného porodu. Poslední je fáze hemostatická, při které se uzavírají uteroplacentární cévy v děloze. Porod placenty by neměl přesáhnout třicet minut (Roztočil, 2017; III. doba porodní ...).

1.3.4 Čtvrtá doba porodní

Období po porodu placenty. Rodička je intenzivněji sledována dvě hodiny po porodu na porodním sále. Hrozí riziko silného krvácení stahující se dělohou. Stahování dělohy kontrolujeme zmáčknutím za děložní fundus, přičemž sledujeme sílu krvácení z rodidel. Žena je v poloze na zádech, slouží k lepšímu zavinutí dělohy (Hudáková, Kopáčiková, 2017).

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíl výzkumu

Zjistit, jak ovlivňuje porodní poloha průběh porodu z pohledu rodičky.

Výzkumné otázky

- 1) Jaké porodní polohy rodičky znají?
- 2) Jakou úlevovou polohu zvolily rodičky nejčastěji v první době porodní?
- 3) Jakou porodní polohu zvolily rodičky nejčastěji v druhé době porodní?
- 4) V čem si rodičky myslí, že jimi zvolená porodní poloha pomohla ovlivnit průběh porodu?

2.2 Metodika výzkumu práce

Pro sběr dat k výzkumné části bakalářské práce jsem zvolila kvantitativní výzkum pomocí anonymního dotazníku. Dotazník obsahoval 14 otázek, z toho 10 uzavřených otázek a 4 otázky s možností výběru více možností.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Výzkum byl zaměřen na ženy po porodu. Dotazovány byly ženy na oddělení šestinedělí v Nemocnici Jihlava a anonymní ženy po porodu formou vloženého dotazníku na internetovou stránku určenou pro dotazníkové šetření. Distribuováno bylo 60 dotazníků tištěnou formou, z čehož se vrátilo 55 dotazníků. Z internetového šetření jsem obdržela 87 vyplněných dotazníků. Celkem bylo vytvořeno 147 dotazníků, z čehož bylo vyplněno 142 dotazníků.

2.4 Průběh a popis výzkumu

Výzkum probíhal od prosince roku 2019 do března roku 2020. Dotazníky byly distribuovány na oddělení šestinedělí v Nemocnici Jihlava po souhlasu vrchní sestry gynekologicko-porodnického oddělení, paní Bc. Silvia Solařová.

2.5 Zpracování získávaných dat

Data získaná ve výzkumu byla zpracována pomocí programů Microsoft Word a Microsoft Excel. Výsledky výzkumu jsou prezentovány v tabulce a grafech.

2.6 Výsledky výzkumu

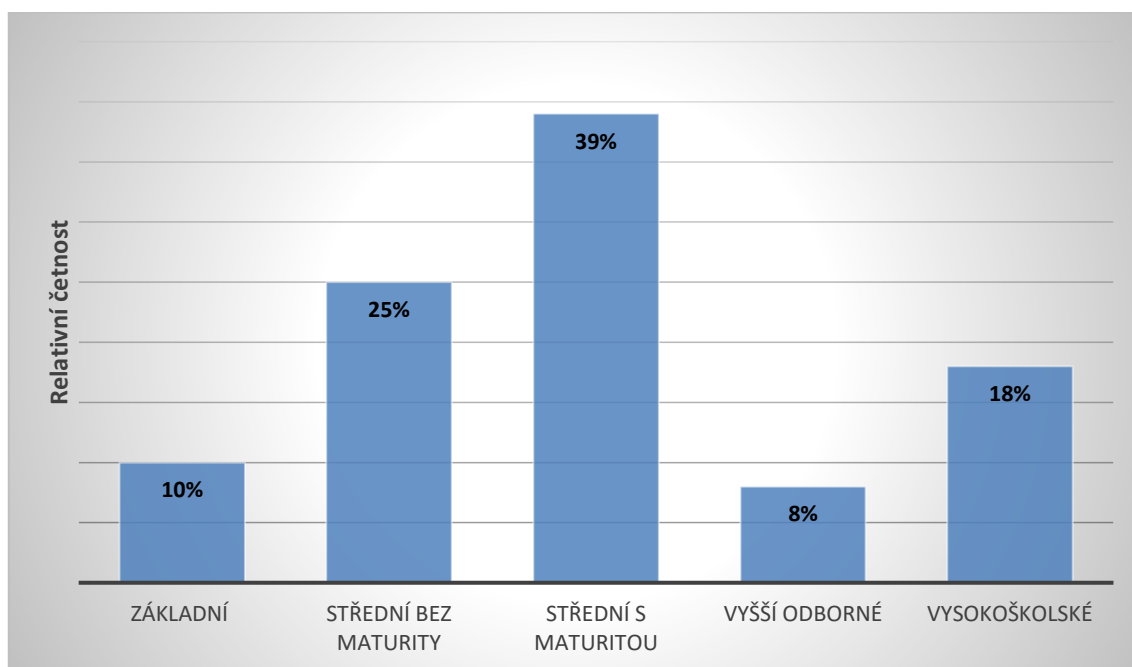
Otázka č. 1: Věk

Věková skupina	Počet respondentek	Počet respondentek v %
Méně než 20 let	8	6 %
20–30 let	84	59 %
31–40 let	45	32 %
Více než 40 let	5	3 %

Tabulka 1 Věk respondentek

U 84 (59 %) dotazovaných respondentek byl věk mezi 20–30 lety, u 45 (32 %) respondentek mezi 31–40 lety, u 8 (6 %) respondentek méně než 20 let a u 5 (3 %) respondentek více než 40 let.

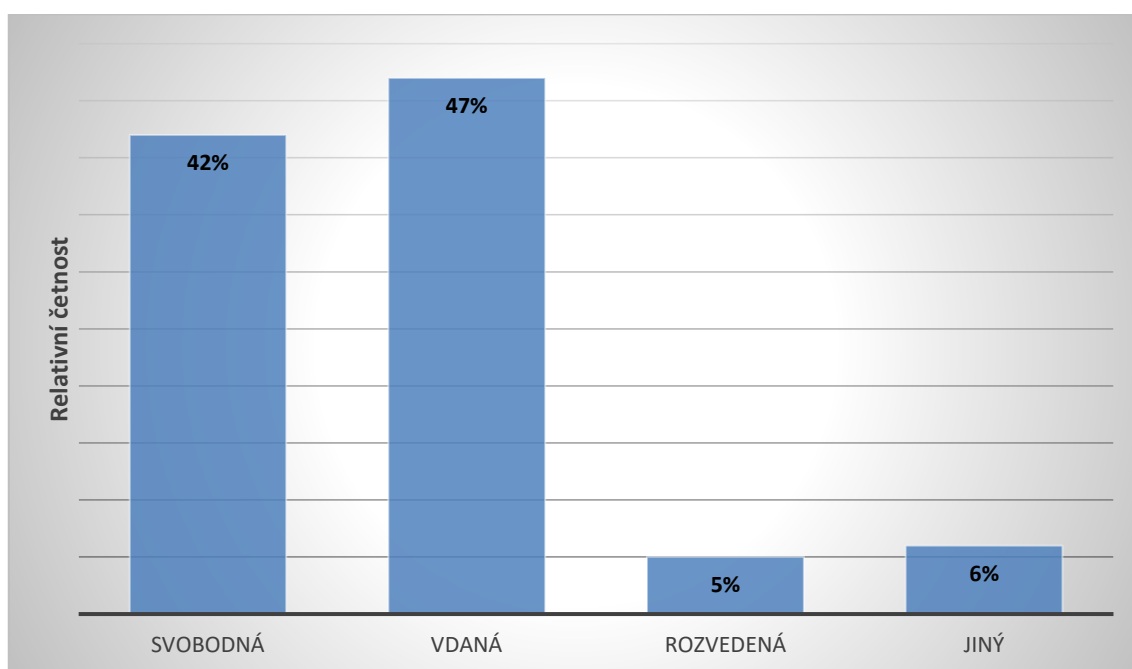
Otázka č. 2: Nejvyšší dosažený stupeň vzdělání?



Graf 1 Vzdělání respondentek

U 54 (39 %) dotazovaných respondentek bylo dosaženo vzdělání střední s maturitou, u 35 (25 %) respondentek střední bez maturity, u 26 (18 %) respondentek vysokoškolské, u 14 (10 %) respondentek základní a u 12 (8 %) respondentek vyšší odborné.

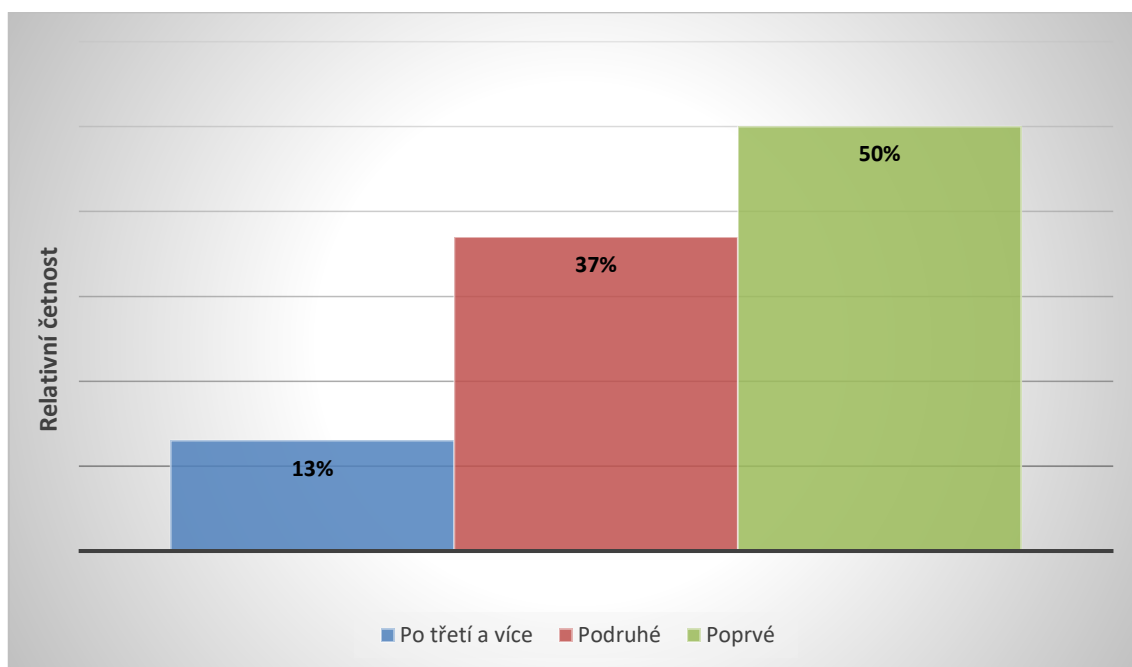
Otázka č. 3 Váš rodinný stav?



Graf č. 2 Rodinný stav

Z 66 (47 %) dotazovaných respondentek byly vdané, z 59 (42 %) respondentek svobodné, z 9 (6 %) respondentek uvedly stav jako jiný a ze 7 (5 %) respondentek rozvedené.

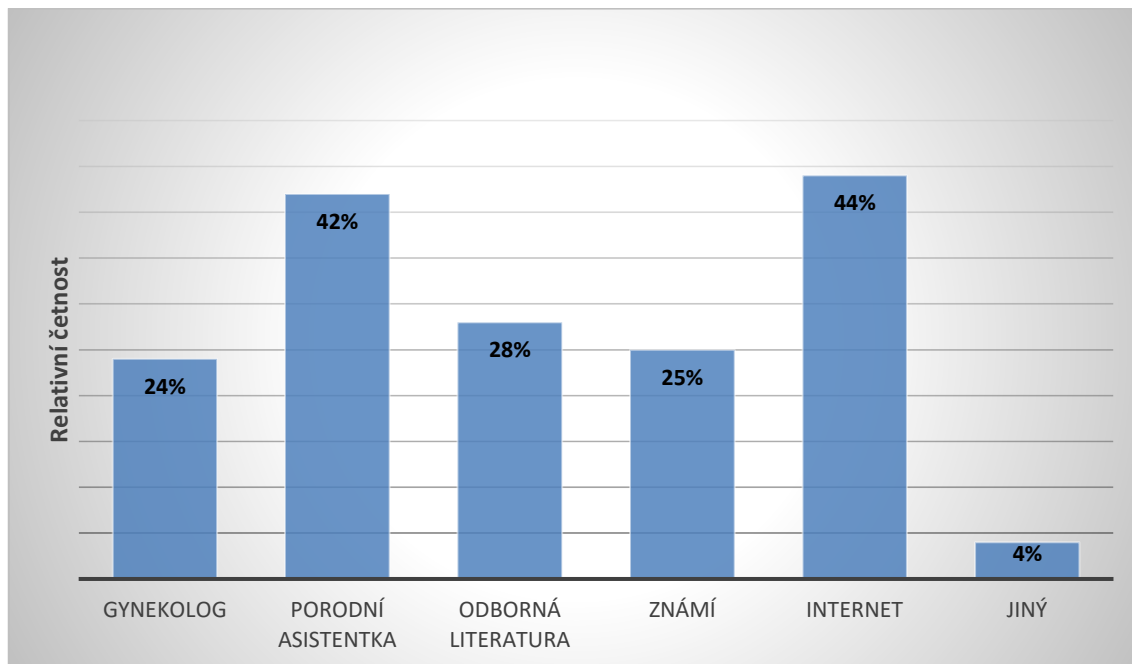
Otázka č. 4 Po kolikáté jste rodila?



Graf č. 3 Po kolikáté respondentka rodila

Ze 142 dotazovaných respondentek rodilo 71 (50 %) poprvé, 52 (37 %) respondentek podruhé a 19 (13 %) respondentek potřetí a více.

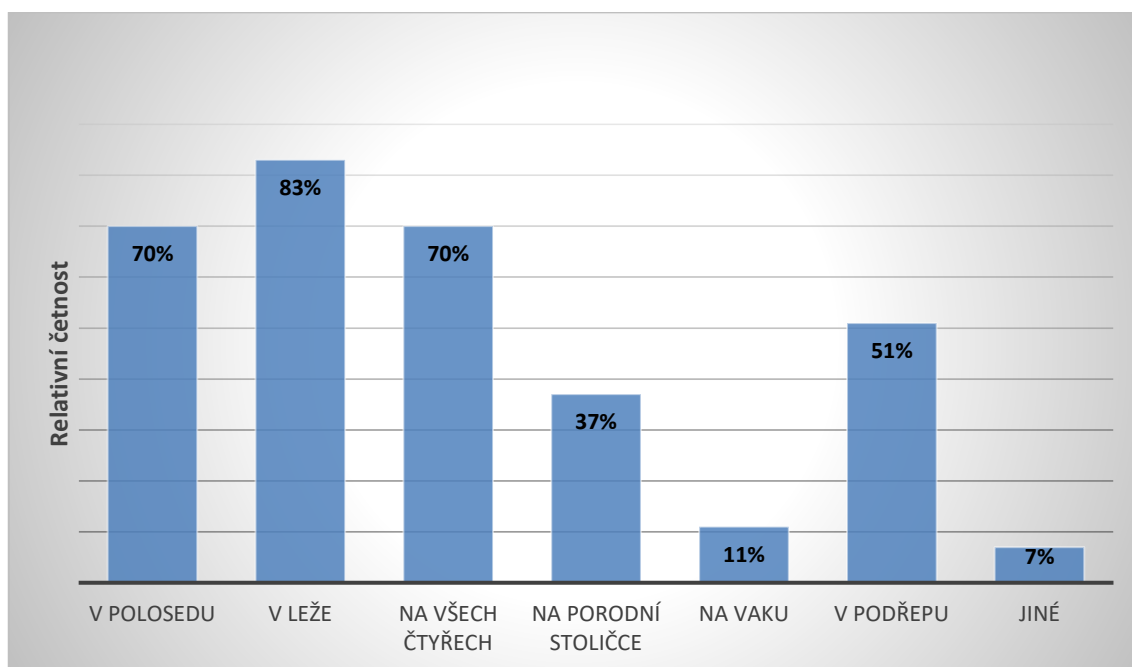
Otázka č. 5 Z jakých zdrojů jste zjistila možnosti porodních poloh? (možnost vybrat více odpovědí)



Graf č. 4 Zdroje informací

Informace o možnostech porodních poloh 62 (44 %) dotazovaných respondentek čerpá z internetu, 59 (42 %) respondentek uvedlo svou porodní asistentku, 40 (28 %) respondentek čerpá z odborné literatury, 36 (25 %) respondentek dotazuje své známé, 34 (24 %) respondentek uvedlo svého obvodního gynekologa, v odpovědi jiné napsaly 3 (2 %) respondentky, že si informace o možnostech porodních poloh nezjišťovaly, 1 (1 %) respondentka možnosti porodních poloh zjistila na předporodních kurzech a 2 (1%) respondentky uvedly dluh.

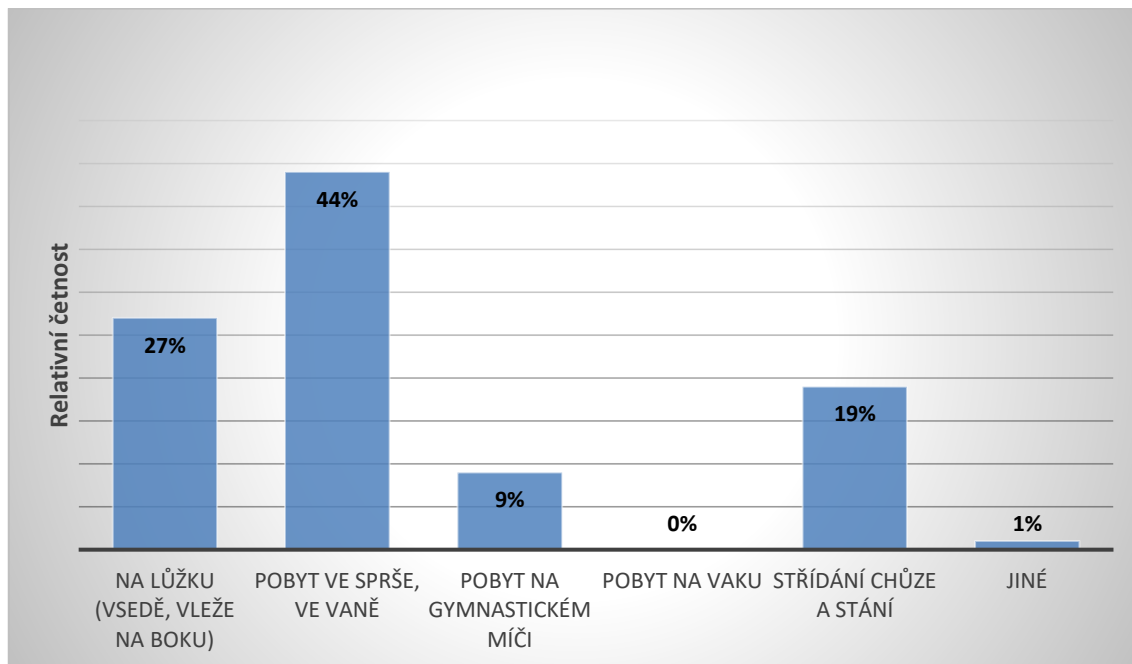
Otázka č. 6 Jaké porodní polohy znáte? (možnost vybrat více odpovědí)



Graf č. 5 Porodní polohy

Ze 142 dotazovaných respondentek znalo 118 (83 %) respondentek polohu vleže, 100 (70 %) respondentek polohu na všech čtyřech, 98 (69 %) respondentek polohu v polosedě, 73 (51 %) respondentek polohu v podřepu, 52 (37 %) respondentek polohu na porodní stoličce, 15 (11 %) respondentek polohu na vaku, v odpovědi jiné uvedlo 7 (5 %) respondentek polohu ve vaně, 1 (1 %) respondentka polohu vkleče a 1 (1 %) respondentka startovací pozici.

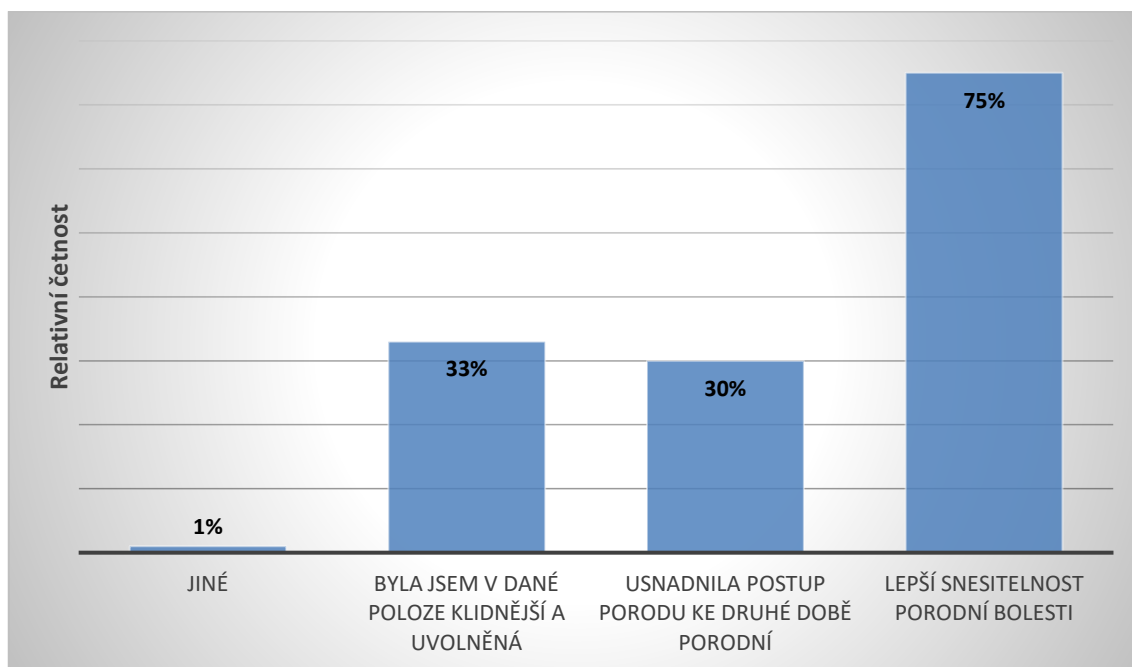
Otázka č. 7 Kterou polohu jste volila nejčastěji v první době porodní? (v době otevírání hrdla děložního)



Graf č. 6 Nejčastěji volená poloha v průběhu 1. doby porodní

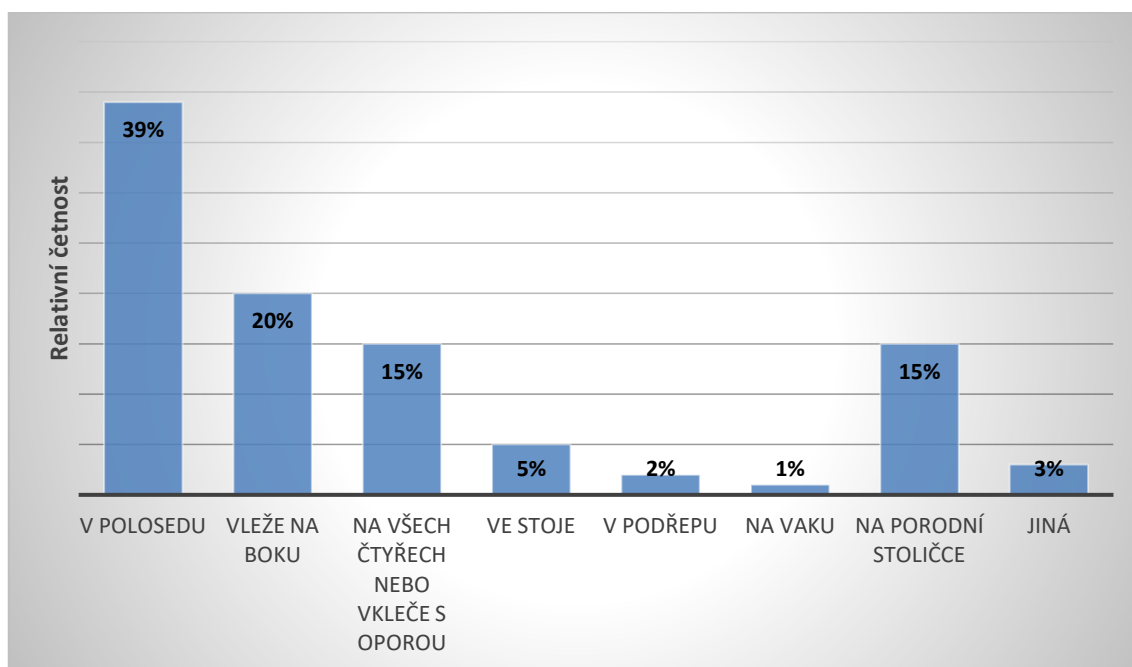
Nejčastěji volenou polohou v průběhu první doby porodní uvedlo 63 (44 %) dotazovaných respondentek pobyt ve sprše či vaně, 38 (27 %) respondentek vsedě nebo vleže na lůžku, 28 (19 %) respondentek střídalo chůzi a stání, 12 (9 %) respondentek byl příjemný pobyt na gymnastickém míči, v odpovědi jiné 1 (1 %) respondentka uvedla závěs o žebřiny a žádná respondentka nepobývala nejčastěji v první době porodní na vaku.

Otázka č. 8 V čem si myslíte, že vámi zvolená poloha pomohla v první době porodní?
(možnost volby více odpovědí)



Graf č. 7 Faktory ovlivňující průběh porodu v 1. době porodní z pohledu respondentek
Dotazované respondentky si nejčastěji myslí, že jimi zvolená poloha napomohla v lepší snesitelnosti porodní bolesti, odpověď označilo 107 (75 %) respondentek, dále 47 (33 %) respondentek se v poloze cítili klidnější a více uvolněné, 43 (30 %) respondentek vnímalo snazší postup porodu ke druhé době porodní a v odpovědi jiné 1 (1 %) respondentka uvedla, že poloha nepomohla v ničem.

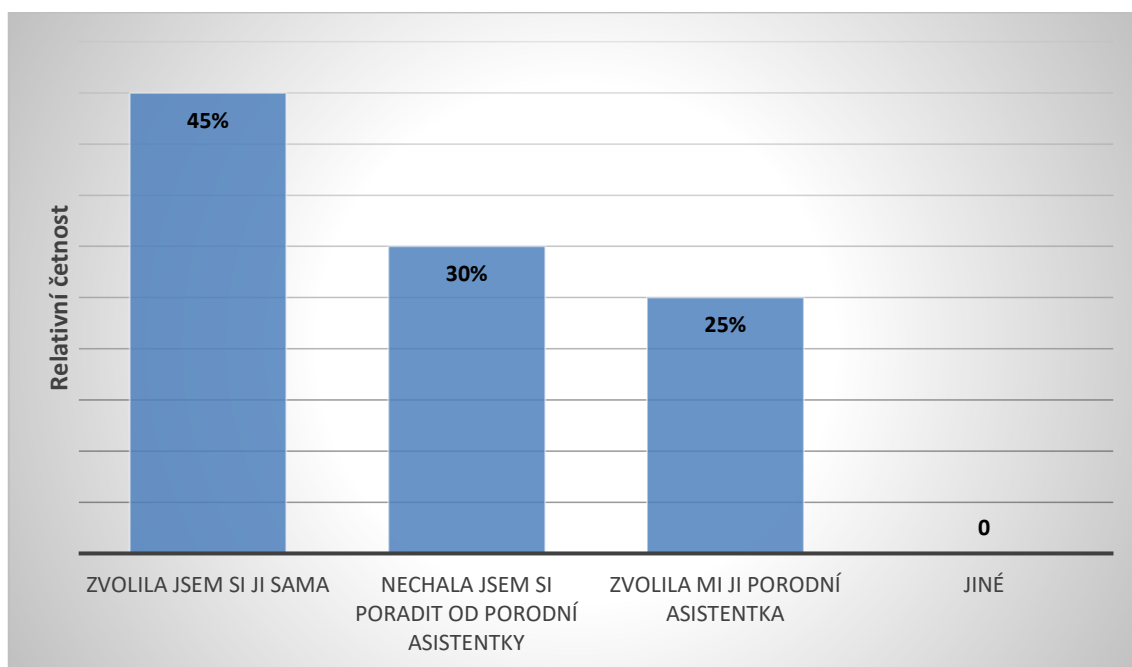
Otázka č. 9 Jakou porodní polohu jste zvolila v druhé době porodní?



Graf č. 8 Porodní poloha zvolená v 2. době porodní

Ze 142 dotazovaných respondentek zvolilo svou porodní polohu 56 (39 %) respondentek v polosedě, 28 (20 %) respondentek polohu vleže na boku, 21 (15 %) respondentek polohu na všech čtyřech nebo vleže s oporou, 21 (15 %) respondentek polohu na porodní stoličce, 7 (5 %) respondentek polohu ve stoje, 3 (2 %) respondentek polohu v podřepu, 1 (1 %) respondentka polohu na vaku, v odpovědi jiné uvedly 3 (2 %) respondentky polohu vleže na zádech a 2 (1 %) respondentky polohu ve vodě.

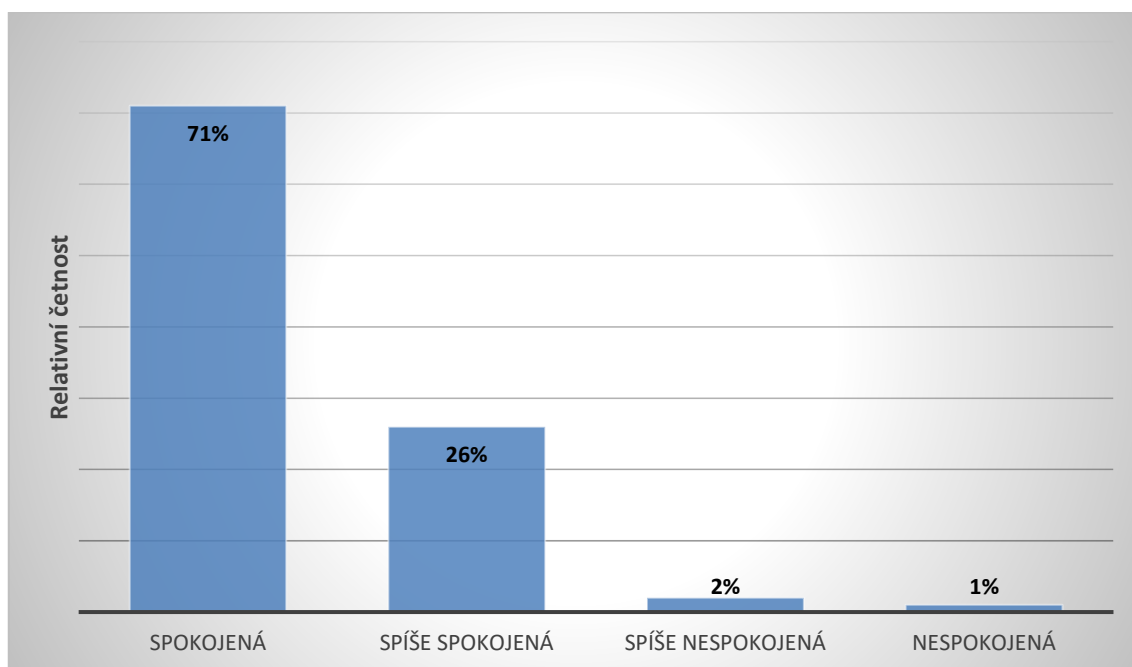
Otázka č. 10 Na kom jste nechala volbu porodní polohy?



Graf č. 9 Volba porodní polohy

Porodní polohu si zvolilo samo 64 (45 %) z dotazovaných respondentek, dále 43 (30 %) respondentek si nechalo poradit od porodní asistentky, 35 (25 %) respondentek nechalo volbu porodní polohy na porodní asistentce a žádná respondentka neuvedla možnost jiné odpovědi.

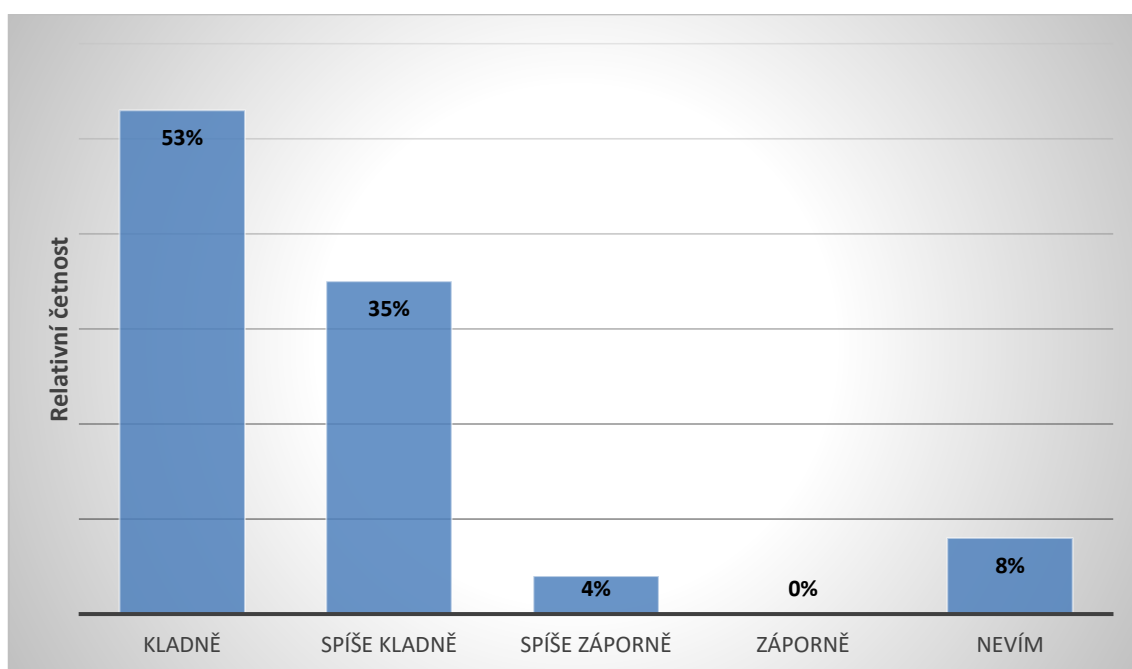
Otázka č. 11 Jak jste byla se svou porodní polohou spokojená?



Graf č. 10 Spokojenost s volbou porodní polohy

Většina z dotazovaných respondentek, 101 (71 %), byly se svou porodní polohou spokojeny, dále 36 (26 %) respondentek byly spíše spokojeny, 3 (2 %) respondentek byly spíše nespokojeny a 2 (1 %) respondentky byly nespokojeny.

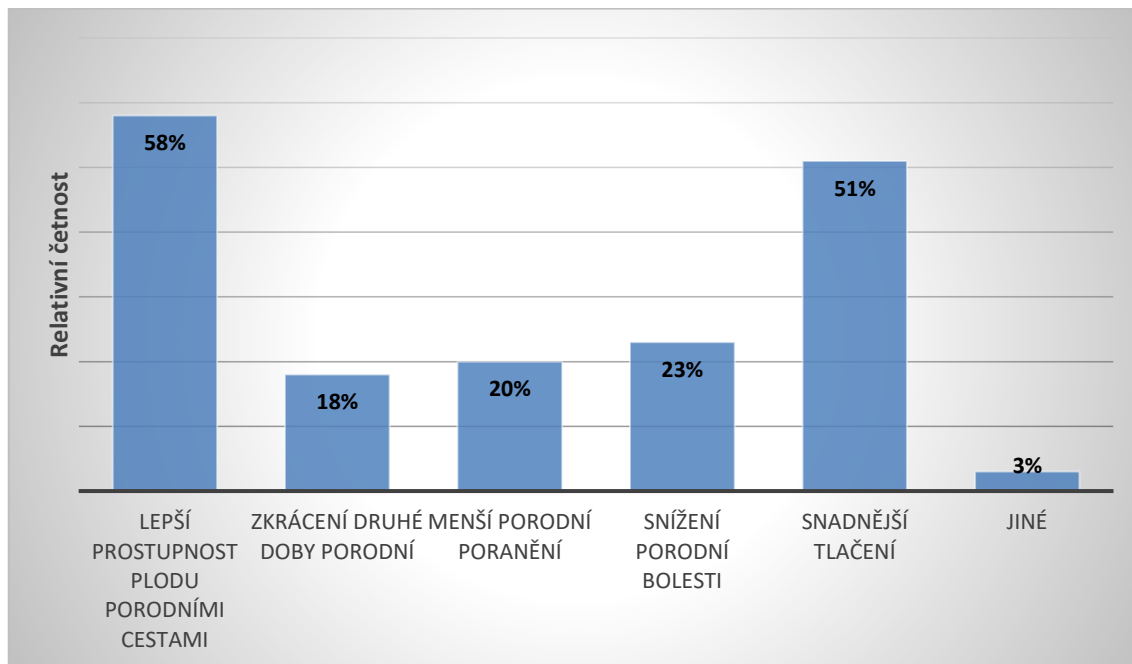
Otázka č. 12 Jak si myslíte, že porodní poloha ovlivnila váš porod?



Graf č. 11 Ovlivnění průběhu porodu z pohledu respondentek

U dotazovaných respondentek hodnotilo průběh porodu v dané porodní poloze 75 (53 %) respondentek kladně, 50 (35 %) spíše kladně, 11 (8 %) respondentek neví, jak mohla průběh porodu ovlivnit zvolená porodní poloha, 6 (4 %) respondentek hodnotí spíše záporně a žádná neoznačila vnímání průběhu porodu v dané porodní poloze záporně.

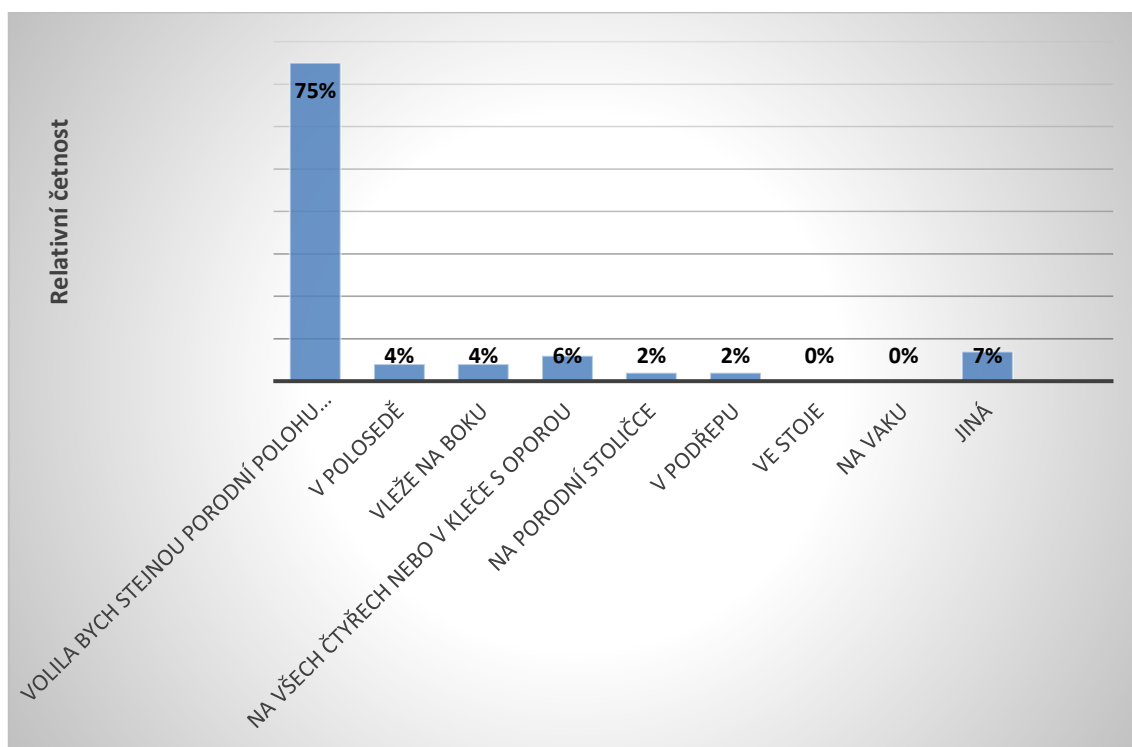
Otázka č. 13 V čem si myslíte, že jste svou porodní polohu napomohla porodu? (možnost volby více odpovědí)



Graf č. 12 Faktory ovlivňující 2. dobu porodní z pohledu respondentek

Ze 142 dotazovaných respondentek uvedlo 82 (58 %) respondentek lepší prostupnost plodu porodními cestami, 72 (51 %) respondentek snadnější tlačení, 32 (23 %) respondentek snížení porodní bolesti, 28 (20 %) respondentek menší poporodní poranění, 25 (18 %) respondentek zkrácení druhé doby porodní, v odpovědi jiné uvedly 3 (2 %) respondentky řekly, že nevím, čím ovlivnila porodní poloha průběh porodu a 1 (1 %) respondentka skončila porod operativním způsobem pomocí vakuumextraktoru (VEX).

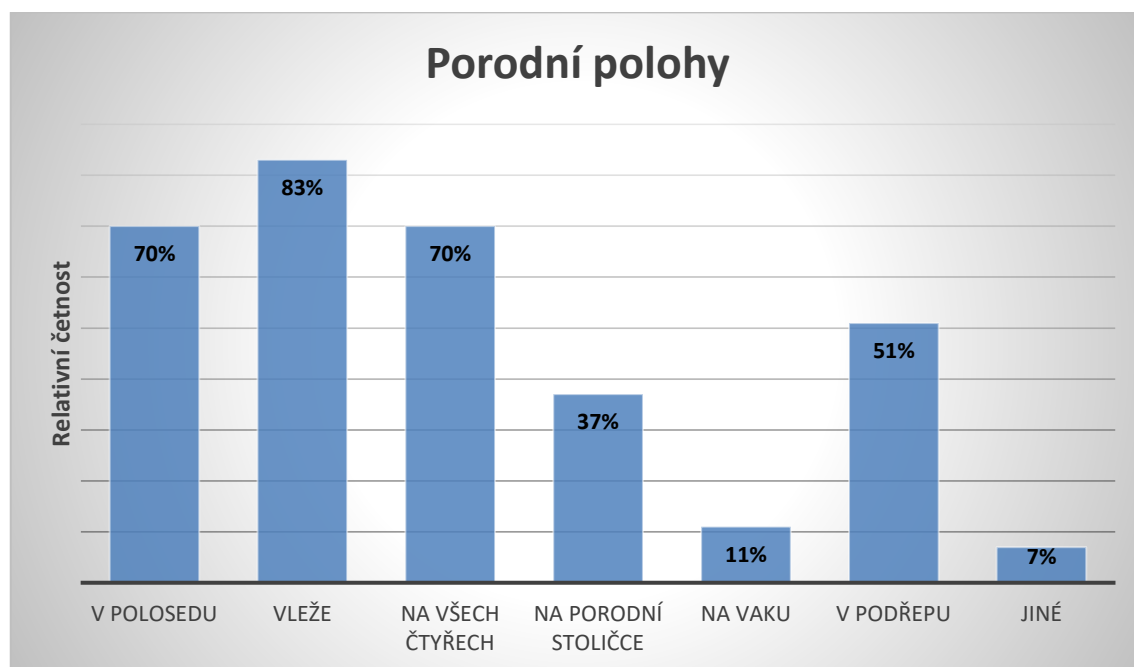
Otázka č. 14 Jakou polohu byste volila u dalšího porodu?



Graf č. 13 Volba porodní polohy u dalšího porodu

U 107 (75 %) dotazovaných respondentek byla odpověď, že v případě dalšího porodu by volily stejnou porodní polohu jako u předchozího porodu, 8 (6 %) respondentek by zvolilo polohu na všech čtyřech nebo v kleče s oporou, 6 (4 %) respondentek polohu vleže na boku, 5 (4 %) respondentek polohu v polosedě, 4 (2 %) respondentky polohu v podřepu, 3 (2 %) respondentky polohu na porodní stoličce, žádná z respondentek by nevyužila u dalšího porodu polohu ve stoje ani na vaku, v odpovědi jiné 6 (4%) respondentek uvedlo volbu polohy podle průběhu porodu, 2 (1 %) respondentky chtějí porodit do vody a 1 (1 %) respondentka nechce už родit vaginální cestou.

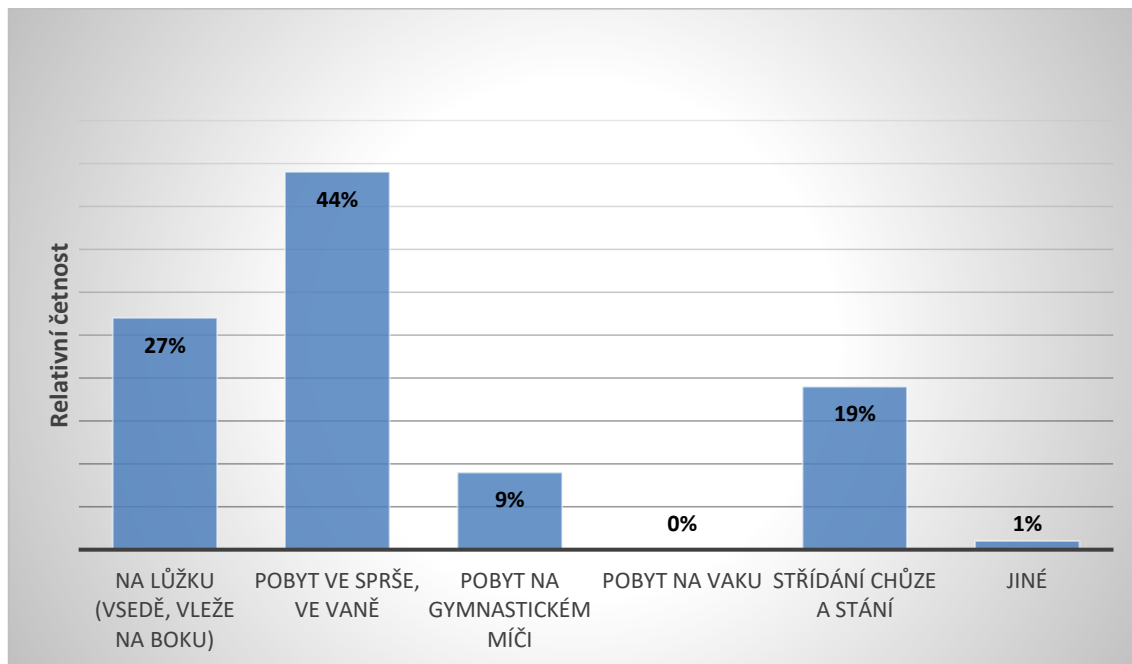
Výzkumná otázka č. 1: Jaké porodní polohy rodičky znají?



Graf č. 14 Možnosti porodních poloh

Dotazované respondenty znaly vždy alespoň jednu porodní polohu. Nejznámější porodní polohou se stala poloha vleže označenou 118 (83 %) respondentkami. Dále hojně známa u 100 (70 %) respondentek je poloha na všech čtyřech a u 98 (70 %) respondentek poloha v polosedě. Více jak polovina respondentek přesněji 73 (51 %), označilo polohu v podřepu. Polohu na porodní stoličce je známa 52 (37 %) respondentkám. Mezi méně známé polohy se zařadily poloha na vaku známou u 15 (11 %) respondentek, poloha ve vaně u 7 (5 %) respondentek, poloha v kleče u 1 (1 %) respondentky a startovací pozice u 1 (1 %) respondentky.

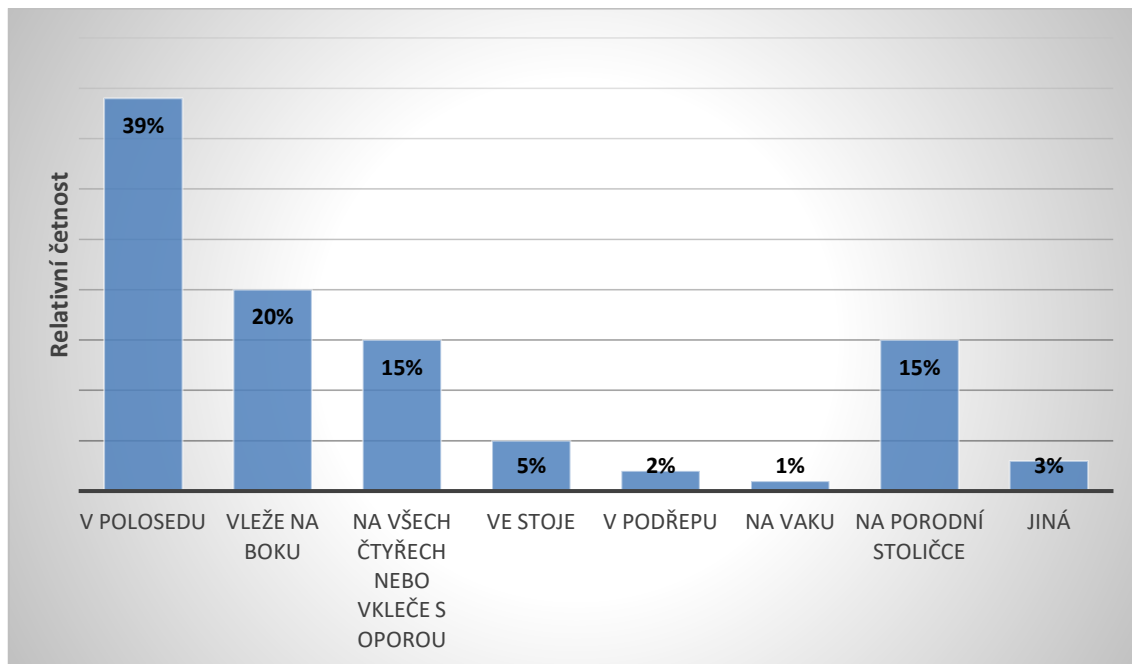
Výzkumná otázka č. 2: Jakou úlevovou polohu zvolily rodičky nejčastěji v první době porodní?



Graf č. 15 Úlevová poloha zvolená v 1. době porodní

U 142 dotazovaných respondentek byl pro 63 (44 %) respondentek nejčastěji volen pobyt ve sprše či vaně. U 38 (27 %) respondentek byla pohodlná poloha na lůžku vsedě nebo vleže. U 28 (19 %) respondentek byla střídána chůze a stání na místě. U 12 (9 %) respondentek byl vnímán pohodlný pobyt na gymnastickém míči. V odpovědi jiné 1 (1 %) respondentka napsala závěs o žebřiny. Žádná z respondentek nevyužívala ve větší míře pobyt na vaku.

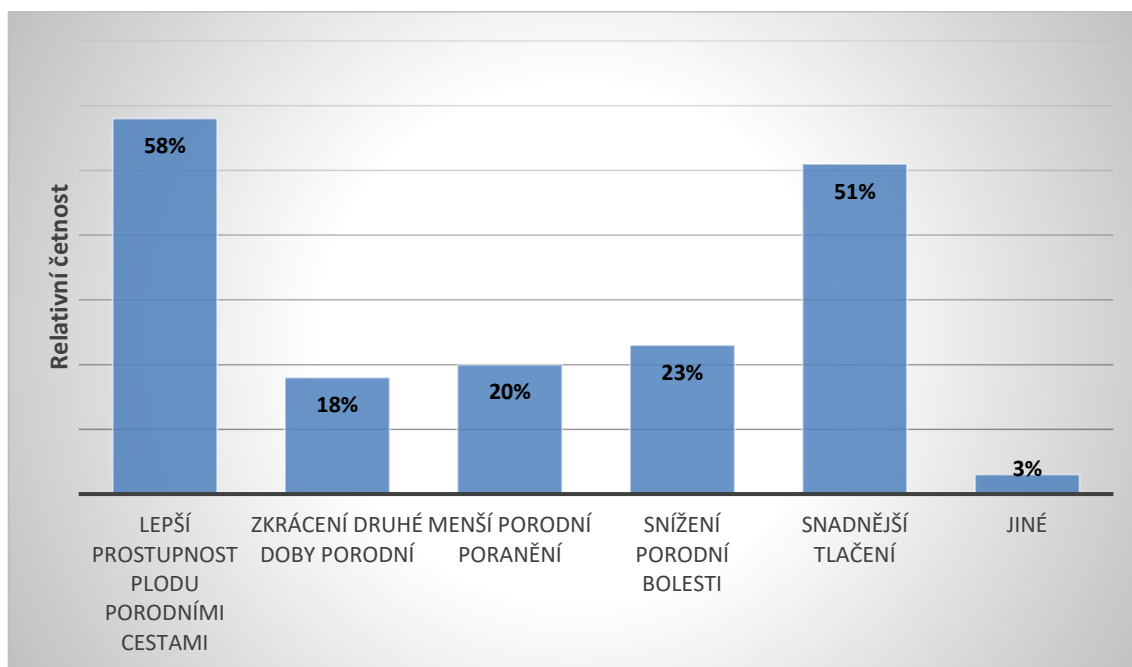
Výzkumná otázka č. 3: Jakou porodní polohu zvolily rodičky nejčastěji v druhé době porodní?



Graf č. 16 Porodní poloha zvolená v 2. době porodní

Ze 142 dotazovaných respondentek zvolilo 56 (39 %) respondentek polohu v polosedě. U 28 (20 %) respondentek vyhovovala poloha vleže na boku. Ve stejném počtu 21 (15 %) respondentek vyhovovala poloha na všech čtyřech nebo v kleče s oporou a poloha na porodní stoličce. U 7 (5 %) respondentek byla vhodná poloha ve stoje. U 3 (2 %) respondentek vyhovovala poloha v podřepu. U 1 (1 %) respondentky byla zvolena porodní poloha na vaku. U odpovědi s možností jiné uvedly 3 (2 %) respondentky polohu vleže na zádech a 2 (1 %) porod do vody.

Výzkumná otázka č. 4: V čem si rodičky myslí, že jimi zvolená porodní poloha pomohla ovlivnit průběh porodu?



Graf č. 17 Faktory ovlivňující 2. dobu porodní

U 82 (58 %) dotazovaných respondentek porodní poloha napomohla lepší prostupnosti plodu porodními cestami. U 72 (51 %) respondentek umožnila snadnější tlačení. U 32 (23 %) respondentek snížila porodní bolesti. U 28 (20 %) respondentek snížila riziko poporodního poranění. U 25 (18 %) respondentek zkrátila druhou dobu porodní. V možnosti odpovědi jiné napsaly 3 (2 %) respondentky, že neví, čím porodní poloha napomohla průběhu druhé doby porodní a 1 (1 %) respondentka uvedla zakončení porodu operativním způsobem pomocí vakuumextraktoru (VEX).

3 Diskuse

Pro výzkumnou část bakalářské práce byl stanoven 1 cíl a 4 výzkumné otázky. Cílem bylo zjistit, jak ovlivňuje porodní poloha průběh porodu z pohledu rodičky. K výzkumu byl použit dotazník, kde respondentky vyplňovaly otázky ohledně poloh užitých v první a druhé době porodní a vlivy poloh při porodu na průběh porodu z pohledu rodičky. Výsledky jsou zaznamenány v tabulce a grafech.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké porodní polohy rodičky znají?

K výzkumné otázce se vztahují tyto dotazníkové otázky č. 5 a 6. Ve vyhledávání informací o možnostech porodních poloh v porovnání s výzkumem bakalářské práce na téma Alternativní porody (autor Nikola Radovská) označila většina rodiček odpověď vyhledávání informací o možnostech poloh při porodu na internetu. V mém výzkumu se mi potvrdila stejná odpověď. Z mého pohledu není vhodné, aby budoucí rodičky vyhledávaly možnosti poloh při porodu na internetu, pokud jim je neporadí porodní asistentka, informace by mohly být ve výsledku pro rodičku matoucí. Lepší formou vyhledávání informací o možnostech poloh při porodu je od porodní asistentky, která budoucí rodičku, popřípadě nasměruje na odbornou literaturu nebo webové stránky sepsané zkušenými odborníky. V možnostech porodních poloh porovnávám své výsledky s možnostmi alternativních metod, ale jsou brány v potaz jen odpovědi poloh. Ve výzkumu bakalářské práce na téma Alternativní porody byl výsledkem znalostí poloh v největším obsazením poloha v podřepu. V mém výzkumu většina rodiček uvedla znalost polohy vleže. Polohy vleže vnímám jako prospěšnými spíše v první době, kdy se rodičku snažíme směřovat na bok, kde má plod uložený hřbet, tím se může uspíšit postup porodu a rotace hlavičky do porodního kanálu. Výzkumnou otázkou jsem zjistila ve výsledku, že rodičky informace o možnostech poloh při porodu vyhledávají aktivně a znalost poloh při porodu je pro mě dostačující. Výsledky mi vyšlo, že každá budoucí rodička zná 1 a více porodních poloh.

Výzkumná otázka č. 2: Jakou úlevovou polohu zvolily rodičky nejčastěji v první době porodní?

K výzkumné otázce se vztahuje otázka č. 7 a 8. Znázorněna je v grafu č. 15. Respondentek jsem se neptala přímo na dané polohy, ale spíše na místa (k nim byly přidělené určité úlevové polohy), kde trávily nejvíce času v první době porodní. Výzkum jsem porovnála se studií: Proč je u porodu dobrá vertikalizace a pohyb (z webové stránky:

<http://www.faktaoporodu.cz/proc-u-porodu-menit-polohy/>). Ve studii je řečeno: „Ženy by měly být podporovány a povzbuzovány k volbě pohodlných poloh, kterými jsou většinou vertikální. Vertikální polohy mají mnohé výhody pro průběh druhé doby porodní. Ženy by měly mít svobodnou volbu ve volbě polohy, kterou si přejí.“ (Gupta et al, 2012). Výsledek mého výzkumu vyšel, že většina respondentek pobývala ve sprše či ve vaně s 63 (44 %) odpověďmi. Dále s 38 (27 %) odpověďmi trávily rodičky na lůžku vsedě nebo vleže. Výzkumnou otázkou jsem zjistila, že respondentky využívají spíše formu nepohyblivých metod, pobývají ve vodním prostředí nebo odpočívají na lůžku. Dále mě zajímalo, jak si dotazované respondentky myslí, že jimi zvolená poloha napomohla v průběhu porodu. Většina uvedla lepší snesitelnost porodní bolesti. Mé domněnky ve volbě polohy jsou stejné. Rodička si volí polohu, ve které se cítí pohodlněji a průběh první doby porodní postupuje příjemněji a je méně bolestivě vnímán.

Výzkumná otázka č. 3: Jakou porodní polohu zvolily rodičky nejčastěji v druhé době porodní?

K výzkumné otázce se vztahuje otázka č. 9 a 10. Odpovědi dotazovaných respondentek byly různorodé. Výzkum jsem porovnála se studií: Proč je u porodu dobrá vertikalizace a pohyb (z webové stránky: <http://www.faktaoporodu.cz/proc-u-porodu-menit-polohy/>). Ve studii je řečeno: „Ženy si často „volí“ polohu na základě toho, co se od nich očekává a nejznámějším obrázkem rodící ženy je „žena ležící v posteli“. Asistentky proto musí být aktivní v ukazování a povzbuzování žen do různých pozic při porodu.“ (RCM 2010). Z mého výzkumu vyplývá, že rodičky volily nejčastěji porodní polohu v polosedě s 56 (39 %) odpověďmi. Poloha v polosedě, tzv. gynekologická, je podle mého názoru klasická poloha nejen porodní, ale známe ji již z ordinace našeho obvodního gynekologa, proto si myslím, že je využívána častěji. Druhá otázka vztahující se k výzkumné otázce č. 3 je doplňující v rámci mého zájmu o danou problematiku. Zajímala jsem se, kdo zvolil porodní polohu. Výsledky mě mile překvapily, skoro polovina dotazovaných respondentek si zvolila porodní polohu sama. V mém očekávání byla volba porodní polohy po doporučení porodní asistentkou. Odpovědi byly v tomto rozsahu taky hojné, ale odpověděla ji zhruba 30 % dotazovaných respondentek. Je zřejmé, že dnešní rodičky si volbu porodní polohy volí různorodě a z většiny ze své vlastní vůle.

Výzkumná otázka č. 4: V čem si rodičky myslí, že jimi zvolená porodní poloha pomohla ovlivnit průběh porodu?

K výzkumné otázce se vztahují otázky č. 11, 12, 13 a 14, kde jsem zjišťovala, jak respondentky byly spokojené s porodní polohou, jak vnímaly prospěch porodní polohy ku průběhu porodu. Doplnující otázkou č. 14 jsem zjišťovala možnost volby porodní polohy u dalšího porodu. Výsledky znázorňuje graf č. 17. Většina rodiček uvedla, že se svou porodní polohou byla spokojená 101 (71 %). Rodičky uvedly 75 (53 %) odpovědí s kladným pohledem na ovlivnění postupu porodu porodní polohou. Rodičky vnímaly, že porodní poloha napomohla v 82 (58 %) případech lepší prostupnosti plodu a v 72 (51 %) případech snazšímu tlačení. Jsem ráda, že většina dotazovaných rodiček uvedla alespoň jednu z odpovědí s možným přispěním ku prospěchu průběhu porodu. Nejčastěji uváděli lepší prostupnost plodu porodními cestami s 82 (58 %) odpověďmi. Potvrdilo se mi, že rodičky vnímaly účinnost zvolené porodní polohy a její úspěšné ovlivnění průběhu porodu. Doplnující otázkou č. 14 jsem zjistila, že většina respondentek (75 %) by volila stejnou porodní polohu, jakou zvolila při předchozím porodu. Víme, že porod je individuální proces. Očekávala jsem spíše odpověď, které se mi dostalo jen velmi málo. Byla by to odpověď cestou volné odpovědi označené jako „jiná poloha“ a v ní jsem se chtěla dozvědět, mými slovy řečeno: „u budoucího porodu zvolím takovou polohu, která bude vyhovovat mě (rodičce) a průběhu porodu“.

4 Návrh řešení pro praxi

Z výsledků výzkumu je patrné, že většina respondentek vnímala alespoň jeden prospěšný faktor v průběhu porodu ovlivněný porodní polohou. Na porod se většina respondentek o možnostech porodních poloh aktivně informuje. Mým doporučením je nejen se informovat o možnostech úlevových a porodních poloh, ale také si u každé polohy zjistit, v čem se odlišují. Každá úlevová a porodní poloha ukrývá svá pozitiva ku prospěchu porodu, ale některé mohou negativně svým postavením ovlivnit stav rodičky nebo plodu v průběhu porodu. Myslím, že informace o porodních polohách by bylo vhodné vyhledávat u porodní asistentky, která rodičku vidí jako celek i s jejím zdravotním stavem a stavbou těla. Zkušená porodní asistentka je schopna rodičce poradit s polohami při porodu, které by byly vhodné u porodu využít a které naopak ne.

Dostatečně informovaná rodička je schopna si zvolit porodní polohu sama a cítí se v poloze příjemně a spokojeně. Porod pak vnímá jako nejkrásnější zážitek a může tím předejít nelibým vzpomínkám z porodu. Spokojená rodička je tím nejdůležitějším celkem, který je v praxi porodní asistentky podstatným. Je důležité rodičkám umožnit veškeré pohodlí a pomůcky během polohování v průběhu porodu, jakého je daná porodnice schopna poskytnout. I v menších porodnicích jsem z vlastní zkušenosti poznala, že v 21. století nejde jen o „krásu“ nové porodnice, ale vždy jde jen o komunikaci a vlídnost k budoucím rodičkám. To je podstatou práce porodní asistentky spokojená rodička se svým zdravým novorozencem v náruči.

Závěr

Bakalářská práce na téma Porodní polohy a jejich vliv na průběh porodu je rozdělena na 2 části, teoretickou a praktickou. Část teoretická je zaměřena na porod. Popisuje prvky porodního mechanismu a 4 porodní doby. U první a druhé doby porodní jsem se věnovala podrobněji polohám využívanými během porodu, jsou děleny podle dob porodních. V první době porodní jsou nazývány polohami úlevovými a v druhé době porodní polohami porodními. U poloh je zvýrazněn pozitivní, u některých i negativní vliv, na průběh porodu. Myslím, že je důležité, aby budoucí rodičky znaly nejen pozitivní vliv poloh u porodu, ale i možné negativní vlivy poloh na průběh porodu.

Praktická část je zpracována pomocí kvantitativní výzkumné metody formou anonymních dotazníků, které byly distribuovány ženách po vaginálním porodu. Bakalářská práce má stanovený 1 cíl a 4 výzkumné otázky. Cílem bylo zjistit, jak ovlivňuje porodní poloha průběh porodu z pohledu rodičky.

Ve výzkumné části jsem se dozvěděla aktivní přístup dotazovaných respondentek ve vyhledávání informací o porodních polohách. Raději než možnost vyhledávání informací na internetu, by bylo v budoucnu lepší při vyhledávání informací o porodních polohách upřednostňovat spíše svého obvodního gynekologa nebo porodní asistentku. Je důležité dbát na to, aby čerpaly z osvědčených zdrojů sepsaných odborníky. Informace by mohly být zkreslující. Na některých webových stránkách ženy popisují průběh jejich porodu. Každá budoucí rodička by si měla uvědomit, že porod je individuální záležitost v životě ženy. Každý průběh porodu je jiný, není to proces naprogramovaný.

V první době porodní dotazované respondentky upřednostňovaly pobyt na lůžku nebo ve vodním prostředí. Moje představy těmito výsledky byly uspokojeny, jen bych upřednostňovala více volního pohybu. Každá budoucí rodička by měla mít možnost volního pohybu, je to důležité v oblasti psychického vnímání průběhu porodu.

V druhé době porodní dotazované respondentky využívaly různorodé porodní polohy, což vnímám jako pozitivní v přístupu k dnešním možnostem než v dřívější době. V budoucnu by mě silně uspokojilo, pokud jiná budoucí porodní asistentka na podobné téma získá pestřejší výsledky volby poloh při porodu než jsem získala ve svém výzkumu. Výzkumem bylo zjištěno, že většina z dotazovaných respondentek vnímala určitý vliv porodní polohy na průběh porodu. Z velké části vnímaly lepší prostupnost plodu porodními cestami a dále i snadnější tlačení v dané poloze. Jen pár respondentek nevnímalo žádný prospěšný faktor, kterým by porodní poloha napomohla průběhu

porodu. Cíl výzkumu z mé strany byl uspokojen a splněn v rozsahu, jaký jsem si představovala.

Seznam literatury

III. doba porodní (neboli doba k lůžku). *Porodnice.cz* [online]. [cit. 2020-03-25].

Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/porod-a-z/iii-doba-porodni-neboli-doba-k-luzku>

BAŠKOVÁ, Martina a Mária KOPÁČIKOVÁ. *Metodika psychofyzické přípravy na porod: fyzická a psychická profylaxe*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5361-4.

ČEPICKÝ, Pavel a Marcela ČERNÁ. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence: příručka pro gynekology-porodníky*. Praha: Levret, 2006. ISBN 80-903-1839-8.

ČERMÁKOVÁ, Blanka. *K porodu bez obav*. Brno: Cpress, 2017. ISBN 978-80-265-0579-2.

DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ a Vladimíra MAJDYŠOVÁ. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0837-4.

DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ, Eva JANÍKOVÁ a Radka SALOŇOVÁ. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0836-7.

ELIÁŠOVÁ, Anna. *Pôrodná asistencia I Fyziológia: Učebnica pre fakulty ošetrovateľstva*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 80-8063-261-8.

HUDÁKOVÁ, Zuzana a Mária KOPÁČIKOVÁ. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017.

KACHLÍK, David. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-4058-7.

MANDER, Rosemary a Marcela ČERNÁ. *Těhotenství, porod a bolest: [základní problematika pro porodní asistentky a budoucí matky]*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-810-8.

MIKULANDOVÁ, Magdalena. *Těhotenství, porod a šestinedělí: nejčastěji kladené otázky a odpovědi*. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1470-4.

Přirozené polohy a prostředí při porodu. *Babyweb.cz* [online]. [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: <https://www.babyweb.cz/prirozene-polohy-prostredi-pri-porodu>

ROKYTA, Richard a Radek SUCHÝ GROVER. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 2. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.

ROZTOČIL, Aleš a Mária KOPÁČIKOVÁ. *Moderní porodnictví: fyzická a psychická profylaxe*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a Mária KOPÁČIKOVÁ. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví: fyzická a psychická profylaxe*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3373-9.

SUCHÁ GROVEROVÁ, Lucie a Radek SUCHÝ GROVER. *Aby porod nebolel: těhotenství a porod jako příležitost k práci na sobě*. 2. vyd. Praha: Kořeny, 2014. ISBN 978-80-905766-1-2.

ŠTROMEROVÁ, Zuzana a Marcela ČERNÁ. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Praha: Argo, 2010. ISBN 978-80-257-0324-3.

TAKÁCS, Lea. *Psychologie v perinatální péči*. Praha: Grada publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.

Transkutánní elektrická nervová stimulace (TENS). *Lekari.porodnice.cz* [online]. [cit. 2020-03-25]. Dostupné z: lekari.porodnice.cz/transkutanni-elektricka-nervova-stimulace-tens

ZWINGER, Antonín. *Porodnictví*. Praha: Galén, c2004. ISBN 80-726-2257-9.

Seznam tabulek

Tabulka 1 Věk respondentek.....	25
---------------------------------	----

Seznam grafů

Graf 1 Vzdělání respondentek.....	26
Graf 2 Rodinný vztah.....	27
Graf 3 Po kolikáté respondentka rodila.....	28
Graf 4 Zdroje informací.....	29
Graf 5 Porodní polohy.....	30
Graf 6 Nejčastěji volená poloha v průběhu 1. doby porodní.....	31
Graf 7 Faktory ovlivňující průběh porodu v 1. době porodní z pohledu respondentky...	32
Graf 8 Porodní poloha zvolená v 2. době porodní.....	33
Graf 9 Volba porodní polohy.....	34
Graf 10 Spokojenost s volbou porodní polohy.....	35
Graf 11 Ovlivnění průběhu porodu z pohledu respondentky.....	36
Graf 12 Faktory ovlivňující 2. dobu porodní z pohledu respondentky.....	37
Graf 13 Volba porodní polohy u dalšího porodu.....	38
Graf 14 Výzkumná otázka č. 1 Možnosti porodní polohy.....	39
Graf 15 Výzkumná otázka č. 2 Úlevová poloha zvolená v 1. době porodní.....	40
Graf 16 Výzkumná otázka č. 3 Porodní poloha zvolená v 2. době porodní.....	41
Graf 17 Výzkumná otázka č. 4 Faktory ovlivňující 2. dobu porodní.....	42

Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Povolení dotazníkového šetření

Příloha 1: Dotazník

Dobrý den vážená maminko,

Jmenuji se Růžena Hlavničková a jsem studentka na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě, obor Porodní asistentka. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma Polohy při porodu a jejich vliv na průběh porodu z pohledu rodičky. Každou otázku si přečtete, zamyslete se a zakroužkujte prosím jednu odpověď. U některé otázky máte možnost volné odpovědi a u 3 otázek můžete zvolit více variant. Předem Vám děkuji za Vámi věnovaný čas.

S pozdravem Růžena Hlavničková

1. Věk

- a) méně než 20 let
- b) 20 – 30 let
- c) 31 – 40 let
- d) více než 40 let

2. Nejvyšší dosažený stupeň vzdělání

- a) základní
- b) střední bez maturity
- c) střední s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

3. Váš rodinný stav

- a) svobodná
- b) vdaná
- c) rozvedená
- d) jiný

4. Po kolikáté jste rodila

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

5. Z jakých zdrojů jste zjistila možnosti porodních poloh? (můžete označit více odpovědí)

- a) od svého gynekologa

- b) od porodní asistentky
- c) z odborné literatury (knihy, časopisy)
- d) od známých
- e) vyhledala jsem na internetu
- f) jiné (prosím popište).....

6. Jaké porodní polohy znáte? (můžete označit více odpovědí)

- a) v polosedě
- b) v leže
- c) na čtyřech
- d) na porodní stoličce
- e) na vaku
- f) v podřepu
- g) jiné (prosím vypište).....

7. Kterou polohu jste volila nejčastěji v první době porodní (v době otevírání hrdla děložního)

- a) na lůžku (vsedě, v leže na boku)
- b) pobyt ve sprše (na gymnastickém míči, v kleče), ve vaně
- c) pobyt na gymnastickém míči
- d) pobyt na vaku
- e) střídání chůze a stání
- f) jiné (prosím popište).....

8. V čem si myslíte, že vám zvolená poloha pomohla v první době porodní? (možnost více odpovědí)

- a) lepší snesitelnost porodní bolesti
- b) usnadnila postup porodu ke druhé době porodní (porod plodu)
- c) byla jsem v dané poloze klidnější a uvolněná
- d) jiné (prosím popište).....

9. Jakou porodní polohu jste zvolila v druhé době porodní?

- a) v polosedě
- b) vleže na boku
- c) na všech čtyřech nebo v kleče s oporou
- d) na porodní stoličce
- e) v podřepu
- f) ve stoje

- g) na vaku
- h) jiná poloha (prosím popište).....

10. Na kom jste nechala volbu porodní polohy?

- a) zvolila jsem si ji sama
- b) nechala jsem si poradit od porodní asistentky / porodníka
- c) zvolila mi ji porodní asistentka / porodník
- d) jiné.....

11. Jak jste byla se svou porodní polohou spokojena?

- a) byla jsem spokojená
- b) byla jsem spíše spokojená
- c) byla jsem spíše nespokojená
- d) byla jsem nespokojená

12. Jak si myslíte, že porodní poloha ovlivnila váš porod?

- a) kladně
- b) spíše kladně
- c) spíše záporně
- d) záporně
- e) nevím

13. V čem si myslíte, že jste svou porodní polohou napomohla porodu? (můžete označit více odpovědí)

- a) lepší prostupnost plodu porodními cestami
- b) zkrácení druhé doby porodní
- c) menší poporodní poranění
- d) snížení porodní bolesti
- e) snadnější tlačení
- f) jiné (prosím popište).....

14. Jakou polohu byste volila u dalšího porodu?

- a) volila bych stejnou porodní polohu jako u předchozího porodu
- b) v polosedě
- c) vleže na boku
- d) na všech čtyřech nebo v kleče s oporou
- e) na porodní stoličce
- f) v podřepu
- g) ve stoje

h) na vaku

i) jiná poloha (prosím popište).....

Příloha 2: Povolení dotazníkového šetření

Růžena Hlavničková
Horní náměstí 300
396 01 Humpolec

Mgr. Jarmila Cmuntová
Náměstkyně ošetrovateľské péče
Nemocnice Jihlava
Vrchlického 59
586 33 Jihlava

Věc: Žádost o povolení výzkumu

Vážená paní magistro,

jmenuji se Růžena Hlavničková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního oboru Porodní asistentka na Vysoké škole polytechnické Jihlava. Pro svoji bakalářskou práci na téma „Vliv porodní polohy na průběh porodu z pohledu rodičky“ Vás tímto žádám o povolení dotazníkového šetření u pacientek (žen po porodu) na oddělení šestinedělí v Nemocnici Jihlava p.o. Šetření bude zcela anonymní a výsledky budou použity výhradně pro potřeby bakalářské práce.

Děkuji

V Jihlavě 10. prosince 2019

Růžena Hlavničková

Souhlasím – ~~nesouhlasím~~

Datum..... 11. 12. 2019

Podpis.....

Mgr. Jarmila Cmuntová

Náměstkyně ošetrovateľské péče

Nemocnice Jihlava p.o.