

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Porodní asistence

PŘIPRAVENOST PRVORODIČEK NA POROD

Bakalářská práce

Autor práce: Veronika Studená

Vedoucí práce: PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.

Jihlava 2026

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Veronika Studená
Studijní program:	Porodní asistence
Garant studijního programu:	doc. MUDr. Tomáš Fait, Ph.D.
Název práce:	Připravenost prvorodiček na porod
Vedoucí práce:	PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
Cíl práce:	Cílem bakalářské práce je poukázat na význam připravenosti prvorodiček na porod a na možnosti a kvalitu fyzické a psychické předporodní přípravy dostupné v současné době.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou připravenosti prvorodiček na porod. Připravenost na porod představuje důležitou součást péče o ženu v období těhotenství a může významně ovlivnit prožívání porodu i období po porodu. Problematika fyzické a psychické přípravy prvorodiček zahrnuje různé formy porodní přípravy, které mají ženám pomoci lépe porozumět průběhu porodu a posílit jejich pocit jistoty. Součástí této oblasti jsou předporodní kurzy, edukativní materiály i další možnosti získávání informací o porodu. Významnou roli hraje také informovanost, podpora okolí a přístup zdravotnických pracovníků k ženě v průběhu těhotenství. Zohledněny jsou také faktory, které mohou ovlivňovat přístup prvorodiček k porodní přípravě, jako jsou osobní preference, dostupnost služeb nebo sociální podmínky. Připravenost prvorodiček na porod je chápána jako komplexní oblast s dopadem na celkový porodní prožitek ženy.

Klíčová slova

Prvorodička; Těhotenství; Porod;

Abstract

The bachelor thesis addresses the issue of primiparas' readiness for childbirth, which represents a key component of prenatal care and significantly influences the experience of birth and subsequent postpartum adaptation. The theoretical part analyzes various forms of physical and psychological preparation, from prenatal classes and educational materials to the role of information sources, which aim to help women understand the physiology of labor and strengthen their sense of confidence. The work emphasizes the importance of information, social support, and the approach of healthcare professionals. Factors influencing women's access to preparation, such as personal preferences, social conditions, and service availability, are also considered.

Keywords

Primipara; Pregnancy; Childbirth;

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“).

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

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

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 užití své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě 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 23. dubna 2026

.....

Podpis studentky

Poděkování

Ráda bych na tomto místě vyjádřila upřímné poděkování vedoucí mé bakalářské práce, paní PhDr. Vlastě Dvořákové, PhD., za její odborné vedení, cenné rady, trpělivost a čas, který mi v průběhu zpracování této práce věnovala. Dále děkuji své rodině a blízkým přátelům za jejich podporu, povzbuzení a zázemí, které mi poskytovali po celou dobu mého studia. Velké poděkování patří také všem respondentkám, které se zúčastnily mého výzkumného šetření, za jejich ochotu sdílet své osobní zkušenosti a pocity spojené s příchodem jejich prvního dítěte.

Obsah

Seznam grafů	7
Seznam tabulek	8
Seznam zkratk	9
Úvod	10
1 Teoretická část	11
1.1 Prvorodička	11
1.2 Těhotenství	12
1.3 Prenatální poradna a systém péče v ČR	13
1.4 Porod	15
1.5 Zdroje informací o průběhu těhotenství a porodu	16
1.6 Historie přípravy na porod.....	18
1.7 Příprava na porod	19
1.8 Fyzická příprava na porod.....	20
1.9 Psychická příprava na porod.....	23
1.10 Výběr porodnice a porodní prostředí	24
1.11 Doprovod a jeho role v průběhu porodu.....	25
1.12 Porodní plán.....	26
1.13 Socioekonomické faktory	27
1.14 Role porodní asistentky v přípravě prvorodičky na porod	28
2 Výzkumná část	29
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	29
2.2 Metodika výzkumu	29
2.3 Charakteristika vzorku respondentů	29
2.4 Průběh výzkumu	30
2.5 Zpracování získaných dat.....	30
2.6 Výsledky a analýza výzkumu	31
2.7 Vyhodnocení výzkumných otázek.....	51
2.8 Diskuse.....	56
2.9 Doporučení pro praxi.....	58
Závěr	59
Seznam použité literatury	60
Přílohy	Chyba! Záložka není definována.

Seznam grafů

Graf 1: Věk respondentek	31
Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání	32
Graf 3: Plánované / neplánované těhotenství	33
Graf 4: Druh porodu	34
Graf 5: Doprovod u porodu	35
Graf 6: Podíl partnera na přípravě	36
Graf 7: Zdroje informací	37
Graf 8: Dostupnost informací	38
Graf 9: Finanční limit respondentek	39
Graf 10: Získané informace respondentek	40
Graf 11: Porodnice	41
Graf 12: Porodní plán	42
Graf 13: Dostatečná informovanost respondentek	43
Graf 14: Pocit připravenosti respondentek na porod	44
Graf 15: Pocity respondentek před porodem	45
Graf 16: Největší zdroj obav respondentek	46
Graf 17: Fyzická příprava respondentek	47
Graf 18: V jakých oblastech by se respondentky lépe informovaly	48
Graf 19: Co respondentky překvapilo	49
Graf 20: Co by si respondentky přály vědět před porodem	50

Seznam tabulek

Tabulka 1: Dostupnost informací	51
Tabulka 2: Dostatečná informovanost respondentek	51
Tabulka 3: Pocit připravenosti respondentek na porod	51
Tabulka 4: Pocit připravenosti respondentek na porod	53
Tabulka 5: Co respondentky překvapilo.....	53
Tabulka 6: Získané informace respondentek	54
Tabulka 7: V jakých oblastech by se respondentky lépe informovaly	55

Seznam zkratek

AZ	Autorský zákon (zákon č. 121/2000 Sb.)
CRL	Crown-Rump Length (temenokostrční délka plodu)
CTG	Kardiotokograf
ČR	Česká republika
DNA	Deoxyribonukleová kyselina
fi	Relativní četnost
GBS	Group B Streptococcus (skupina B streptokoka, synonymum k SAG)
HBsAg	Hepatitis B surface Antigen (povrchový antigen viru hepatitidy B)
HIV	Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti)
ni	Absolutní četnost
NIPT	Neinvazivní prenatalní testování
oGTT	Orální glukozový toleranční test
SAG	Streptococcus agalactiae (druh bakterie, synonymum k GBS)
VO	Výzkumná otázka
WHO	World Health Organization

Úvod

Téma připravenosti prvorodiček na porod představuje jednu z klíčových oblastí moderní porodní asistence, neboť první těhotenství a následný porod jsou v životě ženy vnímány jako jedny z nejvýznamnějších okamžiků a změn. Pro ženu, která prochází procesem těhotenství a porodu poprvé, nejde pouze o fyziologický děj, ale o radikální proměnu identity, doprovázenou pocitem nejistoty a strachu z neznáma. Právě absence předchozí zkušenosti činí prvorodičky specifickou skupinou, která vyžaduje individuální a citlivý přístup ze strany zdravotnického personálu.

Aktuálnost tohoto tématu podtrhuje současný společenský tlak na „dokonalý porod“, který je často formován nereálnými obrazy ze sociálních sítí. V době, kdy je internet pro prvorodičky nejrychleji dostupným zdrojem informací, vyvstává riziko nekritického přijímání dezinformací a vzniku nerealistických očekávání, která mohou vést k následnému zklamání či porodnímu traumatu. Kvalitní a odborně vedená předporodní příprava je proto nezbytným nástrojem pro objektivizaci obav a posílení sebedůvěry budoucí matky.

Motivací k výběru tohoto tématu byla snaha prozkoumat, jakým způsobem současné prvorodičky přistupují k získávání informací a jaké formy fyzické a psychické přípravy preferují. V praxi se ukazuje, že informovaná rodička, která rozumí fyziologii porodu a ovládá úlevové techniky, vykazuje nižší míru stresu a lépe spolupracuje se zdravotnickým týmem. Role porodní asistentky je v tomto procesu nezastupitelná, neboť představuje pro ženu garant odbornosti i empatické podpory.

Cílem této bakalářské práce je poukázat na význam připravenosti prvorodiček na porod a zmapovat možnosti i kvalitu předporodní přípravy dostupné v současné době. Práce se zaměřuje na analýzu teoretických poznatků o fyziologii porodu, metodách psychoprofylaxe a fyzického tréninku, jako je cvičení pánevního dna či masáž hráze. Výzkumná část práce pak prostřednictvím dotazníkového šetření zjišťuje reálnou míru informovanosti a subjektivní pocity připravenosti u souboru prvorodiček v České republice.

1 Teoretická část

1.1 Prvorodička

Prvorodička představuje v rámci porodnické péče specifickou skupinu, která vyžaduje individuální přístup z medicínského i psychologického hlediska. Důležitým faktorem je terminologické vymezení tohoto pojmu a pochopení hlubokých změn, kterými žena během prvního těhotenství prochází. V porodnické terminologii je prvorodička (primipara) definována jako žena, která poprvé prochází procesem porodu, popřípadě žena, která již dříve otěhotněla, ale těhotenství skončilo v raném stádiu. Z hlediska fyziologie je tento stav klíčový, protože porodní cesty jsou dosud neprošlé a pevné, což přímo ovlivňuje mechaniku a délku trvání všech dob porodních. Tento medicínský pohled je základem pro pochopení, proč je péče o prvorodičku v systému porodnictví vnímána jako rizikovější nebo náročnější na časovou dotaci (Samková, 2020).

1.1.1 Psychologická specifika a krize identity

První těhotenství a porod představují v životě ženy jednu z nejvýznamnějších vývojových krizí, během které dochází k radikální proměně identity – z role „dcery a partnerky“ do role „matky“. U prvorodiček je tento proces doprovázen pocity, kdy se radost a těšení na dítě mísí s pocity nejistoty a strachu z neznáma a nové role. Tato psychická zranitelnost je specifickým znakem prvorodiček, který vyžaduje mnohem citlivější přístup zdravotníků než u žen, které již mateřskou zkušenost mají (Hudáková a Kopáčiková, 2017).

1.1.2 Fenomén „strachu z neznámého“

Absence předchozí smyslové zkušenosti s porodem dělá z prvorodičky pacientku, která je extrémně citlivá na vnější podněty a informace. Zatímco vícerodička dokáže vnitřně vyhodnotit intenzitu kontrakcí a postup porodu, prvorodička je odkázána na teoretické znalosti, které se jí mohou zdát nedostatečné. Tento „strach z neznámého“ je hlavním faktorem, který zvyšuje vnímání bolesti a může vést k narušení komunikace se zdravotníky (Mazúchová a Porubská, 2022).

1.1.3 Sociokulturní tlak a očekávání

Současná prvorodička se nachází pod silným tlakem společenských očekávání, která jsou často formována nereálnými obrazy z médií a sociálních sítí. Tento tlak na „dokonalý porod“ a „okamžité mateřské štěstí“ vytváří u žen bez předchozí zkušenosti vnitřní napětí a pocit selhání, pokud realita neodpovídá jejich načteným ideálům. Odborné zdroje uvádějí, že právě u prvorodiček je kriticky důležité pracovat s objektivními informacemi, aby se předešlo porodnímu traumatu způsobenému rozdíly mezi očekáváním a realitou (World Health Organization, 2018).

1.2 Těhotenství

Těhotenství (gravidita) představuje fyziologický proces, během kterého dochází k vývoji embrya a následně plodu v děloze matky. Pro prvorodičku je toto období charakteristické nejen výraznými somatickými změnami, ale také potřebou adaptace na novou životní roli. Celý proces trvá standardně 10 lunárních měsíců (přibližně 40 týdnů) a je doprovázen rozsáhlými změnami organismu, které zajišťují optimální podmínky pro vývoj plodu a přípravu na porod (Procházka a kol., 2020).

1.2.1 Specifika jednotlivých trimestrů

Z klinického hlediska dělíme těhotenství do tří trimestrů, každý trimestr má svá specifika a důležité milníky. První trimestr (do 12. týdne) je obdobím organogeneze, kdy je plod nejvíce zranitelný vůči vnějším vlivům, a u matky dominují subjektivní příznaky jako nauzea či únava. Druhý trimestr (13.–27. týden) je obecně vnímán jako nejklidnější období, kdy dochází k rychlému růstu plodu a prvorodička začíná vnímat první pohyby. Třetí trimestr (od 28. týdne do porodu) je pak ve znamení výrazného nárůstu hmotnosti plodu a přípravy organismu ženy na samotný porodní děj (Roztočil a kol., 2020).

1.2.2 Fyziologické změny v organismu ženy

Adaptace na těhotenství vyžaduje zapojení všech orgánových soustav, přičemž nejnápadnější změny nastávají v kardiovaskulárním a endokrinním systému. Objem cirkulující krve se zvyšuje o 30–50 %, což vede k fyziologické hypertrofii myokardu a zrychlení tepové frekvence, zatímco hormonální sekrece progesteronu způsobuje relaxaci hladkého svalstva, což ovlivňuje i trávicí trakt a močové ústrojí. Prvorodičky mohou být citlivější na vnímání těchto tělesných projevů, což zdůrazňuje potřebu edukace o normálním průběhu těchto procesů (Procházka a kol., 2020).

1.2.3 Rizikové faktory a komplikace v těhotenství

Identifikace rizikových faktorů je klíčová pro prevenci patologických stavů, které mohou ohrozit zdraví matky i plodu. Mezi hlavní rizika řadíme věk rodičky (primipara starší 35 let), chronická onemocnění jako diabetes mellitus či hypertenzi, ale také faktory životního prostředí a genetické predispozice. Specifickou pozornost vyžaduje screening preeklampsie a gestačního diabetu, které se u prvorodiček vyskytují s vyšší incidencí a vyžadují zvýšený medicínský dohled (Roztočil a kol., 2020).

1.2.4 Faktory ovlivňující průběh těhotenství

Průběh gravidity je ovlivňován součinností biologických, psychologických a sociálních faktorů, které tvoří celkové prostředí pro vývoj plodu. Významnou roli hraje nutriční stav ženy, expozice stresu a kvalita sociální opory, která je u prvorodiček prediktorem budoucího zvládnutí mateřské role. Negativně působí zejména teratogenní vlivy, jako je abúzus návykových látek, infekční onemocnění v časném stádiu vývoje či nevhodná medikace, čemuž se snaží předcházet včasná a pravidelná prenatální péče (Samková, 2020).

1.2.5 Psychická adaptace a životospráva

Kvalita životního stylu těhotné ženy přímo ovlivňuje intrauterinní prostředí a budoucí zdraví dítěte. Doporučení zahrnují racionální výživu s dostatkem mikronutrientů, přiměřenou pohybovou aktivitu a eliminaci teratogenních vlivů. U prvorodiček je nezbytné věnovat pozornost také psychohygieně, jelikož hormonální labilita v kombinaci s obavami z neznámého procesu porodu může vést ke zvýšené únavě a úzkostem (Samková, 2020).

1.3 Prenatální poradna a systém péče v ČR

Systém prenatální péče v České republice je založen na principu dispenzarizace, tedy pravidelného a systematického sledování ženy v průběhu celého těhotenství za účelem udržení jejího zdraví a zajištění optimálního vývoje plodu. Pro prvorodičku představuje tento systém první intenzivní kontakt se zdravotnickým zařízením v roli těhotné, kdy je kladen důraz na vytvoření důvěry mezi těhotnou a personálem. Cílem je včasná identifikace rizikových faktorů a příprava budoucí matky na bezpečný průběh porodu prostřednictvím odborného dohledu a edukace (Roztočil a kol., 2020).

1.3.1 Organizace a stanovení termínu

Základem prenatální péče jsou pravidelné kontroly v ambulanci gynekologa, které se u fyziologického těhotenství konají do 36. týdne v intervalu 4 až 6 týdnů. Klíčovým úkonem při první návštěvě je stanovení termínu porodu, který se vypočítává pomocí Naegeleho pravidla (přičtením 7 dnů k prvnímu dni poslední menstruace a odečtením 3 měsíců). Tento údaj je následně korigován ultrasonografickým měřením temenokostrční délky (CRL) v prvním trimestru, které je považováno za nejpřesnější metodu určení stáří gravidity, přičemž pro prvorodičku je toto datum zásadní pro psychickou stabilitu a plánování. (Procházka a kol., 2020).

1.3.2 Obsahová náplň prohlídek

Při každé návštěvě v prenatální poradně je prováděn standardní soubor vyšetření, který zahrnuje měření krevního tlaku, kontrolu hmotnosti a chemickou analýzu moči k včasnému záchytu preeklampsie. Klíčovým momentem pro potvrzení prosperity těhotenství v raném stádiu je průkaz srdeční akce plodu, kterou lze ultrasonograficky detekovat již od ukončeného 6. týdne gravidity (6+0). Od 38. týdne se pak prohlídka rozšiřuje o kardiokografické vyšetření (CTG), které monitoruje srdeční frekvenci plodu v korelaci s děložní aktivitou matky (Procházka a kol., 2020).

1.3.3 Laboratorní diagnostika

Nedílnou součástí dispenzární péče je harmonogram laboratorních testů, který začíná odběry krevního obrazu, stanovením krevní skupiny a screeningem pohlavně přenosných a infekčních chorob, který zahrnuje testy na HIV, syfilis a žloutenku typu B (HBsAg). Včasná detekce těchto onemocnění umožňuje zahájit léčbu či opatření, která minimalizují riziko vertikálního přenosu na plod (Procházka a kol., 2020).

Specifické místo zaujímá orální glukózový toleranční test (oGTT) mezi 24. a 28. týdnem, který slouží k diagnostice gestačního diabetu. Vzhledem k tomu, že tato komplikace bývá často asymptomatická, je edukace o důležitosti tohoto testu v rámci poradny klíčová, neboť neléčený diabetes může vést k nadměrnému růstu plodu a komplikacím při samotném porodním ději (Roztočil a kol., 2020).

Celý laboratorní cyklus uzavírá kolem 35.–37. týdne screening na přítomnost *Streptococcus agalactiae* (GBS/SAG). Pozitivní nález vyžaduje podání intrapartální antibiotické profylaxe, aby se zabránilo přenosu infekce na novorozence během průchodu porodními cestami (Roztočil a kol., 2020).

1.3.4 Význam ultrasonografických screeningů

Moderní porodnictví se opírá o tři hlavní ultrazvuková vyšetření, která jsou pro prvorodičky často emočně nejvýznamnějšími milníky. Prvotrimestrální screening (11.–14. týden) slouží k odhalení hrubých vývojových vad a chromozomálních aberací, zatímco podrobné morfologické vyšetření ve druhém trimestru (20.–22. týden) detailně hodnotí anatomii orgánových soustav plodu. V tomto období je již obvykle možné spolehlivě určit i pohlaví dítěte, což významně přispívá k prohloubení vazby mezi matkou a plodem. Třetí screening (30.–32. týden) je pak zaměřen na růst plodu, jeho polohu v děloze a funkci placenty. (Roztočil a kol., 2020).

1.3.5 Nadstandardní a doplňková vyšetření

Kromě základní péče mají těhotné ženy možnost využít doplňková vyšetření, která zvyšují míru jistoty o genetickém zdraví plodu nebo slouží k psychosociálnímu posílení rodinných vazeb. Mezi nejčastější nadstandardy patří neinvazivní prenatální testování (NIPT), které z krve matky analyzuje volnou DNA plodu a dokáže s vysokou přesností identifikovat genetické vady i pohlaví již od 10. týdne. Dalším oblíbeným doplňkem jsou 3D nebo 4D ultrazvukové záznamy, které rodičům umožňují vizualizaci obličeje a pohybů dítěte v reálném čase, což má pro prvorodičky velký motivační a emoční význam (Samková, 2020).

1.3.6 Role edukační činnosti

Vzhledem k tomu, že pro řadu žen je poradna jediným místem odborné přípravy, nabývá na významu edukační role zdravotnického personálu v oblasti životosprávy a rozpoznání známek začínajícího porodu. Informovanost o tom, kdy kontaktovat porodnici (pravidelné kontrakce, krvácení, odtok plodové vody), je základním kamenem bezpečného porodnictví a u prvorodiček pomáhá eliminovat stres z nejistoty (Hudáková a Kopáčiková, 2017).

1.3.7 Předání do péče porodnice

Kolem 36. týdne dochází k předání ženy do péče porodnice, kde proběhne registrace ženy do systému, administrativní a klinická příprava, sepsání porodopisu a seznámení se s prostředím lůžkového zařízení (Samková, 2020).

1.4 Porod

Porod je v humánní medicíně definován jako fyziologický proces, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce z dělohy matky po ukončení 24. týdne těhotenství. Pro prvorodičku je tento moment vyvrcholením celého gestačního období a představuje zásadní psychosomatický předěl. Mechanismus porodu u primipar je specifický především vyšší rigiditou měkkých porodních cest, což klade zvýšené nároky na energetický výdej matky i plodu. Celý proces je koordinován složitou hormonální aktivitou, zejména oxytocinem, a mechanickými faktory, které zajišťují prostup plodu pánevními rovinami (Roztočil a kol., 2020).

1.4.1 Diagnostika nástupu porodu a odjezd do porodnice

Klíčovým momentem, který u prvorodiček vyvolává nejvíce nejistoty, je správná identifikace nástupu porodní činnosti. Je nutné rozlišovat mezi tzv. prelaborárními stahy, známými jako poslíčci, a skutečnou porodní činností. Poslíčci se projevují jako nepravidelné tvrdnutí břicha, které obvykle po teplé koupeli nebo změně polohy ustupuje, zatímco skutečné kontrakce nabývají na intenzitě a vedou k otevírání porodních cest. Doporučuje se, aby prvorodička vyrazila do porodnice v momentě, kdy jsou kontrakce pravidelné po 5 minutách po dobu alespoň jedné hodiny, případně při odtoku plodové vody, krvácení nebo pochybnostech o pohybech plodu (Edukační materiál Nemocnice Třebíč).

1.4.2 První doba porodní (otvírací)

První doba porodní je u prvorodičky nejdelší fází, trvající průměrně 8 až 12 hodin, přičemž mechanismus otevírání probíhá postupně přes spotřebování děložního hrdla až k rozvinutí branky. Pro efektivní zvládnutí této fáze je klíčové aktivní využívání nefarmakologických metod úlevy, jako je hydroterapie nebo teplo, které působí jako přirozené spasmolytikum a uvolňuje svalstvo pánevního dna. Velmi přínosné je také využití gymnastických míčů pro rytmické pohupování pánvi nebo asymetrické polohy, které zvětšují prostor v pánvi a usnadňují rotaci plodu (Samková, 2020).

Kromě mechanických pomůcek hraje v této fázi zásadní roli vertikalizace a správná technika dýchání, která zajišťuje okysličení děložního svalu i plodu. Doporučuje se hluboký nádech nosem směrem do břicha a následný pomalý, uvolněný výdech ústy, což pomáhá ženě zvládat vrchol kontrakce a předcházet hyperventilaci. Aktivní pohyb, jako je chůze nebo stoj s oporou, využívá sílu gravitace k tlaku hlavičky na branku, čímž stimuluje vyplavování oxytocinu a prokazatelně zkracuje délku otevírací fáze (Edukační materiál Nemocnice Třebíč).

1.4.3 Druhá doba porodní (vypuzovací)

Druhá doba porodní začíná úplným zajitím branky a vyžaduje od prvorodičky maximální fyzické úsilí při zapojení břišního lisu v součinnosti s děložními kontrakcemi. Žena by měla aktivně tlačit pouze na vrcholu kontrakce při současném pocitu nucení, s bradou přitíštěnou k hrudníku a směřováním tlaku do oblasti pánve a konečníku. Mezi jednotlivými stahy je nutná hluboká relaxace a dýchání, aby se předešlo vyčerpání a zajistila se regenerace energetických rezerv pro další úsilí (Procházka a kol., 2020).

Z hlediska polohování se v této fázi u prvorodiček stále častěji využívají alternativy ke klasickému polosedu, které napomáhají hladšímu postupu plodu. Doporučují se zejména polohy na boku, které jsou šetrnější k tkáním hráze, nebo polohy v kleče s oporou o lůžko, které plně využívají gravitační sílu a usnadňují prořezávání hlavičky. Pomalý a kontrolovaný průchod plodu pod vedením porodní asistentky je zásadní prevencí vzniku hlubokých porodních poranění či nutnosti chirurgického nástřihu (Edukační materiál Nemocnice Třebíč).

1.4.4 Třetí a čtvrtá doba porodní

Třetí doba porodní zahrnuje porod placenty a plodových obalů, po kterém následuje čtvrtá doba porodní, tedy první dvě hodiny stabilizace matky i novorozence na porodním sále. Pro prvorodičku je tento čas zásadní pro navázání první citové vazby prostřednictvím nepřerušovaného kontaktu skin-to-skin. Tento kontakt zajišťuje termoregulaci dítěte a u matky vyvolává masivní produkci endogenního oxytocinu, který je nezbytný pro bezpečnou kontrakci dělohy a prevenci poporodního krvácení (Samková, 2020).

Kromě fyziologické stabilizace je čtvrtá doba porodní také obdobím pro první přiložení novorozence k prsu, což pokládá základy pro úspěšné a dlouhodobé kojení. Raný bonding prokazatelně snižuje hladinu stresových hormonů u obou subjektů a pomáhá prvorodičce lépe se adaptovat na novou životní roli. Respektující přístup personálu a zachování klidného prostředí během těchto prvních hodin jsou klíčovými faktory pro vytvoření pozitivní vzpomínky na celý porodní proces (Edukační materiál Nemocnice Třebíč).

1.4.5 Specifika porodu prvorodičky

Porod prvorodičky je unikátní svou délkou i intenzitou prožitku, což vyžaduje vysokou míru trpělivosti a empatie ze strany zdravotnického personálu. Vyšší rigidita tkání a chybějící předchozí zkušenost jsou faktory, které činí kontinuální psychickou podporu a informovanost o průběhu každé fáze naprosto nezbytnými. Možnost svobodné volby úlevových poloh a respektování individuálního tempa jsou hlavními činiteli, které u prvorodiček eliminují pocit ztráty kontroly a posilují jejich sebedůvěru (Procházka a kol., 2020).

1.5 Zdroje informací o průběhu těhotenství a porodu

Dostupnost a kvalita informací zásadně ovlivňují celkové prožívání těhotenství a míru připravenosti na porodní děj. Spektrum informačních kanálů sahá od odborné péče zdravotnických pracovníků až po vliv moderních informačních technologií a sociálních sítí (Samková, 2020).

1.5.1 Zdravotničtí pracovníci jako hlavní informační kanál

V systému prenatální péče představují zdravotničtí pracovníci nejvýznamnější a nejspolehlivější zdroj odborných informací. Gynekolog a porodní asistentka jsou pro těhotnou ženu garantem bezpečnosti a jejich úkolem je poskytovat informace založené na aktuálních vědeckých poznatcích. Interakce mezi zdravotníkem a prvorodičkou by měla být založena na důvěře a otevřené komunikaci, což vede k efektivnímu předávání znalostí o fyziologii těhotenství a k

včasné identifikaci případných rizik. Kvalitní edukace v rámci poradny prokazatelně snižuje míru nejistoty u žen, které procházejí touto životní etapou poprvé (Roztočil a kol., 2017).

Porodní asistentka zaujímá v edukačním procesu specifické postavení, neboť se zaměřuje nejen na klinický stav, ale i na psychosociální potřeby ženy. Její role spočívá v přípravě prvorodičky na praktické aspekty porodu, kojení a péči o novorozence. Porodní asistentky v rámci prenatální péče často doplňují medicínské informace o holistický pohled na mateřství, čímž pomáhají ženám budovat sebedůvěru v jejich přirozené schopnosti. Odborné poradenství vedené porodní asistentkou je vnímáno jako klíčový faktor pro pozitivní vnímání těhotenství a porodu (Hudáková, Kopáčiková, 2017).

1.5.2 Role internetu a neformálních zdrojů

S rozvojem informačních technologií se internet stal pro prvorodičky nejrychleji dostupným a nejčastěji vyhledávaným zdrojem informací. Ženy v online prostředí hledají nejen odborné články, ale především sdílené zkušenosti jiných matek na diskusních fórech a sociálních sítích. Tato forma získávání informací nabízí ženám pocit sounáležitosti a možnosti rychlého srovnání vlastních subjektivních pocitů s prožitky ostatních, což je u prvorodiček velmi častý jev. Nadměrná konzumace neprověřeného obsahu však může vést k dezinformacím a ke zvyšování úzkosti, pokud jsou informace interpretovány bez odborného kontextu (Samková, 2020).

Neformální zdroje, jako jsou rodinní příslušníci nebo přátelé, hrají významnou roli především v emoční podpoře těhotné ženy. Předávání zkušeností v rámci ženské linie v rodině (např. od matky k dceři) má hlubokou tradici, avšak v moderním porodnictví může narážet na zastaralé postupy a mýty, které již neodpovídají současným doporučením. Je proto nezbytné, aby prvorodička dokázala rozlišit mezi subjektivním prožitkem blízké osoby a objektivními fakty, které jí poskytuje odborný personál. Harmonizace informací z formálních i neformálních zdrojů je základem pro klidný průběh gravidity (Roztočil, 2020).

1.5.3 Odborná literatura

Odborná literatura určená pro laickou veřejnost a tištěné materiály v porodnicích zůstávají stabilním a vysoce hodnoceným zdrojem informací. Publikace napsané renomovanými odborníky poskytují ucelený a strukturovaný pohled na problematiku těhotenství, což napomáhá k systematickosti vzdělávání budoucí matky. Tištěné zdroje slouží jako doplněk k ústní edukaci v prenatálních poradnách a umožňují ženě vracet se k důležitým informacím v průběhu celého těhotenství. Správně zvolená literatura je důležitým nástrojem pro posílení autonomie prvorodičky a její aktivní zapojení do rozhodovacích procesů během porodu (Hudáková, Kopáčiková, 2017).

1.5.4 Rizika dezinformací

Fenomén informačního přetížení přináší riziko nekritického přijímání dezinformací, které mohou zkreslovat obraz o fyziologickém porodu. U prvorodiček je toto riziko umocněno chybějící předchozí zkušeností, což je činí zranitelnějšími vůči katastrofickým scénářům prezentovaným v médiích. Cílená předporodní příprava by proto měla zahrnovat i rozvoj informační gramotnosti, aby žena dokázala vyhledávat zdroje založené na důkazech (Evidence Based Medicine).

Schopnost kriticky hodnotit informace z masmédií výrazně přispívá k eliminaci nereálných očekávání a následného zklamání z porodního zážitku (Samková, 2020).

1.6 Historie přípravy na porod

Pohled na přípravu k porodu se v průběhu dějin měnil v závislosti na celkovém společenském a medicínském vývoji. Historický exkurz umožňuje pochopit transformaci porodnictví od tradičních metod k dnešnímu pojetí komplexní péče o těhotnou ženu (Samková, 2020).

1.6.1 Starověk a antické období

V nejranějších dobách lidské historie byla příprava na porod úzce spjata s magií a rituály. Například ve starověké Babylonii se k usnadnění porodu využívaly rituální tance šamanů a sypání soli, zatímco v Egyptě ženy při porodu využívaly vyhrátých kamenů k mírnění bolestí. V antickém Řecku a Římě se již začalo od magických rituálů upouštět a důraz byl kladen na praktickou pomoc zkušených žen, tzv. „porodních bab“, které doporučovaly různé polohy a bylinné odvary (Hudáková, Kopáčiková, 2017).

1.6.2 Středověk a lidové tradice

Během středověku došlo vlivem křesťanské ideologie k určitému útlumu odborného poznání a porodní bolest byla vnímána jako nevyhnutelný úděl. Péče o rodičku byla v této době ponechána výhradně ženám, které k mírnění potíží používaly lidové recepty, amulety a zaříkávací formule (Hudáková, Kopáčiková, 2017).

Po mnoho generací se tradovaly různé lidové moudrosti a pověry, které měly ženě k porodu dopomoci, jako například rituální práce s listím nebo víra v to, že fyzická aktivita v domácnosti, jako je mytí oken, napomůže spuštění porodu (Samková, 2020).

1.6.3 Novověk a profesionalizace

V období novověku se porodnictví začalo postupně měnit z laické pomoci na uznávaný vědní obor. V 16. století byla vytištěna první praktická učebnice pro porodní báby „Růžová zahrada“, což odstartovalo vlnu systematického vzdělávání porodních asistentek. Později v 18. a 19. století se začaly v péči o rodičky objevovat i první pokusy o farmakologické tlášení bolesti, například využití etheru nebo chloroformu, což zásadně změnilo vnímání porodního děje (Hudáková, Kopáčiková, 2017).

1.6.4 20. století a moderní přístupy

Zásadní zlom v přípravě na porod přineslo 20. století, kdy se začaly rozvíjet metody psychofyzilogické přípravy. Britský lékař Grantly Dick-Read v roce 1933 definoval bludný kruh strach-napětí-bolest a zdůraznil potřebu relaxace a dýchání (Hudáková, Kopáčiková, 2017).

Na tyto základy navázala v období totalitní éry, kdy se v porodnicích kladl důraz na poslušnost rodiček a přísný režim, což vedlo k narušení přirozeného průběhu porodu. Dnešní moderní příprava se vrací k předtotalitním hodnotám a zaměřuje se na informovanost a na co největší fyzickou a psychickou pohodu ženy (Samková, 2020).

1.7 Příprava na porod

Předporodní příprava je definována jako edukativní a praktický proces zaměřený na komplexní připravenost těhotné ženy a jejího doprovodu na porod, šestinedělí a péči o novorozence. Nejedná se pouze o pasivní přijímání informací, ale o aktivní nácvik dovedností. Moderní pojetí předporodní přípravy klade důraz na autonomii ženy a její schopnost činit informovaná rozhodnutí v souladu s principy medicíny založené na důkazech (Hudáková, Kopáčiková, 2017).

Hlavním cílem systematické přípravy je snížení výskytu strachu a úzkosti, které jsou primárními faktory zvyšujícími vnímání porodní bolesti. Prostřednictvím edukace dochází k rozbití bludného kruhu strachu a svalového napětí, což následně přispívá k hladšímu průběhu první i druhé doby porodní. Příprava směřuje k dosažení stavu psychické vyrovnanosti a fyzické připravenosti, čímž se snižuje pravděpodobnost nutnosti farmakologických intervencí a operativních ukončení porodu (Roztočil a kol., 2017).

1.7.1 Formy a obsah předporodní přípravy

V současné praxi se využívají formy individuální přípravy, které umožňují hluboké zaměření na specifické potřeby a patologie, a formy skupinové přípravy. Skupinová příprava je vysoce hodnocena pro možnost sociální interakce a sdílení zkušeností mezi prvorodičkami, což přispívá k normalizaci jejich obav. V posledních letech se rozšířila také online forma edukace, která slouží jako dostupný informační kanál, ačkoliv nemůže plnohodnotně nahradit praktický nácvik pod odborným dohledem (Roztočil, 2020).

Obsahová náplň kurzů musí reflektovat reálné potřeby žen a zahrnovat teoretické základy fyziologie porodu, seznámení s administrativními postupy a nácvik technik zvládnání porodního děje. Důležitou součástí je také příprava na kojení a specifika péče o novorozence v prvních dnech života. Moderní předporodní edukace zahrnuje také poznatky o možnostech individualizace porodního procesu, jako je aromaterapie, využití rebozo šátku či úprava prostředí porodního sálu dle potřeb rodičky. (Samková, 2020).

1.7.2 Význam přípravy u prvorodiček

U prvorodiček má předporodní příprava specifický význam v oblasti prevence porodního traumatu. Vzhledem k absenci předchozí zkušenosti je tato skupina náchylnější k dezinformacím a nereálným očekáváním. Odborně vedená edukace pomáhá vytvořit reálný obraz o porodním procesu a buduje důvěru v kompetence zdravotnického personálu (Samková, 2020).

Z pohledu porodní asistence má příprava význam také v usnadnění komunikace mezi rodičkou a zdravotnickým týmem. Žena, která je seznámena s možnými scénáři porodu a s terminologií, dokáže lépe formulovat své potřeby a informovaně souhlasit s případnými intervencemi. Tento soulad mezi očekáváním ženy a realitou porodního sálu je základním předpokladem pro prevenci postpartálního traumatu a pro celkovou spokojenost s péčí (Hudáková, Kopáčiková, 2017).

1.7.3 Podíl partnera na předporodní přípravě

Nedílnou součástí moderní přípravy je zapojení partnera, který pro prvorodičku představuje hlavní zdroj emoční jistoty. Světová zdravotnická organizace ve svých doporučeních uvádí, že

kontinuální podpora blízké osoby během přípravy a porodu prokazatelně zvyšuje spokojenost ženy a snižuje míru medicínských intervencí (WHO, 2018).

Společné absolvování přípravy umožňuje partnerovi pochopit potřeby rodící ženy a naučit se praktickým způsobům fyzické i psychické opory, což usnadňuje budoucí adaptaci obou rodičů na jejich nové role (Mazúchová a Porubská, 2022).

1.7.4 Příprava do porodnice

Důležitým milníkem v závěru těhotenství je pro prvorodičku kompletní zavazadla do porodnice, což bývá doporučováno kolem 36. týdne gravidity. Tato praktická příprava má i významný psychologický efekt, neboť ženě dodává pocit připravenosti na nečekaný začátek porodního děje. Obsah zavazadla se dělí na tři základní okruhy: nezbytnou dokumentaci, potřeby pro matku a první výbavu pro novorozence (Procházka a kol., 2020).

Z hlediska administrativy je pro plynulý příjem na porodní sál důležitá připravenost dokladů, které zahrnují občanský průkaz, průkaz pojištěnce a těhotenskou průkazku s kompletními výsledky prenatalních vyšetření. V rámci české legislativy a porodnické praxe je dále nezbytné doložit doklady k matrice, jako je oddací list nebo zápis o určení otcovství, a dotazník o jméne dítěte. Pro zvýšení vlastního komfortu během první doby porodní je doporučováno zařadit do výbavy také omyvatelnou obuv, nesyčené nápoje či hroznový cukr pro pohotový přísun energie (Samková, 2020).

Kromě věcného vybavení je důležitou součástí přípravy také informovanost o rutinních procedurách při příjmu. Moderní porodnictví nahlíží na úkony, jako je očistné klyzma či oholení genitálií, jako na volitelné procedury. Přestože již nejsou vyžadovány striktně u každého porodu, zůstávají součástí standardní nabídky, neboť mohou přispět k většímu subjektivnímu pohodlí rodičky a usnadnit hygienickou péči během vypuzovací fáze i případné ošetření porodních poranění. Ucelená znalost těchto praktických aspektů umožňuje prvorodičce eliminovat zbytečný stres a lépe se koncentrovat na samotný proces porodu. (Roztočil a kol., 2020)

1.8 Fyzická příprava na porod

Předporodní příprava je komplexní proces, který zahrnuje jak teoretickou edukaci, tak specifický fyzický trénink zaměřený na oblast porodních cest. Pro prvorodičku je pochopení vlastního těla klíčem k aktivnímu zvládnutí porodu. Cílem je propojit teoretické znalosti anatomie s praktickými metodami, které vedou k uvolnění a přípravě měkkých tkání (Samková, 2020).

1.8.1 Pánev a pánevní dno

Pánev

Znalost anatomických poměrů pánve a funkce pánevního dna je nezbytným předpokladem pro efektivní fyzickou přípravu na porod. Ženská pánev je tvořena kostěným prstencem, který se skládá ze dvou kostí pánevních, kosti křížové a kostrče. Z porodnického hlediska rozlišujeme velkou pánev, která tvoří oporu břišním orgánům, a malou pánev, jež tvoří vlastní porodní kanál. Klíčovým parametrem pro hladký průběh porodu je prostornost a tvar pánevního vchodu, východu a úžiny, které musí plod během mechanismu porodu překonat. Fyziologické rozvolnění

pánevních vazů vlivem hormonů (zejména relaxinu) v závěru těhotenství umožňuje mírnou mobilitu kostěných struktur, což usnadňuje adaptaci porodních cest na hlavičku plodu (Roztočil a kol., 2017).

Pánevní dno

Pánevní dno (diaphragma pelvis) představuje komplexní svalově-vazivový aparát, který uzavírá východ malé pánve a poskytuje oporu orgánům malé pánve. Je tvořeno několika vrstvami svalů, z nichž nejdůležitější je sval zdvihač řiti (m. levator ani), který hraje klíčovou roli v udržení kontinence a v procesu rotace plodu během porodu. Během těhotenství je tato oblast vystavena zvýšenému tlaku zvětšující se dělohy, což může vést k oslabení její funkce. Cílená předporodní příprava se proto zaměřuje na nácvik vědomého ovládání těchto svalů, zejména na schopnost jejich izolované kontrakce a následného plného uvolnění, které je nezbytné pro druhou dobu porodní (Hudáková, Kopáčiková, 2017).

Správná koordinace nádechu a vědomého uvolnění těchto svalů při porodu umožňuje plodu plynulejší průchod porodními cestami a snižuje celkovou stresovou zátěž rodičky (Edukační materiál Nemocnice Třebíč).

Funkční stav svalstva pánevního dna u prvorodiček často vykazuje zvýšené napětí (hypertonus). Příliš pevné a nepružné svalstvo může tvořit mechanickou překážku v postupu porodu a zvyšuje riziko porodního poranění hráze. Proto je v rámci fyzické přípravy kladen důraz na techniky, které zvyšují elasticitu a poddajnost těchto tkání. Schopnost vědomě povolit pánevní dno v reakci na tlak hlavičky je jednou z nejdůležitějších dovedností, které se žena v kurzech a při domácím tréninku učí, aby předešla nutnosti invazivních zákroků (Samková, 2020).

1.8.2 Cvičení v těhotenství a aktivace pánevního dna

Pohybová aktivita v těhotenství by měla být pravidelná a mírné intenzity s důrazem na udržení dobré kondice a posílení svalových skupin nadměrně zatěžovaných graviditou. Doporučují se zejména cvičení ve vodě, gravid jóga a cvičení na gymballech, která napomáhají uvolnění kyčelních kloubů a posílení svalů pánevního dna. Pravidelný pohyb prokazatelně snižuje riziko vzniku těhotenské cukrovky a zlepšuje psychickou pohodu (Hudáková, Kopáčiková, 2017).

Fyzická příprava je zaměřena také na zlepšení funkcí kardiovaskulárního systému a prevenci bolestí zad či otoků. Základním pravidlem zůstává individuální přístup a respektování fyziologických změn v těle ženy. Cílená aktivita pomáhá ženě lépe vnímat vlastní tělo a připravuje ji na fyzickou zátěž, kterou porod představuje (Roztočil a kol., 2017).

Vědomá práce se svaly pánevního dna je pro prvorodičku klíčová nejen z hlediska mechanismu porodu, ale i pro následnou poporodní rekonvalescenci. Cvičení zahrnuje nácvik izolované kontrakce a následného úplného uvolnění svalstva, což je dovednost nezbytná pro efektivní spolupráci v závěrečných fázích vypuzování plodu (Hudáková a Kopáčiková, 2017).

1.8.3 Nácvik dýchání

Nácvik správné techniky dýchání je jednou z nejdůležitějších složek fyzické přípravy. V první době porodní se využívá hluboké břišní dýchání pro relaxaci a okysličování dělohy, zatímco ve vypuzovací fázi je nutný nácvik specifického nádechu pro efektivní břišní lis. Správné dýchání

pomáhá ženě lépe zvládat intenzitu kontrakcí a zajišťuje optimální přísun kyslíku plodu (Hudáková, Kopáčiková, 2017).

1.8.4 Hydroterapie

Využití vody ve formě sprchy nebo vany patří mezi nejúčinnější nefarmakologické metody tlumení bolesti. Teplá voda působí relaxačně na svalstvo, snižuje krevní tlak a podporuje vyplavování endorfinů, což vede k lepší toleranci kontrakcí. Sprcha umožňuje cílené působení proudu vody na bederní oblast nebo podbřišek, což zmírňuje svalové napětí a napomáhá otevírání porodních cest (Hudáková, Kopáčiková, 2017).

Pobyt ve vaně nabízí rodičce pocit nadlehčení a soukromí, což je klíčové pro psychické uvolnění. Voda snižuje vnímání tíhy vlastního těla a umožňuje snadnější změny poloh, které jsou nezbytné pro správný vstup hlavičky do porodních cest. Hydroterapie je vnímána jako bezpečný a přirozený způsob, jak zkrátit první dobu porodní a snížit potřebu medikace (Samková, 2020).

1.8.5 Příprava hráze

Využití silikonových balonků (např. Aniball) slouží k nácviku uvolnění pánevního dna a k vědomému vypuzování. Tato metoda pomáhá ženě pochopit mechanismus tlaku hlavičky na hráz a prokazatelně snižuje riziko porodního poranění či nutnosti epiziotomie. Podobně významná je i perineální masáž prováděná pomocí přírodních olejů, která zvyšuje elasticitu tkání (Samková, 2020).

Masáž hráze představuje metodu manuální přípravy tkání v oblasti mezi vaginálním vchodem a konečníkem. Pravidelné provádění masáže zvyšuje prokrvení a elasticitu perinea, čímž se tkáň adaptuje na extrémní rozepletí během druhé doby porodní. Tato technika významně snižuje incidenci ruptur a nutnost provedení epiziotomie, přičemž zároveň zvyšuje psychickou připravenost ženy na pocity tlaku v závěru porodu (Hudáková, Kopáčiková, 2017).

Dle doporučení odborníků se s masáží začíná nejdříve od ukončeného 34. týdne gravidity, přičemž se provádí ideálně 3–4× týdně po dobu 5–10 minut za použití vhodných přírodních olejů (Edukační materiál Nemocnice Třebíč).

1.8.6 Podpůrné metody (napáčka a byliny)

Předporodní bylinná vaginální napáčka využívá působení teplé páry k uvolnění měkkých porodních cest a relaxaci svalů pánevního dna. K dalším doplňkovým metodám patří pití čaje z ostružiníku maliníku pro tonizaci dělohy a konzumace lněného semínka pro usnadnění průchodu plodu porodními cestami (Samková, 2020).

Vaginální napáčka je v rámci předporodní přípravy vhodná k aplikaci od ukončeného 38. týdne těhotenství, přičemž je nutné dbát na subjektivní komfort ženy a vyloučit kontraindikace, jako jsou infekce nebo krvácení (Edukační materiál Nemocnice Třebíč).

Při využívání bylinných směsí je kladen důraz na konzultaci s porodní asistentkou, aby byla zajištěna bezpečnost a efektivita zvolené metody (ČKPA, 2021).

1.9 Psychická příprava na porod

Psychické rozpoložení prvorodičky je jedním z hlavních faktorů, které ovlivňují vnímání porodních bolestí a celkový průběh porodu. Cílená práce s psychikou pomáhá ženě zpracovat přirozený strach z neznámého a vybudovat si sebedůvěru potřebnou pro zvládnutí porodního děje (Samková, 2020).

1.9.1 Psychoprofylaxe a její principy

Psychoprofylaktická příprava je založena na ovlivňování psychických procesů rodičky s cílem snížit vnímání bolesti prostřednictvím edukace a nácviku sebekontroly. Hlavním principem je vytvoření nových podmíněných reflexů, které nahrazují strach a úzkost aktivním soustředěním na dýchání a svalovou relaxaci. Tento přístup snižuje celkovou psychickou tenzi během všech dob porodních (Hudáková, Kopáčiková, 2017).

V moderním pojetí je psychoprofylaxe chápána jako nástroj pro posílení sebevědomí ženy a její důvěry ve vlastní schopnost porodit. Klade se důraz na vnímání porodu jako přirozeného procesu a na vytvoření bezpečného vztahu s porodní asistentkou (Samková, 2020).

1.9.2 Práce se strachem a úzkostí

Strach z porodu vyvolává uvolňování stresových hormonů, které mohou negativně ovlivnit děložní činnost. Systematická psychická příprava pomáhá tyto obavy objektivizovat a transformovat je do konstruktivního očekávání (Roztočil a kol., 2017).

U prvorodiček je klíčové řešit strach ze ztráty kontroly a obavy z neznámého prostředí. Informovaná rodička, která rozumí smyslu jednotlivých fází porodu, vykazuje prokazatelně nižší míru porodního stresu (Samková, 2020).

1.9.3 Relaxační techniky, vizualizace a autogenní trénink

Relaxační metody představují praktický základ psychické přípravy a jsou zaměřeny na nácvik vědomého uvolnění kosterního svalstva. Mezi nejčastěji využívané postupy patří progresivní svalová relaxace, při které se rodička učí rozlišovat mezi napětím a uvolněním jednotlivých svalových skupin. Tato dovednost je pro prvorodičku klíčová zejména v první době porodní, kdy pomáhá šetřit energetické rezervy organismu a umožňuje efektivní odpočinek v pauzách mezi kontrakcemi. Pravidelný nácvik relaxace navíc přispívá k lepšímu okysličení tkání a snižuje celkovou hladinu stresových hormonů v krvi (Hudáková, Kopáčiková, 2017).

Doplňkovou, ale velmi účinnou metodou v rámci psychoprofylaxe je vizualizace. Tato technika pracuje s vytvářením pozitivních vnitřních obrazů, které mají za cíl podpořit fyziologický postup porodu – například představa otevírajícího se květu nebo sestupujícího světla, které symbolizuje pohyb plodu porodními cestami. Součástí této přípravy je také autogenní trénink, který využívá autosugesce k navození pocitů tíhy a tepla v končetinách, což vede ke zklidnění vegetativní nervové soustavy. Tyto metody umožňují ženě odpojit se od vnějších rušivých vlivů okolí a napojit se na instinktivní rovinu porodu, což je pro hladký průběh a eliminaci porodních bolestí zásadní (Samková, 2020).

V rámci moderní přípravy se stále častěji uplatňují také techniky mindfulness (všímavosti) a vědomé práce s afirmativními výroky. Afirmace jsou krátké, pozitivně laděné věty, které si žena v průběhu těhotenství a porodu opakuje, aby posílila svou sebedůvěru a zvládla krizové momenty porodního děje. Cílem těchto technik je vytvořit v mysli ženy bezpečné místo, ke kterému se může v průběhu intenzivních kontrakcí vracet. Kombinace vědomého dýchání a mentálního uvolnění prokazatelně zvyšuje práh bolestivosti a snižuje riziko postpartální psychické nepohody (Roztočil, 2020).

1.10 Výběr porodnice a porodní prostředí

Rozhodnutí o tom, ve kterém zdravotnickém zařízení bude žena rodit, je důležitým krokem v předporodní přípravě. Výběr porodnice často závisí na kombinaci dostupnosti odborné péče, nabízených služeb a celkové filozofie pracoviště, která by měla být v souladu s individuálními preferencemi budoucí matky (Roztočil a kol., 2017)

1.10.1 Kritéria výběru porodnice

Výběr porodnického zařízení je pro prvorodičku strategickým rozhodnutím, které přímo ovlivňuje její psychickou pohodu a pocit bezpečnosti. Mezi hlavní kritéria volby patří nejen geografická dostupnost a stupeň perinatologické péče, ale především rozsah nabízených služeb a soulad filozofie pracoviště s individuálním porodním přáním ženy. Prvorodičky při rozhodování zohledňují dostupnost moderních metod tlumení bolesti, jako je epidurální analgezie či inhalační analgetika (rajský plyn), a také materiální vybavení sálů, kam řadíme relaxační vany, sprchy, porodní balony či závěsné systémy. Možnost informované volby místa porodu na základě těchto parametrů je považována za klíčový prvek předporodní přípravy (Roztočil a kol., 2017).

1.10.2 Význam seznámení se s porodním boxem

Fyzická návštěva porodnice a prohlídka porodních sálů v rámci předporodní přípravy představuje klíčový moment v redukci prenatální úzkosti, neboť umožňuje prvorodičce objektivizovat své představy a snižuje strach z neznámého. Během těchto prohlídek je kladen důraz na vizualizaci porodního boxu, jehož uspořádání a vybavení by mělo v ženě evokovat pocit bezpečí a intimity. Znalost prostředí porodního boxu a sociálního zázemí umožňuje rodičce se po příjezdu k porodu rychleji adaptovat, což je nezbytným předpokladem pro nerušené spuštění hormonálních procesů vedoucích k progresi porodu. Důležitým administrativním a psychologickým milníkem je v českém prostředí proces registrace k porodu, který ženě poskytuje jistotu místa a umožňuje včasné navázání kontaktu s vybraným pracovištěm. (Samková, 2020).

1.10.3 Vliv prostředí na fyziologii porodního děje

Prostředí, ve kterém porod probíhá, má přímý vliv na hormonální regulaci a progresi děložních kontrakcí. Pro optimální sekreci oxytocinu a endorfinů je nezbytné navodit pocit ticha a soukromí, což moderní porodní sály podporují humanizací prostoru a možností individuální úpravy osvětlení či teploty. Eliminace rušivých vlivů při příjmu k porodu snižuje uvolňování stresových hormonů, které by mohly inhibovat porodní činnost a vést k jejímu zastavení. Prvorodička, která je dopředu seznámena s prostředím, vykazuje při příjmu nižší míru psychické

tenze, což vede k hladšímu průběhu první doby porodní a k pozitivnějšímu hodnocení celého porodního prožitku (Hudáková, Kopáčiková, 2017).

1.10.4 Podpora bondingu a standardy poporodní péče

Úroveň poporodní péče a podpora raného kontaktu mezi matkou a novorozencem, tzv. bondingu, představuje pro současné ženy jedno z nejdůležitějších kritérií při výběru místa porodu. Standardem moderní péče je nepřerušovaný kontakt kůže na kůži (skin-to-skin) po dobu minimálně dvou hodin po porodu, který je zásadní pro stabilizaci životních funkcí dítěte a úspěšný start laktace. Ženy v rámci své přípravy aktivně vyhledávají zařízení, která tento kontakt garantují i po operativním ukončení porodu a která uplatňují principy „Baby-friendly hospital“. Schopnost porodnice zajistit nepřetržitý rooming-in a odbornou laktiční pomoc na oddělení šestinedělí je vnímána jako indikátor respektujícího přístupu k rodičce (Samková, 2020).

1.10.5 Alternativní porodní prostory

Současným trendem je poptávka po alternativních porodních prostorech, které kombinují bezpečnost zdravotnického zařízení s intimitou domácího prostředí. Centra porodní asistence umožňují nízkorizikovým rodičkám prožít porod pod vedením pouze porodní asistentky, s minimem rutinních lékařských intervencí, avšak s okamžitým dosahem specializované péče v případě potřeby. Tato forma péče reaguje na potřebu prvorodiček po individualizovaném a nerušeném porodu v prostředí, které není striktně klinické. (Roztočil, 2020).

1.11 Doprovod a jeho role v průběhu porodu

Přítomnost doprovodné osoby u porodu je v současném porodnictví vnímána jako standardní součást psychosomatické podpory rodičky a pro prvorodičku má velký význam. Právo na přítomnost osoby blízké je garantována zákonem (ZÁKON Č. 372/2011 SB., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování). Správně zvolený doprovod poskytuje ženě emocionální oporu a pocit jistoty, což může pozitivně ovlivnit její vnímání celého porodního děje. Doprovod lze rozdělit na laický, tvořený nejčastěji partnerem nebo blízkým rodinným příslušníkem, a profesionální, který zastupuje dula či porodní asistentka. Hlavním přínosem přítomnosti blízké osoby je vytvoření pocitu bezpečí a kontinuální opory, což u prvorodiček prokazatelně vede ke snížení hladiny stresových hormonů a k celkově pozitivnějšímu vnímání porodního prožitku. Zatímco partner poskytuje především emocionální zázemí a sdílení intimity, profesionální doprovod doplňuje péči o specifické znalosti nefarmakologických úlevových technik a pomáhá ženě v orientaci v nemocničním prostředí (Samková, 2020).

1.11.1 Rozdíly mezi porodní asistentkou a dulou

V rámci profesionální podpory je pro prvorodičku zásadní rozlišovat mezi kompetencemi duly a porodní asistentky. Porodní asistentka je zdravotnický pracovník s odbornou kvalifikací, která jí umožňuje vést fyziologický porod, provádět klinické úkony, jako je vaginální vyšetření či sledování ozev plodu, a podávat medikaci. Naproti tomu dula není zdravotník a její role je čistě podpůrná v rovině psychické, emocionální a fyzické. Dula se zaměřuje na kontinuální přítomnost

u rodičky, pomáhá s úlevovými polohami, dýcháním a vytvářením klidného prostředí, ale neprovádí žádné zdravotnické úkony (Unie porodních asistentek, 2023).

Specifickou roli zastává komunitní porodní asistentka, která pečuje o ženu již v těhotenství a v šestinedělí. Tato asistentka může mít s vybranou nemocnicí uzavřenou smlouvu, což jí umožňuje doprovázet ženu k porodu jako odborný doprovod a v rámci smluvních podmínek nemocnice se aktivně podílet na vedení porodu. Tento model zajišťuje maximální kontinuitu péče, která je pro prvorodičku klíčová pro eliminaci strachu z neznámého personálu (Samková, 2020).

1.11.2 Role doprovodné osoby

Role doprovodu se v průběhu porodu mění v závislosti na aktuálních potřebách rodičky. Primární funkcí je poskytování nepřetržité emocionální podpory, která zahrnuje povzbuzování a aktivní naslouchání. V rovině praktické pomoci se doprovod podílí na realizaci úlevových technik, jako jsou masáže bederní oblasti, pomoc při změnách poloh, zajištění pitného režimu nebo doprovod do sprchy. Přítomnost doprovodu také prokazatelně snižuje četnost požadavků na farmakologické tišení bolesti, neboť kontinuální podpora zvyšuje schopnost ženy adaptovat se na porodní vjemy a pracovat s nimi (NZIP, 2023).

Významnou kompetencí doprovodné osoby je role prostředníka mezi rodičkou a zdravotnickým personálem. Zejména v pokročilých fázích porodu, kdy se žena plně soustředí na své tělo, se doprovod stává mluvčím, který zná její porodní přání a preference. Doprovod pomáhá tlumočit dotazy rodičky a dbá na to, aby byl respektován její intimní prostor. Tato ochrana „hranic“ je pro psychiku prvorodičky zásadní, neboť jí umožňuje setrvat v nerušeném stavu soustředění a bezpečí (Florence, 2019).

1.12 Porodní plán

Porodní plán (v odborné literatuře často označován jako „porodní přání“) je písemný soupis preferencí, očekávání a priorit těhotné ženy ohledně vedení jejího porodu a následné péče o novorozence. Porodní plán není právně vymahatelný scénář, který musí být dodržen za všech okolností, ale o strukturovaný podklad pro dialog mezi rodičkou a zdravotnickým týmem. Pro prvorodičku má sestavování plánu zásadní edukační přínos; proces vyžaduje, aby se žena seznámila s fyziologií porodu, možnostmi úlevy od bolesti a rutinními postupy v porodnici. Tato příprava jí pomáhá objektivizovat strach z neznámého a transformovat roli pasivní pacientky do role informované a aktivní účastnice péče (Samková, 2020).

1.12.1 Struktura porodního plánu

Obsah porodního plánu by měl být stručný, přehledný a individuálně zaměřený. Obvykle se dělí na několik klíčových oblastí:

- **První doba porodní:** Preference ohledně pohybu, využití hydroterapie či volby nefarmakologických metod tlumení bolesti.
- **Druhá doba porodní:** Přání týkající se porodní polohy, ochrany hráze nebo omezení rutinních zásahů (např. nástřih hráze).

- **Péče o novorozence:** Požadavky na nepřerušovaný bonding, dotepání pupečníku či první přiložení k prsu. Odborníci doporučují, aby plán obsahoval i doložku o tom, že žena si je vědoma nutnosti upřednostnit zdraví a bezpečí v případě nepředvídatelných komplikací (Roztočil a kol., 2017).

1.12.2 Rizika spojena s nedostatkem informovanosti o obsahu porodního plánu

Významným úskalím, které může vést k narušení komunikace mezi pacientkou a zdravotníkem, je situace, kdy rodička plně nerozumí odborným termínům či procedurám, které do svého plánu zahrnuje (např. při mechanickém kopírování vzorů z internetových zdrojů). Pokud žena trvá na postupech, u kterých nezná jejich fyziologický dopad nebo rizika, může vzniknout napětí a nedůvěra ze strany personálu. Nejasná nebo nerealistická očekávání pak staví bariéru v efektivním dialogu. Je proto nezbytné, aby porodní asistentka v rámci předporodní přípravy pomohla prvorodičce jednotlivé body plánu pochopit a zasadit je do reálného medicínského kontextu, čímž se předejde zklamání a konfliktům na porodním sále (Samková, 2020).

1.12.3 Role respektu, úcty a efektivní komunikace

Samotná existence dokumentu nezaručuje pozitivní zážitek, pokud není doprovázena respektujícím přístupem. Úcta a zdvořilost v komunikaci jsou fundamentálními prvky péče. Personál by měl porodní plán s rodičkou prodiskutovat a srozumitelně vysvětlit možnosti jeho naplnění v konkrétním zařízení. Pokud medicínská situace vyžaduje odchýlení od plánu, je povinností personálu situaci empaticky vysvětlit a vyžádat si souhlas ženy. Tento partnerský model, založený na vzájemné důvěře a uznání důstojnosti rodičky, je klíčem k humánnímu porodnictví (Mazúchová, Porubská, 2022).

1.13 Socioekonomické faktory

Úroveň socioekonomického zázemí hraje v období těhotenství a přípravy na porod významnou roli. Faktory, jako je vzdělání, finanční stabilita nebo rodinné prostředí, přímo ovlivňují přístup prvorodičky k informacím i její celkovou psychickou pohodu, což se následně odráží v míře připravenosti na mateřskou roli. (Samková, 2020).

1.13.1 Ekonomické aspekty prenatální péče a edukace

Ačkoliv je základní prenatální péče v České republice plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění, ekonomická situace prvorodičky výrazně ovlivňuje rozsah nadstandardní péče, kterou může čerpat. Jde především o úhrady za prvotrimestrální screeniny, genetické testy (NIPT) či nadstandardní ultrazvuková vyšetření, která mohou pro sociálně slabší rodiny představovat značnou finanční zátěž. Stejně tak dostupnost kvalitních předporodních kurzů a cvičení pro těhotné je často vázána na přímou úhradu. Pokud si žena tyto služby nemůže dovolit, může vstupovat do porodního procesu s nižší mírou informovanosti a větší mírou nejistoty, což u prvorodičky prohlubuje strach z neznámého (Samková, 2020).

1.13.2 Vliv sociálního zázemí na výběr místa

Socioekonomický status často determinuje i výběr porodnice. Ženy s lepší finanční stabilitou jsou ochotny za vybranou péčí cestovat do vzdálenějších zařízení, která nabízejí specifické přístupy (např. centra porodní asistence) nebo možnost smluvní porodní asistentky. Tato ekonomická svoboda jim umožňuje vyšší míru autonomie při sestavování porodního plánu. Naopak ženy v tíživé sociální situaci jsou často odkázány na nejbližší dostupné zařízení bez možnosti volby, což může vést k pocitu rezignace na vlastní porodní přání a k pasivnímu podřízení se rutinním postupům (Mazúchová, Porubská, 2022).

1.13.3 Úroveň vzdělání jako faktor orientace v systému

Dosažené vzdělání prvorodičky úzce souvisí s její schopností kriticky vyhodnocovat informace a orientovat se v široké nabídce doporučených postupů. Ženy s vyšším vzděláním častěji vyhledávají odbornou literaturu a vědecky podložené zdroje, což jim umožňuje lépe formulovat porodní přání a věcně argumentovat při diskuzi se zdravotníky. Naopak nižší úroveň vzdělání může být spojena s horší srozumitelností odborných medicínských sdělení, což vede k nedorozuměním a pocitu ztráty kontroly. Povinností porodní asistentky je proto přizpůsobit edukaci a vysvětlování pojmů individuálním intelektuálním možnostem rodičky tak, aby byla zachována její úcta a právo na srozumitelné informace (Mazúchová, Porubská, 2022).

1.13.4 Sociální nerovnosti v komunikaci a úctě

Výzkumy v oblasti respektující péče naznačují riziko podvědomé diskriminace na základě sociálního statusu či vzdělání. Ženy s vyšší úrovní socioekonomického kapitálu bývají personálem vnímány jako rovnocennější partneři v dialogu, zatímco u žen ze znevýhodněného prostředí může docházet k paternalistickému přístupu a nedostatku srozumitelných informací. Respektující porodní péče vyžaduje od zdravotníků vysokou míru sociální citlivosti a schopnost komunikovat s úctou ke každé ženě bez ohledu na její životní situaci (Mazúchová, Porubská, 2022).

1.14 Role porodní asistentky v přípravě prvorodičky na porod

Porodní asistentka je pro prvorodičku klíčovou osobou, která ji provází celým obdobím přípravy na porod. Její role nespočívá pouze v dohledu nad zdravotním stavem, ale především v odborném vedení a edukaci. V dnešní době, kdy jsou těhotné ženy často zahlceny rozporuplnými informacemi, představuje porodní asistentka spolehlivý zdroj vědecky podložených faktů. Pomáhá ženě porozumět fyziologii porodu a učí ji praktické dovednosti, jako jsou správné dechové vzorce, úlevové polohy nebo metody přirozeného tlumení porodních bolestí. Kromě fyzické přípravy se porodní asistentka zaměřuje také na psychickou podporu a zmírnění strachu z neznámého. Skrze individuální konzultace vytváří bezpečný prostor pro dotazy, čímž u prvorodičky posiluje sebedůvěru a připravuje ji na aktivní spolupráci během porodního procesu. Budování vzájemné důvěry mezi asistentkou a ženou je zásadní pro to, aby prvorodička získala pocit jistoty a mohla svůj první porod prožít jako pozitivní a bezpečnou událost. (Slezáková a kol., 2017).

2 Výzkumná část

Výzkumná část bakalářské práce se zaměřuje na dotazníkové šetření, které bylo zaměřeno na přípravu prvorodiček na porod. Hlavním záměrem výzkumu je sběr a následná analýza získaných dat, která mají objasnit vztah prvorodiček k předporodní přípravě.

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumné části je zjistit, jakým způsobem se prvorodičky v ČR připravují na příchod svého prvního dítěte a jak tato příprava následně ovlivňuje jejich pocit připravenosti a prožívání porodu. Z tohoto cíle vycházejí následující výzkumné otázky.

VO 1: Jaký je vztah mezi subjektivním hodnocením dostupnosti informací a výsledným pocitem připravenosti prvorodiček na porod?

VO 2: Do jaké míry se liší subjektivní představy prvorodiček o porodu od jejich následné reálné zkušenosti?

VO 3: Jaká je souvislost mezi tématy předporodní přípravy a oblastmi, ve kterých prvorodičky zpětně pociťují informační deficit?

2.2 Metodika výzkumu

Pro výzkumnou část bakalářské práce byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu, která probíhala formou anonymního dotazníkového šetření. Pro účely tohoto výzkumu byl vytvořen anonymní dotazník obsahující 20 otázek v tištěné i digitální formě. Tato metoda byla vybrána jako nejvhodnější nástroj pro získání objektivních dat od většího počtu respondentek v poměrně krátkém časovém úseku. Kvantitativní metoda umožňuje statistické zpracování odpovědí, což vede k jasnému definování trendů v oblasti předporodní přípravy současných prvorodiček.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 110 prvorodiček. Respondentky byly osloveny v nemocnici Třebíč a dále prostřednictvím internetových skupin pro prvorodičky.

Z hlediska věkového rozmezí tvořily nejpočetnější skupinu respondentky ve věku 21–30 let, kterých bylo 70. Další významnou skupinou byly ženy ve věku 31–40 let v počtu 28 a okrajové kategorie 16–20 let a 41 a více let byly zastoupeny shodně po 6 respondentkách. Tato data potvrzují, že nejvíce žen se na svůj první porod připravuje ve věku mezi 20. a 30. rokem života.

Při hodnocení nejvyššího dosaženého vzdělání byl soubor velmi vyrovnaný mezi ženami se středoškolským vzděláním (55 respondentek) a vysokoškolským vzděláním (51 respondentek). Pouze 4 ženy uvedly jako nejvyšší dosažené vzdělání základní. Tato vzdělanostní struktura napovídá, že naprostá většina respondentek má dobré předpoklady pro aktivní vyhledávání a zpracovávání informací o předporodní přípravě.

Důležitým ukazatelem bylo také to, zda bylo těhotenství plánované. Pro většinu žen v souboru, konkrétně pro 84 prvorodiček, bylo těhotenství plánované, zatímco 26 žen uvedlo, že otěhotněly neplánovaně.

V rámci charakteristiky souboru byl sledován i samotný způsob ukončení porodu. U nadpoloviční většiny respondentek, tedy u 67 žen, proběhl porod spontánně. U 26 žen byl porod vyvolávaný a u 17 žen byl porod zakončený císařským řezem. Tato zkušenost je klíčová pro zpětné hodnocení toho, jak efektivní byla jejich předporodní příprava v praxi.

2.4 Průběh výzkumu

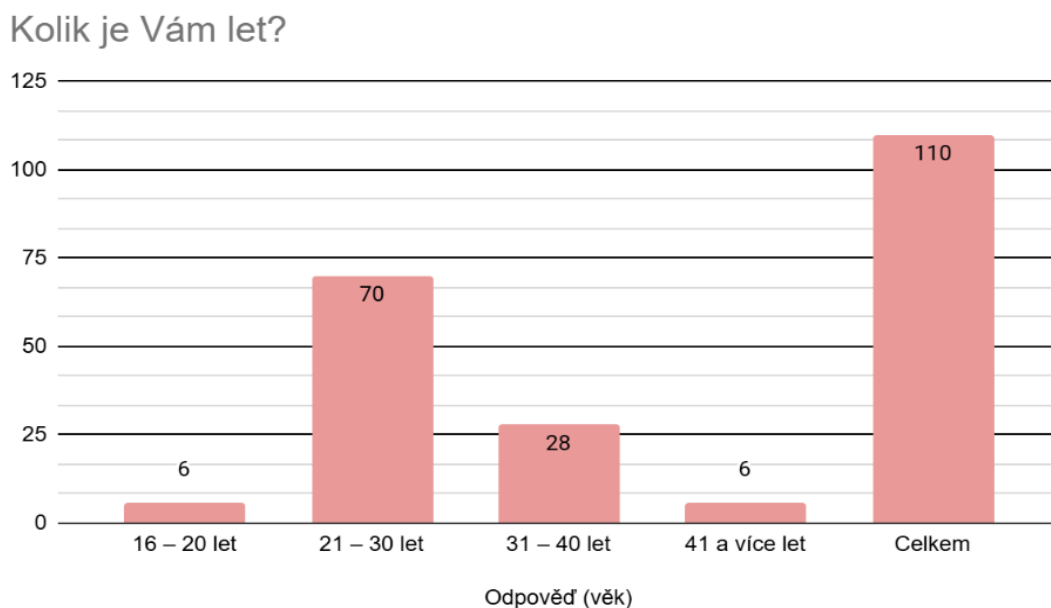
Vlastní sběr dat probíhal v období od prosince 2025 do března 2026. Výzkum probíhal dvěma způsoby. Část respondentek byla oslovena v Nemocnici Třebíč na gynekologicko-porodnickém oddělení formou tištěného dotazníku s QR kódem pro zobrazení digitální verze a druhá část pak skrze online odkaz v skupinách na sociálních sítích, které se zaměřují na prvorodičky. Tento kombinovaný přístup zajistil pestrost respondentek a dostatečný počet odpovědí pro následné zpracování. Před samotným vyplněním byly všechny ženy seznámeny s účelem práce. Celkem bylo nasbíráno 110 vyplněných dotazníků a všechny odpovědi byly následně zpracovány.

2.5 Zpracování získaných dat

Sběr dat probíhal kombinovanou formou. Částečně byly odpovědi sbírány přímo v digitální podobě prostřednictvím platformy Survio. Zbývající část odpovědí, získaná v tištěné formě, byla do tohoto systému následně doplněna, aby byl sběr kompletní a připravený k jednotnému zpracování. Data získaná z platformy Survio byla následně exportována a zpracována pomocí programů Microsoft Excel a Microsoft Word. V těchto programech byla provedena závěrečná analýza dat a výsledné údaje byly pro větší přehlednost převedeny do formy grafů.

2.6 Výsledky a analýza výzkumu

Otázka č.1: Kolik je Vám let?

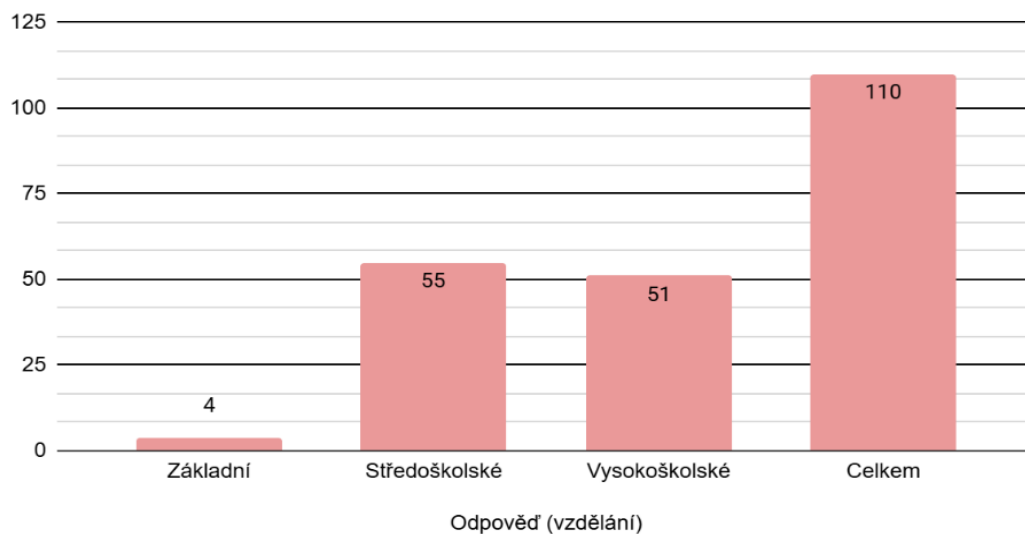


Graf 1: Věk respondentek

Z grafu č. 1 je patrné, že nejpočetnější skupinu respondentek tvořily ženy ve věkové kategorii **od 21 do 30 let**, kterou zastupovalo **70 prvorodiček (63,6 %)**. Druhou nejpočetněji zastoupenou skupinou byly ženy ve věku **31 až 40 let**, kterých bylo **28 (25,5 %)**. Nejméně respondentek se nacházelo v okrajových věkových kategoriích, tedy **16–20 let (6 žen; 5,45 %)** a **41 let a více (6 žen; 5,45 %)**. Z těchto výsledků vyplývá, že v mém výzkumu převažovaly prvorodičky v optimálním reprodukčním věku.

Otázka č.2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

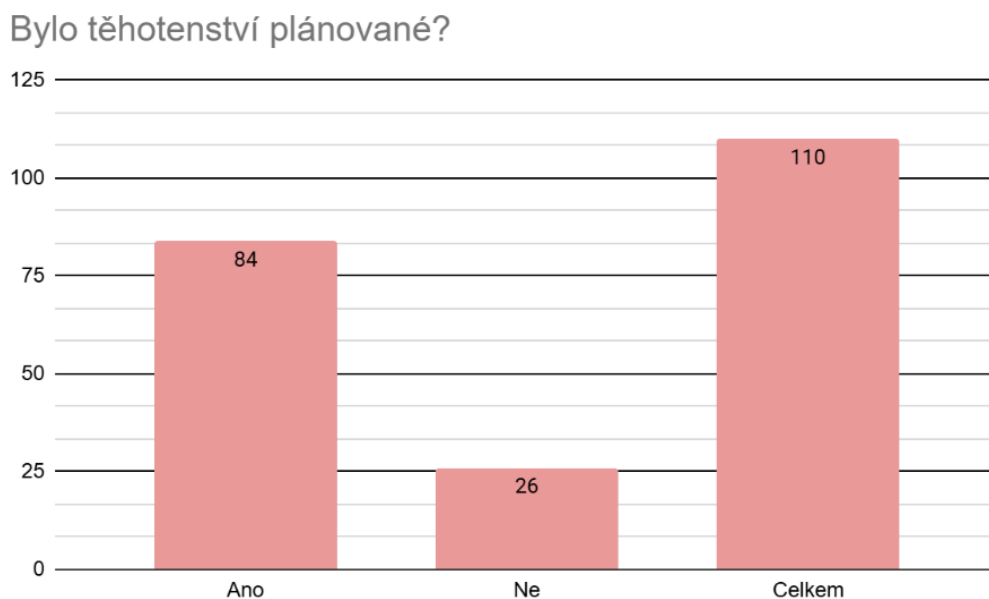
Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Graf 2: Nejvyšší dosažené vzdělání

Z grafu č. 2 vyplývá, že polovinu celého souboru tvořily **ženy se středoškolským vzděláním**, konkrétně **55 respondentek (50 %)**. Velmi početnou skupinou byly také **ženy s vysokoškolským vzděláním**, kterých bylo **51 (46,4 %)**. Nejméně zastoupenou skupinou byly **ženy se základním vzděláním**, kterou tvořily pouze **4 respondentky (3,6 %)**. Tyto výsledky ukazují na vysokou vzdělanostní úroveň dotazovaných prvorodiček, kdy více než 96 % z nich dosáhlo minimálně středoškolského vzdělání.

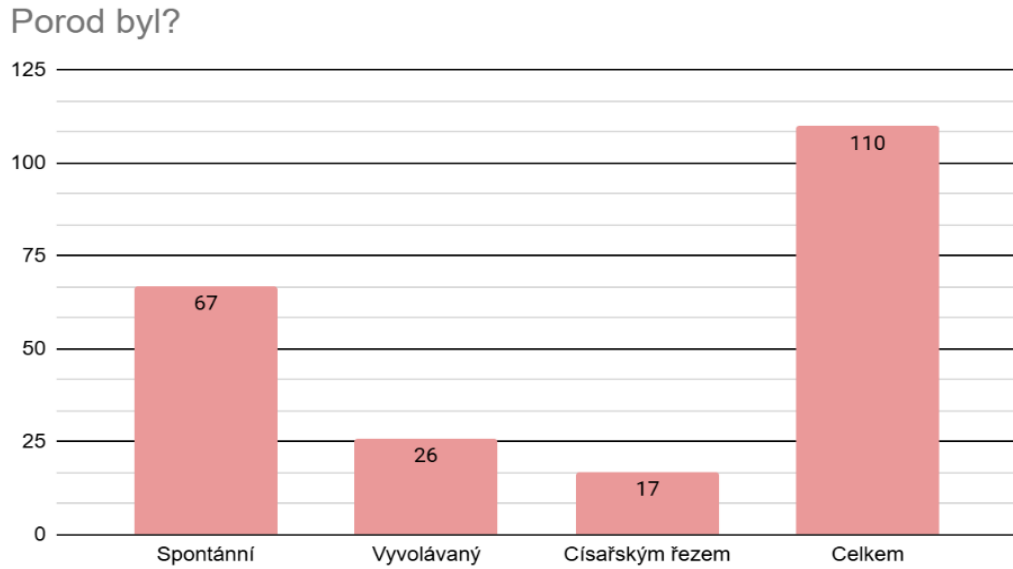
Otázka č.3: Bylo těhotenství plánované?



Graf 3: Plánované / neplánované těhotenství

Z grafu č. 3 vyplývá, že pro převážnou většinu respondentek bylo jejich první těhotenství **plánované**. Tuto odpověď zvolilo **84 žen (76,4 %)** z celkového souboru. Zbývajících **26 respondentek (23,6 %)** uvedlo, že jejich těhotenství **nebylo plánované**. Vysoký podíl plánovaných těhotenství v souboru může naznačovat vyšší připravenost a zájem o informace spojené s příchodem potomka.

Otázka č.4: Porod byl?

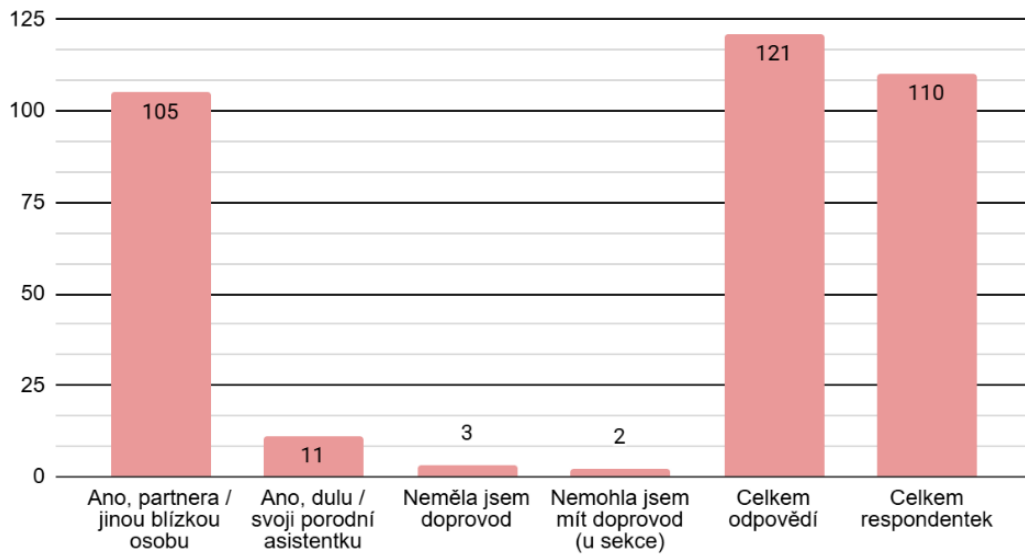


Graf 4: Druh porodu

Z grafu č. 4 vyplývá, že největší část respondentek porodila **spontánně**, a to v **67 případech (60,9 %)**. **Vyvolávaný** porod uvedlo **26 prvorodiček (23,6 %)**. **Operativní ukončení** těhotenství cestou císařského řezu podstoupilo **17 respondentek (15,5 %)**. Z výsledků je patrné, že více než polovina žen v souboru prošla přirozeným porodem, nicméně nezanedbatelná část téměř 40 % vyžadovala lékařskou indukci nebo operační zákrok.

Otázka č.5: Měla jste u porodu doprovod?

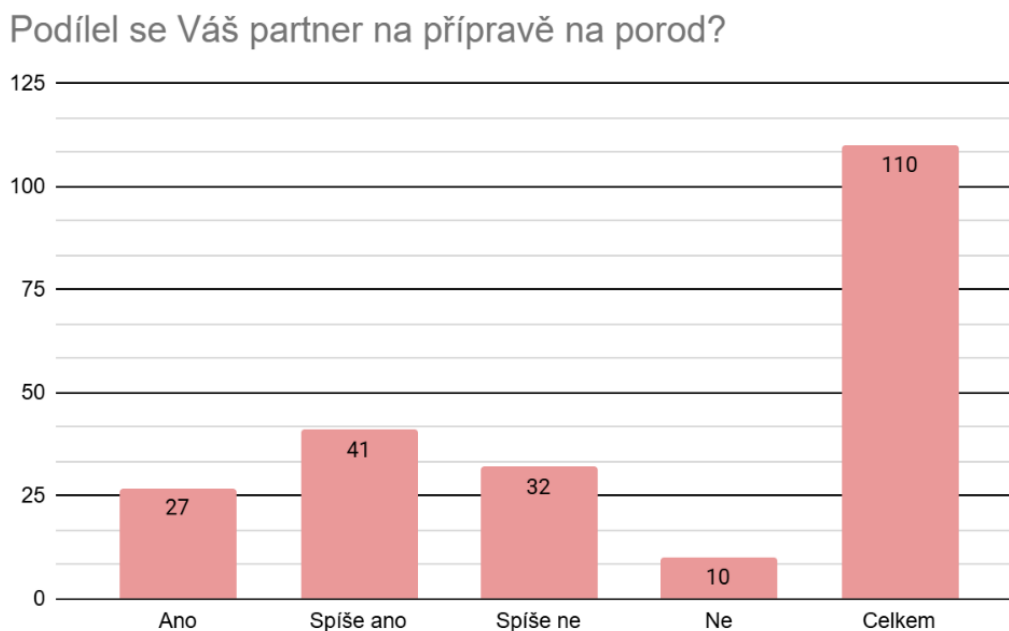
Měla jste u porodu doprovod?



Graf 5: Doprovod u porodu

Z grafu č. 5 je patrné, že naprostá většina respondentek měla u porodu doprovod. Nejčastěji se jednalo o **partnera nebo jinou blízkou osobu (95,5 %)**. Odborný doprovod (**dula, vlastní PA**) **využilo 10 %** respondentek. Celkový počet odpovědí (121) je vyšší než počet respondentek, jelikož některé ženy využily kombinaci doprovodu (např. partnera i dula zároveň). Pouze minimum žen (**cca 4,5 % doprovod u porodu nemělo**, ať už z vlastního rozhodnutí, nebo z důvodu operativního porodu).

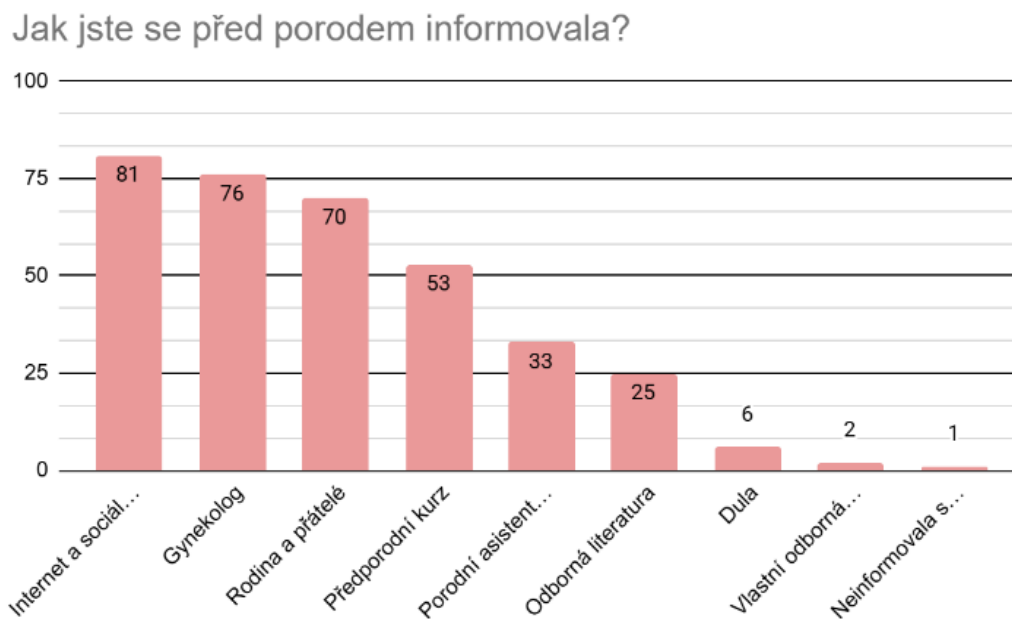
Otázka č.6: Podílel se Váš partner na přípravě na porod?



Graf 6: Podíl partnera na přípravě

Z grafu č. 6 vyplývá, že největší skupina respondentek, konkrétně **41 (37,3 %)**, vnímala zapojení partnera jako „**spíše ano**“. Plné zapojení partnera „**ano**“ uvedlo **27 respondentek (24,5 %)**. Naopak možnost „**spíše ne**“ zvolilo **32 žen (29,1 %)** a **úplnou absenci zapojení partnera do přípravy uvedlo 10 respondentek (9,1 %)**. Z výsledků je patrné, že ačkoliv se většina partnerů do přípravy zapojuje alespoň částečně, stále existuje téměř 40 % případů, kdy je zapojení partnera vnímáno jako nedostatečné nebo žádné.

Otázka č.7: Jak jste se před porodem informovala?

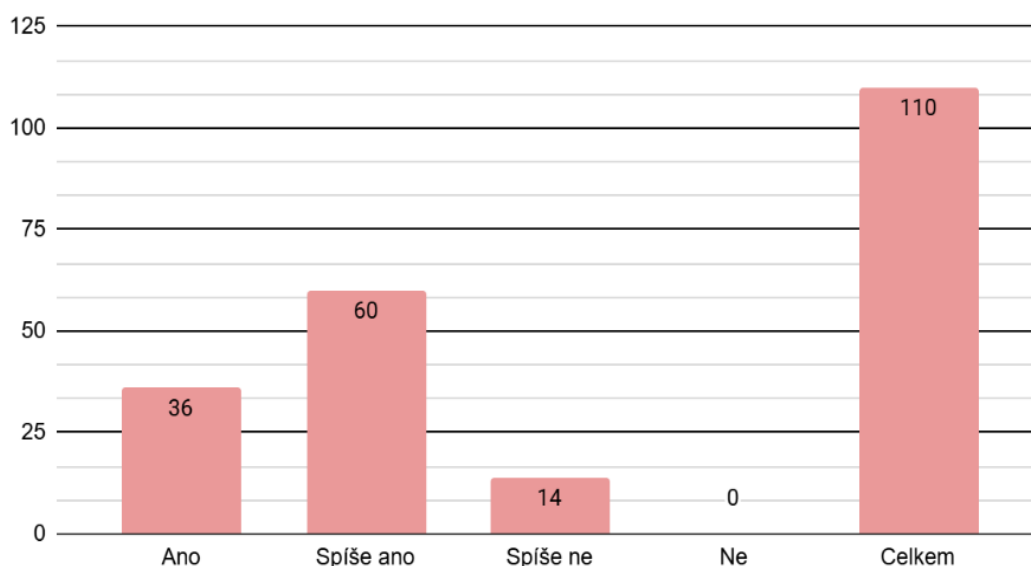


Graf 7: Zdroje informací

Z grafu č. 7 je zřejmé, že nejvyužívanějším zdrojem informací pro prvoroďičky je **internet a sociální sítě**, které zvolilo **81 respondentek (73,64 %)**. Velmi silnou roli hraje také odborné **vedení gynekologa (69,09 %)** a předávání zkušeností v rámci **rodiny a přátel (63,64 %)**. Téměř polovina žen (**48,18 %**) absolvovala **předporodní kurz**. Významným zdrojem byla také **porodní asistentka**, kterou uvedlo **33 respondentek (30,00 %)**. Méně častým zdrojem byla **odborná literatura (22,73 %)** či **duľa (5,45 %)**. Specifickou skupinu tvoří **dvě respondentky (1,82 %)**, které jsou samy profesí **porodní asistentky** a disponovaly vlastními znalostmi, a **jedna respondentka (0,91 %)**, která se **neinformovala vůbec**.

Otázka č.8: Považujete dostupnost informací o porodu a přípravě na porod za dostatečnou?

Považujete dostupnost informací o porodu a přípravě na porod za dostatečnou?

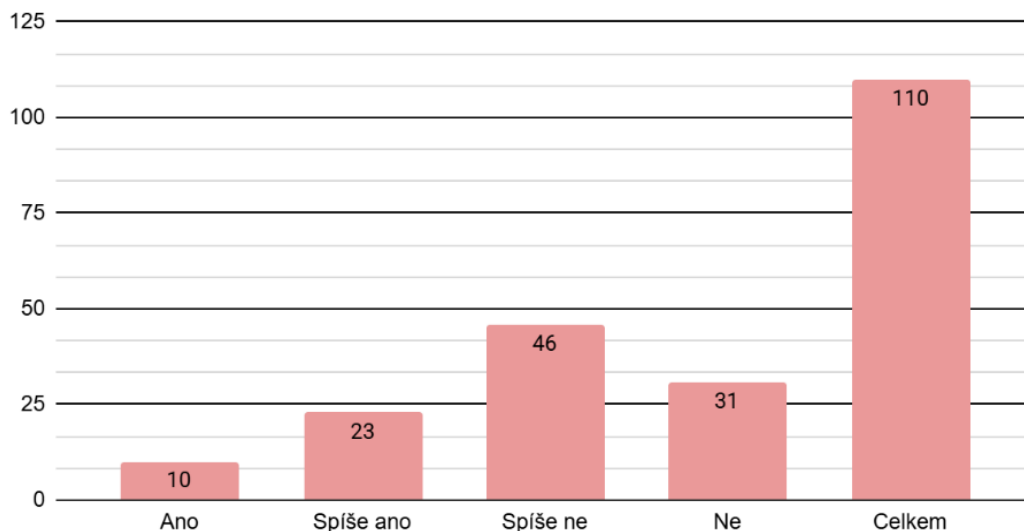


Graf 8: Dostupnost informací

Z grafu č. 8 je patrné, že respondentky vnímají dostupnost informací o porodu velmi pozitivně. Nadpoloviční většina, tedy **60 prvorodiček (54,6 %)**, zvolila odpověď „spíše ano“ a dalších **36 žen (32,7 %) odpovědělo „ano“**. Pouze **14 respondentek (12,7 %)** se přiklonilo k možnosti „spíše ne“. Významným zjištěním je, že žádná z dotázaných žen (0,00 %) nezvolila kategoricky zápornou odpověď „ne“. Lze tedy konstatovat, že informovanost prvorodiček není limitována nedostatkem zdrojů, ale spíše jejich výběrem a následným zpracováním.

Otázka č.9: Měla jste pocit, že Vás Vaše finanční situace limitovala v dostatečné přípravě na porod?

Měla jste pocit, že Vás Vaše finanční situace limitovala v dostatečné přípravě na porod?

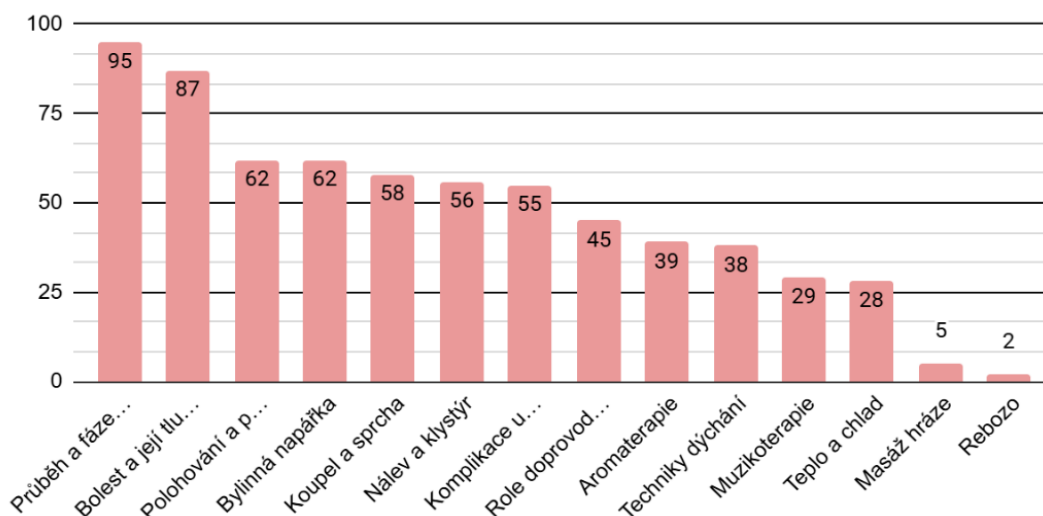


Graf 9: Finanční limit respondentek

Z grafu č. 9 vyplývá, že pro většinu respondentek nebyla finanční situace zásadní překážkou v přípravě na porod. Odpověď „spíše ne“ zvolilo 46 žen (41,8 %) a odpověď „ne“ 31 žen (28,2 %). Celkem tedy 70 % prvorodiček finance jako limitující faktor nevnímalo. Nicméně 23 respondentek (20,9 %) pociťovalo částečné omezení a zvolilo odpověď „spíše ano“ a 10 žen (9,1 %) uvedlo, že je finanční situace v přípravě na porod **rozhodně limitovala**. Tyto výsledky naznačují, že ekonomická náročnost některých forem předporodní přípravy může být pro část prvorodiček bariérou.

Otázka č.10: O jakých z následujících možností jste se během přípravy dozvěděla?

O jakých z následujících možností jste se během přípravy dozvěděla?

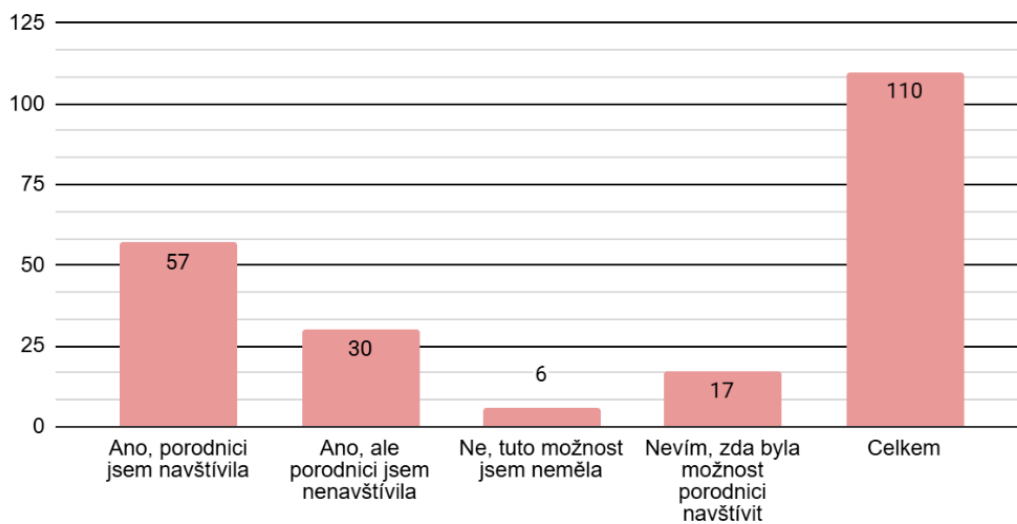


Graf 10: Získané informace respondentek

V grafu č. 10 vidíme, že největší zájem respondentek se soustředil na teoretické **pochopení fyziologie porodu (86,4 %)** a možnosti zvládnání **porodní bolesti (79,1 %)**. Více než polovina prvorodiček se zajímala o praktické úlevové techniky, jako je **polohování (56,4 %)** a **využití teplé vody (52,7 %)**. Výrazný zájem byl zaznamenán u **bylinné napáčky**, kterou uvedlo **62 žen (56,4 %)**. Polovina souboru rovněž vyhledávala informace o možných komplikacích. Ostatní metody, jako aromaterapie, muzikoterapie či specifické techniky (rebozo, masáž hráze), byly zastoupeny v menší míře.

Otázka č.11: Měla jste během těhotenství možnost navštívit porodnici a seznámit se s porodním prostředím?

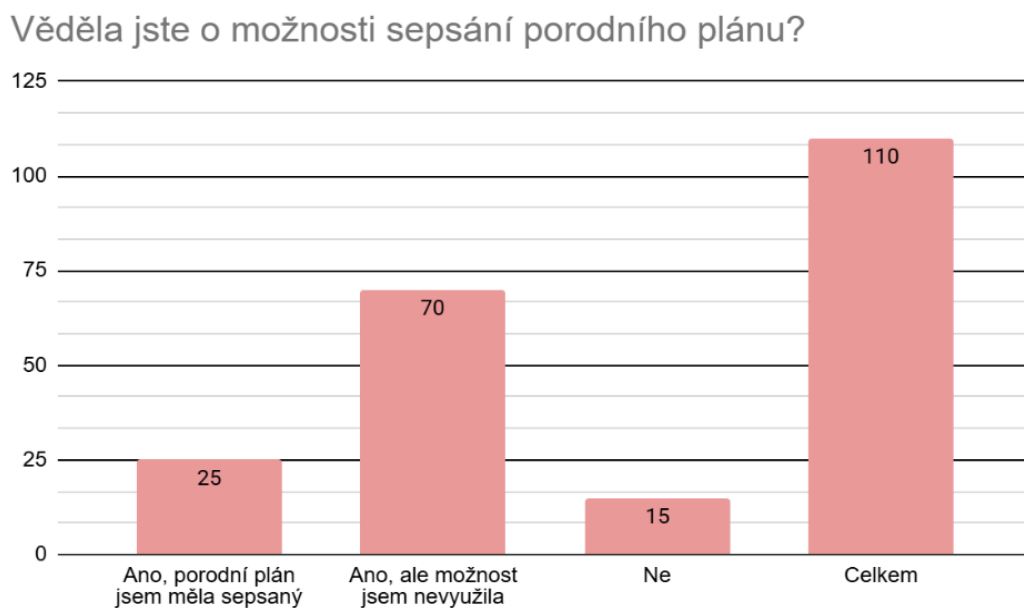
Měla jste během těhotenství možnost navštívit porodnici a seznámit se s porodním prostředím?



Graf 11: Porodnice

Z analýzy a grafu č. 11 vyplývá, že nadpoloviční většina respondentek (**51,8 %**) **porodnici** před porodem skutečně **navštívila**. Zajímavé je, že **27,3 % žen o této možnosti vědělo, ale nevyužilo ji**. Pouze **6 žen (5,5 %)** uvedlo, že **tuto možnost vůbec nemělo**. Zbývajících **17 respondentek (15,4 %)** uvedlo, že **neví**, zda tato možnost byla.

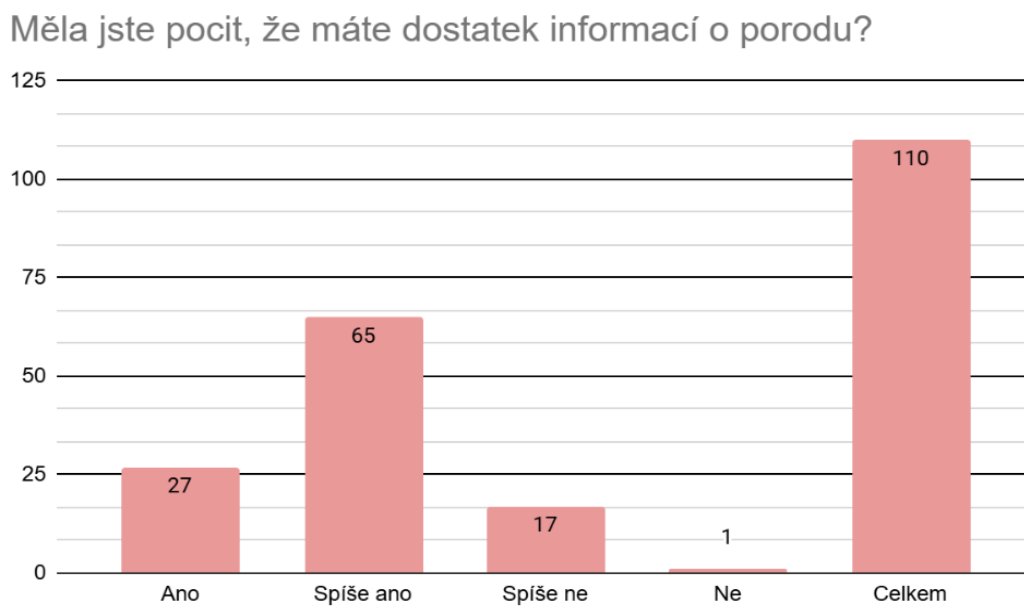
Otázka č.12: Věděla jste o možnosti sepsání porodního plánu?



Graf 12: Porodní plán

Z výsledků grafu č. 12 vyplývá, že drtivá většina respondentek o možnosti sepsání porodního plánu věděla. Pouze **15 žen (13,6 %)** uvedlo, že **o této možnosti nevědělo**. Nejpočetnější skupinu tvoří **70 prvorodiček (63,7 %)**, které **o porodním plánu věděly, ale rozhodly se jej nevyužít**. Písemnou formu svých preferencí si **připravilo 25 respondentek (22,7 %)**.

Otázka č.13: Měla jste pocit, že máte dostatek informací o porodu?

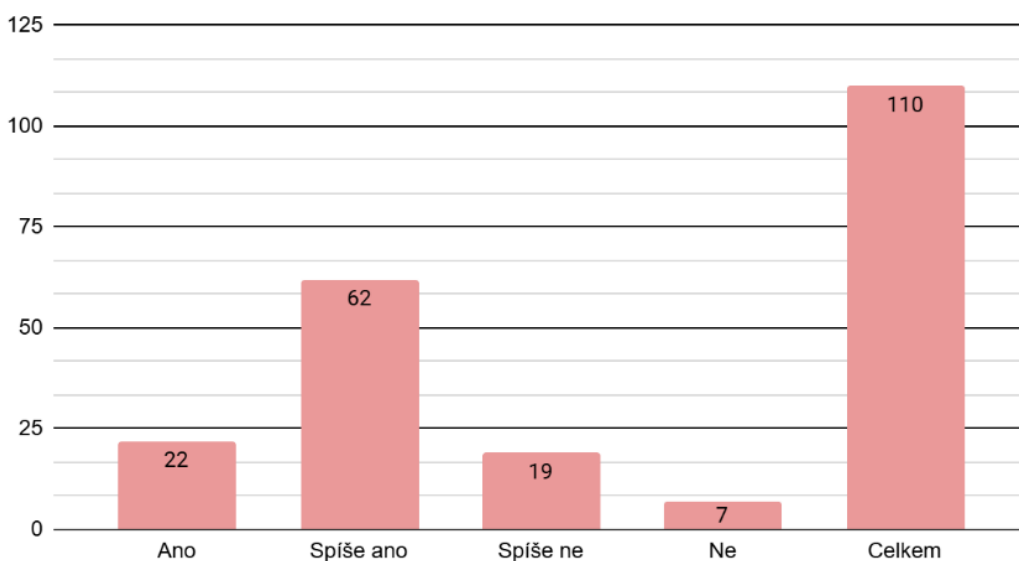


Graf 13: Dostatečná informovanost respondentek

Z výsledků vyplývá, že drtivá většina prvorodiček se cítila být informována dostatečně. Celkem 92 žen zvolilo kladnou odpověď (83,64 %), přičemž **27 respondentek (24,6 %) uvedlo „ano“** a **65 respondentek (59,1 %) zvolilo „spíše ano“**. **Pocit nedostatku informací mělo 17 žen (15,4 %) a pouze jedna respondentka (0,9 %) měla pocit, že informace nemá vůbec.**

Otázka č.14: Cítíte se dostatečně připravená na porod?

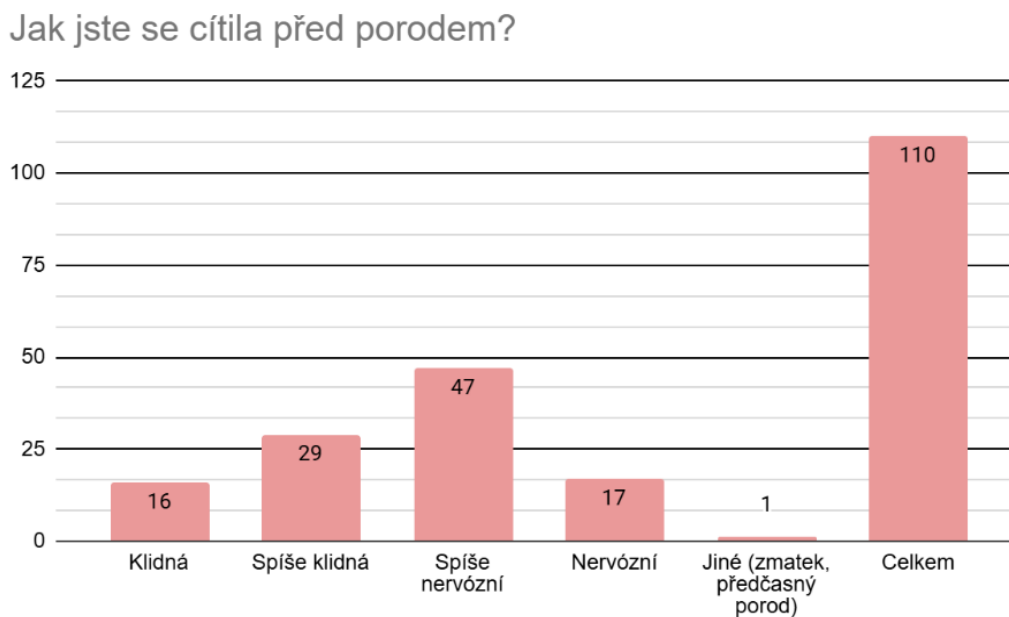
Cítíte se dostatečně připravená na porod?



Graf 14: Pocit připravenosti respondentek na porod

Při srovnání s předchozí otázkou je patrné, že reálný pocit připravenosti je u prvorodiček o něco nižší než pocit informovanosti. Jako připravené se cítilo celkem 84 respondentek (76,36 %), z nichž **22 (20 %) zvolilo odpověď „ano“** a **62 (56,3 %) odpověď „spíše ano“**. Záporně se vyjádřilo celkem 26 žen (23,64 %), kdy **19 respondentek (17,3 %) pociťovalo mírnou nejistotu („spíše ne“)** a **7 žen (6,4 %) se na porod necítilo připraveno vůbec.**

Otázka č.15: Jak jste se cítila před porodem?

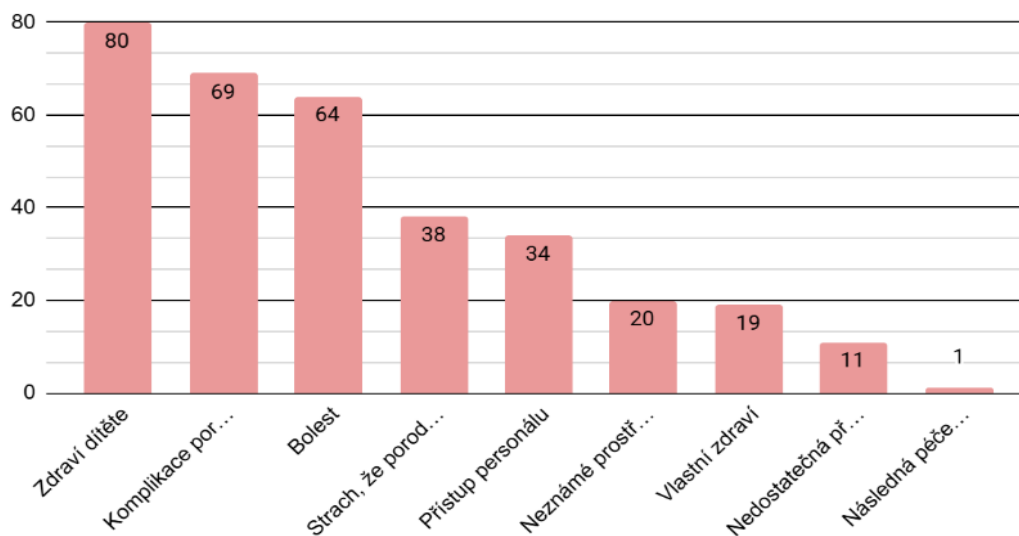


Graf 15: Pocity respondentek před porodem

Z analýzy výsledků a grafu č. 15 vyplývá, že v období před porodem u prvorodiček převažovaly pocity nejistoty a nervozity. Celkem 64 respondentek (58,18 %) se cítilo negativně, přičemž **47 z nich (42,7 %) zvolilo odpověď „spíše nervózní“** a **17 (15,5 %) pociťovalo silnou nervozitu**. Pozitivní emoční ladění uvedlo 45 respondentek (40,91 %), z toho **16 (14,5 %) se cítilo klidně** a **29 (26,4 %) spíše klidně**. **Jedna respondentka (0,9 %) v rámci vlastní odpovědi popsala stav velkého zmatku** a stresu způsobeného nečekaným vyvoláním porodu již ve 36. týdnu těhotenství.

Otázka č.16: Co pro Vás bylo největším zdrojem obav?

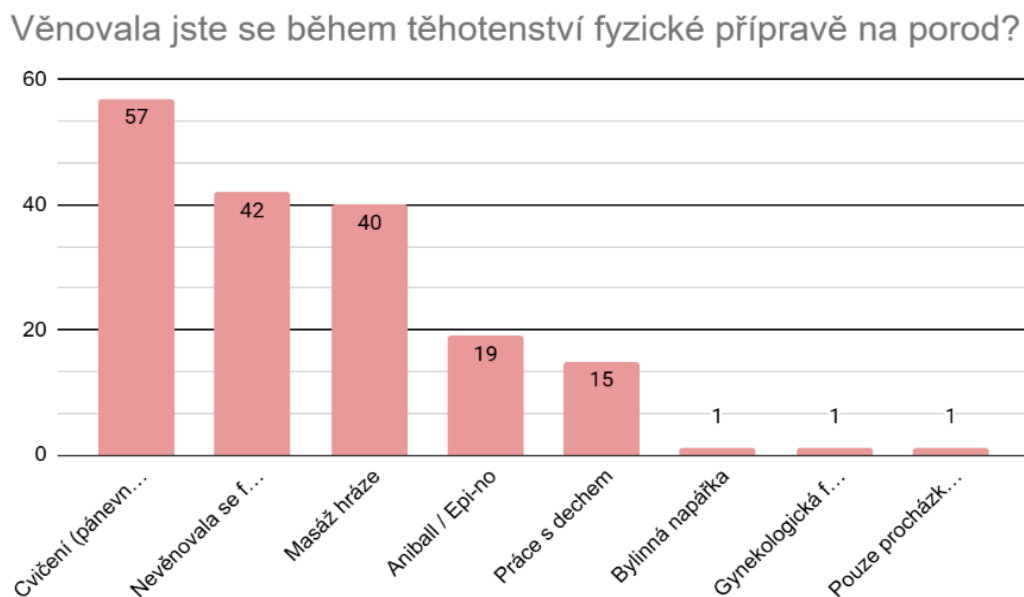
Co pro Vás bylo největším zdrojem obav?



Graf 16: Největší zdroj obav respondentek

Z grafu č. 16 vyplývá, že dominantním zdrojem obav prvorodiček je **zdraví jejich dítěte, které uvedlo 80 respondentek (72,7 %)**. Velmi vysoké zastoupení mají také **obavy z možných porodních komplikací (62,7 %)** a samotné **porodní bolesti (58,2 %)**. Více než třetina žen (**34,6 %**) pociťovala **strach z toho, zda porod fyzicky či psychicky zvládne**. Zajímavým zjištěním je, že téměř **každá třetí žena (30,9 %)** měla **obavy z přístupu zdravotnického personálu**. Relativně nejméně se ženy obávaly **nedostatku informací (10 %)**, což koresponduje s vysokou mírou informovanosti zjištěnou v předchozích otázkách. **Jedna respondentka (0,9 %)** doplnila jako zdroj obav **následnou péči o novorozence**.

Otázka č.17: Věnovala jste se během těhotenství fyzické přípravě na porod?

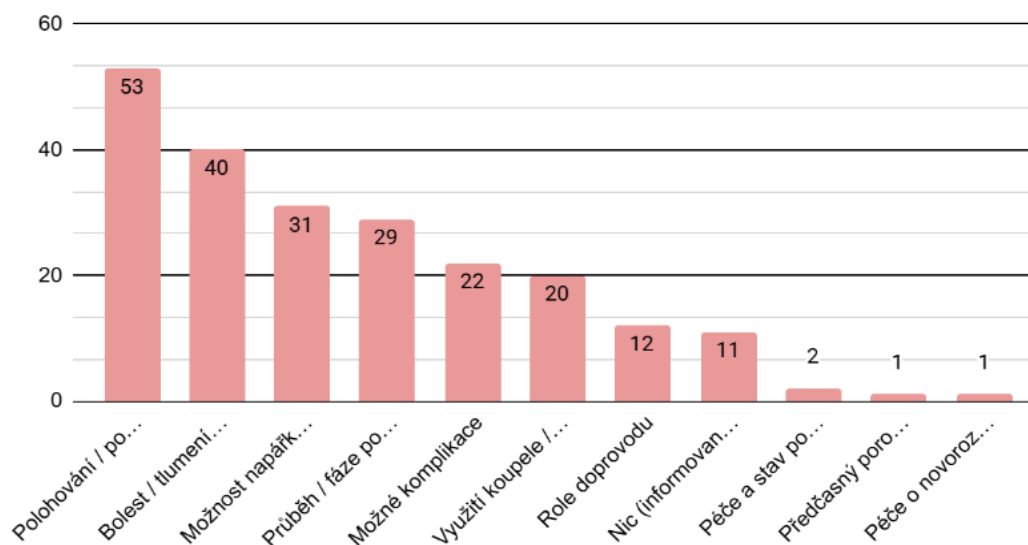


Graf 17: Fyzická příprava respondentek

Z výsledků v grafu č. 17 je patrné, že nejčastější formou fyzické přípravy bylo **cvičení zaměřené na pánevní dno nebo těhotenská jóga**, kterému se **věnovalo 57 žen (51,8 %)**. Významná část respondentek (**36,4 %**) **prováděla masáž hráze** a **17,3 % žen využívalo pomůcky typu Aniball**. **Práci s dechem** jako samostatnou techniku **uvedlo 15 respondentek (13,6 %)**. Na druhou stranu **42 prvorodiček (38,2 %)** **uvedlo, že se fyzické přípravě nevěnovalo vůbec**. V individuálních odpovědích se objevila bylinná napářka, odborná fyzioterapie nebo omezení pouze na procházky z důvodu rizikového těhotenství.

Otázka č.18: V jakých oblastech byste chtěla být více informovaná?

V jakých oblastech byste chtěla být více informovaná?



Graf 18: V jakých oblastech by se respondentky lépe informovaly

Z grafu č. 18 vyplývá, že největší deficit informací pocítují prvorodičky v oblasti **aktivního pohybu a polohování během porodu (48,2 %)**. Významná část žen (**36,4 %**) **by uvítala více informací o tlumení porodní bolesti**. Zájem o **alternativní metody** (napáčka, aromaterapie) projevilo **28,2 % respondentek**. Pouze **11 žen (10 %)** uvedlo, že jim **žádné informace nechyběly**. V individuálních odpovědích se objevila potřeba informací o rekonvalescenci po císařském řezu, péči o nedonošené děti a obecné péči o novorozence.

Otázka č.19: Co Vás během porodu nejvíce překvapilo a nebyla jste na to dostatečně nebo vůbec připravena?



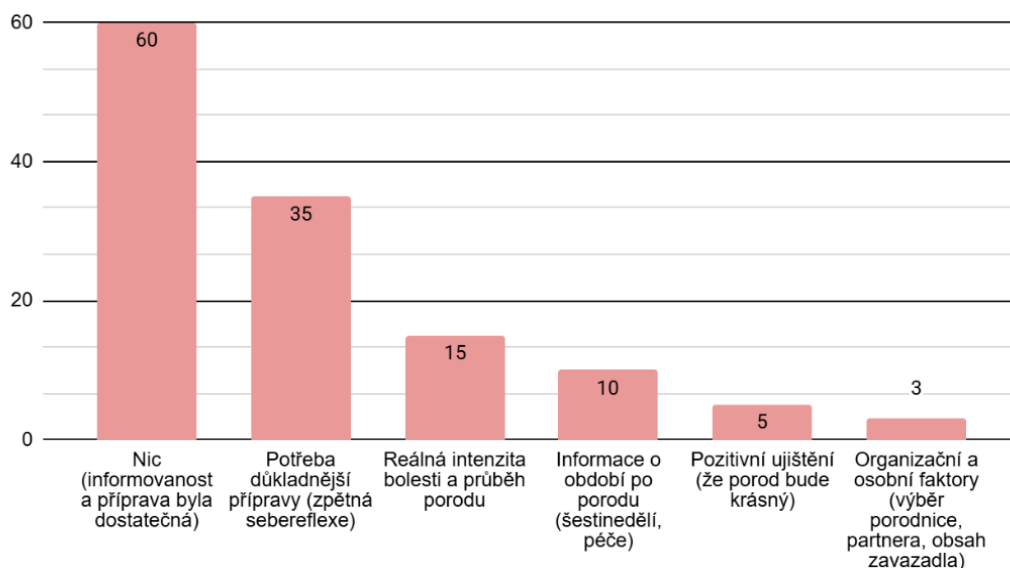
Graf 19: Co respondentky překvapilo

Analýza otevřených odpovědí ukazuje na dva protipóly. Největší skupinu tvoří **45 respondentek (40,9 %)**, které uvedly, že je během porodu nic nepřekvapilo a jejich příprava byla pravděpodobně adekvátní. Naopak **druhá nejpočetnější skupina (celkem 44 zmínek to je 40 %)** byla zaskočena intenzitou bolesti, a to nejen během samotného porodu plodu, ale i při šití porodních poranění, porodu placenty nebo v rámci rekonvalescence po císařském řezu.

Častým zdrojem překvapení byla také časová náročnost – **20 (18,2 %) žen bylo zaskočeno tím, jak byl porod dlouhý, zatímco 5 (4,56 %) žen naopak jeho rychlostí. Patnáct respondentek (13,6 %) uvedlo, že je překvapilo „vše“**, což může značit velký rozdíl mezi teoretickou přípravou a subjektivně prožitou realitou. Mezi další nečekané faktory patřily specifické fyziologické projevy (např. nekontrolovaný třes) nebo negativní přístup zdravotnického personálu.

Otázka č.20: Co byste si přála vědět před porodem?

Co byste si přála vědět před porodem?



Graf 20: Co by si respondentky přály vědět před porodem

Při zpětném pohledu na proces přípravy vyjádřila nadpoloviční většina prvorodiček (**60 žen to je 54,6 %**) **naprostou spokojenost s rozsahem svých znalostí**, což koreluje s vysokou dostupností informací v dnešní době. Nicméně **35 respondentek (31,8 %) vnímá s odstupem svou přípravu jako podceněnou a uvádí, že by se „mohly připravit lépe“**. Tato sebereflexe naznačuje, že i při dostatku teoretických zdrojů může být pro prvorodičky obtížné odhadnout reálnou náročnost porodu.

V odpovědích se dále opakoval požadavek na **lepší porozumění mechanismu bolesti a její intenzitě (15 zmínek)** a na rozšíření informací **o období, které následuje bezprostředně po porodu (10 zmínek)**. Respondentky by rovněž ocenily více pozitivních narativů – **pět z nich uvedlo**, že by jim v těhotenství pomohlo ujištění, **že porod může být krásným a obohacujícím zážitkem**. Specifické odpovědi pak poukázaly na význam správného výběru porodního doprovodu a zdravotnického zařízení, či na praktické aspekty nadbytečného vybavení do porodnice.

2.7 Vyhodnocení výzkumných otázek

VO 1: Jaký je vztah mezi subjektivním hodnocením dostupnosti informací a výsledným pocitem připravenosti prvorodiček na porod?

Tabulka 1: Dostupnost informací

Odpověď	Absolutní četnost (ni)	Relativní četnost (fi)
Ano	36	32,73 %
Spíše ano	60	54,54 %
Spíše ne	14	12,73 %
Ne	0	0,00 %
Celkem	110	100,00 %

Tabulka 2: Dostatečná informovanost respondentek

Odpověď	Absolutní četnost (ni)	Relativní četnost (fi)
Ano	27	24,55 %
Spíše ano	65	59,09 %
Spíše ne	12	10,91 %
Ne	1	0,91 %
Celkem	105	95,46 % (viz pozn.)

Tabulka 3: Pocit připravenosti respondentek na porod

Odpověď	Absolutní četnost (ni)	Relativní četnost (fi)
Ano	22	20,00 %
Spíše ano	62	56,36 %
Spíše ne	19	17,27 %
Ne	7	6,37 %
Celkem	110	100,00 %

K výzkumné otázce 1 se vztahují otázky (grafy) číslo 8, 13, 14.

Na základě **Tabulky 1** považuje naprostá většina respondentek dostupnost informací za vysokou. To se přímo odráží v **Tabulce 2**, kde 83 % žen uvádí, že se cítí být dostatečně informováno. Přestože je informovanost vysoká, **Tabulka 3** ukazuje mírný rozptyl v pocitu reálné připravenosti. Lze konstatovat, že vysoká dostupnost informací vede k vysokému subjektivnímu pocitu informovanosti, ale nemusí automaticky znamenat stoprocentní pocit připravenosti na samotný porodní děj.

VO 2: Do jaké míry se liší subjektivní představy prvorodiček o porodu od jejich následné reálné zkušenosti?

Tabulka 4: Pocit připravenosti respondentek na porod

Odpověď	Absolutní četnost (ni)	Relativní četnost (fi)
Ano	22	20,00 %
Spíše ano	62	56,36 %
Spíše ne	19	17,27 %
Ne	7	6,37 %
Celkem	110	100,00 %

Tabulka 5: Co respondentky překvapilo

Kategorie překvapení	Absolutní četnost
Nic (vše proběhlo podle očekávání)	45
Intenzita a charakter bolesti (celková bolest, šití, placenta, po SC)	44
Časový průběh porodu (příliš dlouhý nebo naopak velmi rychlý porod)	25
Vše	15
Komplikace a fyzické projevy (třes, odtok plodové vody, poranění)	9
Průběh kontrakcí (příliš rychlý nástup)	3
Externí faktory (negativní personál, množství lidí u porodu)	3

K výzkumné otázce 2 se vztahují otázky (grafy) číslo 14, 19.

Při komparaci subjektivního pocitu připravenosti před porodem a reálné zkušenosti na porodním sále byl identifikován významný rozpor. Z **Tabulky 4** vyplývá, že vysoká míra respondentek (76,36 %) vstupovala do porodního procesu s pocitem dostatečné informovanosti a připravenosti. Nicméně **Tabulka 5**, která analyzuje faktory překvapení, odhaluje, že pouze u 40,9 % prvorodiček (45 žen) proběhl porod zcela podle jejich očekávání. Výzkum potvrzuje, že teoretická a subjektivní příprava prvorodiček často naráží na realitu fyzického prožitku. Nejslabším článkem přípravy se ukazuje být právě odhad intenzity a charakteru bolesti, který zaskočil 40 % respondentek (44 žen). Druhým nejvýraznějším faktorem překvapení byl časový průběh porodu (22,7 %), což naznačuje, že prvorodičky mají zkreslenou představu o dynamice porodního děje. Subjektivní pocit připravenosti tedy u většiny žen (téměř 60 %) nekoreloval s následnou reálnou zkušeností.

VO3: Jaká je souvislost mezi tématy předporodní přípravy a oblastmi, ve kterých prvorodičky zpětně pocítují informační deficit?

Tabulka 6: Získané informace respondentek

Téma přípravy	Absolutní četnost (ni)	Relativní četnost (%)
Průběh a fáze porodu	95	86,36 %
Bolest a její tlumení	87	79,09 %
Polohování a pohyb	62	56,36 %
Bylinná napáčka	62	56,36 %
Koupel a sprcha	58	52,73 %
Nálev a klystýr	56	50,91 %
Komplikace u porodu	55	50,00 %
Role doprovodu	45	40,91 %
Aromaterapie	39	35,45 %
Techniky dýchání	38	34,55 %
Muzikoterapie	29	26,36 %
Teplo a chlad	28	25,45 %
Masáž hráže	5	4,55 %
Rebozo	2	1,82 %
CELKEM (N)	661	-

Tabulka 7: V jakých oblastech by se respondentky lépe informovaly

Oblast informovanosti	Absolutní četnost (ni)	Relativní četnost (fi)
Polohování / pohyb během porodu	53	48,18 %
Bolest / tlumení bolesti	40	36,36 %
Možnost napáčky, aromaterapie, muzikoterapie	31	28,18 %
Průběh / fáze porodu	29	26,36 %
Možné komplikace	22	20,00 %
Využití koupele / sprchy, tepla / chladu	20	18,18 %
Role doprovodu	12	10,91 %
Nic (informovanost byla dostatečná)	11	10,00 %
Péče a stav po císařském řezu	2	1,82 %
Předčasný porod a péče o nedonošené dítě	1	0,91 %
Péče o novorozence	1	0,91 %

K výzkumné otázce 3 se vztahují otázky (grafy) číslo 10, 18.

Při analýze témat, o která se respondentky v rámci přípravy zajímaly, byla zjištěna vysoká orientace na moderní úlevové metody. Z **Tabulky 6** (témata přípravy) vyplývá, že úlevové polohy a bylinná napáčka patřily mezi nejčastěji vyhledávané informace. Nicméně v **Tabulce 7** (oblasti pro hlubší informovanost) dochází k zajímavému jevu: právě tyto oblasti respondentky zpětně označují za ty, ve kterých by po zkušenosti s porodem potřebovaly mnohem podrobnější a srozumitelnější informace. Výzkum identifikoval informační mezeru v oblasti praktické aplikace úlevových technik. Přestože respondentky o metodách jako polohování či napáčka předem věděly, jejich reálná potřeba u porodu převýšila rozsah informací, které v rámci přípravy obdržely. Potvrzuje se, že prvorodičky v roce 2026 mají zájem o alternativní metody, ale stávající formy přípravy jim neposkytují dostatečnou hloubku informací pro jejich efektivní využití v krizových momentech porodu.

2.8 Diskuse

K bakalářské práci „Připravenost prvorodiček na porod“ byly stanoveny tři výzkumné otázky, které se zaměřovaly na vztah mezi subjektivním hodnocením informovanosti a pocitem připravenosti, rozdíly mezi představou a realitou porodu a na oblasti informačního deficitu v souvislosti s tématy přípravy. Pro dosažení cílů práce bylo provedeno dotazníkové šetření u prvorodiček. Výsledky výzkumu byly následně porovnány s dostupnými odbornými poznatky.

VO 1: Vztah mezi subjektivním hodnocením dostupnosti informací a výsledným pocitem připravenosti

Analýza první výzkumné otázky odhaluje zásadní rozdíl mezi kvantitativním nasycením informacemi a kvalitativním pocitem vnitřní připravenosti prvorodičky. Z předložených dat v **Tabulce 1** vyplývá, že dostupnost informací o porodu je respondentkami hodnocena velmi vysoko, přičemž žádná z respondentek neuvedla zápornou odpověď. Tento trend se přímo odráží v **Tabulce 2**, kde se 83,64 % žen cítí být dostatečně informováno. Lze tedy konstatovat, že informační zdroje jsou pro prvorodičky snadno dosažitelné a srozumitelné.

Klíčovým zjištěním je však interpretace **Tabulky 3**, která ukazuje mírný rozptyl v pocitu reálné připravenosti na samotný porodní děj. Přestože je informovanost vysoká, pocit stoprocentní připravenosti deklaruje pouze 20 % respondentek. Dochází zde k zajímavému jevu: teoretické znalosti budují u žen pocit bezpečí a kontroly, nicméně s blížícím se termínem porodu se projevuje přirozený respekt z neznámého fyzického prožitku. Vysoká dostupnost informací tedy sice zvyšuje subjektivní klid prvorodiček, ale nedokáže plně nahradit chybějící praktickou zkušenost, což vytváří mírný rozpor mezi „vědět“ a „být vnitřně připravena“.

Při porovnání mých výsledků s doplňujícími daty je patrná vysoká míra shody, která potvrzuje validitu celého šetření. T. Daňková (2025) ve své bakalářské práci uvádí, že 87,5 % respondentek je se svou přípravou spokojeno, což téměř přesně koresponduje s mým zjištěním v **Tabulce 2**, kde 83,64 % žen deklaruje dostatečnou informovanost. Podobnou korelaci vidíme i v bakalářské práci M. Pischekové (2017), kde 65 % žen pociťuje dostatek informací o průběhu porodu, což odpovídá většinovému pozitivnímu postoji v mých tabulkách. Tato statistická shoda napříč různými otázkami dokazuje, že prvorodičky vnímají dostupnost a kvalitu informací pozitivně. Moje práce tak potvrzuje, že ačkoliv vysoká spokojenost s informacemi (kolem 85 %) tvoří stabilní základ přípravy, stále zůstává prostor pro prohloubení reálného pocitu připravenosti, který je v obou případech ovlivněn i jinými než čistě informačními faktory.

VO 2: Do jaké míry se liší subjektivní představy prvorodiček o porodu od jejich následné reálné zkušenosti?

Při srovnání subjektivního pocitu připravenosti před porodem a reálné zkušenosti na porodním sále byl identifikován významný rozpor. Z **Tabulky 4** vyplývá, že vysoká míra respondentek, konkrétně 76,36 %, vstupovala do porodního procesu s pocitem dostatečné informovanosti a připravenosti. Nicméně **Tabulka 5**, která analyzuje faktory překvapení, odhaluje, že pouze u 40,9 % prvorodiček proběhl porod zcela podle jejich očekávání a nic je nepřekvapilo. Výzkum tak potvrzuje, že teoretická a subjektivní příprava prvorodiček často naráží na realitu fyzického prožitku.

Nejslabším článkem přípravy se ukazuje být právě odhad intenzity a charakteru bolesti, který zaskočil 40 % respondentek. Druhým nejvýraznějším faktorem překvapení byl časový průběh porodu, který uvedlo 22,7 % žen. To naznačuje, že prvorodičky mají zkreslenou představu o dynamice porodního děje. Subjektivní pocit připravenosti tedy u většiny žen (téměř 60 %) nekoreloval s následnou reálnou zkušeností.

Při srovnání mých výsledků s doplňujícími daty vyvstává zajímavý paradox mezi informovaností a prožitkem. M. Pischeková (2017) sice uvádí, že 65 % žen pociťuje dostatek informací o průběhu porodu, což by teoreticky mělo vést k hladkému průběhu, ale mé výsledky v **Tabulce 5** ukazují, že i přes tento informační dostatek bylo pouze 40,9 % respondentek ušetřeno jakéhokoliv překvapení.

Tento nesoulad dále upřesňuje výzkum L. Jirsové (2019), kde 39,0 % žen nečekalo, že porod bude „tak moc bolet“. Toto číslo je téměř identické s mým výsledkem, kde intenzita bolesti zaskočila 40 % respondentek. Společná analýza těchto grafů potvrzuje, že zatímco teoretická informovanost je u prvorodiček na dobré úrovni, v klíčové oblasti bolesti dochází k selhání přípravy u téměř identického počtu žen v obou výzkumných vzorcích. Výzkum tak dokazuje, že ani vysoká míra informovanosti o průběhu porodu nechrání prvorodičky před šokem z intenzity fyzického vjemu.

VO 3: Jaká je souvislost mezi tématy předporodní přípravy a oblastmi, ve kterých prvorodičky zpětně pociťují informační deficit?

Při analýze témat, o která se respondentky v rámci přípravy zajímaly, byla zjištěna vysoká orientace na moderní úlevové metody. Z **Tabulky 6** vyplývá, že úlevové polohy a bylinná napářka patřily mezi nejčastěji vyhledávané informace. Nicméně v **Tabulce 7** dochází k zajímavému jevu: právě tyto oblasti respondentky zpětně označují za ty, ve kterých by po zkušenosti s porodem potřebovaly mnohem podrobnější a srozumitelnější informace. Výzkum identifikoval informační mezeru v oblasti praktické aplikace úlevových technik. Přestože respondentky o metodách jako polohování či napářka předem věděly, jejich reálná potřeba u porodu převýšila rozsah informací, které v rámci přípravy obdržely. Potvrzuje se, že prvorodičky v roce 2026 mají zájem o alternativní metody, ale stávající formy přípravy jim neposkytují dostatečnou hloubku pro jejich efektivní využití v krizových momentech porodu.

Při porovnání mých výsledků s doplňujícími daty vyvstává významný rozdíl v interpretaci informační nasycenosti. Zatímco v mém výzkumu v **Tabulce 7** uvádí pouze 10,00 % respondentek, že jejich informovanost byla dostatečná a nepotřebovaly by vědět nic více, srovnávací data z bakalářské práce M. Pischekové (2017) vykazují u možnosti „ne“ (nemají zájem o nové informace) hodnotu 22 %. To znamená, že v mém vzorku je o 12 % prvorodiček, které mají pocit, že se dále nepotřebují informovat než v uvedeném zdroji. Data z práce T. Daňkové ukazují, že nácvik porodních poloh provádělo pouze 17,50 %, zatímco drtivá většina 82,50 % polohy neprovedla. Podobně u aromaterapie T. Daňková (2025) uvádí nevyužití této metody 65 % žen. Tato data společně potvrzují můj závěr, že pasivní příjem informací (teorie) bez praktického nácviku vede u prvorodiček k výrazně vyššímu pocitu informačního deficitu po porodu.

2.9 Doporučení pro praxi

Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že cesta prvorodičky k porodu je dlážděna teoretickými znalostmi, které však v okamžiku střetu s realitou porodního sálu často ztrácejí na své pevnosti. Jako nejvíce kritický se jeví hluboký rozpor mezi vnitřním pocitem připravenosti a následným fyzickým prožitkem, který je doprovázen intenzivní bolestí a nečekanou dynamikou celého děje. Tento moment překvapení může v ženě vyvolat pocity nejistoty či úzkosti, což následně oslabuje její schopnost aktivně pracovat se svým tělem a využívat dříve osvojené úlevové techniky.

V rámci praxe porodní asistence je tedy nezbytné klást důraz na transformaci edukačního procesu. Klíčem k úspěchu není pouhé hromadění informací, ale jejich zasazení do realistického kontextu. Velký význam má zejména otevřená a citlivá komunikace o charakteru porodní bolesti, která by neměla být tabuizována ani bagatelizována. Empatický přístup zdravotnického personálu, který pomáhá prvorodičce budovat reálná očekávání, je základním pilířem pro zvládnutí porodního procesu s pocitem větší vnitřní kontroly.

Z hlediska ošetrovatelské péče se jako naprosto zásadní ukazuje potřeba posílení praktické složky přípravy. Jelikož většina žen nácvičk poloh v těhotenství aktivně neprováděla, měly by se předporodní kurzy více orientovat na prožitkovou formu učení a osvojování si úlevových technik v pohybu. Trpělivé vedení a aktivní pomoc při hledání optimální polohy přímo v průběhu porodu mohou významně kompenzovat pocit informačního deficitu, který ženy zpětně deklarují. Takto koncipovaná podpora prokazatelně zvyšuje psychickou odolnost rodičky a přispívá k její celkové spokojenosti s příchodem nového života.

Závěr

Bakalářská práce se podrobně zabývala tématem připravenosti prvorodiček na porod a mapovala faktory, které tento proces ovlivňovaly. Hlavním záměrem bylo zjistit, jakým způsobem se ženy na svou první zkušenost s porodem chystaly a jaké zdroje informací považovaly za nejdůležitější pro získání psychické pohody a jistoty.

V teoretické části byly shrnuty poznatky o průběhu porodu a dostupných metodách předporodní přípravy, jako byly kurzy, cvičení, techniky práce s dechem či způsoby úlevy od bolesti. Ukázalo se, že dostatečná informovanost byla základním předpokladem pro to, aby žena zvládala porodní děj v klidu a dokázala lépe spolupracovat se zdravotníky. Teoretické poznatky také naznačily, že v dnešní době plné informací z neoficiálních zdrojů bylo pro ženy klíčové mít přístup k odborným a srozumitelným radám, které pomáhaly mírnit přirozený strach z neznámého. Velký důraz byl kladen na to, že prvorodička představovala specifickou skupinu, u které absence předchozí zkušenosti zvyšovala potřebu individuální péče.

Výzkumná část, zpracovaná na základě dotazníkového šetření, přinesla konkrétní pohled do dnešní situace prvorodiček v České republice. Z výsledků vyplynulo, že naprostá většina dotázaných žen vnímala předporodní přípravu jako nezbytnou součást těhotenství a aktivně vyhledávala různé formy vzdělávání. Průzkum potvrdil, že respondenty považovaly za nejpřínosnější praktické dovednosti, konkrétně znalost úlevových poloh a správnou techniku dýchání, které jim dodávaly pocit kontroly nad vlastním tělem. Výzkum také poukázal na to, že velký význam měl pro ženy výběr porodnice a přístup personálu, od kterého očekávaly především empatii a respekt k jejich individuálním potřebám.

Z analýzy dat dále vyplynulo, že ačkoliv byly informace na internetu snadno dostupné, prvorodičky stále přikládaly nejvyšší váhu osobnímu kontaktu s odborníky a zkušenostem jiných žen. Ukázalo se však, že určitá část žen pociťovala před porodem i přes absolvovanou přípravu nejistotu, což potvrdilo, že první porod byl událostí, kterou nešlo zcela naplánovat ani teoreticky nacvičit. Přesto měla kvalitní příprava prokazatelný vliv na snížení hladiny stresu a celkovou spokojenost s porodním zážitkem.

Závěrem lze shrnout, že cíle práce byly naplněny. Práce potvrdila, že pokud prvorodička vstupovala do porodnice s reálným očekáváním a cítila podporu okolí, zvládala tuto novou životní roli s mnohem větší jistotou. Získané poznatky posloužily jako užitečný podklad pro pochopení potřeb budoucích matek a zdůraznily význam otevřené komunikace mezi rodičkami a nemocničním personálem. Tato práce potvrdila, že investice do předporodní přípravy má smysl nejen pro hladší průběh samotného porodu, ale i pro následný psychický stav ženy v období po porodu.

Seznam použité literatury

ČESKÁ KOMORA PORODNÍCH ASISTENTEK. *O profesi*. Online. 2022. Dostupné z: <https://www.ckpa.cz/o-profesi>. [cit. 2026-03-25].

DAŇKOVÁ, Tereza. *Příprava těhotné ženy na porod*. Online, Bakalářská, vedoucí Vedoucí: Mgr. Lucie Kopáčová, DiS. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2025. Dostupné z: <https://theses.cz/id/xyrzq8/?isslret=porodu%3B;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dporod%26start%3D5>. [cit. 2026-04-20].

HUDÁKOVÁ, Zuzana a Mária KOPÁČIKOVÁ. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0004-0.

JIRSOVÁ, Lenka. *Psychosociální faktory ovlivňující vnímání bolesti při porodu*. Online, Bakalářská, vedoucí Mgr. Blanka Trojanová, Ph.D. Brno: MUNI, 2019. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/s1630/BP_Lenka_Jirsova_2019_Plny_text_prace.pdf. [cit. 2026-04-20].

MAZÚCHOVÁ, Lucia a PORUBSKÁ, Andrea. *Respekt a úcta v porodnictví*. Praha 7: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3508-0.

NEMOCNICE TŘEBÍČ, edukační materiál: Jak poznat poslíčky od kontrakcí. Nemocnice Třebíč, gynekologicko-porodnické oddělení, 2022.

NEMOCNICE TŘEBÍČ, edukační materiál: Pánevní dno a masáž hráze před porodem. Nemocnice Třebíč, gynekologicko-porodnické oddělení, 2023.

NEMOCNICE TŘEBÍČ, edukační materiál: Výbava do porodnice. Nemocnice Třebíč, gynekologicko-porodnické oddělení, 2022.

PAGE, Marty. *The science od pregnancy*. 2. přepracované vydání. London: DK London, 2019. ISBN 978-0-2413-6365-2.

PISCHEKOVÁ, Markéta. *Informovanost prvorodiček o průběhu porodu*. Online, Bakalářská, vedoucí Vedoucí: PhDr. Vlasta Koudelková, Ph.D. Č. Budějovice: UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH, Zdravotně sociální fakulta, 2017. Dostupné z: <https://theses.cz/id/4a5eo1/>. [cit. 2026-04-20].

Plánování rodičovství. Online. NZIP. 27.10. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/1710-planovani-rodicovstvi>. [cit. 2026-04-20].

PROCHÁZKA, Prof. MUDr. Martin. *Porodní asistence*. Praha 4: maxdorf jessenius, 2020. ISBN 978-80-7345-618-4.

ROZTOČIL, Aleš. *Porodnictví v kostce*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2094-9.

ROZTOČIL, Prof. MUDr. Aleš. *Moderní porodnictví*. 2. přepracované vydání. Praha 7: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-9757-6.

SAMKOVÁ, Alžběta. *Vulvou porodní asistentky*. Brno: Albatros media, 2020. ISBN 978-80-264-3017-9.

SLEZÁKOVÁ, Lenka; ANDRÉSOVÁ, Martina; KADUCHOVÁ, Petra; ROUČOVÁ, Monika a STAROŠTÍKOVÁ, Eva. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0214-3.

UNIPA. *Druhá doba porodní dle doporučení NICE – Péče o zdravou ženu a děti během porodu CG190*. Online. 2013. Dostupné z: <https://unipa.cz/aktuality/druha-doba-porodni-dle-doporuceni-nice-pece-o-zdravou-zenu-a-deti-behem-porodu-cg190/>. [cit. 2026-04-20].

UNIPA. *První doba porodní dle doporučení NICE – Péče o zdravou ženu a děti během porodu CG190*. Online. 2013. Dostupné z: <https://unipa.cz/aktuality/prvni-doba-porodni-dle-doporuceni-nice-pece-o-zdravou-zenu-a-deti-behem-porodu-cg190/>. [cit. 2026-03-20].

WHO *recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Online. WHO, 2018. ISBN 978-92-4-155021-5. Dostupné z: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ba043cf7-cba4-484d-bf7e-ec79c4102d54/content>. [cit. 2026-04-20].