

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2020**

**Anna Kateřina Denemarková**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

**Anna Kateřina Denemarková**

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

## **NÁSLEDKY KOMPLIKOVANÉHO PORODU**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Eva Hendrych Lorenzová, Ph.D.

PLZEŇ 2020

# ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2019/2020

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Anna Kateřina DENEMARKOVÁ**  
Osobní číslo: **Z17B0007P**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Téma práce: **Následky komplikovaného porodu**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

### Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce

Rozsah bakalářské práce:  
Rozsah grafických prací:  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

**Seznam doporučené literatury:**

- LUDWIG, Janus. The Enduring Effects of Prenatal Experiencing, Echoes from the Womb. Heidelberg : Mattes Verlag GmbH, 2001. ISBN 3-930978-52-0.
- CHVÁTALOVÁ, Helena. Jak se žije dětem s postižením. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-013-5.
- MAREŠOVÁ, Eva. Dětská mozková obrna. Praha 5 : Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-703-5.
- RATISLAVOVÁ, Kateřina. Aplikovaná psychologie – porodnictví. Praha : Reklamní atelier Area s.r.o., 2008. Sv. 1.vydání. ISBN 978-80-254-2186-4.
- PAŘÍZEK, Antonín a kolektiv. Kritické stavy v porodnictví. Praha : Galén, 2012. ISEN 978-80-7262-949-7.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Eva Hendrych Lorenzová, Ph.D.**  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2020**



**PhDr. Lukáš Štich**  
děkan



**PhDr. Mgr. Jitka Krocová**  
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2020

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 28.4.2020

*Denisa Koral*

vlastnoruční podpis

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Denemarková Anna Kateřina

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Následky komplikovaného porodu

Vedoucí práce: Mgr. Eva Hendrych Lorenzová, Ph.D.

Počet stran – číslované: 60

Počet stran – nečíslované: 21

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 50

Klíčová slova: porod, těhotenství, následky, handicap

### **Souhrn:**

V této bakalářské práci se věnuji tématům týkajících se následků komplikovaných porodů. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zabývám vysvětlením porodu jako náročné životní situace, popisuji vybrané komplikace u porodu a jejich následky, peripartální péči PAS (porodních asistentek) v souvislosti s komplikovaným porodem a nakonec se věnuji následné péči o matku a dítě. Praktickou část jsem zpracovala pomocí kvalitativního výzkumu, jejím obsahem jsou dva rozhovory s matkami, které si prošly komplikovaným porodem. Cílem celé práce je popsání zkušeností žen s traumatickým porodem, zdůraznění důležitosti různých aspektů ovlivňujících jeho prožitek, jako je např. přístup porodní asistentky.

## **Abstract**

Surname and name: Denemarková Anna Kateřina

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: Effects of complicated birth

Consultant: Mgr. Eva Hendrych Lorenzová, Ph.D.

Number of pages – numbered: 60

Number of pages – unnumbered: 21

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 50

Keywords: birth, pregnancy, consequences, handicap

### Summary:

In this bachelor thesis I focus on effects of complicated births. The work is divided into theoretical and practical part. In the theoretical part I focus on explaining the birth as an difficult situation, I name and describe a few complications and their effects, peripartum care in connection with complicated birth and last, but not least, I focus on subsequent care. I decided for qualitative research as a method I used for the practical part, its content are two interviews with mothers, that went through complicated birth. The aim of my thesis is to describe the experience those women had with traumatic birth and to highlight the importance of various aspects influencing the whole experience, ex. approach of midwife.

## **Předmluva**

Přestože je v dnešní době medicína obecně na vysoké úrovni, neubráníme se komplikovaným porodům, které mají za následek psychicky raněnou matku a dítě s handicapem. Ten ovlivní nejen dítě, ale také rodičku a následně celou rodinu. Často si ženy z nefyziologického porodu odnáší traumatický zážitek, který je mnohdy způsoben vysoce stresovou situací a zjištěním, že jejich dítě může mít doživotní následky. Tyto prožitky mohou snadno vyústit v traumatizaci, která ovlivní chod celé rodiny.

Proto jsem si jako téma bakalářské práce vybrala Následky komplikovaného porodu. Má výzkumná otázka zní: „Jaké jsou zkušenosti žen - matek po komplikovaném porodu, který měl za následek péči o handicapované dítě?“

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Evě Hendrych Lorenzové, Ph.D., za odborné vedení této práce, poskytování rad, materiálních podkladů a hlavně trpělivost. Dále děkuji oběma respondentkám za to, že mne pustily do svého soukromí. V neposlední řadě děkuji celé své rodině, která mě podporovala po dobu studia.



# OBSAH

SEZNAM TABULEK.....	11
ÚVOD .....	12
TEORETICKÁ ČÁST .....	14
1 POROD JAKO NÁROČNÁ ŽIVOTNÍ SITUACE .....	14
1.1 Definice porodu jako fyziologického, ale nepředvídatelného procesu .....	14
1.1.1 Příprava k porodu dříve a dnes .....	15
1.1.2 Strach žen a význam předporodní přípravy .....	18
2 VYBRANÉ KOMPLIKACE U PORODU A JEJICH NÁSLEDKY .....	21
2.1 Komplikace u dítěte .....	21
2.2 Komplikace u matky .....	22
2.3 Vybrané handicapy dítěte způsobené komplikacemi u porodu.....	23
2.4 Vybrané tělesné a psychické následky rodičky způsobené nefyziologickým porodem.....	25
2.4.1 Tělesné následky.....	25
2.4.2 Psychické následky .....	27
3 PERIPARTÁLNÍ PÉČE PAS V KONTEXTU KOMPLIKOVANÉHO PORODU .....	31
3.1 Důležitost psychické pohody matky u porodu .....	31
3.2 Komunikace s rodičkou a sdělení diagnózy .....	32
4 NÁSLEDNÁ PÉČE O MATKU A DÍTĚ PO KOMPLIKOVANÉM PORODU .....	35
4.1 Psychika ženy po traumatickém porodu, fáze prožívání a možné následky na chod rodiny.....	35
4.1.1 Psychika ženy po traumatickém porodu, fáze prožívání .....	35
4.1.2 Možné následky na chod rodiny .....	37
4.2 Podpůrné skupiny .....	39
4.3 Domovy pro osoby se zdravotním postižením .....	40
PRAKTICKÁ ČÁST.....	42
5 CÍL A ÚKOLY PRÁCE .....	42
5.1 Hlavní cíl.....	42
5.2 Dílčí cíle .....	42
6 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY .....	43
7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU.....	44
8 METODIKA PRÁCE .....	45
9 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ .....	46
9.1 Rozhovor č.1 – Patricie .....	46
9.1.1 Shrnutí průběhu rozhovoru.....	52
9.1.2 Obsahová analýza .....	52

9.2	Rozhovor č.2 – Karolína .....	54
9.2.1	Shrnutí průběhu rozhovoru.....	59
9.2.2	Obsahová analýza .....	60
	DISKUZE.....	63
	ZÁVĚR .....	71
	SEZNAM LITERATURY .....	72
	SEZNAM PŘÍLOH.....	76
	Příloha A – Edinburghská škála poporodní deprese v českém jazyce .....	77
	Příloha B – Graf “Spokojenost rodičů se způsobem, jakým byli o postižení svého dítěte informováni“ .....	80
	Příloha C – Graf “Hodnocení nejobtížnějších aspektů souvisejícími a potvrzením Downova syndromu“ .....	80
	Příloha D – Desatero – “Jak zvládat postižení vlastního dítěte?“ .....	81

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1: Dílčí cíl 1.....	63
Tabulka 2: Dílčí cíl 2.....	65
Tabulka 3: Dílčí cíl 3.....	66
Tabulka 4: Dílčí cíl 4.....	67
Tabulka 5: Dílčí cíl 5.....	68
Tabulka 6: Dílčí cíl 6.....	69

## ÚVOD

Porod je v životě ženy jedním z nejdůležitějších okamžiků. Žena se stává matkou a mateřství vytváří jedno z nejsilnějších pout. S těhotenstvím přirozeně přichází i ambivalentní pocity, nastávající maminky mívají strach, zda se splní jejich představa porodu, zda zvládnou péči o nového člena rodiny, zkrátka zda všechno bude tak, jak si přály. Tyto pocity jsou naprosto normální a k něčemu tak přirozenému, jako je porod, patří.

Nejdůležitějším okamžikem není porod jen pro nastávající rodiče, ale také pro nový život, který je na jeho konci zrozen. Pro dítě je průběh porodu náročnou situací, která ale nenarozené dítě připravuje na příchod na svět, pokud vše probíhá tak, jak má. S koncem porodu začíná nový život jak pro dítě, tak pro matku.

Porod má už od nepaměti v našich životech velký význam. Od Starověkého Egypta po dnešek je porod až mystickou událostí, která zůstává stále stejná. Mění se ale přístup k ní vlivem pokroků v medicíně, nových zjištění, odlišných kultur a trendů.

V dnešní době je medicína na velmi vysoké úrovni a dá se říci, že někdy jsou pokroky v medicíně až zázračné. Se získáváním nových poznatků a přizpůsobování se pokroku přežijí i takoví jedinci, kteří by v dřívějších dobách neměli šanci na život. Za to můžeme být vděční neustálým výzkumům objevujícím nové a nové způsoby.

Ony nové medicínské poznatky a způsoby bývají často hojně řešeným tématem. Nastávají totiž chvíle, kdy přehnaná snaha o aspoň částečné řešení situace může přinést bolest, psychickou újmu a beznaděj. Je ovšem důležité uvědomit si, že na takové situace se nestraný člověk či zdravotník dívá jinak než rodič.

Právě rodiče postižených dětí se ocitají mnohdy v situacích, kdy sami nevědí, co je správným řešením. Hroutí se jim představy o těhotenství, porodu a dalším životě. V některých případech je handicapované dítě psychickou zátěží pro rodiče a blízké okolí, nemluvě o diskutabilní kvalitě života jeho samého.

Právě proto je potřeba, aby se takovým rodičům věnovala dostatečná péče a pozornost, protože při potřebné míře informovanosti, správném přístupu a možnosti volby, mohou rodiče v rámci možností zkvalitnit život jak sobě, tak nově narozenému dítěti.

My, jako zdravotníci, jsme velkou součástí celého procesu smíření se s narozením handicapovaného dítěte. Rodičům můžeme poskytnout nejen informace, ale také podporu a potřebnou pomoc, o kterou se mnohdy bojí sami říct.

Toto téma jsem si vybrala, protože si myslím, že mu není věnována dostatečná pozornost. Také z toho důvodu, že mám k dětem vřelý vztah a po studiu chci pracovat na oddělení neonatologické intenzivní péče, mne toto téma zajímá.

Informace, které se nacházejí v této bakalářské práci, jsem čerpala ze zdrojů mnou vybraných nebo na doporučení vedoucí práce. Většinu odborné literatury jsem našla v knihovně Fakulty zdravotnických studií v Plzni nebo kvůli omezenému přístupu do knihoven v elektronické formě na stránkách NTK (Národní technická knihovna) v Praze.

Cílem práce je popsat zkušenosti žen po komplikovaném porodu.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 POROD JAKO NÁROČNÁ ŽIVOTNÍ SITUACE

### 1.1 Definice porodu jako fyziologického, ale nepředvídatelného procesu

Přestože naprostá většina těhotenství probíhá bez komplikací a vyústí v porod zdravého novorozence, v určitém počtu případů nastanou během těhotenství nebo za porodu komplikace, někdy velmi závažné, které mohou ohrozit zdraví či život jak dítěte, tak matky. Takové situace mohou probíhat velmi akutně a vyžadují okamžitou a správnou diagnózu s bezprostřední následnou terapií (Pařízek a kol., 2012).

Zdravotnické statistiky z roku 2018 říkají, že v 90 pracovištích s porodnickou péčí v České Republice bylo za tento rok 24% porodů sekci, 0,6% klešťových porodů a 2,5% porodů VEXem (vakuumextraktor) (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2018).

V případě komplikací u porodu se nejčastěji setkáváme např. s život ohrožujícím krvácením, hypoxií plodu, potřebou operačního porodu nebo dystokií ramének. Za méně časté zmíním např. eklamptický záchvat, abrupci placenty, prolaps pupečníku nebo rupturu dělohy.

Některé z kritických stavů v porodnictví a perinatologii jsou velmi vzácné a není vždy pravděpodobné, že členové týmu mají praktickou zkušenost z podobné situace v minulosti. V takových případech je důležité, aby měli teoretickou znalost, jak situaci vyřešit a jak předejít poškození matky a dítěte. Dobrých knih popisujících kritické stavy v těhotenství a za porodu je však velmi málo (Pařízek a kol., 2012); (Procházka a Pilka, 2016).

Normální porod je definován jako „Normální porod je takový, který začne a postupuje spontánně a při němž žena porodí dítě i placenu se svým vlastním rytmem, svým vlastním úsilím a bez vnějších zásahů. Dítě po normálním porodu zůstává s matkou v úzkém kontaktu a tvoří nedělitelnou jednotku.“ (UNIPA, nedatováno)

Porod je situací, na kterou se má žena možnost psychicky připravovat po dobu devíti měsíců. Přesto je situací, která je nová a složitá i pro ženy, které rodily. Jak se žena s touto zátěžovou situací vypořádá, to záleží na její osobnosti, odolnosti vůči zátěžovým situacím, vrozených vlastnostech a životních zkušenostech, aktuálním stavu organismu a sociálních skutečnostech (Ratislavová, 2008, str.58).

Existují mnohé způsoby přípravy k porodu a každé ženě vyhovuje jiný. Některým ženám jako příprava k porodu stačí, že se o porodu baví se staršími ženami z rodiny, řeší porod se svým partnerem, nebo se na to psychicky připravují úplně samy. K dispozici jsou budoucím rodičkám i přípravné kurzy k porodu, kde dostávají informace většinou od porodních asistentek. Ať už se ženy připravují jakkoliv, vždy může nastat situace, na kterou se předem ani připravit nelze. Proto je porod pro ženy nepředvídatelným procesem, a tedy i náročnou životní situací.

Rodička vstupuje přijetím do nemocnice na cizí půdu a je téměř ve všech svých potřebách závislá na zdravotnících. To v ní může vyvolat pocit odkázanosti a bezmoci. V jejím těle dochází k procesu, který nemůže nijak kontrolovat a mimo pocit bezmoci se může objevit i úzkost a strach. „(Kodyšová, 2014) říká, že *hormonální změny zvyšují senzitivitu vůči prostředí, především vůči naladění a postojům zdravotnického personálu*“ a to ženu činí zranitelnou a zároveň potřebující emoční podporu (Takács, 2015, str. 17).

Je tedy velmi důležité v těchto situacích udělat vše proto, aby se žena cítila co nejbezpečněji. Důležité je hlavně soukromí, klid, možnost realizace samy sebe, přítomnost blízké osoby, dostatečná informovanost, podpora zdravotnickým personálem a psychická připravenost rodičky.

### **1.1.1 Příprava k porodu dříve a dnes**

Ve světě, v době, kdy se porodem ještě nezabývali lékaři, probíhal porod pod vedením tzv. porodní báby nebo zkrátka v tomto oboru zkušené ženy. Nelze mluvit o cílené přípravě, vše probíhalo na základě zkušeností a tradice. Od 16. století se porod pomalu dostává do rukou lékařů, systematický zájem o mírnění porodních bolestí se však objevuje až ve 20. století.

Původním smyslem předporodní přípravy bylo její využití jako metody porodnické analgezie. První snahou byla metoda hypnosuggestivní, která chtěla využít vedení porodu v hypnóze. O sto let později byla inspirací pro psychiatry Platonova a Velvovského a od 20. let minulého století se objevovaly první sovětské publikace o využití hypnózy a sugesce v porodnictví. Poprvé byla tato metoda použita v Rusku v roce 1949 a vyvinula se z ní tzv. porodnická psychoprofylaxe, která je dnes známá jako Lamazova metoda. Příprava se skládá z celkem šesti sezení. První sezení se zaměřuje na anamnézu (to bylo jako jediné individuální), druhé sezení zahrnuje poučení o mechanismu porodu a potlačení porodních bolestí, třetí a čtvrté sezení se věnovalo první době porodní, páté sezení se zabývá druhou dobou porodní a při šestém sezení dochází k shrnutí všech informací.

Nezávisle na ruských vědcích vyvíjel vlastní metodu anglický porodník Grantly Dick – Read, který ji publikoval v roce 1933. Základem jeho metody byl syndrom úzkost – napětí – bolest. Úzkost se snažil potlačit tím, že porodník u rodičky tráví maximum času. Napětí se snažil snížit nácivkem svalové relaxace. Za ideální považoval nácivik během 6 – 8 lekcí předporodní přípravy v posledních třech měsících těhotenství.

V 50. letech na jeho teorii navázal francouzský porodník Fernand Lamaze. Je také autorem knihy *Bezbolestný porod*, kde popisuje metodu Velvovského psychoprofylaxe, kterou Lamaze modifikoval.

Ve Francii na Lamaze navázal Pierre Vellay, který odmítal farmakologické tišení bolesti při porodu, protože podle něj matka musí prožít porod bez ovlivnění farmakologické analgezie, aby navázání vztahu matky s dítětem proběhlo tak, jak má.

Pierrem Vellaym se inspiroval Leboyer, autor tzv. něžného porodu a knihy *Porod bez násilí*. Farmaka podle něj nejsou nutná pro zvýšení fyziologické bezpečnosti u porodu. Novorozenec je podle Leboyera stresován hlavně uchopením za dolní končetiny a polohou hlavou dolů, změnou prostředí, přerušením pupečníku, světlem, chladem a nucenými polohami. Z toho vychází jeho zásady u porodu, kterými jsou přítmí, klid, ticho, přítomnost blízké osoby, útulná porodní místnost, položení dítěte na břicho matky a jemné masírování. Prosazuje také přerušování pupečníku až po jeho dotepání a položení dítěte do vody o teplotě matčina lůna. Celodenní rooming – in považuje za nezbytný.

Další významnou osobností je v dnešní době také Michel Odent, autor myšlenky porodu do vody a knihy *Znovuzrozený porod*. Avšak na rozdíl od Leboyera, který upřednostňoval roli dítěte, přisuzoval aktivnější roli ženě.

U nás až do konce druhé světové války nejsou zmínky o systematické přípravě k porodu. Pod vlivem vztahů se Sovětským svazem se u nás ujala právě ruská metoda. O psychoprofylaxi publikuje v roce 1950 prof. Lukáš, hlavní zásluhu na jejím šíření měl Ústav pro péči o matku a dítě. Od padesátých let u nás ženy měly možnost tuto předporodní přípravu navštěvovat. Ženy ale byly v té době stále spíše zvyklé ptát se zkušenějších žen nebo vzdělávat se pomocí samostudia.

Současný tuzemský program vychází z koncepce vypracované Psychosomatickou sekcí Gynekologické a porodnické společnosti v 80. letech, hlavní autorkou je Marie Pečená.



V dnešní době se ví, že předporodní příprava jako způsob úplného odstranění bolesti nefunguje, nicméně její význam je mnohem širší. Zejména připravit ženu nejen na vlastní porod a odstranit její strach a úzkost, ale i na celý průběh těhotenství, šestinedělí a mateřskou roli. Lekce vypadají asi takto:

1. lekce: cíl přípravy ženy k porodu, termín porodu, tělesné a psychické změny v těhotenství, výživa, oblékání, životospráva
2. lekce: vnímání bolesti, teorie bolesti, možnosti ovlivnění, posílení sebedůvěry
3. lekce: předporodní období, kdy do porodnice, příjem, první doba porodní včetně nácviků dýchání, akupresura a nácvik masáží
4. lekce: druhá doba porodní, nácviky polohy a zadržetí dechu, operativní porod, třetí doba porodní, doba po porodu
5. lekce: tělesné a psychické změny v šestinedělí, kojení, správné přikládání, šestinedělí po císařském řezu, hygiena a životospráva v šestinedělí, sexualita po porodu
6. lekce: současné trendy v péči o novorozence, vývoj vazby matka dítě, polohování, výživa a hygiena novorozence, raný vývoj novorozence a jeho abnormality (Kuželová, 2003, str.1-4)

Průběh těhotenství a zejména porod bez komplikací nemusí být ještě ani v 21. století úplnou samozřejmostí. V průběhu posledních dvou desetiletí stoupá počet rizikových těhotenství i v hospodářsky rozvinutých zemích a nárůst bude pravděpodobně stále pokračovat. Na vině jsou částečně demografické změny. Přicházejí ženy, které od svého dětství neprocházely u nás běžnou léčebně-preventivní péčí a často s sebou přinášejí pro nás málo známé choroby či onemocnění. Další příčinou je stále stoupající průměrný věk, kdy ženy otěhotní. Významně stoupá počet žen, které první dítě rodí po 35. roce svého života. Vyšší věk těhotné ženy přitom představuje sám o sobě vyšší zdravotní riziko – s věkem související choroby.

Zároveň stoupá počet neplodných párů vyžadujících pomoc některé z metod asistované reprodukce. Léčba neplodnosti s sebou přinesla nárůst vícečetných těhotenství a s tím související předčasné porody. V současné době jsme také často svědky těhotenství u závažně nemocných žen, kterým se ještě před nedávnem těhotenství neschvalovalo, nebo dokonce

zakazovalo. Běžně je těhotným ženám v poradnách pro riziková těhotenství poskytována péče nejen pro hypertenzi a diabetes mellitus, ale častěji přicházejí těhotné např. s poruchami krevní srážlivosti, po mozkových a srdečních příhodách, atd.

Další problematikou je epidemie obezity. Nadbytek potravy a omezená pohybová aktivita obyvatel v hospodářsky rozvinutých zemích způsobují, že nadváhou nebo obezitou v dnešní době trpí přibližně polovina žen, přičemž třetina z nich je v reprodukčním věku. Je prokázáno, že nárůst obezity v reprodukčním věku s sebou přináší i nárůst rizikových těhotenství. U obézních žen se často vyskytují předčasné porody, avšak významně častěji bývá těhotenství prodloužené. Bývá narušeno vyplavování endogenního oxytocinu, proto je pak mnohdy nezbytné porody uměle vyvolávat a posilovat slabou děložní činnost uterotoniky. Díky nepravidelné děložní činnosti narůstá u obézních žen počet císařských řezů, a to se všemi negativními důsledky, které s sebou tento zákrok přináší (vyšší riziko dalšího císařského řezu, narušený bonding, riziko placent accret, atd.) (Pařízek, 2012.).

### 1.1.2 Strach žen a význam předporodní přípravy

Strach z porodu je přirozená reakce vyplývající z nadcházející situace, nad kterou žena nemusí mít kontrolu částečně z důvodu větší či menší závislosti na zdravotnících.

*„Porod je téměř univerzálně bolestivá zkušenost a ženy očekávají, že to bude bolestivý zážitek“* (Fillingim, 2005). Žena může porodní bolest vnímat jako součást zrození, jako pozitivní sílu, nebo jako nevyhnutelné utrpení. Každopádně strach z porodní bolesti souvisí obecně se strachem z bolesti i v jiných situacích. Může se jednat o primární strach, ten bývá obvykle u prvorodiček, spojený s premorbidní psychopatií úzkostných poruch, nebo sekundární strach, který se objeví po předešlé nepříjemné zkušenosti. Strach z bolesti při porodu má přibližně polovina všech těhotných (Takács, 2015, str. 37).

*„Bolest k porodu patří. Ale i bolest lze vnímat různě.“* (Mrowetz, 2011, str. 10) Dříve se o bolesti u porodu hovořilo jako o významné součásti, má rodiče pomoci najít nevhodnější polohu a spolupracovat tak s děťátkem, které se usilovně snaží dostat na svět. Pokud je bolest vnímána jako smysluplná, nevyvolává v nás strach. Oproti bolesti např. při zranění, jež nám může ublížit, kterou vnímáme negativně. Pokud žena nepochopí důležitost a význam porodní bolesti, vyvolá to v ní strach.

Vedle bolesti je přirozenou součástí porodu také radost. Snad pro každou ženu je největší radostí právě okamžik narození jejich miminka. Chvilce, kdy matka přivine své dítě

do náruče, je veškerá bolest zapomenuta a vystřídána pocitem štěstí (Mrowetz, 2011, str. 10).

Ne všechny matky mají tu příležitost zažít tento pocit štěstí. Jsou matky, které prodělají tytéž bolesti i strach před porodem, mají za sebou možná i obtížné těhotenství, ale místo zdravého dítěte se jim narodí novorozenec, který může být lékaři někdy ihned označen za dítě s postižením (Marková, 1987, str. 17).

Porod jako zátěžovou situaci musíme vždy posuzovat vzhledem k adaptačním silám a možnostem ženy. Co pro jednu ženu znamená ještě zátěž přijatelnou, pro druhou je již nad její síly. Většina žen zvládá situaci porodu s vypětím nebo krajním vypětím sil, při mobilizaci fyzických a psychických mechanismů. Vedle přiměřených reakcí se objevují často i prvky neadekvátní, objevují se různé funkční poruchy, vývojově nižší způsoby chování i obranné psychické mechanismy (Ratislavová, 2008, str. 58).

Aby se ženy místo k adaptivnímu chování neuchylovaly k maladaptivnímu chování (chování, které situaci adekvátně neřeší, ale spíše komplikuje), spoustu z nich dochází pravidelně na předporodní přípravu.

Pomocí předporodní přípravy jsou ženy seznámeny s průběhem těhotenství, porodem, šestinedělím a mateřstvím. Vědomosti získané na těchto kurzech mohou vést k odstranění negativních pocitů ohledně porodu jako je např. strach z bolesti nebo strach o dítě (Šrámková, 2016).

Ženy pak oprávněně mají větší pocit jistoty, díky lepší informovanosti, která je jim díky předporodním přípravám poskytnuta. Během předporodních kurzů probírají různé situace, které mohou nastat. Ženy nacvičují způsoby dýchání, pohyby nápomocné k sestupu miminka a na některých kurzech rodičky posilují svalstvo a uvolňují tělo. Jednou z možností předporodní přípravy je docházení přímo do nemocnice, kde ženy chtějí родit. Výhodou tohoto způsobu je seznámení s prostředím, kde žena bude родit. Dále existují soukromé předporodní přípravy pořádané porodními asistentkami mimo nemocnici. Pokud ženám není příjemné nemocniční prostředí, tento typ je určitě více vyhovující než předporodní příprava v nemocnici. Existuje také spousta druhů cvičení pro těhotné jako např. plavání pro těhotné, yoga, pilates, břišní tanec pro těhotné, které pomáhají navázat kontakt matky s dítětem již v prenatálním období. Některé ženy se radši připravují samy v pohodlí domova, kde buď

cvičí některá z výše uvedených cvičení, nebo se připravují na porod psychicky samy nebo i s partnerem.

## 2 VYBRANÉ KOMPLIKACE U PORODU A JEJICH NÁSLEDKY

### 2.1 Komplikace u dítěte

*„Dítě zažívá okamžiky nesmírného blaha, kdy každý centimetr jeho těla je zaplavován teplou mateřskou tekutinou a masírován mateřskými svaly. Však tyto chvíle blaha jsou vystřídány pocity bolesti a strachu. (...) Stahy dělohy je budou po řadu hodin periodicky svírat a postrkovat k vaginálnímu otvoru, kde je uchopeno za hlavu a octne se konečně ve studené, hlučné, osvětlené místnosti, kde několik cizích lidí s ním začne manipulovat.“ (Matějček, 1986, str. 138-139)*

*„Od početí do věku 40-ti let je lidský jedinec nejvíce ohrožen smrtí nebo závažnou poruchou integrity organismu s trvalými následky v době porodu.“ (Z.Hájek a kol., 2004, str. 339). Porod jako relativně krátké období, trvající několik hodin, má zásadní vliv na budoucí bytí či nebytí dítěte a na kvalitu jeho života, která může být zásadně ovlivněna vznikem peripartálního handicapu. Obecně lze nazvat riziko vzniku poškození za porodu jako distres plodu. Většinu intrapartální hypoxie vyvolávají akutní stavy dočasné nebo trvale omezené nebo přerušované fetoplacentární cirkulace (Hájek a kol., 2004, str. 339).*

Dále v textu uvádím vybrané komplikace, které mohou ovlivnit zdravotní stav dítěte.

Nepravidelnosti vstupu hlavičky do pánevního vchodu můžeme rozdělit na vysoký přímý stav (hlavička naléhá na pánevní vchod se švem šípovým v přímém průměru), kdy hrozí ruptura dělohy a porod se ukončuje císařským řezem, druhým typem je hluboký příčný stav (hlavička projde bez rotace až do pánevní šíře nebo východu a zde uvázne), v tomto případě hrozí ukončení porodu použitím vakuumextraktoru nebo kleští.

U nepravidelností vlastního mechanismu porodu hlavičky zmíním abnormální rotaci hlavičky ve flexi (hlavička rotuje záhlavím dozadu, do vyhloubení kosti křížové, hlavička se rodí obličejem pod sponou stydkých kostí). Zde hrozí protrahovaný porod a ukončení použitím vakuumextraktoru nebo kleští, s čímž je spojené riziko většího poranění porodních cest a u novorozence vznik hematomu nebo intrakraniálního krvácení.

Další nepravidelností, kterou zmíním, je asynklitismus (nepravidelné naléhání hlavičky plodu), kdy šev šípový není uprostřed mezi sponou a promontoriem. Při asynklitismu hrozí konformace hlavičky, proto se v takovém případě volí císařský řez.

Poloha koncem pánevním se vyskytuje přibližně v 3,5-4% v období konce těhotenství. Naléhající částí plodu je pánevní konec, a to v různých variantách (úplný, neúplný, nožkou či nožkami). S touto polohou plodu je spojeno riziko výhřezu pupečníku, předčasného odloučení placenty, krvácení do CNS nebo např. zadržení hlavičky způsobené spasmem děložní branky. Porod plodu koncem pánevním je vždy nutné považovat za porod rizikový.

Jako další komplikaci zmíním porod makrosomního plodu (plod s hmotností nad 4000g). Problémy při porodu nastávají obvykle až ve II. době porodní, je obvykle protahovaná. Je zde riziko operačního porodu a s tím zvýšené riziko poranění matky i plodu (Pařízek a kol., 2012, str. 51-136).

U dystokie ramének (jakékoliv těžkosti s porodem ramének po porodu hlavičky plodu) hrozí, díky zaklínění raménka za sponu stydkou a druhého raménka za kost křížovou, poškození brachiálního plexu až utržení nervových vláken. Díky stlačení hrudníku a kompresi pupečníku je dítě ohroženo hypoxií a poškozením CNS (Pařízek a kol., 2012, str. 160).

Méně častou komplikací je kompletní prolaps pupečníku (výhřez kličky nebo kliček pupečníku při porušeném vaku blan). Pro plod znamená ohrožení těžkou asfyxií až smrtí.

Nejzávažnějším následkem komplikací u porodu je intrauterinní smrt plodu. Ta může být následkem např. ruptury děložní, abrupce placenty nebo pupečnickovými příhodami. Pro ženu znamená vážné psychické trauma a vážně ohrožuje i její zdraví (Pařízek a kol., 2012, str. 209).

## **2.2 Komplikace u matky**

Patologické stavy v organismu znamenající pro matku i plod zvýšené riziko jsou většinou spojeny s koncem těhotenství a porodem. Zvýšenou péči potřebují ženy, které jsou postiženy patologií již v těhotenství. Druhou skupinu představují rodičky zcela zdravé, které se při porodu setkají s neočekávaným akutním zvratem, jež ohrožuje jejich zdraví nebo zdraví jejich dítěte (Hájek a kol., 2004, str. 26).

Opět se budu věnovat vybraným porodním komplikacím, tentokrát u matky.

Jednou z nejčastějších komplikací je předčasný porod (patologický děj vyvolán řadou příčin jako je např. infekce, poruchy placentace, inkompetence hrdla děložního atd.). Předčasné porody se podílí přibližně z 30% na perinatální úmrtnosti. Je zde také zvýšené riziko handicapu novorozence. „*Výsledky studií z vyspělých zemí, se kterými se na tomto poli*

*srovnáváme, ukazují, že u dětí o porodní hmotnosti 1500g nebo nižší se vyskytuje v 7% těžký handicap (nutný azylový pobyt), u 45% abnormální vývoj a u 80% edukační problémy.“ (Pařízek a kol., 2012, str. 60)*

Jako další bych zmínila život ohrožující krvácení (rychle narůstající krevní ztráta odhadnutá na 1500 ml a více a je spojena s klinickými nebo laboratorními známkami šoku). Takovéto krvácení může způsobit hemoragický šok, DIC (diseminovaná intravaskulární koagulopatie) nebo až smrt rodičky (Pařízek a kol., 2012, str. 116).

Patologických poruch vztahujících se k placentě rozeznáváme hned několik. Patří sem např. patologické umístění placenty, konkrétně placenta praevia (placenta nacházející se v blízkosti vnitřní branky hrdla), která může způsobit krvácení v těhotenství a podle přesného uložení může být indikací k císařskému řezu. Další patologií je např. špatné zanoření placenty, konkrétně placenta percreta (placentární klky prostupují celou stěnu myometria až do perimetria), zde hrozí zanoření placenty až do okolních orgánů (Pařízek a kol., 2012, str. 143).

Jako předposlední komplikací zmíním abrupci (předčasné odlučování) placenty. Při předčasném odloučení dochází ke ztrátě funkce placenty, u plodu tak hrozí anémie, IUGR nebo až intrauterinní smrt. Rizika pro matku jsou opakování v další graviditě, hypovolemický šok, DIC, poporodní krvácení nebo až smrt (Hájek a kol., 2004, str. 248-249).

Posledním a život ohrožujícím stavem je ruptura děložní. Rizikem jsou vaginální porody po císařském řezu nebo operacích na děloze. Ruptura děložní je velice vážný stav, kdy je v ohrožení života jak plod, tak matka (Pařízek a kol., 2012, str. 206).

### **2.3 Vybrané handicapy dítěte způsobené komplikacemi u porodu**

Problematika časně diagnostiky handicapu u dítěte je předmětem diskuzí dětských neurologů již delší dobu. Nejjednodušší a nejčasnější metodou je tzv. Apgar skóre, při kterém se pozoruje pět tělesných funkcí (puls, dech, zbarvení kůže, svalové napětí a reaktivita) novorozence. Zaznamenávají se v první, páté a desáté minutě po porodu. V každé z těchto minut se provede součet bodů, a pokud tento součet nepřesahuje 6, lze počítat s nějakými zdravotními komplikacemi. Nicméně tato rychlá metoda je značně nepřesná (Kudláček, 2012, str. 30). Další metodou užívanou na porodním sále bezprostředně po narození dítěte

je zhodnocení acidobazické rovnováhy pomocí odběru krevních plynů. Toto vyšetření je relativně přesným ukazatelem perinatální hypoxie a asfyxie a může odhalit jak chronickou, tak akutní asfyxii (Šohajová, 2009).

U dětí s postižením se mohou objevovat různé odchylky od běžného vzhledu novorozence. Ty mohou být odhaleny pomocí somatického zhodnocení, kde se lékař/porodní asistentka zaměřuje např. na rýhy na ploskách, prsní žlázu nebo tvar uší (Fendrychová, 2004). V neposlední řadě zmíním zhodnocení reflexů, jako je např. tonický šíjový reflex, kdy se dítě hlavou natočí na jednu stranu a končetiny na též straně natáhne, zatímco na protější straně je ohne do „obránné“ pozice. Nebo např. hledací reflex, kdy se dítě přirozeně otáčí na stranu směrem k osobě, která se ho dotýká na obličeji, v očekávání potravy. Absence některých reflexů ukazuje na abnormality v nervové soustavě (Leifer, 2004, str.329).

Povinností lékaře je rodiče co nejdříve informovat o tom, že jejich dítě má postižení. Ani on však nemůže u postiženého dítěte dělat hned po narození konečné závěry. Hloubka a rozsah postižení se úplně projeví až později. Celkový rozsah a vážnost postižení většinou nelze stanovit v prvních dnech ani týdnech (Marková, 1987, str. 18).

Zmíním několik handicapů, ať už se jedná o handicapy neurologické (které se dělí na psychické, inteligenční a pohybové) nebo smyslové.

Jako první se budu věnovat neurologickým postižením. Neurologická postižení u novorozence mohou vzniknout jako následek hydrocefalu, akutní nebo chronické hypoxie nebo např. nitrolebečního krvácení. Následkem těchto stavů může být dětská mozková obrna (Tkaczyk, 2019).

*„Protože je poškozen mozek, je to postižení centrální, u něhož porucha hybnosti bývá velmi často provázena dalšími poruchami, včetně mentální retardace, a ty pak ve svých důsledcích postiženého člověka v životě výrazně limitují. I ta nejucelenější rehabilitace může potíže takového člověka jen zmírnit, neboť příčinná léčba této obrny neexistuje. Dětská mozková obrna je dnes tak častá, že zejména v dětském věku jevově překrývá postižení ostatní.“* (Kudláček, 2012, str. 13)

Jako následek proběhlé asfyxie novorozenci hrozí hypoxicko-ischemická encefalopatie (dále jen HIE), která je významnou příčinou morbidit a mortality u novorozenců. Při HIE vzniká poškození centrální nervové soustavy, které může mít celoživotní následky. Jako vhodná terapeutická metoda se používá řízená hypotermie, která se indikuje novorozencům



starším 36.tg s neurologickými příznaky jako je např. porucha vědomí nebo křeče. Novorozenec se na 72 hodin ochladí na 33,5-34,5°C. Z výsledků studií je patrné, že tato metoda snižuje mortalitu a neurologické postižení u takových novorozenců (Šuterová, 2015).

Jakékoliv poškození mozku může také zapříčinit vznik epilepsie.

Mezi psychické a inteligenční poruchy patří např. autismus (Tkaczyk, 2019).

Ovšem diagnóza dětského autismu je málokdy stanovena před čtvrtým rokem dítěte. Přitom časná diagnostika a následující časná intervence může vést k redukci symptomatiky a zlepšení prognózy dítěte. Dlouhé období mezi prvními symptomy a diagnózou může mít různé důvody. *„Rodiče, obzvláště jedná-li se o jejich první či jediné dítě, mají málokdy detailní znalost o normálním vývoji dítěte.(...) I pro odborníka, nejčastěji praktického dětského lékaře, nemusejí mít často jen drobné odlišnosti od normálního vývoje či přítomnost pouze některých zvláštností dostatečný význam pro podezření na pervazivní vývojovou poruchu.“* (Akademie věd ČR, Beranová, 2012, str. 168)

Mezi psychické a inteligenční poruchy patří také např. různé poruchy učení. *„Poruchy učení je termín označující heterogenní skupinu obtíží, které se projevují při osvojování a užívání řeči, čtení, psaní, naslouchání a matematiky.“* (Zelinková, 2003, str.10)

Nejčastější příčinou smyslového postižení je nezralost. Rizikovými jsou i výkyvy v dodávce kyslíku a zánětlivé procesy. To vše může vést k narušení sítnice, až k jejímu odchlípení. To zapříčiní postižení zraku případně i úplnou slepotu. Stejně tak může dojít k postižení sluchu, kde hlavní příčinou je opět nezralost, toxicita některých podávaných léků nebo také postižení mozku, které vede k tzv. centrální hluchotě. V případě postižení sluchu není žádná cílená léčba, ale ke zlepšení následného vývoje dítěte se buď používá naslouchátko, nebo se zavádí kochleární implantát. (Tkaczyk, 2019)

## **2.4 Vybrané tělesné a psychické následky rodičky způsobené nefyziologickým porodem**

### **2.4.1 Tělesné následky**

*„Moderní porodnictví udělalo v druhé polovině dvacátého století obrovský pokrok ve snižování mateřské puerperální morbidity a mortality. Zcela hladký průběh šestinedělí však zaručit nemůže.“* (Roztočil a kol., 2008, str. 307)

S patologickým průběhem porodu stoupá i riziko patologického šestinedělí. Zmíním zde pár vybraných patologií, které se mohou po takovém porodu objevit.

Puerperální krvácení (ztráta vyšší než 300 ml) lze rozdělit na časně a pozdní.

Časné poporodní krvácení se vyskytuje přibližně u 5% žen a je omezeno na 2 hodiny po porodu. Pozdní krvácení se objevuje do konce prvního týdne po porodu, někdy i později. Jako rizikové faktory bezprostředního poporodního krvácení zmíním např. porod velkého dítěte, klešťový porod, sekundárně slabé kontrakce, protrahovaný porod nebo porod plodu přes neúplně zašlou branku. Časné poporodní krvácení může mít jednu z 3 příčin. Těmi jsou atonie myometria (děložní atonie), porodní poranění nebo tvorba hematomů.

Nejčastějšími příčinami pozdního poporodního krvácení jsou retence placentární tkáně, subinvoluce stěny děložní nebo např. infekce dutiny děložní (Roztočil a kol., 2008, str. 308-309).

Nejběžnějším poraněním při porodu jsou trhliny hráze různého rozsahu a lokalizace. Příčinami může být např. velikost plodu, deflekční poloha, překotný porod nebo jizvy na hrázi (Roztočil a kol., 2008, str. 295).

Poranění hráze dělíme podle rozsahu na poranění I. stupně, kdy dochází k poranění kůže hráze a pochvy. II. stupeň poranění zasahuje jak do kůže a podkoží, tak i do svalů perinea. III. stupeň, kdy dochází i k poranění análního svěrače, se dělí na 3a – méně než 50% zevního svěrače, 3b – více než 50% zevního svěrače a 3c – ruptura zevního i vnitřního svěrače. Posledním stupněm je IV. stupeň, při kterém jsou poškozeny jak oba svěrače, tak i sliznice rekta. Porodní poranění análního svěrače výrazně zvyšuje tzv. dlouhodobou mateřskou morbiditu. Jeho následkem může být anální inkontinence (nedobrovolný únik plynů, stolice), zhoršení kvality sexuálního života nebo chronická bolest (Pařízek a kol., 2012, str. 139-140).

Jako další následek komplikovaného porodu bych zmínila ne tak častou, ale závažnou komplikaci, inverzi dělohy. Dělí se na kompletní a inkompletní podle toho, zda děložní fundus prošel hrdlem děložním. Tato patologie může být následkem porodu makrosomního plodu, nadměrného dávkování oxytocinu nebo např. při inzerci placenty v děložním fundu. Tento stav je doprovázen silnou bolestí, krvácením až šokem (Hájek a kol., 2004, str. 368).

Poslední patologií, kterou zmíním je puerperální infekce (infekce genitálního traktu vzniklá jako následek porodu). Její příčinou může být např. porodnické poranění, protražený porod, výrazná krevní ztráta nebo dlouhodobý odtok vody plodové. Infekce může postihnout endometrium, parametrium, pobřišnici nebo močovou soustavu. Podle závažnosti stavu může taková infekce způsobit např. krvácení, neonatální infekci, septický šok nebo až úmrtí matky (Roztočil a kol., 2008, str. 309-310).

#### **2.4.2 Psychické následky**

Šest týdnů po porodu je pro matku mimořádným obdobím. Některým ženám se v tomto období mění nejen citové reakce, ale také duševní stav, a jsou to matky zdravých dětí. Takovou reakci ať už dočasnou, nebo v těžších případech trvalého rázu nelze vyloučit. „*A co teprve prodělává v šestinedělí matka postiženého dítěte!*“ (Marková, 1987, str. 17-18)

Z pohledu psychiatra je v důsledku neurohormonálních změn poporodní období velice rizikovým jak pro znovuobjevení poruch dříve diagnostikovaných, tak pro vznik poruch nových. (Seifertová a kol., 2008, str. 484-497) Vyskytnout se může velké množství duševních poruch od poporodního blues až po stavy dříve označované jako laktační psychóza (Takács, 2015, str. 75).

V době po porodu, kdy je matka hormonálně nestabilní, má zásadní význam nepřetržitý kontakt s dítětem. Tzv. „skin to skin“ metoda zlepšuje jak poporodní adaptaci novorozence, tak mateřské chování matky. Za předpokladu trvajících kontaktu se zakládá psychická stabilita, která je absencí tohoto kontaktu narušena. Když žena nemá kontrolu nad porodem a novorozencem, zvyšuje se tak vznik negativních vnímání celého prožitku a s tím spojená stresová reakce, která může vést až k posttraumatické stresové poruše. Takové ženy v dalším životě ohroženy poruchou vztahu k dítěti a k partnerovi a mívají sníženou důvěru v sebe sama a své rodičovské schopnosti (Mrowetz, 2013).

Nejčastějšími poruchami jsou afektivní poruchy, úzkosti a deprese. Nejzávažnějšími jsou pak poporodní psychózy, které mohou ohrozit život jak matky, tak dítěte (Takács, 2015, str. 75).

Jako první psychickou poruchu zmíním nejčastější poruchu poporodního období, která se vyskytuje u 10-19% žen, je jí poporodní deprese (O'Hara a kol. 2013). Klinická manifestace se pohybuje od nejčastější formy poporodního blues až po těžkou formu s psychotickými příznaky (Takács, 2015, str. 75).

„Mezi příznaky poporodní deprese patří pocity insuficience, nerozhodnost, úzkost, strach ze samoty, bezmoc, beznadějí, ztráta zájmu a potěšení, katastrofické obavy z budoucnosti, doprovodné funkční poruchy trávicího traktu.(...) Významným příznakem poporodní deprese je pocit neschopnosti milovat své dítě, potíže se dítěte dotýkat a pečovat o něj, ambivalence až hostilita k dítěti a pocit ztráty kontroly“ (Ratislavová, 2008. str. 91).

Žena s poporodní depresí se stále více uzavírá sama do sebe a vyhýbá se kontaktu s blízkými. Nenaplňují jí věci a aktivity, které jí dříve přinášely radost. Často se ženy bojí, že je opustí partner a zůstanou samy (Praško a kol., 2009, str. 44).

Mezi rizikové faktory patří hlavně předchozí léčba deprese. Dalšími rizikovými faktory jsou např. rodinná anamnéza deprese, finanční problémy, manželský nesoulad, absence podpory nebo ambivalentní pocity ohledně těhotenství (Takács, 2015, str. 76).

Na možnost, že žena po porodu má tuto poruchu, by měl myslet každý lékař, porodní asistentka i dětská sestra. Je obecně známo, že poporodní deprese je málokdy rozpoznána a léčena. (Takács, 2015, str. 77) „Pro diagnózu poporodní deprese se nedoporučují běžné testy na depresivitu, protože v nich šestinedělky dosahují často patologických hodnot, ale ve světě používaná metoda EPDS (Edinburghská škála postnatální deprese – viz.přílohy).“ (Ratislavová, 2008, str. 91)

Mírné až středně těžké formy poporodní deprese lze léčit psychoterapeuticky. Závažnější stavy v některých případech vyžadují intenzivní psychoterapii, podávání antidepresiv, a z tohoto důvodu i zástavu laktace. Důležité je pro práci porodní asistentky, aby podpořila podpůrné chování blízkých a také časné rozpoznání a doporučení odborné pomoci (Ratislavová, 2008, str. 91).

Dalším typem psychické poruchy v šestinedělí jsou úzkostné poruchy. V průběhu šestinedělí opět může dojít buď k relapsu již diagnostikované poruchy, nebo ke vzniku nové. Nadměrná úzkost bývá spojená se strachem z péče o novorozence a odpovědnosti za něj. Rizikové jsou ženy, které nemají podporu rodiny a svých blízkých, protože právě podpora lidí z jejího okolí hraje ve většině případů pozitivní roli.

Úzkostné poruchy se obecně projevují malým množstvím spánku, kdy žena nemůže usnout ze strachu o život novorozence. Ženy např. poslouchají dech dítěte a opakovaně kontrolují, zda je naživu. Úzkost může být také způsobena tělesnými změnami, jako je třeba váhový přírůstek, strie a jizvy. Ženy se pak bojí svléknout před partnerem nebo chodit na

veřejnost (Takács, 2015, str. 84). Tento stav může vést až k dysmorfobii, která je popisována u 14% žen (Brockington, 2004). Pocit ženy, že již není atraktivní, často naruší sexuální život partnerů. Ženy se pak bojí o věrnost jejich partnera a vznikne patologická poporodní žárlivost. Ta je popisována u 5% žen (Brockington, 2004 str. 303-310).

Jednou z úzkostných poruch je např. panická porucha. „*Je charakterizována náhlými záchvaty úzkosti, které nejsou spojeny s žádným spouštěčem a jež jsou doprovázeny celou řadou somatických a vegetativních příznaků a strachem ze ztráty kontroly a ze smrti.*“ (Takács, 2015, str. 85)

V šestinedělí dochází k fyziologickým změnám, které mohou způsobit tachykardii, pocení, nedostatečnost dechu a závratě. Ženy s panickou poruchou při těchto projevech mohou mít pocit, že umírají nebo že se zblázní (Takács, 2015, str. 86). Vznik této poruchy u šestinedělek je popisován v přibližně 2% (Smith a kol., 2004). Některé výzkumy dokazují, že při přerušení kojení je procento vyšší a naopak kojení riziko snižuje (Ross, Mclean, 2006).

Další formou úzkostné poruchy je tzv. posttraumatická stresová porucha (dále jen PTSD). „*Vzniká jako opožděná nebo protrahovaná reakce na traumatickou či stresující událost.*“ (Takács, 2015, str. 87)

Mezi příznaky PTSD patří např. zapomenutí traumatické události, podrážděnost, nespavost, noční můry, emoční otupělost, vyhýbání se situacím, které událost připomínají, úzkost a deprese. Dále u žen s PTSD může dojít k narušení vztahu s jejich dítětem, kterému sem mohou i vyhýbat. Některé ženy trpí sexuálními poruchami (Ross, Mclean, 2006).

Podle výzkumu trpí PTSD 1,5-6% žen po porodu. U žen, které svůj porod prožily jako traumatický zážitek, převažoval pocit, že o ně zdravotníci nedostatečně pečovali, nepodávali jim dostatek informací a porod, který ženy vnímaly jako traumatický, braly jako rutinní. Tyto ženy se cítily bezmocně a ve zdravotníky ztratily důvěru (Beck, 2004, str. 28-35).

Rizikem ke vzniku této poruchy jsou komplikované porody (klešťové porody, akutní sekce, apod.). K rozvoji PTSD, jak je výše zmíněno, může přispět i kvalita komunikace s ošetřujícím personálem, pocit bezmoci a nedostatek podpory okolím. Právě negativní zkušenost s porodem může zapříčinit patologický strach z další gravidity. V příští graviditě

se u ženy mohou projevit typické posttraumatické příznaky. Typicky tyto ženy častěji vyžadují císařský řez nebo sterilizaci a mají tendenci se vyhýbat ostatním matkám a dětem (Takács, 2015, str. 87).

Poslední vybranou poruchou šestinedělí je poporodní psychóza, dříve označovaná jako laktační psychóza. Jedná se o nejzávažnější psychické onemocnění po porodu (Ratislavová, 2008, str. 92). Objevuje se v 0,1-0,2% všech těhotenství (Kendel a kol., 1987). Pokud má žena v anamnéze jakoukoliv psychiatrickou hospitalizaci, riziko vzniku tohoto onemocnění se zvyšuje až na 10% (Harlow a kol., 2007, str. 42-48).

Mezi příznaky poporodní psychózy patří psychotické příznaky, jako jsou poruchy vnímání (iluze, halucinace) a formální i obsahové poruchy myšlení (bludy a dezorganizované myšlení), často doprovázené poruchami chování a emotivity (Takács, 2015, str. 96).

Psychózy lze rozdělit na amentní, manické a endogenní depresivní a schizofrenní formy (Ratislavová, 2008, str. 92).

Pokud se jedná o amentní formu, začátek i průběh bývá akutní. Mezi typické příznaky patří emoční labilita, úzkosti, poruchy spánku, paranoidní bludy, halucinace, neklid a agitovanost, zmatenost, bizarní a dezorganizované chování. Paranoidní bludy se obvykle týkají dítěte a mohou vést k zanedbání péče jak o sebe, tak o novorozence. Jedná se o velice závažný stav, který může končit ohrožením života (Takács, 2015, str. 97). Infanticida se udává v 4% případů poporodní psychózy (Spinelli, 2009, str. 405-408).

Základem léčby tohoto onemocnění je farmakoterapie antipsychotiky (Seifertová a kol., 2008, str. 484-497). Je potřeba, aby gynekolog při léčbě úzce spolupracoval s psychiatrem. V terapii poporodní psychózy jsou důležitá i režimová opatření a edukace matky a jejích blízkých. Často je nutností jak hospitalizace, tak v některých případech i dočasné fyzické omezení ženy s touto poruchou i bez jejího souhlasu (Takács, 2015, str. 98).

### 3 PERIPARTÁLNÍ PÉČE PAS V KONTEXTU KOMPLIKOVANÉHO PORODU

#### 3.1 Důležitost psychické pohody matky u porodu

„(...) Matčiny pocity a zážitky během těhotenství a porodu mohou mít obrovské, někdy i doživotní následky pro její dítě i pro matku samotnou, což zdůrazňuje důležitost jemné, milující péče o ženy v těhotenství, při porodu a v mateřství.“ (Buckley, 2005, str. 2)

Jedním z nejdůležitějších faktorů pro navození psychické pohody rodičky a navázání vztahu důvěry, je komunikace. „Pocit bezpečí a jistoty je dán velkou měrou vzájemnou důvěrou mezi rodičkou, porodní asistentkou a lékařem.“ (Ratislavová, 2008, str. 70) Pomocí komunikace a dostatečné informovanosti lze u rodičky snížit stres a přispět k pozitivnímu vnímání porodu. V situaci, kdy je žena zranitelná, je důležité včas ji informovat a projevit podporu v okamžiku, kdy to žena potřebuje (Takács, 2015, str. 17). Poučená žena například ví, že porodní bolest není známkou nebezpečí. Pokud by žena z bolesti měla strach, vedlo by to k jejímu sílení a možnému oddálení porodu (Ratislavová, 2008, str. 68).

Snížení úzkosti a strachu z porodu má za cíl předporodní příprava. Pomocí poučení ženy a nácviku jejího chování za porodu získává k celé situaci reálný postoj. Cílem předporodní přípravy však není úplné odstranění bolesti ani porodnických komplikací, nýbrž nácvik situace, který zvyšuje sebekontrolu rodičky. Díky přípravě na porod žena také navazuje vztah se svým dítětem a při lekcích se učí spolupráci se svým partnerem (Roztočil a kol., 2008, str. 150).

Předporodní příprava je nácvikem také pro partnera. Nejenže dostává základní informace o průběhu těhotenství a porodu, také je kladen důraz na posílení motivace proti nedostatku odvahy a nácvik zvládání nepřiměřených reakcí. Partner u porodu ve většině případů pomůže ženě, která je v průběhu porodu často závislá na blízkých osobách, překonat nově vzniklou neobvyklou situaci. Důležitou výhodou přítomnosti otce u porodu je také snadnější navázání vztahu otec – novorozenec (Roztočil a kol., 2008, str. 152).

Prožitek porodu je také silně ovlivněn prostředím. Místo, kde žena rodí, by mělo mít intimní atmosféru, být útulné a žena by měla mít pocit, že může být sama sebou. „Jako jiní savci, i lidské matky potřebují bezpečné a klidné místo, aby v klidu mohly nastoupit naše porodní instinkty. Občas si představuji, jak by to bylo těžké pro těhotnou kočku, nebo opici,

*aby rodili ve velké, ostře osvětlené místnosti mezi samými cizinci, tak jak dnes rodí většina žen.*“ (Buckley, 2005, str. 23) Rodička by se měla vyhnout pohledu na porodnické nástroje a zdravotnickou techniku. Místnost by ideálně neměla mít ostré osvětlení a neměla by být hlučná. V opačném případě by prostředí mohlo u ženy vyvolat stres a úzkost (Ratislavová, 2008, str. 70). Výborné výsledky dokázala studie provedená na klinice Michela Odenta, o které psal ve své knize *Znovuzrozený porod*. Ženy rodily v pološeru a celkově tichých a intimních podmínkách. Rodičky tak nemusely být ve střehu a mohly v klidu podlehnout svým instinktům (Buckley, 2005, str. 23).

*„Porod je začátkem života, je začátkem mateřství a také otcovství. Všichni si zasloužíme dobrý začátek.*“ (Buckley, 2005, str. 12)

### **3.2 Komunikace s rodičkou a sdělení diagnózy**

*„(Špatenková, 2004) popisuje rodiny, které jsou při narození dítěte nejzranitelnější: osamělé matky s nedostatečnou sociální oporou, rodiče s narušeným, konfliktním vztahem, rodiče příliš mladí a nezralí, rodina, kde tíha péče o dítě bude ležet jen na jednom z rodičů.*“ (Ratislavová, 2008, str. 75)

Narození dítěte s postižením nebo závažným onemocněním znamená pro rodičku a její rodinu velice náročnou situaci. *„Vedle úmrtí blízkého člověka a sdělení diagnózy vlastního závažného onemocnění patří tato situace mezi nejzávažnější spouštěče traumatické krize.*“ Ve většině případů novopečení rodiče nemají zkušenosti s péčí o handicapované dítě a mají strach, že péči o něj nezvládnou. Je pro ně mnohdy obtížné vytvořit si k „jinému“ dítěti vztah (Jungwirthová, Hradilková, 2002, str. 3).

Tato situace sebou přináší mimořádnou zátěž pro celou rodinu. Rodina prožívá krizi z okamžité ztráty, ze zhroucení představy o narození zdravého dítěte. Mohou se objevit i pocity zklamání sama sebe, ztráty důvěry v sebe, partnera, zdravotníky. Být rodičem postiženého dítěte znamená být odlišný, takoví rodiče vnímají sociální stigma, kdy se k nim okolí zkrátka chová jinak (Ratislavová, 2008, str. 75).

*„Vztah rodičů k dítěti a k jeho problémům je výrazně ovlivněn způsobem, jakým byla diagnóza rodičům dítěte sdělena.*“ (Jungwirthová, Hradilková, 2002, str.3) Vždyť právě onen okamžik, kdy se o diagnóze dozvedí, je začátek příběhu, který budou se svým dítětem prožívat mnoho let. Obecně lze říci, že nejlepší je rodičům dítě ukázat co nejdříve po porodu



a pokud to zdravotní stav dítěte dovoluje, umožnit okamžitý fyzický kontakt i u dětí s těžkým postižením (Jungwirthová, Hradilková, 2002, str. 3).

Důležité je si uvědomit, že rodička a zdravotník mají naprosto jiné perspektivy a sociální role v nemocnici. Pro zdravotníky je normální vstupovat rodičkám do jejich intimního prostoru, obráceně je to ale nepředstavitelné. Zdravotník se pohybuje na „domácí“ půdě a je to on, kdo poskytuje péči a pomoc a v krizových situacích nese odpovědnost za rozhodnutí. Oproti tomu rodička vstupuje do nemocnice na „cizí“ půdu. Hormonálními změnami se může zvýšit senzitivita na takovou situaci, kdy porod je pro ni výjimečnou událostí.

V komunikaci zdravotník – rodička je tedy na prvním místě, aby si zdravotník uvědomil výše zmíněnou pozici rodičky a komunikoval s ní s maximální ohleduplností a pochopením. Neznamená to, že by zdravotník měl souhlasit se vším, co žena požaduje a říká. Jde o navázání afektivní neutrality. Ve zkratce to znamená, že zdravotník by se měl zdržet jakýchkoliv negativních emocí, které v něm může chování a požadavky rodičky vyvolat. Vždy by měl být zachován respekt a úcta, ať už se žena projevuje konstruktivně k dané situaci nebo ne. Je důležité mít na paměti, že pro ni je to výjimečná situace a má právo na různé druhy projevů (např. pláč, křik). Od zdravotníka se očekává, že ačkoliv je pod tlakem zodpovědnosti, měl by si zachovat racionální kontrolu a rodičce vyšel maximálně vstřícně (Takács, 2015, str. 18).

V roli porodní asistentky je důležité, aby sama nebagatelizovala celou situaci, nebála se pojmenovat diagnózu takovou, jaká je. Jejím úkolem by mělo být poskytnutí kontaktů na dostupné podpůrné sociální skupiny a doporučení odborníka, který jim pomůže s přijetím celé situace. V takové situaci je vhodná včasná odborná pomoc (Ratislavová, 2008, str. 75).

Komunikací na porodním sále bezprostředně po porodu to ovšem nekončí. Velice důležitá je i komunikace na oddělení šestinedělí. Je důležité rodičům umožnit, aby na dítěti neviděli jen jeho postižení, ale také pozitivní věci. K tomu je potřeba s rodiči opakovaně probírat zdravotní stav dítěte, informovat je o všech nově zjištěných faktech a v návaznosti na to jim dát prostor vyjádřit své pocity a emoce. Velice důležitou je také možnost navázat s dítětem co nejintenzivnější kontakt a podporovat kojení, pokud to zdravotní stav dítěte dovoluje. Pokud by bylo potřeba dítě odvézt do jiné nemocnice, na prvním místě je informovanost rodičů o jeho stavu (Jungwirthová, Hradilková, 2002, str. 3).

Pokud rodiče zdravotníky mohou vidět nejen jako pečovatele o jejich dítě, ale také jako průvodce a oporu pro sebe, lépe se ztotožní s nově nastalou situací a to bude mít pozitivní vliv i na jejich dítě (Jungwirthová, Hradilková, 2002, str. 3).

V příloze přikládám desatero doporučené odborníky a názvem „*Jak zvládat postižení vlastního dítěte*“.

## 4 NÁSLEDNÁ PÉČE O MATKU A DÍTĚ PO KOMPLIKOVANÉM PORODU

### 4.1 Psychika ženy po traumatickém porodu, fáze prožívání a možné následky na chod rodiny

#### 4.1.1 Psychika ženy po traumatickém porodu, fáze prožívání

V době, kdy se rodiče dozví, že jejich dítě je postižené, nastává tzv. krize rodičovské identity. Reakce rodičů na narození postiženého dítěte lze rozdělit na po sobě jdoucí fáze. Každá má svou charakteristiku (Vágnerová, 2003, str. 23).

První fází je fáze šoku a popření. Šok je přirozenou reakcí na subjektivně nepřijatelnou, traumatizující situaci. Nastalá situace je tak nepředstavitelná, že ji rodiče nemohou přijmout a radši ji popřou. Zdraví rodiče většinou očekávají narození zdravého dítěte, pokud nedošlo k diagnóze postižení již v těhotenství. Proto je pro ně nerození postiženého dítěte i ztrátou předpokládané hodnoty (zdravého dítěte). Tato fáze se nevztahuje na rodiče, kteří jsou sami postižení, nebo se jim již dříve narodilo postižené dítě. U takových rodičů lze předpokládat výskyt obranných mechanismů již v těhotenství.

Druhou fází je postupné vyrovnávání. Tato fáze je velmi ovlivněna mírou informovanosti. Pokud rodič ví dostatečné informace o postižení dítěte, je seznámen s dalším vývojem, lze očekávat rychlejší smíření se s nastalou situací. Mnohdy racionálnímu zpracování informací brání emoční vyladění rodičů. Může se u nich objevit hněv, deprese či zoufalství jako následek prožitého traumatu. Dále je úroveň přijetí situace ovlivněna kvalitou partnerského vztahu, zkušenostech, zralosti rodičů, individuální frustrační toleranci a na momentálním psychickém a fyzickém stavu (Vágnerová, 2003, str. 23).

Někdy rodiče poskytnuté informace přijmou jen částečně nebo vůbec. Následkem toho jsou různé psychické obrany, které jsou racionálním myšlením nepochopitelné, ale mají svůj význam. Tyto obrany slouží k udržení, alespoň v dosažitelné míře, psychické rovnováhy. Nehodnotí se však jako adaptace, protože jejich důsledkem bývají často nově vzniklé problémy.

Mezi tyto obrany patří např. útok. Rodiče hledají viníka. Většinou se jedná o postižení, které nejde vyléčit, lze jen zlepšit kvalitu života. Proto si rodiče vybíjí vztek na lékaře/zdravotního pracovníka, který není schopen tuto situaci vyřešit.

Dalším typem je únik, jedná se o pasivnější způsob obrany.

Únikové obrany lze rozdělit na přetrvávající popření situace, kdy se rodiče nadále chovají, jako kdyby měli zdravé dítě. Vytěsňují nepříjemné pocity a nepřijímají skutečnost postižení dítěte.

Druhou formou úniku je racionalizace. Rodiče si situaci vysvětlí jinak, než je tomu ve skutečnosti, tak aby to pro ně bylo přijatelnější. Např. při pomalejším vývoji dítěte si budou myslet, že jde o lepší alternativu, protože aspoň bude vývoj rozdělen do většího časového intervalu.

Častý je i únik do fantazie, kdy si rodiče představují, jak by to bylo, kdyby jejich dítě bylo zdravé a vyvíjelo se normálně. Nakonec tomu začnou sami věřit.

Dalším typem úniku je substituce, kdy rodiče hledají uspokojení v jiné sféře. Např. přesun zájmu do profesní oblasti (Vágnerová, 2003, str. 24).

Pátou formou úniku je rezignace, která bývá často doprovázena depresí, až apatií. Rodiče se smíří s tím, že se situací nemohou nic dělat a rezignují na možnost zlepšit stav jejich dítěte. Rezignace může dojít až ke ztrátě zájmu o cokoliv.

Častá je i tzv. regrese, kdy mají rodiče tendenci hledání autority, která by převzala odpovědnost za další průběh. Bývá to např. lékař či pedagog.

Únik do izolace může být způsoben reakcí okolí na narození postiženého dítěte. Pokud okolí reaguje neadekvátně, rodič se může stranit od okolního světa a s dítětem např. nevychází z domova.

O skutečné formě úniku hovoříme, pokud rodiče předají postižené dítě do péče jiné osobě nebo odejdou z rodiny.

Třetí fází je fáze smlouvání. „Období, kdy se rodiče vyrovnávají s problémem postižení svého dítěte, trvá různě dlouho.“ Fáze smlouvání je velkým pokrokem k přijetí celé situace realisticky. Rodiče se snaží dosáhnout alespoň malého zlepšení po přijetí faktu, že nelze dosáhnout dříve prvotního cíle, tj. aby bylo dítě zcela zdravé.

Poslední fází je fáze vyrovnání a přijetí skutečnosti. Ve většině případů k této fázi rodiče dojdou a akceptují dítě i s jeho postižením. V ostatních případech může dojít k zafi-

xování některého z obranných mechanismů, jako je např. hyperprotektivní, nekritický postoj, kdy rodiče mohou zpomalovat vývoj dítěte zachováním jeho infantility. Opakem tohoto postoje je reakce nepřiměřeným očekáváním nerespektujícím omezení dítěte. Ve své podstatě jde o nepřijetí skutečnosti postižení dítěte (Vágnerová, 2003, str. 25).

Co se týká pocitů, které převažují u rodičů v této náročné životní situaci, záleží na nespočtu faktorů, jako je např. míra postižení, míra informovanosti, podpora okolí, atd.

Dominantním pocitem bývá strach o život dítěte. Těsně po porodu rodiče neuvažují nad budoucností, toto uvažování je redukováno na možnosti: přežije, nepřežije. Jde o pudovou reakci, která je mnohdy spojená s pocity zoufalství a beznaděje (Vágnerová, 2009, str. 60).

Častý je také pocit selhání. Matka si dává za vinu vzniklé postižení nebo předčasný porod dítěte „*Selhala jsem jako matka.*“ (Takács, 2015, str. 130).

Díky přerušení kontaktu matky s dítětem vzniká nejistota v péči o dítě. Matky nemají dostatečnou důvěru samy v sebe a bojí se s dítětem jakkoliv manipulovat (Vágnerová, 2009, str. 61). S přerušením kontaktu také souvisí absence mateřského citu (Takács, 2015, str. 130).

O dítě se mnohdy mohou zpočátku starat jen sestry a lékaři, u některých rodičů toto může vyvolat žárlivost. Z tohoto důvodu je důležité brzké zapojení rodičů do péče, vysvětlení, co musí dělat zdravotnický personál a co mohou dělat oni (př. klokánkování, hlasová stimulace, hlazení, atd.).

Někteří rodiče mohou mít pocity, že jsou zdravotnickému personálu na obtíž. Musí komunikovat s velkým množstvím lidí, kteří mají např. na starost i více dětí. To u rodičů vyvolá pocit, že zdravotníci obtěžují (Takács, 2015, str. 130).

Ovšem je důležité vědět, že emoce, které rodiče postiženého dítěte prožívají, mohou být vždy odlišné (Takács, 2015, str. 131).

#### **4.1.2 Možné následky na chod rodiny**

Nelze říci, jaké to je, pečovat o dítě s handicapem. „*Odpověď se stále mění: každý den, dokonce každou chvíli. Jak může člověk popsat zkušenost, kdy sklouzáváte v okamžiku od radosti ke vzteku třeba desetkrát denně. (...) Ty dobré dny by nemohly být lepší. Pronáší*

*hlubokomyslné úvahy, (...) táhne vás k oknu, abyste sledovali kapky deště (...). V těch dobrých dnech být rodičem takového dítěte je úžasné, ohromné, báječné, zábavné, zajímavé, jsou to chvíle oslnivého jasu. Ty hrozné dny jsou něco úplně jiného. V těch dnech si nejste jisti, jestli s ním vydržíte ještě dalších čtyřadvacet hodin. Je těžké, abyste se cítily jako rodiče dobře, když mu nedokážete ani navléknout ponožky (...), když zdánlivě nevinná výměna jídelničky způsobí výbuch vzteku, když si uvědomíte, že jste za pět let se svým dítětem museli narychlo opustit víc veřejných budov než většina rodičů za celý život. Cítíte se vyčerpaní, vysátí a na tohle příliš staří (...). Je těžké mít rád dítě, které vás nenechá v noci spát a uvádí vás do rozpaků v obchodních domech.“ (Sheedyová – Kurcinková, 1998, str. 9-10)*

Narození postiženého dítěte je zásahem do celé rodiny. Partneri se mohou navzájem vzdalovat a může dojít až k rozvodu. Prvotní emoce bývají rozdílné u matek a u otců. Matky častěji pláčou, mají potřebu být utěšované a chtějí se o dítěti co nejvíce bavit. Oproti tomu otcové pláčou méně často, o postižení dítěte se bavit nechtějí a raději se zajímají o jiné věci, např. o práci, poslech hudby, počítače, aj. V návaznosti na to se matky často cítí být partnerem nepochopené a otcové se cítí být chováním matky přetížení (Takács, 2015, str. 131).

Tíha narození postiženého dítěte nepadá jen na rodiče, ale na celou rodinu. Pokud již rodiče dítě měli, ocitá se v pozici sourozence onoho handicapovaného jedince, o kterého je třeba pečovat ve větší míře, než o dítě “zdravé“. *„Návštěva s Lenkou (starší sestra) Elišky, myslím, dopadla dobře, alespoň napovrch to Lenička zvládla, i když si nejsem jistá, jak to všechno snáší uvnitř. Myslím, že není úplně v pohodě, je dost přecitlivělá, má hned na krajičku. Ale ono není divu, když doma neustále probíráme Eliščin stav, vidí moje deprese a cítí celkovou napjatou atmosféru. Mám strach, aby neměla v budoucnu hrůzu z toho mít děti.“ (Jarníková, 2005, str. 4)*

Rodiče postiženého dítěte se často izolují od okolního světa. Důvodem je nejen strach samotných rodičů, kteří se bojí reakcí ostatních, samotným jim tato situace není známá a bojí se, že se na ně ostatní budou dívat s nepochopením. *„V čekárnách ambulancí jsme se sice setkávali s rodiči a jejich nemocnými dětmi, ale naše komunikace byla jen povrchní. Každý měl dost svých úzkostí a starostí.“ (Bubeníčková a kol., 1999, str. 11)* Okolí má různé reakce, jsou v rozpacích a nevědí, jak se k rodičům dítěte s handicapem chovat (Ratislavová, 2008, str. 102). *„Přeju si, aby na mém postiženém dítěti nebylo na první pohled nic vidět. A proč? Vím totiž, jak se cítím nedobře, když potkám viditelně postiženého člověka. Nevím, jak*

*se k němu chovat, nejsem si jistá, zda ho něčím neurazím. (...) Proto se raději držím zpátky a neodvážím se k němu přiblížit.“* (Jarníková, 2005, str. 10)

Rodiče mají tolik starostí s nejistou budoucností, s péčí o dítě, s reakcemi okolí, že zapominají sami na sebe. Často jsou uzavřeni ve svém obydlí, nikam nechtějí chodit. Uzavírají se tak do vlastního světa, do kterého je těžké někoho pustit. *„Až později jsem pochopila, že moje maminka měla pravdu, když se mne z tohoto uzavřeného světa snažila dostat ven mezi lidi (...). Prostě kamkoli, hlavně dál od problémů s Eliškou, aby můj organismus měl čas zregenerovat.“* (Jarníková, 2005, str. 5)

Tím se dostáváme k péči o sebe samé. Když se rodičům narodí postižené dítě, přirozeně věnují veškerou pozornost jemu. Ve spojení s pocity selhání se dítěti snaží vše vynahradiť. Je ovšem nutné udržovat duševní i tělesnou kondici, pokud by rodič nebyl sám v pořádku, nemá se kdo starat o dítě. Neměl by mu kdo být oporou a vychovávat je. (Ratislavová, 2008, str. 102) *„Ještě dnes mi před očima vyvstane obraz, jak v noci sedím s Eliškou v náručí v křesle nebo s ní přecházím po pokoji sem a tam a obě pláčeme. Já proto, že mám pocit, že jestli si okamžitě nelehnou do postele, tak umřou. Občas jsem opravdu mívala vztek a svoje stále plačící dítě nenaváděla. (...) Došlo to tak daleko, že jsem nesnášela stmívání, bála jsem se noci, už večer jsem byla stresovaná z nadcházejícího bdění.“* (Jarníková, 2005, str. 8)

V neposlední řadě péče o postižené dítě mnohdy ovlivní rodinu i finančně. Různá postižení vyžadují různé pomůcky, prostory, atd. Narození takového dítěte může skončit stěhováním za účelem vytvoření bezpečných prostorů pro pohyb jedince, který se jako jiní lidé nemůže pohybovat volně bez rizik (Jarníková, 2005, str. 11-12).

## **4.2 Podpůrné skupiny**

Rodičům postižených dětí i dětem samotným s péčí a růstem pomáhá nespočet podpůrných skupin, center, asociací, sdružení, atd. Níže vyjmenuji několik takových organizací, které pomáhají zlepšit kvalitu života jak rodičům, tak dětem.

Jako první zmíním *Asociaci rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, z.s.* vzniklou v roce 1991. Tato asociace sdružuje všechny, kteří chtějí pomoci zdravotně postiženým. Mají širokou nabídku služeb, jako je např. pomoc při řešení složitých životních situací, psychorehabilitační pobyty, motivační pobyty pro rodiny se zdravotně postiženými dětmi, základní a odborné sociální poradenství, aj. (Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, nedatováno)

Další je spolek s názvem *Péče bez překážek, z.s.* Spolek začínal v roce 2017 jako neformální svépomocná skupina rodičů dětí s kombinovaným postižením. Jejich cílem je komplexní podpora takových rodičů. Snaží se zlepšit informovanost, dostupnost sociálních služeb a o pečující rodiče “pečují“. Podporují jejich psychické a fyzické zdraví, podporují volnočasové aktivity, atd. (Péče bez překážek, nedatováno)

Třetí organizací, o které budu mluvit, je *Motýl z.ú.* Jedná se o spolek fungující od roku 2004. Podporuje lidi se zdravotním postižením, jejich rodiny a snaží se o jejich integraci do běžné společnosti. Jejich cílem je zmírnění důsledků postižení a zlepšení kvality života. Poskytují také ranou péči, tedy péči pro rodiče s dětmi od narození do 7 let. Tato služba je i pro rodiče s dětmi, u kterých ještě nebyla stanovena diagnóza, ale dítě má odchylky od běžného vývoje. Součástí spolku jsou také poradci se zkušenostmi ve fyzioterapii a speciální pedagogice, kteří navštěvují rodiny v jejich přirozeném prostředí. (Motýl, nedatováno)

Jako další zmíním organizaci s názvem *Mikasa z.s.* Zaměřuje se na lidi s autismem a jejich rodiny. Nabízí spoustu služeb, které zlepšují kvalitu života lidem, kteří jsou odkázáni na pomoc ostatních. Nabízí např. průvodcovství autismem, sociální rehabilitaci (návčik nakupování, pracovních dovedností nebo třeba cestování), prostory pro rodiny s autistickými dětmi na trávení volného času, aj. (Mikasa, nedatováno)

V neposlední řadě zmíním *Komunitní centrum Motýlek*. Dříve se centrum věnovalo jen rodinám s postiženými dětmi, dnes se věnuje i sociálně znevýhodněným rodinám. Co se pomoci rodinám dětí s handicapem týká, jejich cílem je zlepšení kvality života a začlenění do společnosti. Těmto lidem pomáhá zajistit dostatek sociálních kontaktů, nabízí různé druhy volnočasových aktivit, terapií, dílen, atd. (Komunitní centrum Motýlek, nedatováno)

### **4.3 Domovy pro osoby se zdravotním postižením**

Pokud mají děti těžší nebo kombinovaná postižení a péče o ně je pro rodiče doma nemožná, jako pomoc rodičům existují domovy pro osoby se zdravotním postižením. Je to jedna z možností, kam mohou děti po narození svěřit do péče. Další možností je dětské centrum, které bývá přechodným místem mezi nemocnicí a domovem pro osoby se zdravotním postižením, kde přijímají většinou děti vyššího věku (např. od 3 let). (Kunhartová, 2019)

Prvním domovem, který zmíním je *Domov pro osoby se zdravotním postižením Dřevohostice*. Zde přijímají do trvalé péče děti od věku 3 let s mentálním postižením. Cílem



tohoto zařízení je co možná největší soběstačnost bez závislosti na druhé osobě. (Centrum Dominika Kokory, nedatováno)

Dalším zařízením je středisko *Diakonie Praha*, které nabízí celou řadu možností v péči o handicapované děti, jako je denní stacionář, odlehčovací služba, týdenní stacionář, chráněné bydlení nebo trvalá péče v domově pro osoby se zdravotním postižením. Jejich cílem je vytvořit inspirativní prostředí s aktivní podporou a umožnit těmto lidem kvalitní život. (Diakonie ČCE, nedatováno)

V neposlední řadě upozorním na *Domov pro postižené děti Otnice*. Do nepřetržité péče přijímají děti od 1 do 10 let. Mezi jejich služby patří např. diagnostika, různé druhy terapie, ošetrovatelská péče, atd. Nejčastěji se u nich nacházejí děti s DMO, vrozenými vývojovými vadami a psychomotorickými retardacemi. (LILA, 2006-2013)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

### 5.1 Hlavní cíl

Popsat zkušenosti žen s průběhem komplikovaného porodu a jeho následky.

### 5.2 Dílčí cíle

1. Popsat anamnézu ženy a průběh komplikovaného porodu
2. Zjistit míru informovanosti matky o případných komplikacích při a po porodu
3. Zmapovat následnou péči o dotazované ženy po traumatickém porodu
4. Zmapovat následnou péči o novorozence
5. Popsat změny v životě respondentek způsobených komplikovaným porodem
6. Zjistit názor dotazovaných žen na dostatečnost podpory okolím (rodina, známí, zdravotníci)

## **6 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY**

1. Jaký byl průběh těhotenství respondentek?
2. Jaký byl průběh porodu dotazovaných žen?
3. Jaká míra informovanosti byla poskytnuta matkám o případných komplikacích při a po porodu?
4. Jaká byla následná péče o dotazované ženy po traumatickém porodu?
5. Jaká byla následná péče o novorozence?
6. Jaké změny způsobené komplikovaným porodem nastaly v životě respondentek?
7. Jaký je názor dotazovaných žen na dostatečnost podpory okolím? (rodina, známí, zdravotníci)

## 7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro svůj výzkum jsem si vybrala ženy ve věku 30-50 let, jež rodily s komplikacemi, které následně vyústily v postižení dítěte. Respondentka A je 42 letá matka 3 dětí, která rodila poprvé před 10 lety císařským řezem. Ženu s delším časovým odstupem od prvního porodu jsem si vybrala proto, abych zjistila, jak se na svůj první porod kouká po více letech a jak traumatický porod ovlivnil chod její rodiny na delší dobu. Respondentka B je 28 letá matka dvou dětí, která rodila své druhé dítě v roce 2016. Ženu, která rodila jen pár let zpátky, jsem si vybrala proto, že její zážitky z porodu jsou živější a lépe si na ně vzpomněla.

Respondentky byly seznámeny s anonymitou výzkumu. Všechny dotazované ženy podepsaly informovaný souhlas. Respondentky v rozhovorech nebudou uváděny pod vlastními jmény, byly jim přiřazeny pseudonymy, o kterých vědí a souhlasily s nimi. Vzhledem k tomu, že se pro ženy jedná o citlivé téma, obě byly ujištěny, že mají právo neodpovídat na otázky, které jim byly nepříjemné.

## 8 METODIKA PRÁCE

Vzhledem k nutnosti hloubkového rozboru vybraného tématu jsem si pro svou bakalářskou práci vybrala metodu kvalitativního výzkumu. Tato metoda umožňuje lépe se vcítit do situací, ve kterých se respondentky nacházely, a lépe vystihuje veškeré názory, které dotazované ženy ohledně vybraného tématu mají.

Jako formu rozhovoru jsem si vybrala polostrukturovaný rozhovor a to proto, abych díky otevřeným otázkám tohoto typu rozhovoru dala dotazovaným větší prostor k rozvinuté odpovědi. Nevybrala jsem si nestrukturovaný rozhovor, abych se díky aspoň minimální předpřipravené osnově držela témat, kterým jsem se chtěla při rozhovoru s respondentkami věnovat.

Rozhovory byly provedeny u tázaných žen doma v období od listopadu 2019 – února 2020. Domácí prostředí jsem si vybrala z důvodu navození příjemné atmosféry. Rozhovory byly nahrávány diktafonem a následně přepsány do psané formy. Kladené otázky byly předem připravené, ale osnova nebyla závazná. Každý z rozhovorů jsem začala krátkým seznámením s dotazovanou ženou a později jsme se přesunuly k samotným otázkám týkajícím se tématu bakalářské práce. Rozhodla jsem se použít v rozhovoru otevřené otázky, aby respondentky mohly svou odpověď rozvinout. Přibližná délka jednoho rozhovoru byla 90 minut, který jsme u respondentky č.1 uskutečnily během jednoho setkání. S respondentkou č.2 jsem se setkala dvakrát, podruhé z důvodu doplnění bližších informací. Druhé setkání již trvalo kratší dobu než setkání první, přibližně 30 minut.

## 9 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

### 9.1 Rozhovor č.1 – Patricie

První respondentkou je paní Patricie. Je jí 42 let, své první miminko rodila v roce 2009, v březnu, v menší porodnici, která je součástí nemocnice. Po prvním dítěti porodila ještě 2 zdravé syny v termínu naprosto bez komplikací.

Vzhledem k tomu, že první těhotenství nebylo plánované, převažovaly u budoucí maminky pocity strachu a obav. *„Neměla jsem materiální zázemí připravené pro to miminko, ani žádný byt, dům, nic. Takže jsem byla u rodičů. S mým partnerem jsem prožívala jednu krizi za druhou celý to těhotenství, takže určitě to nebylo šťastný těhotenství.“* V těhotenství Patricie příležitostně kouřila. První 4 měsíce měla časté ranní nevolnosti, když nevolnosti konečně ustoupily, začala mít problémy s bolestí zad. V rodině docházelo k velkému množství stresových situací, díky čemuž Patricie v těhotenství moc nepřibývala. *„Myslím si, že to bylo v podstatě ukázkový špatný těhotenství.“* (myšleno s nadsázkou)

I přes těžkou životní situaci se na miminko moc těšila. Dostávalo se jí i partnerovi pomoci od rodičů, za což jsou jim dodnes vděční. Obavy byly tedy hlavně existenční a také o partnerský vztah.

Na začátku těhotenství měla matka špatné výsledky krve, proto jí byla doporučena amniocentéza (odběr plodové vody). Na zákrok jela do Prahy a odjížděla s klidným pocitem, protože výsledek dopadl dobře a bylo jí sděleno, že čeká chlapečka. Chlapečka si Patricie i partner přáli a začali se těšit ještě více. V posledním trimestru, už si nepamatuje kdy přesně, slabě zakrvácela, nechali si ji v nemocnici na pozorování a po krátké hospitalizaci ji pustili domů. Důvod krvácení neví. *„To se tam se mnou (v nemocnici) vůbec nebavili. Jenom řekli, že mám ležet a být v klidu.“*

Z porodu Patricie neměla strach vůbec. *„Úplně jsem prostě věděla, že to všechno krásně zvládnou, že to bude skvělý, jsem si myslela. Strach z porodu vůbec, to jsem si vůbec nepřipouštěla. Hlavně já jsem byla takový nemocniční dítě, který hodně bylo v nemocnicích jako dítě, tak mi všechny ty fyzikální zákroky nevadily. Já mám docela vysoký práh bolesti, takže tohle pro mě není problém. A vůbec jsem neměla strach z porodu, to vůbec. To až při druhém dítěti po týhle první zkušenosti vlastně.“*

Když se blížil porod, maminka ani tatínek nevěřili, že by to mohl být začátek porodu, Patricie byla totiž v 28. týdnu těhotenství. Patricie začala mít velké bolesti a nucení tlačit. Nebyla si jistá, zda se jí nechce jen na záchod. Nebylo jí vůbec dobře a řešili s partnerem, zda jet do nemocnice nebo ne, protože měla stále pocit, že bolesti souvisí spíše se střevy. Kolem jedenácté hodiny večer se o situaci dozvěděla maminka Patricie a řekla, že musí jet hned do nemocnice. *„Přijela jsem na gynekologii, kde byla nějaká lékařka, dodnes nevím, jak se jmenovala. Byla velice nepříjemná a pořád se mě ptala, co se mi jako chce. Že to neumím pořádně popsat. Já jí pořád opakovala, že cítím, že mám tlačit, že to neumím nijak říct a ona mi na to odpověděla, ať si dojdou na záchod. Byla hrozně nepříjemná. Na záchodě jsem nic nevytlačila samozřejmě.“* Při návštěvě nemocnice Patricie dostala zimnici a měla horečku, proto jí sloužící lékařka „velice nerada“ hospitalizovala. Při příjmu mamince nebyl udělán monitor, ale vzhledem k tomu, že to bylo její první těhotenství, nevěděla, že by jí ho udělat měli. *„Byla jsem úplně taková pasivní ovce, který řekli, ať přijde za tři týdny, že udělají tohle a tohle... a já vždycky poslechla.“* Naměřenou tělesnou teplotu měla 40,1°C. Porodní asistentka, která měla ten večer službu, uložila Patricii do postele kolem druhé ráno. *„Ta doktorka mi dala nějaký kodein nebo nějaký takový prášek. Tam už jsem vlastně vůbec nevěděla, co se děje, ale pořád jsem nebyla vystrašená. Já jsem si říkala, že jsem v té nemocnici a že se o mě postarají.“*

O maminku se na oddělení starala porodní asistentka, která měla ten den noční službu. S její péčí byla Patricie naprosto spokojená a dodnes má pocit, že jí nejvíce pomohla a cítila se s ní v bezpečí. *„Byla strašně zlatá. Držela mě tam za ruku a pořád mi říkala „Kočičko, to bude dobrý. V 6 přijde pan doktor, to bude dobrý.“ Takže to bylo jako by mi tím vlastně říkala, že jsem tam chytila tu nejhorší doktorku, ale že to bude dobrý, protože pak přijde jinej pan porodník.“* S ženou porodní asistentka strávila u postele celou noc, držela ji za ruku a byla jí psychickou oporou. Od páté hodiny ráno asistentka vyhlížela doktora, chodila co 5 minut na chodbu a sledovala, zda už nejde, ale celou dobu neopustila vystrašenou matku. *„My jsme tam takhle spolu probdělly celou noc, kdy ona mě držela za ruku, protože já se fakt hrozně klepala a bylo mi fakt hrozně špatně. Ten pak doktor nastupoval od 6. od rána a v 6:15 bylo miminko na světě.“*

Na pokoj přišel lékař v 5:58 na přivolání porodní asistentky. *„Ta asistentka ho tam vyhlížela celou dobu a rovnou když přišel, tak na něj zamávala. Já budu asi brečet...“* Lékař rodičku znal, byl jejím gynekologem a během celého těhotenství se o ni staral. Ženě změřil puls, sáhl jí na čelo a řekl *„Musíme okamžitě na sál, s miminkem je něco v nepořádku.“*

*„Žádný monitor mi nedělal. Já budu asi plakat, já se omlouvám. Takže já jsem v tu chvíli už jenom odevzdaně 10 minut někam jela na lehátku nahá, kdy mě vlastně během cesty ta asistentka svlékala, dávala mi toho anděla a sotva jsme tam dojeli, tak jsem v minutě byla pod narkózou.“* Patricii na sále sdělovali nějaké informace, ale ona si je už nepamatuje. Její syn má v průkaze jako čas narození 6:15. *„To musel být strašný chaos, kdy ten doktor si asi tak stihl umýt ruce a během těch 15 minut mě převezl na sál, sehnal anesteziologa a stihl mi říct, že to bude císařský řez. Já si pamatuju jenom tohle. Já jsem všechno nechala na něm a pomohlo mi, že to byl obličej, kterej jsem znala. Celou dobu jsem se vlastně nebála. Vím, že ta doktorka byla nepřijemná a neměla jsem od ní žádná očekávání. Celou dobu jsem si říkala, že je mi blbě, ale že jsem v té nemocnici a bude to dobrý, až přijde pan doktor, prostě jsem přijímala všechny ty informace technicky. Akorát mi přišlo zvláštní, že on poznal, že se něco s Honzíkem děje, když mi nehmatl puls a sáhl mi na čelo. Ale je možné, že během toho jak s ním ta asistentka mluvila na chodbě, že mu stihla říct, že se tam klepu 6 hodin, že mám teplotu a že mi nikdo nenatočil monitor.“*

*„Dneska to každopádně беру tak, že on mi zachránil dítě. I mě. Takhle to teď vidím. Kdyby nebylo jeho a porodní asistentky, co tam se mnou seděla celou noc, bůhví, jak by to dneska bylo.“*

Dítě vybavily z dělohy cyanotické, bez akce srdeční jen s lapavými dechy. Bylo 2x resuscitováno, protože po první resuscitaci opět přestal dýchat. Důvodem k akutnímu císařskému řezu byla abrupce placenty. Diagnóza byla matce sdělena poprvé na oddělení šestinedělí jejím partnerem a později na neonatologické JIP, kam přijela za svým synem. *„To mi pak vysvětlovali, že ta placenta se odloučila a že Honzík už nebyl dál vyživovaný. Že přestal jíst, pít, dýchat... Jenže to já jsem v tu chvíli před tím řezem nevěděla.“*

Když se matka probírala na jednotce intenzivní péče, pamatuje si velké množství ha-diček a to, že byla vyhublá. Cítila se velice slabě, protože při císařském řezu ztratila hodně krve. *„Pořád jsem se dokola probouzela a ptala se těch sestřiček, kde je to miminko. Já jsem v tu chvíli si vůbec třeba neříkala, proč jsem na JIPce. Já jsem prostě poprvé rodila úplně odevzdaná tý zdravotnický péči, takže jsem si vůbec neříkala, že je asi něco špatně. Jak jsem byla vysílená, vždycky jsem se zmožila jenom na to se ptát, kde je to miminko a pak jsem znovu spala. Takhle jsem strávila asi den a půl po tom porodu v takovém snu nesnu, že jsem spala a čekala na to miminko a ono pořád nebylo. No tak jsem šla zase spát. Akorát si vyba-*



*vuju, že ty sestřičky mi nemohly vůbec nic říct. To já jsem začala být taková trošku nedůvěřivá, protože ony mi pořád říkaly, že doktorka přijde a všechno mi řekne, jenže tam se žádný doktor neobjevil. „On je pan doktor asi nahoře, pak vám všechno přijde říct.“ A pořád to bylo takové “asi“. Takže já jsem čekala na nějakého lékaře jak na smilování. Pořád nikdo nepřicházel a první, kdo mi dal nějaké informace, byl můj manžel.“*

U císařského řezu manžel nebyl, protože celá situace nastala nečekaně. Manželku odvezl do nemocnice a jel domů. Přijel se zeptat druhý den ráno a zjistil, že se mu narodil syn. *„Nějaký ten druhý den jsem se teda finálně probrala, manžel mě držel za ruku a byl ten, kdo mi řekl, že náš klouček je na nedonošeneckém oddělení v jiné nemocnici a že ho tam vzápětí po porodu museli odvézt vrtulníkem. To byla pro mě taková informace, že já jak jsem byla taková omámená, tak jsem si vůbec neuvědomovala, co se stalo. Jediné, co jsem pořád měla, byl pocit, že si to miminko chci prostě pochovat. Já jsem měla takovej ten zvířecí pud, že potřebuju to dítě, ale uvažovat o tom, že třeba by mohl být postižený nebo proč se to vlastně celé stalo, to jsem vůbec neměla. Já jsem tam prostě ležela s myšlenkou, aby mi hlavně dali to dítě. A od těch lékařů jsem se nedozvěděla vůbec nic kromě toho, že tam třeba přišel doktor starší a ten mě vlastně přišel “sprdnout“. Ten mi přišel říct, že kdybych jako mladá nešla na tu interrupci, tak by se to celé nestalo. A takhle mi tam nad tou postelí, na té JIPce, kde já jsem plakala po svém dítěti, naložil.“* Patricie začala mít pocity viny a obviňovala z celé situace sama sebe. *„Já jsem si najednou říkala, že jsem za to celé mohla já a to byl pro mě asi nejhorší moment, protože já jsem v tu chvíli věděla, že já a to dítě jsme oba byli v ohrožení života.“* Pamatuje si, že v nemocnici byl kolem jejího případu rozruch. Lékaři a medicí se na ní chodili koukat a zkoumali její stav. *„To jsem vůbec nechápala, protože já nevěděla, že jsme třeba ty první dva dny byli oba v ohrožení života. Oni vlastně neustále čekali, jestli to miminko zvládne a jestli to zvládnou já. Jenže to mi nikdo neřekl. Pak mi to začalo docházet, ale bylo mi to jedno, protože já myslela pořád jenom na to, že chci to dítě.“* Největší oporou byl pro Patricii během její hospitalizace její manžel. Díky němu věděla informace o svém synovi. Také jí hodně pomohla kamarádka, která jí na oddělení přinesla plyšového medvěda. *„Celý ty 4 dny jsem ho držela. Dodneška ho tady mám.“*

Patricii byly sdělovány personálem informace ohledně jejího stavu. Ležela na šesti- nedělí 4 dny a o svém dítěti se od zdravotníků nedozvěděla nic. *„Vždycky mi všechno říkal můj muž, který si do té druhé nemocnice jezdil pro informace. Taky mi malého fotil na polaroid a vozil mi fotky.“* Pátý den hospitalizace podepsala matka reverz. *„Pamatuju si, že při*

*odchodu mi jeden doktor ještě nadával, že hrozně hazarduju se životem, když jedu za svým dítětem. Já jsem mu na to řekla, že zešlím, jestli za ním hned nepojedu.“*

S manželem se ještě ten den vydali na cestu do nemocnice, kde leželo jejich dítě. Při cestě si Patricie poprvé uvědomila, že má strach z nové životní role, že má strach být matkou. *„5 dní jsem strašně chtěla to svoje dítě a pak když jsme byli na té cestě, tak jsem mu 3x řekla, jestli se někam nepůjdeme projít. To bylo úplně psycho. „Pojď se tady ještě projít.“ a „Nedáme si ještě kafe?“ no šílený. Zastavili jsme v tom městě, já jsem jela poprvé vidět svoje dítě, a já jsem seděla na kafi a pořád jsem to prodlužovala. To mi došlo ale až potom. Došlo mi, že jsem se vlastně začala bát, že teda už nastane ta chvíle. Myslím si, že to bylo také tím, že jsme měli narušený ten bonding. Začátek našeho vztahu byl vlastně až nějaký pátý den jeho života a to je špatně. Viděla jsem to u těch maminek, co tam chodili za těmi dětmi třeba 5 měsíců 2x denně na to miminko jenom sáhnout. To je k ničemu. Ale já měla obrovský štěstí, že díky známým mi manžel zajistil ubytování přímo v té nemocnici, kde syn ležel. Těch 5 dní mu samozřejmě ale nikdo nevrátí.“*

V nemocnici, kde se nacházelo neonatologické oddělení, bylo těžké sehnat pokoj. Sestry matce opakovaly *„Vy máte hrozné štěstí, že tu můžete být.“* Celkem se na oddělení nacházelo přibližně 15 dětí a matky tam byly včetně Patricie 4. *„Když jsem tam přijela a byla ubytována na tom pokoji, tak mi přivezli to moje dítě a já už jsem jim ho prostě nedala (říká s úsměvem). Samozřejmě když řekli, že ho musí svítit, že má žloutenku, tak jsem jim ho dala. Ale když přišla sestra mi říct, že by neměl být v té posteli se mnou a spát tam se mnou, tak já jsem na ní prostě zavrčela. Pamatuju si to jako dneska, jak jsem se vrátila k těm základním pudům. Což ale dodneška vím, že pro něj bylo to nejlepší, protože on se hned přisál a já začala hned kojit bez problémů. Strašně krásně jsme spolu navázali kontakt. Já jsem vlastně od první minuty, co jsem ho přivinula na sebe, věděla, že už se nemusím ničeho bát.“* 14.den hospitalizace byla Patricie i se synem propustěna domů.

Se strachem z postižení, které u syna hrozila, ji pomohla alba, která byla k dispozici k prohlížení, na neonatologickém oddělení. *„Ta alba mi hodně pomohla jako „Tohle je Nikolka, ta se tady narodila, měla 1kg a pak najednou Nikolka drží pohár a dělá gymnastiku“ no a takových tam bylo milion a ty já jsem si tam prohlížela a říkala si, že to fakt všechno bude dobrý, že se vlastně nic nestalo. Oni mi pak řekli, že tam budeme muset jezdit, že ho budou muset monitorovat jednou za čas.“*

V místě svého bydliště chodila matka se synem pravidelně k pediatrovi a každé 4 měsíce docházeli na prohlídku do nemocnice, kde syn ležel na neonatologickém oddělení. S péčí o novorozence Patricii pomáhala místní porodní asistentka. *„Já jsem jí do té doby jakoby odmítala, protože jsem si myslela, že to všechno intuitivně zvládnou sama. No a pak po porodu na doporučení známé jsem jí zavolala a ona mi strašně pomohla s péčí o to miminko. Měla už nějaké zkušenosti, tak říkala, že to bude dobrý, že přibírá a že hezky kojíme. Taký když malého viděla poprvé, tak říkala „Jo to je to dítě!“, protože její manžel dělal Honzíkovi ty dvě resuscitace. Tak mi právě vyprávěla, že přišel manžel domů a vždycky se normálně v nemocnici osprchuje. No a ten večer přišel v nemocničním oblečení a šel do sprchy a u toho jí říkal, že takhle modrý dítě v životě ještě nevytáhl.“* Porodní asistentka novopečené mamince se vším pomáhala. Byla u ní celkem asi na 4 návštěvách a všechny její návštěvy byly důležité. Se synem pravidelně dojížděli na kontroly a všechny dopadly dobře. *„Od scénářů, kdy mi na začátku říkali, že bude mít pravděpodobně DMO, epilepsii atd, tak to všechno dobře dopadlo. Až na dyslálii (patlavost), specifické poruchy učení a lehkou mozkovou dysfunkci. Ale je to velice úzkostný dítě, což si myslím, že je taky způsobený tímhle traumatem. Tím, že mám ještě 2 děti s úplně odlišným těhotenstvím, tak v těch dětech je extrémní rozdíl. Třeba v tom druhém těhotenství, kdy jsem byla celou dobu úplně v klidu, bála jsem se jen porodu po prvním zážitku, tak to dítě je naprosto jiný, klidnější, než to první dítě.“* Patricie tomu nepřikládala takovou roli, dokud nejstarší syn nenastoupil do školy a nezačaly se projevovat lehké poruchy a úzkostlivost. *„A hlavně do té doby, než jsem ho mohla srovnat se svými dalšími dětmi, které ten základ té lásky měly dříve.“*

V domácnosti v souvislosti s péčí o dítě nastaly velké změny. *„Hlavní rozdíl byl určitě v našem vztahu s partnerem, kdy jsme si prostě uvědomili priority. Jak jsme oba s Honzíkem byli v ohrožení života, tak jsme si uvědomili, co je důležité. Hlavně teda partner, který to celý zažil s čistou hlavou. Já jsem spíše fungovala na tom hormonálním pohonu. No a snažili jsme se našemu chlapečkovi doplnit veškerou lásku, o kterou v prvních dnech přišel.“*

Dnes je nejstarší syn na běžné základní škole. Ve výuce má určité problémy v souvislosti s lehkou dysfunkcí, ale jinak je naprosto v pořádku. *„Je strašně šikovnej. Jediné, co mu podle mě zůstane, je, že je opravdu úzkostný.“*

*„Vzhledem k tomu, že jsem polovinu všech těch věcí zažila v tom ospalém stavu, tak to je pro mě spíše zamlžený. Ale pamatuji si ty zvířecí pudy, kdy ta matka prostě chce své dítě. Samozřejmě už bych to znovu zažít nechtěla.“*

Nakonec jsem se Patricie, matky 3 dětí, zeptala, co by vzkázala maminkám, které se ocitly ve stejné nebo podobné situaci jako ona, a nevěděly si s ní rady. „Vzkázala bych jim, že to pak všechno doženou. Že je pak potřeba tomu dítěti tu citovou nádrž nějak naplnit, že je to obrovská ztráta z toho ráje v děloze do inkubátoru, kde neslyší tu mámu, to její srdce. No a je potřeba pak nezanedbat tu péči a tu lásku mu dát. Myslím si opravdu, že se to dá napravit, pokud to nejsou vyloženě třeba ty 4 měsíce, to už si nedokážu představit. A zase na druhou stranu si uvědomit, co je zdravé a co už je moc. Sama vím, že jsem byla až moc ochranná, protože to bylo to dítě, které přežilo a já jsem ho hodně rozmazlovala. To bylo i díky tomu, že jsem byla prvorodička, takže jsem neznala jinou možnost. Chce to vybalancovat ten přístup.“

### **9.1.1 Shrnutí průběhu rozhovoru**

Paní Patricie byla jedním z důvodů, proč jsem si vybrala jako téma bakalářské práce Následky komplikovaného porodu. S paní Patricií se znám již dlouhou dobu, je rodinnou přítelkyní a o jejím příběhu jsem se poprvé dozvěděla několik let zpátky. Oslovila jsem ji jako první respondentku, a když jsem jí sdělila téma mé bakalářské práce, ihned souhlasila s rozhovorem.

Jako místo, kde rozhovor uskutečníme, jsem vybrala respondentčin domov. Hlavním důvodem bylo soukromí při sdělování osobních informací. Rozhovor probíhal v poklidné, přátelské atmosféře, která pomohla dotazované otevřít se mi a vzpomínat na situaci, která pro ni je dodnes traumatem. Celý rozhovor byl pro paní Patricii velmi emotivní, a proto jsem za volbu místa vděčná. Všechny mé dotazy byly zodpovězeny, respondentka se odpovědím nevyhýbala.

Před rozhovorem byl podepsán informovaný souhlas, jehož součástí byl i souhlas s nahráváním rozhovoru.

### **9.1.2 Obsahová analýza**

- Patricie, 42 let, 3 děti
- První porod byl v roce 2009, v březnu, v malé porodnici, v 28.tg
- Těhotenství nebylo plánované, matka měla obavy o partnerský vztah, ale na miminko se těšila
- Těhotenství bylo plné stresových situací

- V posledním trimestru slabě zakrvácela, po krátké hospitalizaci byla propuštěna domů (důvod krvácení jí nebyl sdělen)
- Z porodu neměla strach, měla pocit, že to zvládne a měla důvěru ve zdravotnický personál
- Porod v 28.tg začal bolestmi a nucením na tlačení
- Do nemocnice ji s neochotou přijali kvůli zimnici a teplotě 40,1°C kolem jedenácté hodiny večer
- Starala se o ni porodní asistentka, která strávila u matky celou noc
- V 5:58 přišel na pokoj lékař, kterému začínala služba, změřil rodičce tep a ihned jí sdělil, že musí udělat císařský řez
- V 6:15 bylo dítě na světě, cyanotické, bez akce srdeční, s lapavými dechy, bylo 2x resuscitováno a poté vrtulníkem odvezeno do jiné nemocnice na neonatologickou JIP
- Matka se probrala na oddělení JIP a opakovaně se ptala, kde je její dítě
- Druhý den, na oddělení šestinedělí, za ní přišel manžel a jako první jí sdělil informace o důvodu k císařskému řezu a jejich synovi
- Převažovaly u ní zvířecí pudy, chtěla hlavně své dítě
- Oporu cítila ve svém muži a kamarádce, zdravotníci v ní vyvolávali nedůvěru
- Pátý den hospitalizace podepsala reverz, i přes doporučení lékaře, a jeli s manželem navštívit syna
- Při cestě poprvé pocítila strach z nové životní role, z toho že má být matkou
- V nemocnici, kde ležel její syn, jí díky známým, poskytli ubytování
- Po prvním kontaktu se synem se ho nechtěla vzdát a z náruče ho dávala jen v případech nutnosti
- Syn se při prvním přiložení přísál a matka se rozkojila

- Čtrnáctý den hospitalizace byli oba propuštěni domů
- Chodila se synem pravidelně k pediatrovi a každé 4 měsíce na prohlídku do nemocnice, kde ležel po porodu
- S péčí o novorozence pomáhala Patricií komunitní porodní asistentka, která u ní byla celkem 4x
- Synovi byla diagnostikována dyslálie, specifické poruchy učení a lehká mozková dysfunkce
- Díky porovnání s dalšími dvěma syny u svého syna vidí úzkost a neklid
- Hlavním rozdílem v domácnosti bylo zlepšení partnerského vztahu, kdy si oba uvědomili, co je důležité
- Dnes je nejstarší syn na běžné základní škole a díky lehké dysfunkci má problémy ve výuce, jinak je to zdravé dítě
- Dodnes je to pro ni traumatická zkušenost, ale je šťastná za to, jak to vše dopadlo

## 9.2 Rozhovor č.2 – Karolína

Druhou dotazovanou je matka dvou dětí, Karolína. Je jí 28 let. Naposledy rodila v červenci roku 2016 v malé porodnici na severu Čech. První vysněné miminko porodila v roce 2014 spontánním porodem v termínu bez jakýchkoliv komplikací ve stejné porodnici jako své druhé dítě. Narodil se jí zdravý chlapeček, 3420 g, 51 cm. Vzhledem k tomu, že Karolína má krevní skupinu Rh negativní a její první dítě mělo Rh pozitivní, chodila v těhotenství častěji na odběry krve a po porodu dostala profylaxi proti vytvoření protilátek. Podle ní se v prvním těhotenství více bála, protože byla ještě nezkušená, ale na dítě se těšila.

Druhé těhotenství bylo pro Karolínu a jejího partnera trochu překvapení, vždy chtěla další dítě, ale těhotenství nebylo v tu dobu plánované. Starší syn se na bratra těšil, často hladil těhotné matce břicho a k sourozenci promlouval. Karolína opět chodila na častější odběry krve. Těhotenství bylo bez problémů, akorát přibližně v 6. měsíci ji tvrdlo břicho.

Z toho důvodu šla se strachem na pohotovost a tam zhodnotili, že je vše v pořádku a byla odeslána zpět domů.

Karolína chodila do poslední chvíle do práce, byla a je zaměstnána jako asistentka v kanceláři. V partnerství již od začátku jejich vztahu měla Karolína se svým partnerem problémy. Dle jejích slov v něm necítila oporu ani v jednom z těhotenství. *„On měl radost, když se dozvěděl, že jsem těhotná, ale pak třeba když jsem viděla u kamarádek, jak se k nim jejich partneři chovali v tom těhotenství, tak jsem věděla, že u nás je to jiný. Třeba vůbec k tomu břichu nemluvil, nesahal na něj a tak. A čím víc se blížil porod, tím chladněji se ke mně choval. Vlastně mi ani nedal na výběr, jestli ho u porodu chci nebo ne, to bylo předem daný, že tam nechce.“* S přípravou na miminko jí pomáhala hlavně sestra, která má o půl roku staršího syna, takže poskytla Karolíně spoustu rad a potřebnou výbavu. *„Rozhodně když to srovnám s tím prvním těhotenstvím, tak jsem celkově byla víc v klidu, vlastně jsem si to těhotenství užívala. Neměla jsem potřebu kupovat všechno nové a tak nějak jsem věděla, do čeho jdu a co opravdu potřebuju.“* V tu dobu bydlela rodina v menším bytě na sídlišti, takže pro miminko nepřipravovali pokoj. Počítali s tím, že postýlka bude u jejich postele v ložnici. Dnes bydlí v rodinném domku, kam se přestěhovali, když druhému synovi byly 3 roky. *„Ale i kdybychom v tu dobu bydleli tady, vím, že bych ho nebyla schopna dát do jiného pokoje. Po tom porodu jsem ho chtěla mít pořád u sebe. Já jsem pro něj i měla takovou tu hlídací dečku (monitor dechu s podložkou), tu jsem u prvního dítěte vůbec neměla. O něj jsem se prostě bála a myslím, že to přetrvává. Ten vztah mezi sebou máme tak silnej, že já si myslím, že je to z toho porodu.“*

Po prvním porodu Karolína už měla představu o tom, co jí bude čekat. U prvního porodu byla bez doprovodu. *„Mě tam ráno v 7 hodin partner odvezl, miminko se narodilo až v 7 večer a já tam byla celou dobu sama úplně. Všechno jsem si tam odtrpěla sama a bylo to hodně nepříjemný. Ani si tolik nevzpomínám na tu bolest, spíš na ten pocit, že jsem tam nikoho neměla.“* K druhému porodu si proto vzala sestru, která jí byla velkou oporou.

Začátek porodu nastal 14 dní před termínem, ale měl normální průběh. Rodiče doma ráno mezi 7-8 hodinou otekla plodová voda a se sestrou se vydaly do nemocnice. *„Když jsem zjistila, že mi otekla voda, tak jsem hned volala ségře, ať jede, že musíme do nemocnice. Neměla jsem z toho strach, protože jsem věděla, že tam nebudu sama.“* Při zevním a vaginálním vyšetření byl zjištěn počátek porodu, a proto si tam matku nechali. Na porodním sále strávila v péči porodní asistentky asi 4 hodiny. Porod probíhal fyziologicky, zkracovaly

se intervaly mezi kontrakcemi a porodní cesty se postupně otvíraly. Kolem jedenácté hodiny zavolala rodička porodní asistentku s pocitem, že už bude rodit a ta přivedla porodníka, který měl Karolínu na starost.

*„Řekla jsem doktorovi, že si myslím, že už budu rodit, že mě to jinak bolí a mám pocit na tlačení. No a on se na mě podíval a řekl, že si ještě dojde na oběd a po obědě se na to podívá.“* Matka si pamatuje bezmoc, kterou v tu chvíli cítila. Věděla, že jí její tělo něco sděluje, ale nesetkala se s podporou ze strany lékaře. *„Pak tam přišel jiný doktor a ten se podíval na monitor (na CTG záznamu docházelo k hlubokému poklesu ozev) a řekl, že okamžitě musíme provést císařský řez.“* Do doby, než ji začali odvážet na sál, se cítila v péči asistentky a ve společnosti své sestry dobře. *„Mě ani nenapadlo, že by něco mohlo být špatně. Oproti tomu prvnímu porodu jsem se celou dobu předtím, než jsem vlastně měla ten pocit na tlačení, cítila v bezpečí. Sestra mi byla obrovskou podporou a byla jsem i moc spokojená s tou asistentkou, která se tam o mě starala.“* Když Karolíně sdělili, že je potřeba udělat císařský řez, byl to pro ni šok. *„Já si tuhle část moc nepamatuju, protože já si přišla pak jak ve snu. Ještě si pamatuju, že mi furt říkali, že musím dát nohy k sobě, ale to prostě už nešlo, protože on už byl sestouplej. Já ani nevěděla, proč to po mně chtěli. Pořád mi opakovali, ať dám nohy k sobě a pak už si nepamatuju vůbec nic. Vím jenom, že jsem se už na nic neptala. Opravdu jsem byla jak ve snu.“* V tu chvíli si neuvědomovala vážnost situace. Jediné, co chtěla v tu chvíli, bylo, aby miminko bylo zdravé venku a jí se ulevilo.

Po přesunutí rodičky na operační sál sestru odvedli z porodního sálu a nepodali jí o Karolíně žádné informace se zdůvodněním „že není přímá příbuzná“. *„Přitom ale od začátku bylo v papírech napsáno, že tam se mnou místo manžela bude ona. Když se to tak vezme, kdo je mi bliž pokrevně, tak je to sestra přeci. Pochopila bych, kdyby jí nedali informace o mým, ale proč jí nedali informace o mně, to nechápu.“* Sestra na ní čekala na chodbě a viděla, jak personál odnáší miminko z operačního sálu. Zavolala tedy partnerovi Karolíny, aby mu oznámila narození syna. *„Ale ona vlastně vůbec nevěděla, co se stalo, žejo. Jenom mu mohla říct, že něco bylo špatně a že je dítě na světě.“* Partner do nemocnice přijel a personálem mu bylo sděleno, proč byl proveden císařský řez. *„Měl strach. Měl strach, že bude naše dítě postižený, což mě ani nenapadlo.“*

Když se Karolína vzbudila na oddělení šestinedělí, byl u ní její partner, maminka a sestra. *„Mně vlastně nic nebylo. Měla jsem jenom hadičku z tý jizvy na odvod krve a infuzi. Bylo mi v podstatě jedno, jestli je můj život nějak v ohrožení, chtěla jsem jenom vědět, jestli*



*je malej v pořádku. Fakt nejhorší na tom všem byla ta nevědomost.“* Sestra jí sdělila, že miminko mělo kolem krku omotaný pupečník a že každým zatlačením se mu víc a víc utahoval. V tu dobu byl čerstvě narozený syn na neonatologické JIRP. Krátce po probuzení matka poprosila, jestli by se mohla jet podívat na syna. Partner ji vzal na křesle na oddělení neonatologické JIRP, aby ho mohli oba vidět. *„To bylo prostě hrozný. Ležel tam v inkubátoru, hadičky měl z hlavy, z ruky, odevšad. Hrozný. Hroznej pohled, to je první, co se mi vrylo do paměti, to je moje první vzpomínka na něj.“* Tam jí personál poprvé sdělil, že byl problém s utahujícím se pupečníkem, a proto museli provést akutní sekci.

První dny se na syna Karolína chodila koukat několikrát za den a 4. den ho začala kojit, byl to také první den, kdy ho držela v náručí. *„Myslím, že to byl asi nejhezčí pocit v mém životě. Sestřička mi ho dala do náruče a já jsem se úplně bála na něj sáhnout, jak měl všude ty hadičky.“* Do čtvrtého dne byl krmen nasogastrickou sondou a mohla se na něj jen koukat. Pamatuje si, že jednou udělali výjimku, když na oddělení nebylo jiné dítě, a povolili návštěvu i staršímu synovi. Matce sdělili po 6 dnech péče na šestinedělí, že může jít domů, ale ona odmítla. *„Já jsem prostě chtěla být u svého syna a taky jsem si řekla, že to zařídím.“* Karolíně byl přidělen pokoj, který podle ní nebyl oficiálním pokojem pro pacienty. Byl jí řečeno, že pokud chce zůstat v nemocnici, tak jedině v případě, že bude v tomto pokoji, jinak že musí jít domů. Jednalo se o malou místnost jen s postelí hned vedle sesterny. *„To bylo docela hrozný, já měla trauma z celého toho zážitku, emoce úplně všude, a do toho jsem byla v tomhle depresivním pokoji. Ale ono ve finále je to jedno, protože hlavní bylo, že jsem mohla být u něj.“* Přibližně 8. den dali Karolíně na pokoj i jejího syna, který už nemusel být v inkubátoru. Celkově strávili v nemocnici 11 dní. Podmínkou pro propuštění bylo, že miminko přibralo na váze. Při odchodu z nemocnice bylo Karolíně sděleno, že se synem bude muset docházet do neurologické ordinace, aby syna vyšetřili. *„To byl pro mě vlastně trochu šok. Vůbec jsem si neuvědomovala, že by s ním třeba něco nemuselo být v pořádku. Říkala jsem si, že když tohle všechno přežil, že už máme téměř vyhráno.“*

Po návratu domů se Karolína cítila nejistě v péči o svého syna. Situace byla zcela jiná než u prvního těhotenství a byly to pro ni náročné dny. *„Při každém jeho otočení v postýlce jsem byla hned vzhůru a budila jsem se se strachem, že se mu něco děje. Partner to nesnášel vůbec dobře, říkal mi, že jsem až moc ochránářská a zbytečně se stresuju. Já jsem byla furt unavená, protože jsem po nocích skoro nespala a asi jsem byla i protivná. Malýho si nechtěl ani moc chovat, přišlo mi, jak kdyby na něj žárlil.“*

Při prvních vyšetřeních na neurologii se zdálo vše být v pořádku, ale Karolína vnímala určité opoždění v pohybovém vývoji svého syna a posléze i ve vývoji řeči. „Do dvou let vydával jenom zvuky a dorozumíval se se mnou jenom rukama. Rozhodla jsem se, že ho vezmu k dětskému doktorovi a ten mi doporučil znovu návštěvu neurologie a ORL.“ Na základě těchto vyšetření byl synovi diagnostikován opožděný vývoj řeči, součástí čehož je postižení motoriky. Od tří let, na základě doporučení z těchto specializovaných pracovišť, navštěvovali pravidelně logopeda a diagnóza byla upřesněna na expresivní vývojovou dysfázii (dítě má problém s výslovností, gramatickou stavbou věty a slovní zásobou).

„Péče o syna je náročná nejen v tom, že musíme pravidelně chodit do logopedické poradny, ale každý den se musíme věnovat nejen cvičení řeči, ale i fyzickému cvičení. Musela jsem ho třeba učit chodit do schodů, poskakovat, házet míčem, stříhat... to všechno pro něj byl a je obrovský problém. Hlavně nemám pak tolik času doma na staršího syna, myslím, že je to vidět, že bližší vztah ke mně má ten mladší. No a partner to taky nezvládal od začátku úplně dobře. Chodí do práce a nemá na malého tolik času a možná mu to je líto. Zas na druhou stranu já jak mám bližší vztah k druhému synovi, on se sblížil s naším starším synem. Ale je fakt, že mi to podle mě dodnes trochu vyčítá, že tu péči věnuju v takové míře malému.“ V péči o postiženého syna je Karolíně velikou podporou synův pediatr a speciální logoped. „Spolupracují se mnou fakt pořád. Vždycky po návštěvě dostaneme takovej plán, kde je přesně daný, co musíme dělat ty další týdny.“

Dnes je synovi 3 a půl roku, chodí do speciální logopedické školky a stále pravidelně dochází do logopedické poradny. „Rozhodně je vidět zlepšení, už zná víc slov, umí říct třeba i jednoduchou větu, i když to většinou nedává moc smysl. Už nemá takový problémy s pohybem, je vidět, že dělá velké pokroky. Ale pamatuju si na ty dny, kdy jsme třeba chodili ke známým se stejně starými dětmi, a já si říkala, že snad nikdy nebude jako ostatní. Dneska se za to cítím fakt trapně.“

„Před půl rokem mu diagnostikovali ještě Crohnovu nemoc. Nevím, jestli to může mít něco společného s porodem, ale problémy se střevama má od malička. Míval hodně zácpy a se stolicí mu šla krev, pak se to zlepšilo a teď zas měl furt průjmy. To je teď hlavní problém, který řešíme. Má dietu, hrozně zhubnul a je to teď dost náročný.“

S jistotou v hlase mi Karolína říkala, že porod syna ovlivnil nejen fyzicky, ale také psychicky. „Je to strašně úzkostlivý dítě už v tomhle věku. Všeho se bojí, bojí se o ostatní, je

*strašně empatickej. Je na mně hodně závislý, ale to je z části i moje chyba, protože já na něm taky.“*

Když Karolína vzpomínala na svůj druhý porod, měla v očích slzy. Bylo vidět, že to pro ní nebyla jednoduchá situace a do dnes si nese následky. *„Není lehký na to vzpomínat, hlavně na ten pohled když byl v inkubátoru. Ale já si myslím, že můžeme být rádi, že to dopadlo takhle.“*

*„Kdybych měla něco vzkázat ženám, který se ocitly v podobné situaci... No asi je úplně něco jinýho, kdyby tahle situace nastala u prvního dítěte a jako třeba u druhýho. Milujeme oba dva stejně, ale jako prvorodička bych z toho byla víc vyjukaná, co se děje. Asi bych řekla, že by měly spoléhat na svoje tělo. Když jim něco říká jejich tělo, je to většinou správně. Asi bych neřekla, aby spoléhaly na doktory (smích).“*

Když s Karolínou sedíme u ní v obývacím pokoji, mladší syn si maluje u stolu. *„I dneska je dost jasně vidět, že k sobě s mladším synem máme strašně blízkej vztah. Já je miluju oba stejně, ale prostě si myslím, že ten porod nás oba hodně poznamenal.“* Karolína mi podala papír z nedávného vyšetření z gastroenterologie a součástí anamnézy je i popis porodu. *„Já jsem si tohle možná nikdy nečetla, teď je to určitě poprvé, co na to koukám po 3 letech. To je hrozný, co?“* V anamnéze stojí: II/II. Akutní SC pro alteraci ozev, 2630g/46cm, kříšen na sále – NSM, ambuvakem, poporodní adaptace – hypoglykémie, trombopenie, leukopenie. Placenta malá s infarkty. Na NJIP, APGAR 1-7-9, u dítěte pup. Astrup s těžkou MAC, laktát, acidóza.

### **9.2.1 Shrnutí průběhu rozhovoru**

Na paní Karolínu jsem dostala kontakt od své kamarádky poté, co jsem jí sdělila téma své bakalářské práce. Kontaktovala jsem ji telefonicky a ihned souhlasila s poskytnutím rozhovoru.

Jako místo k uskutečnění rozhovoru jsem si opět vybrala domov respondentky ze stejných důvodů jako u rozhovoru prvního. Domov paní Karolíny působil příjemnou a klidnou atmosférou, která převládala po celou dobu rozhovoru. Na otázky měly klid, akorát místy se paní Karolína musela postarat o nejmladšího syna, což rozhodně neberu jako vyrušení. Dotazovaná byla s většinou otázek spokojená, jen k otázkám ohledně partnerství jsme

se z osobních důvodů dostaly až při druhé schůzce. Ta se, stejně tak jako první schůzka, uskutečnila u paní Karolíny doma.

Před rozhovorem byl opět podepsán informovaný souhlas, jehož součástí byl i souhlas s nahráváním.

### **9.2.2 Obsahová analýza**

- Karolína, 28 let, 2 děti
- Krevní skupina Rh negativní, proto byla v obou těhotenstvích častěji kontrolována
- První porod byl v roce 2014, spontánní, v termínu, bez komplikací
- Druhý porod byl v roce 2016, spontánní, 14 dní před termínem
- První těhotenství bylo plánované, druhé neplánované, ale na dítě se těšili
- Obě těhotenství byla bez komplikací, Karolína chodila do poslední chvíle do práce
- S partnerem měli partnerské problémy již od začátku vztahu, necítila v něm oporu ani v jednom z těhotenství
- U prvního porodu partner nebyl a pro ni to bylo nepříjemné, proto si k druhému porodu vzala sestru
- Začátek porodu měl normální průběh, v 7 hodin ráno zavolala sestře a ta s ní jela do nemocnice
- Neměla strach, ve společnosti sestry a porodní asistentky se cítila dobře
- Na porodním sále v péči porodní asistentky strávila asi 4 hodiny
- Kolem jedenácté hodiny dopoledne řekla doktorovi, že má jiné bolesti a má pocit, že již bude rodit
- Doktor tomu nevěnoval pozornost a žena si pamatuje pocit bezmoci

- Během chvíle přišel jiný doktor, zkontroloval CTG záznam, kde docházelo k hlubokému poklesu ozev, a sdělil Karolíně, že je potřeba udělat císařský řez
- Necháपालa, co se děje a byl to pro ni šok
- Sestru odvedli z porodního sálu a dále jí nepodali žádné informace
- Když sestra viděla, že odnáší dítě ze sálu, zavolala partnerovi Karolíny a ten přijel do nemocnice
- Partner měl strach, že bude dítě postižené, ji to nenapadlo, bylo pro ni jen důležité, aby její dítě žilo
- Vzbudila se na oddělení šestinedělí, kde byl i její partner, matka a sestra
- Nejhorší pro ni byla nevědomost, co se stalo s jejím dítětem
- Její sestra jí sdělila, že důvod císařského řezu byl utahující se pupečník
- Partner ji vzal na křesle na oddělení neonatologické JIRP
- Čtvrtý den hospitalizace poprvé držela syna v náručí a začala kojit
- Šestý den hospitalizace jí bylo oznámeno, že může jít domů, ale ona odmítla
- Ubytovali ji na pokoji vedle oddělení JIRP a osmý den tam přeložili i jejího syna
- Jedenáctý den byli propuštěni domů
- Karolína měla o syna velký strach, nespala a vztah s partnerem se zhoršil
- Vníkala opoždění v synově vývoji, tomu následně diagnostikovali expresivní vývojovou dysfázii
- Začali pravidelně navštěvovat logopedickou poradnu a praktikovat fyzická cvičení
- Velikou oporou pro ni byl synův pediatr a speciální logoped, se kterými spolupracuje dodnes

- Podle Karolíny není ovlivněn jen fyzicky, ale také i psychicky, je úzkostlivý a velmi empatický
- Nebylo pro ni snadné na tento traumatický zážitek vzpomínat, ale je ráda, že to celé dopadlo takto

## DISKUZE

Vytvořila jsem u každého dílčího cíle tabulku, kde na každé straně jsou fakta náležící k jedné z respondentek. Tyto tabulky mi pomohly v přehlednosti u každého dílčího cíle.

### Dílčí cíl č.1: Popsat anamnézu ženy a průběh komplikovaného porodu

Respondentka č.1 (Patricie)	Respondentka č.2 (Karolína)
<ul style="list-style-type: none"><li>• 42 let, 3 děti, kuřačka</li><li>• Problémy v partnerství, žádné materiální zázemí</li><li>• Komplikovaný porod v prvním těhotenství, které bylo jinak bez vážnějších komplikací</li><li>• Těhotenství bylo neplánované</li><li>• Císařský řez proveden kvůli abrupci placenty v 28.tg</li><li>• U porodu byla bez doprovodu, v péči porodní asistentky</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 28 let, 2 děti</li><li>• Problémy v partnerství</li><li>• Komplikovaný porod v druhém těhotenství, které bylo jinak bez vážnějších komplikací</li><li>• Těhotenství bylo neplánované</li><li>• Císařský řez proveden kvůli dotahujícímu se pupečníku</li><li>• U porodu byla se sestrou, v péči porodní asistentky</li></ul>

Tabulka 1: Dílčí cíl 1

Obě ženy měly problémy v partnerství. V případě Patricie se jednalo o více aspektů ovlivňujících její vztah s partnerem. Neměli žádný dům, Patricie bydlela u svých rodičů a v partnerství měli během těhotenství nespočet krizí, které byly způsobené také právě finanční nejistotou. U Karolíny byl problém v partnerství od začátku vztahu. Již v prvním těhotenství necítila ve svém partnerovi oporu, a proto ji hledala u své sestry. Je přirozené, že se v těhotenství ženy bojí např. nové životní role nebo materiálního zajištění.

*„V současné době, kdy dochází k oddělování jednotlivých generací a uvolňování tradičních rodinných vazeb, se může těhotná žena cítit relativně osamělá, schází jí ochrana. (...) Bojuje se strachem nejen z bolesti, tělesných změn a ztráty manžela, ale také z ekonomických důsledků. Důležitým činitelem je jistě osobnost ženy, její očekávání od sebe, partnera i rodiny a kvalita jejich vztahů.“ (Skutilová, 2016, str. 20)*

U obou žen bylo těhotenství neplánované, ale obě se na miminko těšily. Patricie měla od počátku těhotenství nevolnosti, bolesti zad a málo přibývala. V prvních měsících měla špatné výsledky krve a byla poslána na amniocentézu, výsledky dopadly dobře. V posledním trimestru slabě zakrvácela, ale nejednalo se o nic vážného. V těhotenství příležitostně kouřila. Karolína chodila častěji na kontroly, protože má skupinu Rh pozitivní a její první dítě bylo Rh negativní.

Porod u Patricie začal v 28. týdnu těhotenství velkými bolestmi a nucením na tlačení. V nemocnici ji s neochotou přijala lékařka a celou noc se o ni starala porodní asistentka. Karolína měla fyziologický průběh počátku porodu. Doma ji odtekla plodová voda a se sestrou jely do nemocnice. Tam se o ni starala porodní asistentka. Při porodu měly obě dvě pocity nedostatečné informovanosti, ale s péčí porodní asistentky byly spokojené.

**Dílčí cíl č.2: Zjistit míru informovanosti matky o případných komplikacích při a po porodu**

Respondentka č.1 (Patricie)	Respondentka č.2 (Karolína)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Při příjmu jí nesdělili diagnózu, nebyla řádně vyšetřena</li> <li>• Sloužící lékařka nevěnovala pozornost sdělení matky</li> <li>• S péčí porodní asistentky byla spokojená</li> <li>• Jiný lékař vyhodnotil situaci jako kritickou a indikoval císařský řez, důvod nesdělil</li> <li>• Po probuzení na JIP jí nebyly poskytnuty žádné informace</li> <li>• Důvod k císařskému řezu jí poprvé sdělil partner až na oddělení šestinedělí, kde jí i informovali o jejím stavu</li> <li>• Podruhé jí důvod vysvětlili na oddělení neonatologické JIP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Při příjmu jí sdělily, že se jedná o fyziologický začátek porodu</li> <li>• S péčí porodní asistentky byla spokojená</li> <li>• Ošetřující lékař nevěnoval pozornost sdělení matky</li> <li>• Jiný lékař vyhodnotil situaci jako kritickou a indikoval císařský řez, důvod nesdělil</li> <li>• Doprovázející osobu (sestru) dále již neinformovali</li> <li>• Důvod k císařskému řezu jí poprvé sdělila sestra až na oddělení šestinedělí</li> <li>• Personál jí důvod k císařskému řezu poprvé sdělil až na oddělení neonatologické JIRP</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Při odchodu z nemocnice jí o možných důsledcích informovali nedostatečně</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Při odchodu z nemocnice jí o možných důsledcích neinformovali</li> </ul>

*Tabulka 2: Dílčí cíl 2*

Při příjmu do nemocnice Patricie měla naprostou nedůvěru v ošetřující lékařku, která bagatelizovala její stav a neposkytla jí základní vyšetření. Ze strany lékařky nedostala žádné informace a celou noc o ni pečovala porodní asistentka. Lékař sloužící ráno indikoval císařský řez bez sdělení důvodu, což ale můžeme přisuzovat nastalé kritické situaci. Jak Patricie sama sdělila v rozhovoru, v samotném šoku ani nevnímala, co jí okolí sděluje. V případě Karolíny ji přijali z důvodu počínajícího porodu. Dokud vše probíhalo fyziologicky, starala se o ni porodní asistentka, s jejíž péčí byla Karolína spokojená. Když ale pocítila změnu bolesti a pocit na tlačení, po sdělení tohoto faktu lékaři, se nesetkala s očekávanou reakcí. To v ní vyvolalo pocit nedůvěry a bezmoci. Jiný sloužící lékař při kontrole CTG záznamu vyhodnotil situaci jako kritickou a indikoval akutní císařský řez bez sdělení důvodu, což opět můžeme přisuzovat závažnosti situace. Karolíninu sestru dále neinformovali, což Karolína dodnes nechápe, vzhledem k tomu že jí uvedla jako osobu blízkou.

Po probuzení na oddělení JIP se Patricie neustále ptala na svého syna, vzhledem k prvnímu těhotenství netušila, že něco není v normě. Nechápala, proč u sebe nemá své dítě a odpovědi na tuto otázku se jí nedostalo. Vysvětlení jí poskytl až její partner, když se druhý den probudila na oddělení šestinedělí. Právě tohle, je podle mě chvíle, kdy zdravotnický personál dané nemocnice nesplnil základní míru informovanosti, která měla být Patricii poskytnuta. Podle jejích slov se vrátila ke zvířecím pudům s touhou pochovat si vlastní dítě. V této emočně vyhocené situaci se jí nedostalo od zdravotnického personálu podpory, naopak jí jeden ze starších lékařů obvinil, že za nastalou situaci může sama svým neuváženým jednáním v předešlém těhotenství, které bylo ukončeno interrupcí. Z celé situace začala obviňovat sama sebe.

Na oddělení šestinedělí Patricii sdělovali informace ohledně jejího zdravotního stavu, o svém dítěti se nedozvěděla od zdravotníků nic. Veškeré informace o synovi jí poskytoval partner. Pátý den i přes doporučení lékařů podepsala reverz. Oproti tomu Karolína se probudila až na oddělení šestinedělí, kde s ní byla její sestra, matka a partner. Důvod k císařskému řezu jí byl sdělen sestrou. Informací o jejím synovi se jí dostalo na oddělení neonatologické

JIRP, kde jí personál poprvé sdělil, že důvodem k akutnímu císařskému řezu byl utahující se pupečník a hrozící asfyxie dítěte.

Po propuštění Patricii zdravotnický personál sdělil, že bude muset se synem docházet na pravidelné kontroly k pediatrovi a na neurologická vyšetření přímo do nemocnice, kde ležel. Karolíně byla doporučena pravidelná návštěva neurologické ordinace pro zjišťování stavu dítěte. Ani jedné z matek nebyly poskytnuty informace o případných možných následcích komplikovaného porodu.

### Dílčí cíl č.3: Zmapovat následnou péči o dotazované ženy po traumatickém porodu

Respondentka č.1 (Patricie)	Respondentka č.2 (Karolína)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• I přes traumatický zážitek jí nebyla doporučena psychologická podpora</li> <li>• Na vlastní žádost jí pomáhala komunitní porodní asistentka</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I přes traumatický zážitek jí nebyla doporučena psychologická podpora</li> </ul>

Tabulka 3: Dílčí cíl 3

Ani jedné z dotazovaných žen nebyly personálem osvětleny možnosti psychologické podpory pro matky po traumatickém porodu. Nebyla jim poskytnuta žádná následná péče, což vidím jako velký nedostatek, protože z rozhovorů je patrné, že obě ženy nebyly po propuštění z nemocnice psychicky v pořádku a jakoukoliv formu podpory by uvítaly. Patricie, na rozdíl od Karolíny, požádala o pomoc komunitní porodní asistentku, která k ní po porodu přišla celkem 4x a pomohla jí s péčí o novorozence. Myslím si, že právě komunitní péče u matek po komplikovaných porodech je důležitým krokem k pozitivnějšímu pohledu na další těhotenství a matkám, jako je Patricie a Karolína by taková péče mohla velice usnadnit počátky v péči jak o novorozence, tak sama sebe.

U obou matek je zřejmé, že měly v souvislosti s péčí o novorozence strach, ať už se jednalo o Patricii, prvorodičku nebo Karolínu, která se již o jedno dítě starala. Důvodem tohoto strachu byly zajisté obavy ze ztráty dítěte a nejasného budoucího vývoje.

Dovolím si citovat doporučení ohledně komunitní péče. „*Nejlepším řešením je, aby kontrolu matky a dítěte po porodu vedla porodní asistentka, která byla u porodu. Nejen, že může díky*

*kontinuitě péče lépe zhodnotit zdravotní stav ženy, ale může také nejlépe odpovědět na otázky týkající se porodu.*“ (UNIPA, 2019, str.34)

#### **Dílčí cíl č.4: Zmapovat následnou péči o novorozence**

Respondentka č.1 (Patricie)	Respondentka č.2 (Karolína)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Při propuštění doporučení pravidelných návštěv pediatra a neurologa</li> <li>• Diagnostikována dyslálie, specifické poruchy učení a lehká mozková dysfunkce</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Při propuštění doporučení pravidelných návštěv neurologa</li> <li>• Na doporučení pediatra navštívila dětskou neurologii a ORL</li> <li>• Diagnostikován opožděný vývoj řeči, později upřesněn jako expresivní vývojová dysfázie</li> </ul>

*Tabulka 4: Dílčí cíl 4*

Oběma dotazovaným byly při propuštění doporučeny návštěvy pediatrie a neurologie, což obě matky učinily. Patricii byla ohledně jejího syna v pozdějším věku sdělena diagnóza patlavosti neboli dyslálie, specifické poruchy učení a lehká mozková dysfunkce. Patricie poté žádnou další lékařskou pomoc nevyhledávala a její dítě dnes navštěvuje běžnou základní školu.

Karolína i přesto, že první neurologická vyšetření nesignalizovala žádnou poruchu, pozorovala v batolecím věku pohybové a řečové problémy syna. Po další návštěvě neurologie a ORL mu byla správně stanovena diagnóza a doporučen další postup léčby.

#### **Dílčí cíl č.5: Popsat změny v životě respondentek způsobených komplikovaným porodem**

Respondentka č.1 (Patricie)	Respondentka č.2 (Karolína)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uvědomění životních priorit</li> <li>• Větší sblížení s partnerem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obavy, že zklame jako matka i přes to, že se jednalo o druhé dítě</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Silný, až přehnaně ochranný vztah k synovi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Náročná péče o postiženého syna</li> <li>• Méně času na péči o druhého syna</li> <li>• Velice silný vztah k mladšímu synovi, na úkor vztahu k staršímu synovi</li> </ul>
--	---

Tabulka 5: Dílčí cíl 5

Obě ženy byly nuceny po traumatickém porodu a následných vývojových komplikacích obou dětí přehodnotit své životní priority.

Partnerský vztah se v takových situacích buduje na jiné úrovni a oba jsou nuceni se nové situaci přizpůsobit. Chod domácnosti a především hloubka vztahu procházejí náročnou zkouškou, tato zkouška mnohé páry stmelí a vytvoří neuvěřitelně silné pouto, naopak některé páry se pod tíhou takové zkoušky sobě vzdalují (Dohnalová, 2010).

V našem případě vidíme obě možnosti. Patricie se svým partnerem měli komplikovaný vztah hlavně z důvodu stresových situací v rodině a materiálních nedostacích. Po náročném porodu, kde byla v ohrožení života jak matka, tak dítě, si uvědomili životní priority a toto zjištění je spojilo. Naopak u Karolíny je zřejmé, že novou situací, kterou narození postiženého dítěte je, jejich vztah neposílil, naopak se sobě vzdalují. Je těžké přemýšlet nad tím, co je prvopočátkem vzájemné nedůvěry, ale komplikovaný porod tuto nedůvěru ještě prohloubil.

*„Teprve když jsme novou situaci přijali a vyrovnali se s ní, můžeme pro dítě i pro sebe mnoho dobrého udělat. Jde i o mnoho vzácného a jedinečného, co mnohým lidem, navenek třeba kdovíjak šťastným, vůbec nemusí být dáno. Neboť obstát v tíživých životních okolnostech a v nich zajistit sobě i postiženému dítěti šťastný život, je dílo mimořádně osobní i společenské hodnoty. Je to hrdinství v nejhlubším slova smyslu.“ (Matějček, 2000)*

Na rozdíl od matek zdravých dětí, které si mohou své mateřství “užívat“, byly obě dotazované nuceny řešit prioritně zdravotní stav svých synů. Z rozhovoru s oběma je jasné, že se i po několika letech s celou situací vyrovnávají.

**Dílčí cíl č.6: Zjistit názor dotazovaných žen na dostatečnost podpory okolím (rodina, známí, zdravotníci)**

Respondentka č.1 (Patricie)	Respondentka č.2 (Karolína)
-----------------------------	-----------------------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podpora ze strany manžela až po komplikovaném porodu</li> <li>• Pocit nedostatečné podpory ze strany rodiny, spíše vyvolávala stresové situace</li> <li>• Z počátku veliká důvěra ve zdravotníky, byla “nemocniční dítě“</li> <li>• Nedostatečná podpora ze strany přijímací lékařky, důvěru ve zdravotníky neztratila</li> <li>• Největší oporou při hospitalizaci pro ni byla porodní asistentka a později partner s kamarádkou</li> <li>• Oporou po propuštění z nemocnice pro ni byl partner a komunitní porodní asistentka</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pocit nedostatečné podpory partnera již od začátku vztahu, po porodu se to ještě zhoršilo</li> <li>• Podpora sestry jak v těhotenství, tak při porodu</li> <li>• Oporou jí u porodu byla i porodní asistentka</li> <li>• Po propuštění z nemocnice jí největší oporou byl pediatr a speciální pedagog</li> </ul>
---	---

*Tabulka 6: Dílčí cíl 6*

Z rozhovorů jednoznačně vyplynulo, jak citlivě rodičky, které absolvují patologický porod, vnímají chování nejbližšího okolí, včetně zúčastněných zdravotníků. Nejen před a při samotném porodu, ale i během následné péče, kdy je ona citlivost znásobena eventuálním postižením dítěte. Z rozhovoru s Karolínou je patrné, že v emočně vypjaté situaci její náladu ovlivňoval i vzhled prostředí.

U obou dotazovaných žen jsou patrné ve větší či menší míře výhrady k chování nemocničního personálu. Z vlastní zkušenosti studentky vím, že k profesionálnímu chování na porodnickém oddělení je potřeba velká dávka empatie a občasné překonávání vlastních možností. Bohužel, ne vždy tomu tak je a přístup personálu k rodičkám je velmi individuální.

*„Situaci může zlepšit obrat ke komplexně orientované péči o dyádu matka-dítě, kdy zdravotníci pochopí, že zájmem dítěte je pohoda matky, které může být dosaženo tak, že porodní asistentky, gynekologové, dětské sestry, pediatři a rodinní lékaři budou brát v úvahu její potřeby a pomáhat je naplňovat.“ (Honzák, 1995)*

Z rozhovoru s Patricií bych v této souvislosti vyzdvihla pasáž, kdy zmínila porodní asistentku, která se jí v podstatě ujala po traumatizujícím zážitku hned při příjmu na porodnické

oddělení. A také rozdílný přístup partnerů obou rodiček v následné péči o postižené chlapce dokresluje, jak důležitá je v těchto případech podpora nejbližšího okolí.

Při psaní teoretické části pro mne bylo náročné sehnat literaturu zabývající se vyloženě handicapovanými dětmi vzniklými jako následky komplikovaného porodu. Mnou vybrané respondentky byly obě dvě již delší dobu po komplikovaném porodu, vybrala jsem si je z toho důvodu, aby byly jasně vidět změny v domácnosti a na celou situaci se dívaly poté, co vědí důsledky. Nevýhodou volby těchto respondentek bylo, že zkušenosti z porodu pro ně nebyly “čerstvé” a některé detaily již zapomněly. Proto, pokud se někdo bude zabývat stejným tématem jako já, bych doporučila, aby si zvolil jednu respondentku čerstvě po traumatickém porodu a jednu s delším časovým odstupem.

Jaké je mé doporučení do praxe? Myslím si, že by bylo vhodné pořádat v České Republice kurzy pro porodní asistentky s tématem Péče o ženy při a po traumatickém porodu. Tyto kurzy by měly zahrnovat jak péči při porodu, tak komunitní péči po porodu. Také si myslím, že by bylo vhodné, zahrnout do osnov výuky porodní asistence předmět s tématem Péče o handicapovaného novorozence, protože si myslím, že je to obsáhlé téma a není mu věnována dostatečná pozornost.

## ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo popsat zkušenosti žen s průběhem komplikovaného porodu a jeho následky. V teoretické části jsem se zaměřila na popsání porodu jako náročné životní situace a nepředvídatelného procesu, na vybrané komplikace a jejich následky u matky a dítěte, na peripartální péči porodní asistentky v souvislosti s komplikovaným porodem a následnou péčí o matku a dítě po komplikovaném porodu.

V praktické části jsem se věnovala ženám po komplikovaném porodu, na jejich anamnézu a průběh porodu, na jejich názor na míru informovanosti, která jim byla poskytnuta při a po porodu, na následnou péči o ně a jejich dítě a na jejich názor na podporu okolím, partnerem a zdravotníků.

Mým cílem bylo popsat zkušenosti žen s průběhem komplikovaného porodu a jeho následky. Ukázalo se, že vnímání porodu jako traumatického zážitku závisí na několika aspektech, jako je např. podpora partnera a materiální zázemí. Z mého výzkumu je patrné, že nejdůležitější po dotazované ženy byla komunikace se zdravotníky, která podle jejich názoru byla nedostatečná. Je ovšem důležité si uvědomit, že právě tento nedostatek je z velké části způsoben odlišným pohledem na probíhající porod. To, co zdravotníkovi může přijít jako rutinní záležitost, může být pro ženu traumatem. Proto si myslím, že je důležité, aby se v ČR věnovalo více pozornosti ženám po komplikovaných porodech, aby se mohlo předejít dlouhodobějším následkům.

Na závěr si dovoluji říci, že tato bakalářská práce mi dala mnoho nových zkušeností a informací. Všechny cíle, které jsem si stanovila, byly splněny.

## SEZNAM LITERATURY

1. **Zelinková, Olga.** *Poruchy učení.* Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-800-7.
2. **Vágnerová, Marie a HadjMousová, Zuzana.** *Psychologie handicapu, 2. část - Rodina a její význam pro rozvoj handicapovaného jedince.* Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2003. ISBN 80-7083-764-0.
3. **Vágnerová, Marie a Strnadová, Iva a Krejčová, Lenka.** *Náročné mateřství - být matkou postiženého dítěte.* Praha : Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1616-2.
4. **Takács, Lea a kolektiv.** *Psychologie v perinatální péči.* Praha 7 : Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.
5. **Spinelli, M.G.** Postpartum psychosis: Detection of risk and management. *The American Journal of Psychiatry.* 2009, Vol. IV, 166.
6. **Skutilová, Vladana.** *Jak na strach a úzkost v těhotenství .* Praha : Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5469-7.
7. **Sheedyová-Kurcinková, Mary.** *Problémové dítě v rodině a ve škole.* Praha : Portál, 1998. ISBN 80-7178-174-6.
8. **Seifertová, D. a kol.** *Postupy v léčbě psychických poruch.* Praha : Academia Medica Pragensis, 2008. ISBN 978-80-871-3510-5.
9. **Roztočil, Aleš a kol.** *Moderní porodnictví.* Praha 7 : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.
10. **Ratislavová, Kateřina.** *Aplikovaná psychologie - porodnictví.* Praha : Reklamní atelier Area s.r.o., 2008. Sv. 1.vydání. ISBN 978-80-254-2186-4.
11. **Procházka, Martin a Pilka, Radovan.** *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence.* Olomouc : AED - Olomouc, 2016. ISBN 978-80-906280-0-7.
12. **Praško, Ján a kol.** *Poruchy osobnosti.* Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-736-7558-5.
13. **Pařízek, Antonín a kolektiv.** *Kritické stavy v porodnictví.* Praha : Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-949-7.



14. **Mrowetz, Michaela a Peremská, Marcela.** Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma - chiméra, či realita budoucnosti? *Pediatric pro praxi*. 2013, Sv. XIV, 3.
15. **Mrowetz, Michaela, Chrastilová, G a Antalová, I.** *Bonding - porodní radost : podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?* Praha : DharmaGaia, 2011. ISBN 978-80-7436-014-5.
16. **Matějček, Zdeněk a Langmeier, Josef.** *Počátky našeho duševního života*. Praha : Panorama, 1986. ISBN 11-060-86.
17. **Marková, Zdeňka, Středová, Ljuba.** *Mentálně postižené dítě v rodině*. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1987.
18. **Leifer, Gloria.** *Úvod do porodnického a peiatrického ošetrovatelství* . Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
19. **Kuželová, Monika.** Historie přípravy těhotných k porodu. *Moderní babičtví*. 2003, Sv. I, 2.
20. **Kudláček, Miroslav.** *Svět dětské mozkové obrny* . Praha : Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0178-6.
21. ... "Když není všechno tak, jak si přáli". **Kolektiv**. 1, Praha : Státní zdravotní ústav, 2002.
22. **Jarníková, Ivana.** *Eliška - příběh hluchoslepe holčičky*. Praha : Společnost pro ranou péči, 2005. ISBN 80-239-6206-X.
23. *Incidence of hospitalization for postpartum psychotic and bipolar episodes in women with and without prior pregnancy or prenatal psychiatric hospitalizations.* **Harlow, B.J. a kol.** USA : Archives of General Psychiatry, 2007. DOI 10.1001/archpsyc.64.1.42.
24. *Concise encyclopedia of pain psychology.* **Filligim, R.B.** New York : The Haworth Press, 2005.
25. **Fendrychová, Jaroslava.** *Hodnotící metodiky v neonatologii*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, 2004. ISBN 80-7013-405-4.
26. **Buckley, Sarah J.** *Gentle Birth, Gentle Mothering*. Australia : One Moon Press, 2005. ISBN 0-9758077-0-6.

27. *Dítě se zdravotním postižením - sborník informací, podnětů a zamyšlení.* **Bubeníčková, Pavla a kol.** Praha : Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ve spolupráci s Asociací rodičů a přátel zdravotně postižených dětí, 1999.

28. **Brockington, I.** *Postpartum psychiatric disorders* . London : Elsevier, 2004. DOI 10.1016/S0140-6736(03)15390-1.

29. *Československá psychologie : časopis pro psychologickou teorii a praxi.* **Beranová, Štěpánka a Hrdlička, Michal.** 56, Praha : Československá akademie věd, 2012, Sv. II. ISSN 0009-062X.

30. **Honzák, Radkin.** Poporodní psychické stavy. *Praktický lékař.* 1995, Sv. 75, 5.

31. **Beck, Cheryl Tatano.** Birth Trauma: In The Eye of the Beholder. *Nursing research.* 2004, Sv. 53, 1.

32. **Dohnalová, Zdeňka.** Životní situace rodičů po anticipované ztrátě dítěte. *PAIDEIA: PHILOSOPHICAL E-JOURNAL OF CHARLES UNIVERSITY.* 2010, Sv. VII, 2.

33. *Principy péče v porodní asistenci.* **Ezrová, Magdalena a kol.** místo neznámé : UNIPA, 2019. [https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2019/04/Z%C3%A1kladn%C3%AD-principy-p%C3%A9%C4%8De-v-porodn%C3%AD-asistenci\\_v3.pdf](https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2019/04/Z%C3%A1kladn%C3%AD-principy-p%C3%A9%C4%8De-v-porodn%C3%AD-asistenci_v3.pdf).

UNIPA. [citováno dne 3.3.2020]. <<https://www.unipa.cz/definice-normalniho-porodu/>>.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. 12.6.2019, poslední revize 12.6.2019 [citováno dne 13.3.2020].<[http://www.mzcr.cz/dokumenty/v%C2%A0roce-2018-klesl-pocet-pred-casnych-porodu-a-cisarskych-rezuukazala-data-ze-vs\\_17429\\_3970\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/v%C2%A0roce-2018-klesl-pocet-pred-casnych-porodu-a-cisarskych-rezuukazala-data-ze-vs_17429_3970_1.html)>.

ŠRÁMKOVÁ, Lucie. Bakalářská práce. 2016 [citováno dne 13.3.2020]. <<https://theses.cz/id/cmfe9h/18025744>>.

ŠOHAJOVÁ, Lucie. Bakalářská práce. 2009 [citováno dne 25.3.2020]. <<https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/34398/BAKALARKA-KONEC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.

TKACZYK, Jakub. Šance dětem.1.8.2016, poslední revize 4.1.2019 [citováno dne 25.3.2020]. <<https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-jinym-zavaznym-zdravotnim-znevychodnenim/nedonosene-dite-zdravotni-komplikace-a-jejich-lecba/nedonosene-dite.shtml#neurologicke-komplikace>>.

ŠUTEROVÁ, Zuzana. Bakalářská práce 2015 [citováno dne 25.3.2020] <[https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/60287/SuterovaZ\\_Mapa-Pece\\_HP\\_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/60287/SuterovaZ_Mapa-Pece_HP_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>.

MYDLILOVÁ, Anna. Kojení.cz. 7.8.2019 [citováno dne 25.4.2020]. <<http://www.kojeni.cz/rady-navody/edinburske-skore-dotaznik-ktery-pomuze-posoudit-poporodni-deprese/>>.

MATĚJČEK, Zdeněk. DownSyndrom.cz. 2000 [citováno dne 25.4.2020]. <<http://www.downsyndrom.cz/down/pro-rodice/zdenek-matejcek-rodicum.html>>.

Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR [citováno dne 3.3.2020]. <<http://arpzpd.cz/>>.

Péče bez překážek. [citováno dne 3.3.2020]. <<https://www.pece-bez-prekazek.cz/o-nas/>>.

Motýl. [citováno dne 3.3.2020]. <<https://www.motyl-plzen.cz/rana-pece/>>.

Mikasa. [citováno dne 3.3.2020]. <<https://mikasazs.cz/>>.

Motýlek. [citováno dne 3.3.2020]. <<https://www.motylek.org/cz/komunitni-centrum-motylek/o-nas>>.

KUNHARTOVÁ, Monika. Šance dětem. 31.1.2013, poslední revize 4.1.2019 [citováno dne 3.3.2020]. <<https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-kombinovanim-postizenim/rodina-ditete-s-kombinovanim-postizenim.shtml>>.

Centrum Dominika Kokory. [citováno dne 3.3.2020]. <<https://www.dominikakokory.cz/domov-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-drevohostice>>.

Diakonie ČCE. [citováno dne 3.3.2020]. <<https://www.diakonie-praha.cz/o-nas/>>.

Lila. 2006-2013. [citováno dne 3.3.2020]. <<http://www.lila.cz/work.html>>.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A – Edinburghská škála poporodní deprese v českém jazyce

Příloha B – Graf “Spokojenost rodičů se způsobem, jakým byli o postižení svého dítěte informováni“

Příloha C – Graf “Hodnocení nejobtížnějších aspektů souvisejícími s potvrzením Downova syndromu“

Příloha D – Desatero – “Jak zvládat postižení vlastního dítěte?“

## Příloha A – Edinburghská škála poporodní deprese v českém jazyce

# EPDS dotazník (J. L. Cox, J. M. Holden, R. Sagovsky, Edinburgh)

*Dotazník se nazývá Edinburgh Postnatal Depression Scale (EDPS) a byl vyvinut k identifikaci žen, které mohou mít poporodní depresi.*



EPDS bylo vyvinuto na klinice v Livingstonu a Edinburghu. EDPS se skládá z 10 tvrzení. Matka má podtrhnout ze 4 možností odpověď, která nejlépe vyjadřuje její pocity z posledního týdne, a pokud existují pochybnosti, může se test za 2 týdny opakovat.

Matky, které dosáhnou 13 a více bodů trpí depresivním onemocněním různé závažnosti. Nicméně skóre EPDS nesmí nahradit klinické vyšetření. Diagnóza musí být potvrzena pečlivým klinickým vyšetřením. Pomocí testu se nepodaří identifikovat úzkostlivou neurózu, fobii či choroby osobnosti.

Pro správné vyhodnocení je nutné zodpovědět všech 10 otázek. Dotazník byste měla vyplnit sama, bez konzultací odpovědí s někým jiným.

Prosím podtrhněte odpověď, která nejlépe vystihuje vaše pocity v posledních 7 dnech (nikoli jak se cítíte dnes).

Každá odpověď má skóre 0 až 3. Maximální skóre je 30.

*Příklad*

Cítila jsem se šťastná.

Ano, vždy.

Ano, většinou.

Ne moc často.

Vůbec.

*To by znamenalo:*

*V minulém týdnu „jsem se cítila většinou šťastná“.*

*Prosíme, vyplňte stejným způsobem ostatní otázky.*

## **V posledních 7 dnech:**

1. **Byla jsem schopná se smát a vidět věci z lepší stránky**  
Stejně jako vždycky  
Už ne tolik  
Určitě ne tolik  
Vůbec
  
2. **Těšila jsem se na věci s radostí**  
Jako jsem se vždycky těšovala  
Spíše méně než dříve  
Určitě méně než dříve  
Vůbec
  
3. **Pokud něco nebylo tak jak má být, zbytečně jsem se obviňovala \***  
Ano, většinou  
Ano, někdy  
Ne moc často  
Ne, nikdy
  
4. **Byla jsem znepokojená či ustaraná aniž bych měla důvod**  
Ne vůbec  
Skoro nikdy  
Ano, někdy  
Ano, velmi často
  
5. **Cítila jsem bezdůvodně hrůzu a paniku\***  
Ano, často  
Ano, někdy  
Ne, ne příliš  
Ne, vůbec
  
6. **Problémy se přede mnou kupily\***  
Ano, většinou jsem se s nimi nebyla schopna vypořádat  
Ano, někdy jsem měla obtíže se s tím vypořádat jako obvykle  
Ne, většinou jsem se s tím vypořádala  
Ne, řešila jsem je stejně jako vždy

7. **Cítla jsem se tak nešťastná, že jsem měla problémy se spaním.\***  
Ano, většinou  
Ano, docela často  
Ne moc často  
Ne nikdy
8. **Cítla jsem se smutná a měla jsem špatnou náladu\***  
Ano, většinou  
Ano, docela často  
Ne moc často  
Ne nikdy
9. **Cítla jsem se tak nešťastná, že jsem plakala\***  
Ano, většinou  
Ano, docela často  
Jen příležitostně  
Ne nikdy
10. **Pomýšlela jsem na to, že si ublížím\***  
Ano, často  
Někdy  
Skoro nikdy  
Nikdy

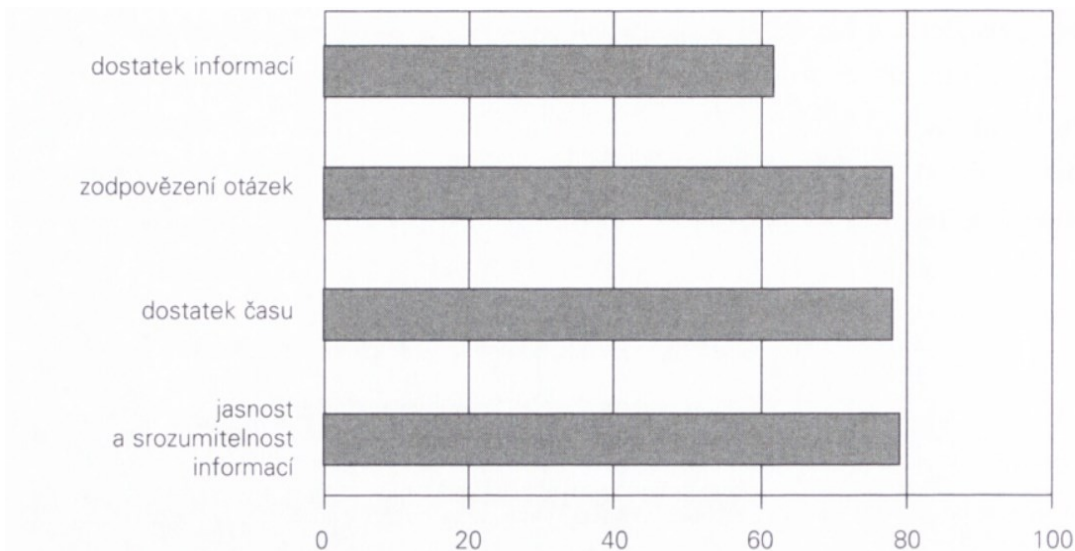
\*Otázky označené hvězdičkou (3,5,6,7,8,9,10) jsou hodnoceny obráceně (3,2,1 a 0).



[www.kojeni.cz](http://www.kojeni.cz)

Zdroj: [www.kojeni.cz](http://www.kojeni.cz)

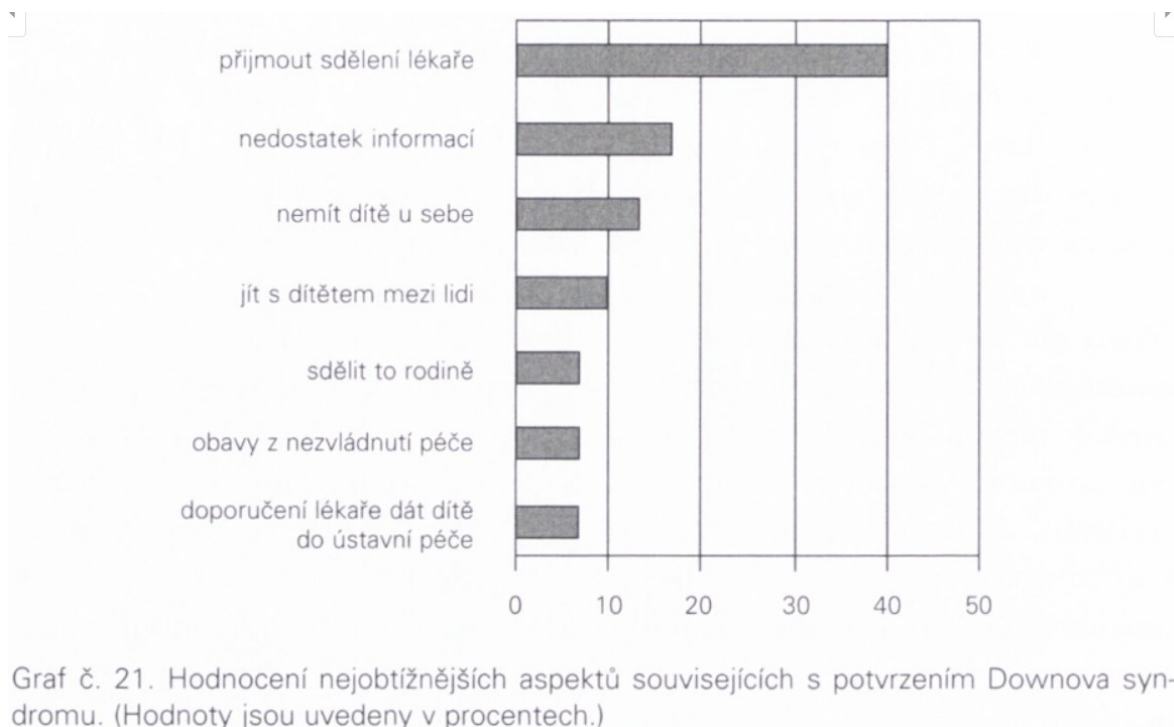
## Příloha B – Graf “Spokojenost rodičů se způsobem, jakým byli o postižení svého dítěte informováni“



Graf č. 19. Spokojenost rodičů se způsobem, jakým byli o postižení svého dítěte informováni (podle Dagenais et al., 2006).

Zdroj: (Vágnerová, 2009)

## Příloha C – Graf “Hodnocení nejobtížnějších aspektů souvisejícími a potvrzením Downova syndromu“



Graf č. 21. Hodnocení nejobtížnějších aspektů souvisejících s potvrzením Downova syndromu. (Hodnoty jsou uvedeny v procentech.)

Zdroj: (Vágnerová, 2009)



## Příloha D – Desatero – “Jak zvládat postižení vlastního dítěte?”

### Č. 5. Jak zvládat postižení vlastního dítěte

Prof. PhDr. Zdeněk Matějček, CSc., Doc. Mudr. Zdeněk Dytrych, Csc.

([online]. [27.9.2000]. Dostupné z: <http://www.rodina.cz/clanek942.htm>

**Desatero, které odborníci doporučují:**

**1. Rodiče mají o svém dítěti co nejvíce vědět,** pak mu mohou lépe rozumět a lépe pomáhat. Důležité jsou především informace od odborníků (lékařů, psychologů, speciálních pedagogů a jiných specialistů), ale také setkávání s rodiči stejně postižených dětí, kde jde o předávání vlastních poznatků, zkušeností, sdílení prožitků a sympatií, o vzájemné posilování a povzbuzování, což má nepochybně velký psychohygienický a terapeutický význam.

**2. Neštěstí ne, ale úkol a zkouška!** „Neštěstí“ znamená pasivitu, úkol vede k aktivitě, na zkoušku je nutné se připravit, úkol je potřeba zvládnout. Aktivita tělesná i duševní, je významným činitelem psychohygienickým. Je vhodné velký životní úkol rozdělit do mnoha drobných dílčích úkolů, dlouhou dobu rozčlenit do kratších úseků.

**3. Obětavost ano, ne však obětování se!** Je nutné dbát a udržovat tělesnou a duševní kondici, zavést dělbu práce v rodině a mít svého zástupce, který se na péči o dítě podílí. Péče o postižené dítě je často jednotvárná, neustále se opakující a tím vyčerpávající. Pečující osoba musí být dostatečně zdravá a odpočatá, aby mohla být dobrou oporou dítěti, aby je mohla výchovně vést, plánovat pro ně zábavu a potěšení.

**4. S horším počítejte - lepším se dejte překvapit.** Dobré je počítat realisticky s vývojovými potížemi dítěte, přijmout, že se dítě vyvíjí svým vlastním tempem, oceňovat jeho vlastní pokroky a uvažovat o tom, co dítě dovede, a ne co nedovede, co může, a ne co nemůže, co rodičům na něm dělá radost, a ne co je trápí.

**5. Dítě samo netrpí!** Dítě nemá, s čím by svůj stav srovnávalo, žije svým dětským životem a má své dětské radosti a starosti.

**6. V pravý čas a v náležité míře!** Každý cílevědomý krok ve výchově, ve vývojové stimulaci, ve cvičení, v rehabilitaci, má přijít v pravý čas. Energií, čas a odhodlání je potřeba soustředit především na to, co je společensky nejdůležitější a v čem je u dítěte i největší reálná naděje na úspěch.

**7. Nejsme sami!** Solidarita lidí, kteří mohou rozumět je velkou duševní pomocí ve všech těžkostech. Je více rodičů, kteří mají dítě podobně postižené a jsou ochotni s ostatními sdílet své zkušenosti, starosti i radosti.

**8. Nejsme ohroženi!** Rodiče postižených dětí mají často tendenci se izolovat, být ostražití před druhými lidmi, mají strach, že se druzí lidé budou na ně dívat s nepochopením a nadřazeností. Ti druzí zase nemají zkušenosti, nevědí jak se chovat, jsou v rozpacích, jsou zvědaví. Setkání těchto dvou poloh je dané nejistotou a nevědomostí, ne zlým úmyslem. Jestliže o těchto tendencích rodiče postižených dětí ví, nedají se jimi překvapit a přijímají je s pochopením.

**9. Chraňme si manželství a rodinu!** Péče o postižené dítě může dnešní mladou rodinu spojit, ale také rozkládat.

**10. Budoucnost ve výhledu.** Rodiče by měli v klidu uvážit, jak zajistit budoucnost dítěte, jak budoucnost svou a své rodiny. V případě dítěte s jakýmkoli postižením realisticky zvážit, jak dalece dokáže zajistit jeho potřeby, kdo a jak může pomoci, jak se bude dítě vzdělávat či zda nebude vhodnější umístění dítěte v ústavu, denním stacionáři či jiném pomocném zařízení. U mnohých manželů se objevuje otázka: Je možné a vhodné mít další dítě? Budeme se moci druhému dítěti věnovat, když toto dítě vyžaduje tolik práce, péče a starostí? Tady mohou najít odpověď u rodin, kde již zdravé dítě je. Ze zkušeností je známo, že v naprosté většině nestrádá žádné z dětí, zdravé děti jsou onomu postiženému vydatným zdrojem podnětů, rozšiřují jeho duševní a společenský obzor a konečně jsou i určitou zárukou pomoci do budoucna, zdravé dítě přináší do rodiny uklidnění a ozdravení.

*Zdroj: (Ratislavová, 2008)*