



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Spokojenost rodiček s ošetrovatelskou péčí během porodu

Vypracovala: Magdaléna Klímová
Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice 2014

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce pojednává o spokojenosti rodiček v průběhu porodu. Pro hodnocení kvality perinatální péče je v posledních letech velmi důležité i to, jak je s poskytovanou péčí spokojena rodička sama. Spokojenost odráží subjektivní vnímání rodičky, jak jsou uspokojovány její potřeby v průběhu porodu. Pocit spokojenosti je velmi individuální, přesto nelze hodnocení péče zlehčovat ani opomíjet. Pro rodičky je velmi důležité, aby zdravotníci byli empatičtí, příjemní, ochotní a ohleduplní.

V teoretické části je na základě odborné literatury a dostupných poznatků k dané problematice popsán průběh porodu a s tím související činnosti porodní asistentky během jednotlivých dob porodních a možnosti zvládnání porodních bolestí. Další kapitoly jsou věnovány přístupu porodní asistentky k rodičce a faktorům, které spokojenost žen při porodu ovlivňují.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda jsou rodičky s ošetrovatelskou péčí spokojenější v menších porodnicích a zjistit, jak může porodní asistentka spokojenost rodičky ovlivnit. Byly stanoveny dvě hypotézy, které byly ověřovány statistickým testem. Hypotéza 1: Rodičky jsou spokojenější v menších porodnicích než ve větších. Hypotéza 2: Spokojenost rodičky ovlivňuje empatický přístup porodní asistentky.

Praktická část byla zaměřena zejména na přístup porodní asistentky k rodičce. V bakalářské práci byl použit kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření. Výzkumný soubor tvořily rodičky na oddělení šestinedělí ve čtyřech vybraných porodnicích v České republice. Dotazníkové šetření bylo umožněno v menších porodnicích, s počtem porodů do 1000 ročně, a to v Českém Krumlově a Klatovech a ve větších porodnicích, s počtem porodů nad 1000 ročně, v Českých Budějovicích a Havlíčkově Brodě. Celkový soubor činil 215 rodiček, z toho 109 rodiček z menších porodnic a 106 rodiček z větších porodnic.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že v otázce důvěry v porodní asistentku, která je velmi důležitá pro zvládnutí porodu, si v menších porodnicích získaly porodní asistentky důvěru častěji, u 91 % dotazovaných, než ve větších porodnicích, kde odpovědělo 83 % rodiček, že důvěru k porodní asistentce cítily. V menších porodnicích informovaly porodní asistentky o výkonech, které prováděly během porodu, častěji a

rodičky s nimi byly spokojenější než ve větších. Z menších porodnic 92 % rodiček uvedlo, že bylo o všech výkonech informováno a z nich bylo 84 % s podáním informace spokojeno, pouze 8 % nebylo o prováděných výkonech informováno. Ve větších porodnicích 84 % dotazovaných bylo informováno o všech výkonech a z toho 77 % bylo s informací spokojeno, 16 % odpovědělo, že je porodní asistentka neinformovala. K celkové spokojenosti s péčí porodní asistentky během porodu se 89 % rodiček z menších porodnic vyjádřilo, že bylo spokojených, ve větších bylo spokojených 83 % rodiček. Nespokojených rodiček v menších porodnicích bylo 11 % a ve větších 17 % rodiček. Pokud byla rodička nespokojena s péčí, mohla se vyjádřit, co by změnila. Rodičky, které této možnosti využily, nejčastěji uváděly změnu v přístupu porodní asistentky a zlepšily by komunikaci a podávání informací k výkonu.

Na základě analýzy výzkumného šetření, kdy jsme porovnávali spokojenost rodiček v menších a větších porodnicích, hypotéza č. 1 „*Rodičky jsou spokojenější v menších porodnicích než ve větších*“ statisticky nebyla potvrzena. Vliv empatického přístupu porodní asistentky na spokojenost rodičky se projevil z dotazníků jednoznačně. Z výzkumného souboru z celkového počtu 215 rodiček (100 %) vnímalo 176 rodiček (82 %) přístup porodní asistentky jako empatický, 39 rodiček (18 %) označilo přístup porodní asistentky za neempatický. Statistickým testem se podařila prokázat významná závislost mezi spokojeností rodičky a empatickým přístupem porodní asistentky. Druhá hypotéza „*Spokojenost rodičky ovlivňuje empatický přístup porodní asistentky*“ byla potvrzena.

S ohledem na výsledky navrhuji, v rámci edukace porodních asistentek a jejich celoživotního vzdělávání, klást důraz na přístup a chování k rodičce a na schopnost dobré komunikace s rodičkou.

Výsledky výzkumu bakalářské práce mohou sloužit jako materiál pro porodní asistentky, jak co nejlépe zlepšit svoji péči o rodičku v průběhu porodu. Využit je ale rovněž mohou budoucí porodní asistentky, které se na toto povolání připravují, případně i další osoby účastníci se porodu. Poznatky, které vyplynuly z výzkumného šetření, je možné prezentovat na některé z konferencí porodních asistentek.

Klíčová slova: Spokojenost, ošetrovatelská péče, porod, rodička.

ABSTRACT

This dissertation investigates the level of satisfaction among expectant mothers with the care services provided during childbirth. In terms of evaluation of quality of perinatal care it has become increasingly important in the last few years to establish the level of satisfaction of a mother-to-be. Satisfaction reflects a subjective perception of an expectant mother in meeting her needs during childbirth. The feeling of satisfaction is very personal, however, evaluation of the care provided needs to be determined and not ignored. It is important for expectant mothers that the health care professionals present as empathic, friendly, co-operative, and tactful.

Theoretical part was developed from evidence-based literature and available findings related to this problematic. There is a description of a childbirth process including a midwife's role during the individual stages of childbirth and options for pain management. Other chapters focus on midwife's approach toward an expectant mother and factors which influence the level of satisfaction during childbirth.

Dissertation's aim was to determine whether the expectant mothers were more satisfied in smaller maternity departments, and to evaluate the way a midwife may influence the mother's satisfaction. There were two hypotheses stated and verified by a statistical testing. Hypothesis No. 1: Expectant mothers are more satisfied in smaller maternity departments than larger ones. Hypothesis No. 2: The level of satisfaction is influenced by midwife's empathic approach.

Practical part focused mainly on a midwife's approach toward expectant mother. A quantitative research was implemented in form of questionnaires. The research sample constituted of expectant mothers from four postpartum departments in the Czech Republic. Questionnaires were spread in the smaller maternity facilities with annual childbirth rate less than 1000, those were Český Krumlov and Klatovy. The larger maternity facilities with annual childbirth rate over 1000 were represented by České Budějovice and Havlíčkův Brod. In total the sample included 215 expectant mothers, 109 from smaller facilities and 106 from larger maternity departments.

The findings revealed that in terms of trust between expectant mothers and their

midwives which is crucial for successful childbirth process, the midwives from smaller facilities were trusted more, by 91% of respondents, than those in larger facilities, by 83% of respondents who expressed feeling of trust toward their midwife. Moreover, midwives in smaller maternity departments more often informed their clients about the intervention provided, and the expectant mothers were more satisfied with the procedure than those from larger facilities. 92% of expectant mothers from smaller departments stated they were informed about all the procedures and 84% of those were satisfied with the information provided, only 8% of participants expressed they were not informed about the procedures given. As for larger departments, 84% of respondents were informed about all the procedures, and 77% of those were satisfied with information given. However, 16% of participants stated they were not informed by their midwife about the procedures given. In terms of the overall level of satisfaction with their midwife during the childbirth process, 89% of expectant mothers from smaller maternity departments and 83% of expectant mothers from larger departments stated they were satisfied. Conversely, 11% of respondents from smaller facilities and 17% of respondents from larger facilities were dissatisfied. If dissatisfied the respondents were encouraged to make suggestions in order to change such outcome. Most frequent suggestions were changes to a midwife's approach, and improvements in communication and information provision regarding the procedures given.

Based on research analysis comparing the level of satisfaction of expectant mothers from smaller and larger maternity departments the hypothesis no. 1 "*Expectant mothers are more satisfied in smaller maternity departments than the larger ones*" did not show as statistically significant and was rejected. Nonetheless, the questionnaire responses clearly showed that empathic approach of a midwife influenced expectant mother's satisfaction. Out of 215 (100%) respondents representing the research sample, 176 (82%) expectant mothers perceived midwife's approach as empathic, 39 expectant mothers (18%) stated their midwife's approach was not empathic. Statistical testing demonstrated a significant correlation between an expectant mother's satisfaction and empathic approach of a midwife. The second hypothesis "*The level of satisfaction is influenced by midwife's empathic approach*" was accepted.

In line with the findings I suggest the need to emphasise midwives' approach and attitude toward expectant mothers and ability to effective communication as part of midwives' undergraduate education curriculum and continuous professional development.

The research findings may serve as a guiding material for the midwives in order to provide a high quality care to expectant mothers during the childbirth process. They may also be utilised by future midwives who are in undergraduate preparation for the profession, or those professionals who contribute in any way during the childbirth process. Additionally, the research findings may be presented at conferences designated for midwives.

Keywords: satisfaction, perinatal care, childbirth, expectant mother

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 6.5.2014

.....

Magdaléna Klímová

Poděkování

Touto cestou bych ráda vyjádřila upřímné poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Drahomíře Filausové za cenné rady a připomínky a Ing. Elišce Lukášové, Ph.D. za pomoc při statistickém zpracování. Také děkuji vybraným porodnicím a všem respondentkám za ochotu a trpělivost při vyplňování dotazníků.

Obsah	
Prohlášení	15
Poděkování	16
ÚVOD.....	11
1 SOUČASNÝ STAV.....	13
1. 1 Ošetrovatelská péče o rodičku během fyziologického porodu	13
1.1.1 Ošetrovatelská péče o rodičku v první době porodní	14
1.1.2 Ošetrovatelská péče o rodičku ve druhé době porodní	16
1.1.3 Ošetrovatelská péče o rodičku ve třetí a čtvrté době porodní.....	18
1.2 Možnosti zvládnání bolesti při porodu.....	20
1.2.1 Nefarmakologické způsoby zvládnání bolesti.....	20
1.2.2 Farmakologické způsoby zvládnání bolesti.....	25
1.3 Ukazatelé spokojenosti rodiček s ošetrovatelskou péčí porodní asistentky	26
1.3.1 Doprovod u porodu	27
1.3.2 Přístup porodní asistentky k rodičce	28
1.3.3 Prostředí porodnice.....	29
1.3.4 Porodní plán	30
1.3.5 Komunikace a spolupráce personálu	31
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	33
2.1 Cíle práce.....	33
2.2 Hypotézy.....	33
3 METODIKA	34
3.1 Metodika práce	34
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	35
4 VÝSLEDKY	36
4.1 Výsledky dotazníkového šetření ve vybraných porodnicích.....	36
4.2 Statistické zpracování a ověření hypotéz	50
5 DISKUZE	60
6 ZÁVĚR	67

7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	69
8 PŘÍLOHY	72
8.1 Seznam příloh.....	72

ÚVOD

„Ženy si navždy zapamatují i nejdrobnější detaily porodu. Nevymažou si z paměti nerudné okřiknutí, nezájem nebo pocit opuštěnosti. Stejně tak v nich po zbytek života zůstanou vlídná slova člověka, který je doprovázel a láskyplně povzbuzoval.“

(JIRÁSKOVÁ, Vlasta)

Porodnictví je jedno z nejstarších a základních lékařských odvětví zabývající se těhotenstvím, porodem a šestinedělím z hlediska matky a plodu. Vyvinulo se již dávno z laické pomoci těhotné ženě staršími a zkušenými ženami. Některé ženy se potom začaly poskytování pomoci při porodu věnovat jako svému zaměstnání (1, 2).

Moderní porodnictví je bráno jako souhrn všech organizačních a medicínských opatření zajišťujících optimální péči o rodičku a plod. I přes to, že svou náplní je tento obor optimistický, kdy se stojí na samém počátku života člověka, skrývá mnoho úskalí a řeší i nejrizikovější akutní stavy v celé medicíně. Snahou moderního porodnictví je, díky komplexním znalostem fyziologie i patologie gestace, poznávat, předcházet a řešit tyto závažné stavy ohrožující matku i plod. Současně je povinností každého porodnického pracoviště vytvořit pro rodičku optimální prostředí, které v ní vzbuzuje pocit jistoty a bezpečí a také důvěry k ošetřujícímu lékaři a k porodní asistentce, kteří jí pomáhají překonat vše negativní kolem porodního děje (1).

V dnešní době mají ženy díky internetu velké množství informací, co se týče těhotenství a porodu, a čím dál častěji slyšíme, která porodnice je „lepší“, či kde je příjemnější personál a podle tohoto kritéria dnešní ženy vybírají místo, kde by chtěly родit. Jelikož je porod jedním z nejdůležitějších okamžiků v životě ženy, měly by se porodní asistentky snažit jim tuto chvíli co nejvíce zpříjemnit a usnadnit.

Jsem zastáncem názoru, že porodní asistentka by měla být k rodičce vstřícná, milá a usměvavá, měla by z ní vyzařovat jistota a spolehlivost, v každé situaci by měla ženě naslouchat a ulehčit jí náročné chvíle během porodu. V této práci jsem se zaměřila na to, co všechno ovlivňuje spokojenost rodiček s ošetrovatelskou péčí porodní asistentky během porodu ve vybraných porodnicích v České republice.

Cílem je zmapovat spokojenost žen s péčí při porodu ve vybraných porodnicích se zaměřením na rozdíl v hodnocení péče porodní asistentky v porodnici s menším počtem porodů a v porodnici s větším počtem porodů ročně a zjistit, jak může porodní asistentka spokojenost rodičky ovlivnit.

1 SOUČASNÝ STAV

Pro hodnocení kvality perinatální péče je v posledních letech velmi důležité i to, jak je s poskytovanou péčí spokojena rodička sama. Z výsledků celorepublikového průzkumu spokojenosti s perinatální péčí u žen, které porodily v letech 2005-2012 v českých porodnicích, vyplývá, že v českém porodnictví, navzdory jeho vysoké úrovni a pozitivním změnám v poslední době, přetrvávají mnohé nedostatky. Rodičky si stěžují na nedostatečné zapojování do rozhodování, omezené poskytování informací ze strany zdravotníků a nerespektování přání rodiček ohledně způsobu vedení jejich porodu. Mezi nejslabší stránky patří nedostatečná podpora žen v průběhu porodu i v poporodním období. Obecně je důležité, aby zdravotníci vytvářeli příznivé klima, tedy aby byli empatičtí, příjemní, ochotní a ohleduplní. Podle tohoto výzkumu si ženy stěžují na autoritativní a necitlivý přístup personálu. Za empatické a vstřícné označila české zdravotníky jen polovina žen a 40 procent rodiček hodnotí zdravotníky jako nadřazené a lhostejné (3).

1.1 Ošetrovatelská péče o rodičku během fyziologického porodu

Porodnická ošetrovatelská péče se zabývá péčí o ženu v době těhotenství, porodu a po porodu. Jejím úkolem je vést ženu k péči o vlastní zdraví ve fertlím období, poskytovat ošetrovatelskou péči v souladu s etickými principy, zabezpečit absolvování psychosomatické přípravy na porod a umožnit jí svobodný výběr prostředí a způsobu porodu a podporovat rozvoj vztahu mezi matkou, dítětem i rodinou (2).

Porod (partus) je děj, při kterém dojde k vypuzení plodového vejce z dutiny děložní. Plodové vejce se skládá z plodu, placenty, pupečníku, plodové vody a plodových obalů. K datu 1. 4. 2012 vstoupil v platnost nový zákon 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Za narození živého dítěte se tedy považuje úplné vypuzení nebo vynětí plodu z matčina těla, bez ohledu na délku trvání těhotenství, jestliže plod po narození projevuje alespoň jednu ze známek života,

kterými se rozumí akce srdeční, dýchání, aktivní pohyb svalstva a pulzace pupečníku nebo nesporný pohyb kosterního svalstva a přežije-li 24 hodin. Tyto známky jsou přítomny cca od ukončeného 24. týdne těhotenství. U prvorodiček kvůli neporušeným porodním cestám trvá porod přibližně 9 až 12 hodin, u vícerodiček potom 6 až 9 hodin, ale délka trvání porodu je velmi individuální (1,2,4,5,6).

Ke konci těhotenství je zahájen proces přípravy těhotné ženy a plodu na porod. Projevem tohoto děje je pozvolné narůstání děložní činnosti. Tyto stahy se mohou projevit bolestmi v podbřišku, v kříži, kyčlích a též mohou vystřelovat do nohou, kromě bolesti si ženy často stěžují i na časté nucení na močení. Dále dochází k pootevření zevní branky, přičemž odchází hlenová zátka z děložního hrdla, kterou ženy někdy mylně považují za odtok vody plodové. Hlenová zátka je hustý cervikální hlen, někdy s příměsí krve, který se objeví před roditelkou. Tyto faktory se podílejí na rozvoji děložních kontrakcí a dolního děložního segmentu, a tím dochází k zahájení první doby porodní (5).

Porodní děj se dělí na čtyři doby porodní.

1.1.1 Ošetrovatelská péče o rodičku v první době porodní

První doba porodní je nazývána otevírací. V této fázi porodu dochází k rozvíjení dolního děložního segmentu následkem pravidelných děložních kontrakcí. Děložní hrdlo se pozvolna otevírá, až nakonec úplně vymizí. Na konci první porodní doby již není bariéra mezi dutinou děložní a pochvou (4).

K příjmu na porodní sál přichází těhotná žena nejčastěji z důvodu pravidelné či nepravidelné děložní činnosti, odteklé vody plodové, krvácení, k plánovanému příjmu nebo kvůli absenci pohybů plodu. Příjem rodičky spočívá v navázání společenského kontaktu, kdy se porodní asistentka rodičce představí, aby získala důvěru. Od porodní asistentky se očekává vysoký stupeň asertivity, empatie a individuální přístup, neboť každá rodička je jedinečná. Po vzájemném poznání je úkolem porodní asistentky sepsání anamnézy a údajů z těhotenské průkazky a založení porodnické dokumentace.

Porodní asistentka ženu informuje o dalších postupech a na základě podaných informací rodička podepíše informovaný souhlas s hospitalizací (4,7).

Dále porodní asistentka natočí vstupní 20 minutový kardiokografický záznam, v jehož průběhu změří rodičce fyziologické funkce, kterými jsou tlak krve, pulz a tělesná teplota. Poté porodní asistentka vyšetří moč, potvrdí případný odtok plodové vody zkouškou Temešváryho činidlem a následně asistuje lékaři u gynekologického vyšetření. Porodní asistentka může se souhlasem rodičky provést oholení hráze a klyzma. Po vstupních vyšetřeních je pacientka vyzvána, aby se převlékla do nemocničního prádla a následně je odvedena na porodní pokoj. Závěrem všeho lékař stanoví strategii vedení porodu (4,5,8).

V průběhu první doby porodní se věnuje pozornost somatickému a psychickému stavu matky, funkci fetoplacentární jednotky a progresi porodu. Porodní asistentka vše řádně zaznamenává do dokumentace. Během I. doby porodní se porodní asistentka soustřeďuje na kontrolu kontrakcí, kdy každá trvá nejméně 40 sekund a délka mezikontrakčního období je 3 až 4 minuty. Stahy nesmí být ani slabé ani nadměrně bolestivé, k jejich monitoraci napomáhá vnější tokometrie nebo palpační vyšetření. Dále porodní asistentka sleduje také bolest rodičky, která souvisí s kontrakcemi. Ta se může tlumit buď medikamentózně, nebo bez použití analgetik, (viz kapitola 1.2). Další co pečlivě porodní asistentka monitoruje, jsou srdeční ozvy plodu. Pokud není rodička nepřetržitě sledována pomocí kardiokografu, poslouchají se ozvy plodu po 15 minutách a točí se standardní 20-30 minutový kardiokografický záznam každé dvě až tři hodiny (4,5,9).

Vaginální vyšetření ke zjištění progresu nálezů na hrdle provádí porodní asistentka v intervalu také dvou až tří hodin, je - li děložní činnost výraznější, vyšetřuje častěji. Porodní asistentka soustředí svou pozornost také na odtok plodové vody, její množství a zbarvení. Po jejím odtoku je nutné zkontrolovat srdeční akci plodu a vaginálním vyšetřením odhalit možný výhřez pupečníku. Pokud nedojde ke spontánnímu odtoku vody plodové, provádí se, při nálezů na brance 3-5 cm, dirupce vaku blan. Porodní asistentka protrhne vak blan za kontrakce pomocí jedné branže amerických kleští a plodovou vodu pomalu pouští. Dalším ošetrovatelským úkonem, který porodní

asistentka provádí, je monitorace tlaku krve a pulzu každé 2 až 3 hodiny, tělesná teplota je měřena po 6 hodinách, je – li rodička afebrilní. Důležité je i dbát na vyprazdňování rodičky, zejména močení, kdy plný močový měchýř představuje překážku v postupu porodu (1,4,5).

V neposlední řadě porodní asistentka také sleduje psychický stav rodičky, neboť porodní asistentka je partnerkou ženy u porodu a má za úkol ji po celou dobu povzbuzovat a být jí oporou. Měla by se vcítit do role rodičky a jejího doprovodu, vyvolat důvěru, poskytnout jí útěchu a podporu, naslouchat jejím přáním a vytvořit tak příjemné prostředí k porodu. Po celý průběh porodu je důležité slušné chování personálu, laskavost a individuální přístup. Pro některé rodičky je také velice důležité mít možnost přítomnosti své blízké osoby, některé naopak snášejí bolest raději o samotě (4,5,7).

Na konci I. doby porodní si porodní asistentka včas připraví stolec k porodu. Délka první porodní doby by neměla trvat déle než 12 hodin. Pokud nález na brance stagnuje 2-3 hodiny, přistupuje se k aktivnímu vedení porodu. Porodní asistentka musí včas rozpoznat patologii u matky a plodu a v případě, že zaznamená jakékoli riziko, předá ženu do péče lékaře a asistuje mu při zásahu (4,10).

Porodní asistentka se snaží, aby porod proběhl přirozeně a samovolně. Ale někdy se během porodu vyskytnou komplikace (viz příloha 2), kdy jde o záchranu života plodu či zdraví rodičky (11).

1.1.2 Ošetrovatelská péče o rodičku ve druhé době porodní

Druhá doba porodní je doba vypuzovací. Začíná zánikem branky a končí porodem plodu. Tato porodní doba by neměla přesáhnout jednu hodinu (4).

Ve druhé době porodní je častost děložních kontrakcí každé dvě až tři minuty a jejich délka je přibližně 60 až 90 sekund. Rodička pociťuje tlak na konečník a nucení na tlačení. Porodní asistentka ženě pomůže s výběrem polohy k porodu, předvede ji a pomůže rodičce polohu zaujmout. Mezi porodní polohy se řadí poloha na zádech, v polosedě s podepřením nohou, vestoje, vkleče, vsedě na porodní židliče nebo

i v podřepu. Ve chvíli, kdy je branka zašlá, voda plodová odteklá a hlavička dorotována, porodní asistentka odezinfikuje rodidla před porodem a rodička může začít tlačit. Porodní asistentka ženu poučí jak správně tlačit. Na začátku kontrakce se rodička zhluboka nadechne, zavře oči a ústa a pomocí břišního lisu zatlačí jako na stolicí. Mezi kontrakcemi pravidelně pomalu a zhluboka dýchá a porodní asistentka poslouchá ozvy plodu. Jestliže se hráz napíná a hlavička se již nevtahuje během kontrakce zpět do pochvy, začne porodní asistentka hráz chránit. V případě hrozící ruptury hráze přistoupí porodní asistentka, se souhlasem rodičky, k epiziotomii neboli nástřihu hráze. Po porození hlavičky následuje porod nejprve předního raménka a poté se za stálého chránění hráze rodí raménko zadní. Jakmile jsou obě raménka porozená, rodička naposledy zatlačí a porodní asistentka celý plod vytáhne směrem vzhůru. Pokud je potřeba, odsaje novorozenci dýchací cesty. Po dotepání pupečníku jej porodní asistentka přestřihne a dítě je uloženo na matčin hrudník, kde se snaží o první přisání a tím se tvoří vztah mezi matkou a dítětem, tzv. bonding (4,5,12).

Pojem bonding z angličtiny je možné přeložit jako připoutání nebo sepjetí. Označuje se tím proces utváření vztahu mezi matkou a dítětem těsně po porodu. Již před porodem se budují mezi nimi základy emočních vazeb a láskyplného vztahu, který vrcholí při porodu (13).

Zásadním krokem v podpoře bondingu je docílit stálého nebo maximálně možného kontaktu matky s novorozencem. Prakticky to znamená, že ihned po porodu by měl být nahý, neumytý novorozenec položen na nahou hrud' matky. Z rukou novorozence nemá být smyta plodová voda, protože má stejnou vůni a chuť jako matčiny bradavky. Kontakt kůže na kůži přispívá k poporodní adaptaci novorozence a zaručí mu potřebné teplo. Velmi důležité je také zajistit matce podložením hlavy možnost dívat se novorozenci do očí. Při operativně vedeném porodu může spící matku zastoupit otec (13).

Běžné ošetrovatelské postupy se v zahraničí vykonávají tak, že ponechají novorozence v matčině náruči a provádí tak hodnocení Apgar skóre, podvázání pupečníku a označení novorozence. Následný pobyt matky s dítětem v nemocničním zařízení by měl být přizpůsoben jejich potřebě neustálého vizuálního i tělesného

kontakty. Podpora bondingu má přínos pro imunologickou, fyziologickou, psychologickou a emocionální složku vývoje člověka (13).

1.1.3 Ošetrovatelská péče o rodičku ve třetí a čtvrté době porodní

Třetí doba porodní je označována jako doba k lůžku. Začíná porodem plodu a končí porodem placenty, pupečníku a plodových obalů. Zpravidla trvá pět až deset minut a neměla by přesáhnout 30 minut (5).

Po porodu hlavičky podá porodní asistentka rodičce intravenózně uterotonika k urychlení odloučení placenty a lepšímu stažení uterinních cév pro snížení krevní ztráty rodičky. Toto je nazýváno jako aktivní vedení třetí doby porodní. Před porodem placenty provede porodní asistentka odběr pupečnickové krve na vyšetření acidobazické rovnováhy. Pro rozeznání odloučení placenty se rozlišují následující čtyři znamení (14).

První se nazývá Schröderovo, kdy po odloučení lůžka vystupuje děložní fundus 2-3 prsty nad pupek. Druhým je Küstnerovo znamení, což znamená, že porodní asistentka prsty levé ruky zatlačí za symfýzu na břišní stěnu a pokud je placenta odloučená, pahýl pupečníku vystupuje z pochvy ven, pokud odloučená není, pahýl pupečníku se stále vtahuje zpět do pochvy. Třetí znamení je nazýváno Ahlfeldovo, kdy je na přerušovaný pupečník zaklesnut peán, který se při odloučení lůžka viditelně oddálí od zevních rodidel. Poslední tzv. Strassmannovo znamení je poklep na fundus děložní, který se při úplném odloučení placenty nepřenáší na pupečník. Pro ověření odloučeného lůžka použije porodní asistentka více znamení (14).

Při porodu placenty sleduje porodní asistentka také mechanismus jejího odloučení. Existují tři typy mechanismu. Zprvce se placenta může odlučovat mechanismem podle Baudelocque-Schultze, kdy se začíná odlučovat od středu mateřské plochy k obvodu a hematoma je uzavřeno mezi děložní stěnou a placentou, tudíž žena nekrvácí. Druhý mechanismus je Duncanův. Při tomto způsobu se placenta odlučuje hranou a krev vytéká volně ven a v důsledku toho žena krvácí. Toto odlučování trvá delší dobu. A třetím, posledním mechanismem odlučování placenty je Gessnerův. Zde se lůžko také

odlučuje hranou, ale sbaluje se v kalich a rodí se podle mechanismu prvního. Rodička krvácí již od začátku odlučování (4,14).

Placentu rodička vytlačí z porodních cest stejným způsobem jako u porodu plodu. Aby se zabránilo odtržení některých plodových obalů, používá porodní asistentka při vybavování Jacobsův hmat, kterým placentu točí jedním směrem, až vytvoří jeden provazec, který snadno vytáhne. Poté placentu pozorně zkontroluje. Pozornost věnuje její celistvosti, fetální ploše s úponem pupečníku a mateřské straně, kde sleduje povrch jednotlivých kotyledonů. Pokud se placenta neodloučí nebo je-li podezření na rezidua v dutině děložní, indikuje lékař revizi dutiny děložní. Porodní asistentka placentu zváží, v některých případech se placenta posílá k histologickému vyšetření (4,5,12).

Čtvrtá doba porodní je dobou poporodní. Je to dvouhodinové období po porodu placenty, kdy je žena nejvíce ohrožena poporodním krvácením a musí být pravidelně sledována. Děloha se v této době již zmenšuje, její fundus sahá k pupku (5,15).

V této fázi porodu dochází k ošetření porodních poranění v oblasti hráze, pochvy a děložního hrdla. Poté co je zkontrolováno krvácení a krevní ztráty, které by neměly být vyšší než 300 ml, je úkolem porodní asistentky omýt rodičce zevní rodidla, podložit ji čistými vložkami a změřit fyziologické funkce. Pokud není umožněn bonding, porodní asistentka se v této porodní době snaží novorozence přiložit k prsu nejlépe do 30 minut, avšak nejpozději do 60 minut po porodu. Pozornost porodní asistentky ve čtvrté době porodní je nutné rovněž věnovat krvácení z rodidel, kontrole zavínování dělohy, měření fyziologických funkcí, kterými jsou tlak krve, tepová frekvence a tělesná teplota, v intervalech dle standardu oddělení a vše poctivě zaznamenávat do ošetřovatelské dokumentace. V této době se již rodička spolu s partnerem, pokud je přítomen, těší z novorozence. Od této chvíle již rodička může pít větší množství tekutin a v případě potřeby si může dojít i na toaletu. Porodní asistentka sleduje i nadále její psychický stav a po dvou hodinách odpočinku je žena připravena k převozu na oddělení rooming-in (4,5,7,15).

1.2 Možnosti zvládnání bolesti při porodu

Porodní bolest je specifická, trvá pouze několik hodin, přichází v pravidelném rytmu, v intervalech mezi nimi ustává a končí porodem plodu. Funkcí bolesti při porodu je dilatace děložního hrdla a vypuzení plodového vejce z matčina těla. Porodní bolest má dvojí charakter. V první době porodní jde o bolest viscerální, tupou, která je vyvolána děložními kontrakcemi a dilatací dolního děložního segmentu a nejvíce se projevuje v podbřišku a v kříži. Ve druhé době porodní je potom bolest somatická, ostrá, jejímž spouštěcím mechanismem je traumatizace pochvy a hráze. Na porodní bolest reaguje organismus vylučováním adrenalinu, který dodává rodičce sílu, dále endorfinů tlumících bolest a přirozeného oxytocinu, který zvyšuje práh bolestivosti (4,16).

Porodní bolesti porod prodlužují a negativně také působí na vztah mezi matkou a novorozencem. Objektívni měření porodní bolesti neexistuje, nicméně existují různé škály bolestivosti, z nichž nejčastější je skóre od 1 do 10, kdy 10 je bolest nesnesitelná. Průměrná porodní bolest se nachází na hodnotě 8. Bolest je individuální vjem, každá rodička ji snáší jinak, a proto ji musí porodní asistentka vždy rodičce věřit a respektovat ji. Na porodní bolest rodičky snadno zapomínají v důsledku odměny v podobě novorozence. Pro ženu je porodní bolest i psychickou a fyzickou zátěží, a proto je dobré ji tlumit, ať už farmakologickými nebo nefarmakologickými metodami. Ovšem pro použití analgezie za porodu platí podmínky, které nesmí ovlivnit fyziologii matky, plodu, novorozence a rovněž nesmí ovlivnit fyziologii děložní činnosti (4,16,17).

1.2.1 Nefarmakologické způsoby zvládnání bolesti

Některé rodičky dávají přednost při tlumení porodních bolestí přirozeným metodám. Jejich výhodou je, že se při nich neužívají žádné léky (8,18).

1.2.1.1 Aromaterapie

Aromaterapie je přírodní léčebná metoda, působící díky směsím éterických olejů na mozková centra, která vyvolávají emoce a jsou odpovědné za vznik a uvolňování hormonů. Dříve než porodní asistentka směs použije, měla by nechat rodičku přivonět, zda je jí vůně příjemná a neodpuzuje ji. Během porodu může pomoci k úlevě od bolesti, nejlépe inhalací, částečnou koupelí, aromaterapeutickou masáží kříže a podbřišku (2,19).

K inhalaci se využívá aromalampa nebo navlhčená gáza s olejem na radiátoru a při masáži se přidává 1-2 kapky aromatického extraktu do olivového oleje nebo tělového mléka. Tato metoda urychluje všechny doby porodní, snižuje intenzitu vnímání porodních bolestí a při vmasírování napomáhá také hojení porodních poranění. Kontraindikací k aromaterapii je alergická reakce na jednotlivé složky obsažené v éterickém oleji v anamnéze rodičky. Na podpoření kontrakcí lze použít výtažky ze skořice, hřebíčku, zázvoru či verbeny, která je vhodná pro psychicky nespolupracující rodičku, levandulový extrakt se v kombinaci s koupelí využívá k povolání děložní branky a lze i vmasírovat do okolí bederní páteře. Při používání aromaterapie musí být plod kardiograficky monitorován, ale intermitentně, tudíž má rodička volnost pohybu (2,20).

1.2.1.2 Dýchání

Během porodu může rodička využít několik typů dýchání. V první době porodní by měla žena začínat s pomalým dýcháním, které je nejvíce uvolňující a uklidňující. Porodní asistentka rodičce názorně předvede a naučí ji správnou techniku dýchání. Na začátku kontrakce se zhluboka nadechne nosem a při dlouhém výdechu ústy se snaží uvolnit po celém těle. Dalším typem je lehké, zrychlované dýchání, které je rychlé a povrchové. Používá se spíše na konci první doby porodní, kdy porodní cesty ještě nejsou zcela otevřené, ale rodička cítí tlak na konečník. Toto dýchání rodičce umožňuje

nepoužívat tolik bránici, čímž nadlehčuje oblast dělohy. Porodní asistentka rodičku poučí, že začne dýchat pomalu a při zvětšující se kontrakci se dýchání zrychluje, až přejde k povrchovému. Po skončení kontrakce si vždy s úlevou vydechne (8,18,22).

Při rychlém dýchání musí porodní asistentka sledovat celkový stav rodičky, ženy většinou cítí malátnost, brnění, udávají neostré vidění a může dojít až ke křečím v končetinách. V tomto případě porodní asistentka ženu poučí o pomalém dýchání, a to do dlaní či do sáčku a dá ji obklad na obličej (22).

Posledním typem dýchání je „funění“. Je to kombinace dlouhého a lehkého dýchání. Porodní asistentka rodičce názorně předvede techniku, při níž si zhluboka vydechne, ústy se čtyřikrát nadechne a poté pomalu a dlouze vydechne. Podle uvedeného vzoru opakuje dýchání až do odeznění kontrakce (18).

Při tlačení se již používá dlouhý hluboký nádech, rodička tlačí do konečníku jako na stoličku, následuje výdech a poté celé znovu. Po každém stahu si s úlevou zhluboka vydechne (8,18,22).

Aby mělo pro rodičku dechové cvičení uvolňující a uklidňující účinek a pomohlo jí odvést pozornost od vnímání porodních bolestí, je vhodné nacvičit si dechové vzory již před porodem, například jako součást předporodního kurzu pro rodiče (18).

1.2.1.3 Polohování

V každé fázi porodu by měla žena mít volbu svobodného pohybu, neboť poloha rodičky usnadňuje průchod plodu porodními cestami. Porod se nejčastěji vede v poloze v polosedě, s přitaženými dolními končetinami. Této poloze je nejvíce vyčítáno, že je nepřirozená a není využíváno zemské gravitace jako porodní síly. Plod tudíž musí být vypuzován nejen horizontálním směrem ale i vzhůru, což prodlužuje druhou dobu porodní a pro rodičku je velmi vyčerpávající a bolestivější. Při možnosti vést porod v poloze vertikální, musí porodní asistentka brát v úvahu nejen to, že může pozitivně ovlivnit vypuzovací část porodu, ale také to, že nesmí být ohrožena bezpečnost plodu a zdravotní stav rodičky. Za kompromis mezi oběma polohami lze považovat polohu

v polosedě, kdy je využíváno zemské gravitace a přitom zůstává oblast rodidel viditelná a dostupná k vyšetření a zákrokům. Přičemž určení polohy za porodu nezáleží pouze na porodníkovi, ale hlavně na samotné rodičce, které samozřejmě není možné nařídít, v jaké poloze bude rodit. Porodní asistentka navrhne ženě několik poloh, které by mohly být pro ni nejméně bolestivé a zároveň pohodlné, načež si rodička sama zvolí, která poloha jí nejvíce vyhovuje pro vypuzení plodu, viz příloha 3 (4,21).

Během porodu může rodička zaujmout polohu vestoje, vkleče, v dřepu anebo vsedě, přičemž je přidržována porodní asistentkou, doprovodem nebo se drží předmětů okolo. Vestoje se žena opírá o partnera či nábytek v okolí tak, aby byla v mírném předklonu, kdy přenáší váhu na předloktí a ulevuje nohám i zádom. Pokud při tom krouží i pánví, napomáhá tím plodu snadnějšímu prostupu. Vkleče či ve dřepu žena uvolňuje křížovou oblast i pánevní dno (1,14).

Na konci první doby porodní polohuje porodní asistentka rodičku na bok, na kterém je páteř plodu, kvůli snadnějšímu vstupu naléhající části plodu. Úkolem porodní asistentky je ženu mezi kontrakcemi povzbuzovat k zaujmutí jiné polohy. Změna polohy při porodu každou půl hodinu uvolňuje svalové napětí a napomáhá porodním mechanismům (12,21,22).

Využíváním poloh při porodu se zvyšuje uvolnění svalů, snižuje se svalové napětí, zlepšuje se koordinace dýchání a spotřebuje se méně energie, kterou pak rodička využívá pro efektivnější práci s kontrakcemi. Při změnách poloh pomáhají rodičkám doprovázející osoby (23).

Jednou z možných pomůcek při polohování může být *porodní stolička*. Tato pomůcka má částečně vyříznuté sedadlo. V poloze sedu na porodní stoličce lze využít lépe břišního lisu a zlepšuje se také fetoplacentární oběh. Dále se přirozeně uvolňuje pánevní dno a plod dilatuje porodní cesty a hráz. Vedení porodu na stoličce je nenásilné s minimálním zasahováním do mechanismu porodu. Díky pomalému postupu hlavičky porodními cestami je v této poloze i výrazně sníženo riziko vzniku porodních poranění, neboť rodička není nucena porodit během jedné či dvou kontrakcí (2,24).

Další pomůckou, kterou může rodička využít, je *balón*. Jedná se o speciální velký míč, který se využívá v první době porodní a na začátku vypuzovací doby. Porodní

asistentka rodiče předvede, jak správně sedět na míči, a to obkročmo s chodidly opřenými o podlahu. Rodička může provádět krouživé pohyby pánví tzv. „osmičky“, kdy relaxují svaly pánevního dna. V této poloze je možné ženě také masírovat kříž. Jelikož musí žena neustále vyvažovat stabilitu a zapojovat svalstvo pánevního dna, zkracuje se tím i první doba porodní, zlepšuje její prožívání a tlumí bolestivost kontrakcí. V této poloze se lépe rotuje hlavička plodu a při kombinaci s hydroterapií má příznivé analgetické účinky. Použití míče není vhodné při patologickém průběhu porodu, pro nespolupracující rodičku a při hmotnosti ženy vyšší než 95 kg (2,8,24).

1.2.1.4 Akupunktura a akupresura

Akupunktura je rychlá, bezbolestná a nekrvavá metoda, při které porodní asistentka vpichuje speciální jehly do určitých bodů těla a nechá je tam až do vypuzovací fáze. K ovlivnění pocitu bolesti při porodu se stimulují body na znecitlivění oblasti pochvy, perinea, rekta či zad. K pokrytí celé škály porodních bolestí je vhodné tuto metodu kombinovat s jinými, nejvíce se používá v první době porodní. Rodička při této metodě musí být dostatečně poučená a musí spolupracovat. Kontraindikacemi využití akupunktury jsou akutní psychóza rodičky, porucha srážlivosti krve, kožní infekce nebo vážné srdeční poruchy (2,8,25).

Akupresura je založena na stejném principu jako akupunktura, akorát porodní asistentka ke stlačení akupresurních bodů používá místo jehel prsty, dlaně, lokty a nohy viz příloha 4. Tuto metodu lze použít ve všech fázích porodu. Stlačením akupresurních bodů lze ulevit od bolesti i urychlit porod. Při porodu jsou nejvhodnějšími akupresurními body oblast kříže a chodidel (2,18,26).

1.2.1.5 Hydroanalgezie

Hydroanalgezie využívá k tlumení bolesti účinků vody. Teplá voda navozuje příjemné pocity, uvolnění a zmírňuje porodní bolest. Tato metoda zahrnuje relaxační koupel ve

vaně nebo ve sprše, která je vhodná jen pro fyziologicky probíhající porod. Rodička pociťuje příjemný pocit nadlehčování a somatické i psychické uvolnění. Ve vaně či sprše si rodičky mnohem lépe odpočinou, voda jim pomáhá omezit vnímání bolesti a uvolněním stažených svalů dochází k rychlejší progresi porodu. Pokud má žena k dispozici ruční sprchu, porodní asistentka jí doporučí, aby proud teplé vody nasměrovala na břicho a dolní část zad. Tuto metodu si rodičky velmi chválí, a pokud je jim to umožněno, tráví větší část I. doby porodní právě ve sprše (2,8,18).

1.2.2 Farmakologické způsoby zvládnání bolesti

Každá žena vnímá děložní stahy různé intenzity, pouze 1-3 % žen v evropských státech vnímá porod téměř bezbolestně. Rodička se samozřejmě může rozhodnout, zda využije prostředků tišících porodní bolest. Ale nezávisí to pouze na jejím přání, ale také na fázi porodu, ve které se nachází, na čase, ve kterém se potřebuje bolesti zbavit, a samozřejmě také na přítomnosti osoby, která daný prostředek může a rozhodne se ho aplikovat (18,24).

Aplikace těchto metod, které jsou založené na zmírňování bolesti pomocí analgetik a anestetik, náleží vždy lékaři. Porodní asistentka musí za účelem předcházení hrožících komplikací neustále monitorovat stav jak plodu, tak matky. Cílem porodní analgezie za porodu je komfort pro rodičku, optimální podmínky pro plod a zlepšení psychické vazby mezi matkou a dítětem (2,4).

Analgetika se podávají v dávkách, které bolest nevyřadí, pouze zmírní. Avšak nevýhodou těchto látek je možný útlum dechového centra plodu. Vedlejšími účinky u rodičky, které se často objevují, jsou hypotenze, nauzea a zvracení. Dává se přednost způsobu podání menších dávek léků intravenózně, než do svalů, a to kvůli maximálnímu útlumu dechového centra až 2-3 hodiny po podání (4).

Pro *inhalační analgezii* se používá směs oxidu dusíku a kyslíku. Rodička plyn inhaluje přes ústní masku, a tím dochází k otupění centra bolesti v mozku. Jednoduchost a bezpečnost této metody, kdy dochází k minimálnímu ovlivnění matky i plodu, je

výhodou. Na druhé straně je pak kontaminace vzduchu porodního sálu, a tím ovlivnění personálu a životního prostředí (4,8).

Epidurální analgezie je regionální druh analgezie, který spadá mezi nejúčinnější metodu k ovlivnění porodních bolestí. Anestetikum se aplikuje přímo do páteřního kanálu v oblasti bederní páteře, následkem čehož žena do 20 minut přestane vnímat kontrakce jako vysilující bolest, ale děložní činnost je zachována. Podmínkami pro podání této metody jsou zkušený anesteziolog, porodník, porodní asistentka a v neposlední řadě písemný souhlas rodičky. Dále je nutný kontinuální monitoring stavu matky a plodu a nástup pravidelné činnosti (4,27).

Tato metoda se nejčastěji provádí v případech, kdy je rodička vyčerpaná a úzkostná, má-li nějaké přidružené choroby, při výskytu preeklampsie nebo u protražovaného porodu či u porodu, kde se očekává jeho operační ukončení. Jako možné kontraindikace se uvádí infekce v místě vpichu, alergie na anestetika, překotný porod, krvácení či poruchy krevní srážlivosti matky. Pozornost musí být věnována i dávkování, kdy se při předávkování může stát, že žena kontrakce nerozpozná, a tím pádem nebude schopna při porodu spolupracovat (8,11).

1.3 Ukazatelé spokojenosti rodiček s ošetrovatelskou péčí porodní asistentky

Spokojenost se zdravotní péčí je pacientovo hodnocení přiměřenosti, účinnosti a přijatelnosti poskytovaných zdravotnických služeb ve srovnání s jeho představami, zkušenostmi a očekáváními. Patří k subjektivním výstupům zdravotní péče, kterou pacienti hodnotí na základě vlastní zkušenosti. Výsledky sledování spokojenosti pacientů jsou využívány jako vhodný zdroj podnětů ke zlepšování kvality péče, jsou zpětnou vazbou pro ošetřující personál (28,29).

Spokojenost pacientů je jedním z důležitých ukazatelů kvality zdravotnických služeb, je standardně používaným měřítkem, podle něhož se posuzuje kvalita péče. Souvisí s novou orientací zdravotnických služeb, které se tak snaží vyhovět přáním pacientů a docílit jejich spokojenosti (29).

Z různých studií vyplývá, že mezi hlavní kritéria spokojenosti s porodní i poporodní péčí patří především citlivý a respektující přístup zdravotníků dostatek informací, dobrá komunikace a možnost rodičky podílet se na spolurozhodování o způsobu vedení porodu. Nejvýznamnějšími faktory, které ovlivňují spokojenost rodičky s péčí během porodu, jsou např. doprovod u porodu, přístup porodní asistentky k rodící ženě, způsob komunikace s ní i přívětivé prostředí porodního sálu (3).

1.3.1 Doprovod u porodu

Pro ženu je porod velkým dnem v jejím životě. Měla by se rozhodnout, zda chce mít někoho u porodu či nikoliv. S doprovázející osobou by se měla žena cítit uvolněně a být sama sebou. Ať už to bude někdo z rodiny, dula nebo partner, je důležité, aby partner sám chtěl u porodu být, rodička by ho neměla k porodu nutit a naopak, pokud žena cítí, že by jí byla jeho přítomnost u porodu nepříjemná, měl by partner toto rozhodnutí respektovat. V České republice se první porody, u kterých byli přítomni partneři rodičky, objevily v osmdesátých letech minulého století, kdy byl tímto vyzdvižen příznivý vliv na psychiku rodičky, dokonce zkrácení délky porodu, snížená potřeba medikace a v neposlední řadě to posílilo citový vztah mezi partnery a vztah otec-dítě (9,16,24).

Při příchodu doprovodu na porodní sál, zajistí porodní asistentka odložení svršků a poučí ho o režimu sálu, kde je mu dovoleno se pohybovat a na koho se v případě potřeby může obrátit. Rolí doprovodu u porodu je většinou psychická podpora rodičky, a vytvoření tak pro porod příjemného prostředí plného opory. Dále by měla být doprovázející osoba upozorněna i na to, že může nastat situace, kdy rodička bude chtít být raději o samotě. Porodní asistentka by měla reagovat na potřeby celého páru a v případě potřeby usměrňovat jejich chování ku prospěchu porodu (9,16,30).

Úlohou partnera v první době porodní je být ženě na blízku a věnovat maximální pozornost chování a potřebám své partnerky. Pokud žena zvažní a nechce si povídat, neměl by se jí snažit rozveselit, ale přizpůsobit se její náladě, protože se rodička

soustředí na průběh porodu. Čím může partner rodiče pomoci je, že jí může připomínat správné dýchání při každém stahu nebo dokonce dýchat spolu s ní, pomáhat rodiče při změně polohy, provádět jí masáž zad, nabízet jí tekutiny, pustit jí oblíbenou hudbu a být jí oporou při koupeli či ve sprše. Ve druhé době porodní je dobré, aby partner rodičku po každé kontrakci chválil, povzbuzoval a hlavně zůstal klidný. Může tlumočit rady a pokyny porodní asistentky, co se týče dýchání, zavření očí při tlačení a může též rodiče pomoci přidržovat bradu na prsa. Po porodu dítěte má partner možnost přestříhnout pupečník. Ve třetí a čtvrté době porodní se věnuje maximálně rodiče a dítěti, dochází k navázání vztahu mezi otcem a dítětem (18,21).

Pokud se partner na přítomnost u porodu necítí, rodička má možnost vzít si jako doprovod k porodu dula. Dula je speciálně vyškolená žena, která poskytuje rodiče psychickou i fyzickou oporu, ale neposkytuje zdravotnické služby a nezasahuje do kompetencí porodní asistentky. Může ženě provádět masáže, pomoci jí při výběru polohy a nefarmakologických prostředků v průběhu porodu. Práci duly hradí rodina (11,16).

1.3.2 Přístup porodní asistentky k rodiče

Zdravotnický personál se většinou soustředí především na to, aby výkon byl proveden rychle, přesně a lege artis. Ovšem potřeby pacienta zůstávají v pozadí. Rodička má právo na ohleduplný a individuální přístup (31).

Nejdůležitější úlohou porodní asistentky v ošetrovatelské péči o rodičku během porodu je bezesporu psychická podpora. Chování porodní asistentky k ženě při porodu by mělo být vysoce empatické, s respektem a tolerancí k jejím přáním. Při porodu je rodiče oporou, nepřikazuje jí, ale spíše zjišťuje její přání, představy, a pokud jsou reálná, snaží se je ženě vyplnit. Po celou dobu porodu udržuje intimní atmosféru, klid, ticho tak, aby se žena cítila v bezpečí (21,32).

V rámci komunikace mluví porodní asistentka k rodiče srozumitelně a uklidňujícím hlasem, z její řeči by měla vyzařovat jistota a spolehlivost. Snaží se jí

radit v každé fázi porodu tak, aby si žena vytvořila optimální podmínky pro porod. Ke každé rodičce přistupuje individuálně. Po dobu porodu by bylo optimální, kdyby péče byla prováděna pouze jednou porodní asistentkou, ke které může mít plnou důvěru. Kromě rodičky si všímá i jejího doprovodu, kterému poskytuje rady a vede ho k pomoci rodičce. Důležité je rodičku během porodu neustále chválit a utvrzovat ji v tom, že porod zvládá dobře. Pokud je podpora rodičky při porodu porodní asistentkou i doprovodem dostatečná, je porod rychlejší, bez větších komplikací a je i lepší poporodní vztah s novorozencem (16,21).

Velmi důležitá je psychická podpora porodní asistentky při práci s bolestí během porodu, kdy by ji měla povzbuzovat a snažit se orientovat její pozornost na dítě. V žádném případě nesmí porodní asistentka bolest rodičky zlehčovat či podceňovat a co se týče metod tlumení bolesti, neměla by jí žádné rozmlouvat ani je naopak nutit. Informace ohledně tlumení bolesti při porodu poskytuje porodní asistentka, a to buď již před porodem v rámci prenatálních kurzů, nebo v průběhu porodu. Díky dobré předporodní přípravě rodička snáší bolest s větším klidem a nepropadá panice. Porodní asistentka by rodičce měla srozumitelně podat informace o porodních bolestech, jak je může rodička ovlivnit a nabídnout jí nefarmakologické i farmakologické metody tlumení porodních bolestí, u kterých by měla znát jak indikace, tak kontraindikace (32).

1.3.3 Prostředí porodnice

K faktorům, které bezpochyby ovlivňují spokojenost rodiček, patří samotné prostředí porodnice. Než si rodička vybere porodnici, kde přivede své dítě na svět, přihlíží mimo jiné ke kvalitě porodnické i pediatrické péče a vybavení porodních sálů. Porodní sál by měl být vybaven přístroji k monitoraci ozev plodu a děložní činnosti, resuscitačními přístroji a operační sál by měl být v případě nutnosti v blízkosti porodního sálu. Klima porodního sálu by mělo být příjemné a přátelské (11).

Od prvního setkání musí v rodičce navodit pocit důvěry a profesionality nejen zařízení interiérů, harmonie prostředí, ale také vstřícné chování personálu. Samostatný

porodní box hraje důležitou roli v zajištění diskrétního prostředí a intimity. Měl by co nejméně připomínat nemocniční prostředí. Uklidňujícím dojmem působí teplé barevné ladění, obrázky navozují optimistickou a klidnou atmosféru. Porodní asistentka by měla rodičku ušetřit nadměrného hluku a vytvořit prostředí, ve kterém se bude rodička cítit pohodlně a bezpečně (21).

Porodnice se snaží vyhovět požadavkům rodiček, kdy výkony jako očistné klyzma, oholení před porodem a nástřih hráze se provádějí pouze na přání ženy, čímž zkvalitňují psychosociální prostředí. Také pravidlo v některých porodnických zařízeních, že se o ženu stará pouze jedna porodní asistentka, je pro rodičky výhodou (11).

1.3.4 Porodní plán

Porodní plán je představa a přání rodičky v písemné formě, který si připraví rodička doma a poté ho předloží personálu v porodnici. Porodní plán si připraví zhruba 15 % rodiček, které jsou zpravidla informované a absolvovaly předporodní kurz. Důležité je, aby bylo splnění požadavků ve vybrané porodnici reálné. Proto by se žena měla dopředu seznámit s možnostmi daného porodního sálu, ale také se zkušenostmi personálu s porodními plány (33).

Porodní plán by měl být jasný a stručný. Obsahuje obecné údaje o rodičce, které chce, aby personál věděl, dále kdo bude přítomen u porodu, možnosti a situace, které by si rodička přála, aby byly během porodu dodrženy, ale také obavy z určitých výkonů. V první době porodní si ženy nejčastěji přejí být o veškerých výkonech podrobně informovány, mít možnost pohybu s využitím sprchy, vany či gymnastického míče, možnost pití a jídla bez omezení, nenabízet medikamenty či neprovádět dirupci vaku blan. Některé ženy odmítají oholení, klyzma a vaginální vyšetření chtějí omezit na minimum. Ve druhé době porodní si přejí možnost volby porodní polohy, dále chtějí tlačit podle sebe, bez instrukcí porodníka, vyhnout se episiotomii a přestřihnutí pupeční šňůry otcem. Co se týká třetí doby porodní, k nejčastějším požadavkům patří uložení

novorozence ihned po porodu na hrud' matky či vyčkat přirozeného porodu placenty (33,34).

Mezi osobní přání rodiček lze zahrnout použití hudby za porodu, filmování a odmítnout přítomnost osob u porodu, například studentů. Při komplikacích porodu chtějí být podrobně informovány, podílet se na rozhodování, při císařském řezu si přejí lokální anestezii a umožnění kontaktu s novorozencem ihned po porodu. Rodička může porodní plán v průběhu porodu změnit a měla by mít po celou dobu na paměti, že porod nelze přesně naplánovat (33,34,35).

1.3.5 Komunikace a spolupráce personálu

Jak se mění porodnictví, mění se postupem času i samotné rodičky. Jsou informované a při porodu se čím dál častěji ozývají a chtějí se do svého porodu aktivně zapojit (32).

Základní komunikační dovedností, kterou by měla porodní asistentka mít, je naslouchání. Měla by umět rodičku aktivně vnímat, co říká a jak to říká a rozeznávat její mimiku. S nasloucháním úzce souvisí i empatie, která znamená vcítit se do duševního stavu rodičky. To však neznamená, že má porodní asistentka stejné pocity jako rodička, pouze jí rozumí (36).

Jak vyplývá z výsledků celorepublikového výzkumu spokojenosti rodiček s perinatální péčí, který proběhl v roce 2011-2012, rodičky za nejdůležitější považují včasné informování o chystaných zákrocích a vyšetřeních. Požadují citlivé a srozumitelné podávání informací a upozorňování na některá bolestivá vyšetření, která jim byla prováděna naprosto bez mluvení (37).

Informovat rodičku neznamená ji neustále zatěžovat množstvím informací či zjišťování informací od rodičky, a to i během silných porodních bolestí, kdy nemá chuť odpovídat či vnímat, ale vstřícně a s pochopením odpovídat na dotazy, kdykoliv bude rodička nějaké potřebovat. Přáním rodiček by měla porodní asistentka vždy naslouchat, a pokud je to možné, je zrealizovat. Zdravotnický personál by neměl používat ani latinské výrazy, ani profesní hantýrku, která může rodičku mást (34,38).

I jednání porodních asistentek mezi sebou v přítomnosti ženy má vliv na pohodu a soustředění se na porod. Jejich chování by mělo být profesionální. Naprosto nevhodné je řešení rozdílných názorů mezi porodními asistentkami před rodičkou či hovory o dovolené nebo aktuálních zprávách v přítomnosti rodičky (7,21).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

V rámci této bakalářské práce „Spokojenost rodiček s ošetrovatelskou péčí během porodu“ byly vytýčeny dva cíle.

Cíl 1: Zjistit, zda jsou rodičky s ošetrovatelskou péčí spokojenější v menších porodnicích.

Cíl 2: Zjistit, jak může porodní asistentka ovlivnit spokojenost rodičky.

2.2 Hypotézy

K těmto dvěma cílům byly stanoveny dvě hypotézy.

Hypotéza 1: Rodičky jsou spokojenější v menších porodnicích než ve větších.

Hypotéza 2: Spokojenost rodičky ovlivňuje empatický přístup porodní asistentky.

3 METODIKA

3.1 Metodika práce

V bakalářské práci byl použit kvantitativní výzkum. Bylo provedeno dotazníkové šetření, které je jednou z nejčastějších metod sběru dat. Technikou sběru dat byl dotazník určený pro ženy po porodu hospitalizované na oddělení šestinedělí. Výzkum probíhal ve čtyřech vybraných porodnicích v České republice. Kritériem výběru porodnic byl počet porodů za rok. Menší porodnice s počtem do 1000 porodů ročně, větší porodnice s více než 1000 porodů za rok. Dotazníky byly ve dvou nemocnicích rozdávány i sbírány autorkou práce, v dalších dvou nemocnicích bylo využito ochoty porodních asistentek. Dotazník byl zcela anonymní a dobrovolný, za souhlas s výzkumem bylo považováno vyplnění a odevzdání dotazníku. Obsahoval 24 otázek, z toho bylo 11 otázek uzavřených, 2 polouzavřené, 7 škálovacích a 4 otevřené. Respondentky označovaly jednu vybranou odpověď, u jedné otázky mohly označit více odpovědí. Úvod dotazníku byl tvořen identifikačními otázkami, které zjišťovaly věk, vzdělání a způsob porodu. Část otázek sledovala míru spokojenosti rodiček s péčí porodní asistentky během porodu. Další otázky byly zaměřeny na přístup porodní asistentky k rodičce.

Výsledky dotazníkového šetření jsou prezentovány pomocí grafů, hypotézy byly ověřovány statistickým testem chí-kvadrát v programu Microsoft Excel. U otázek, které se vztahují ke stanoveným hypotézám, jsme zjišťovali, zda rozdíl pozorovaných a očekávaných četností je statisticky významný, a to výpočtem dosažené hladiny statistické významnosti, tzv. p-hodnoty za použití funkce CHITEST. P-hodnotu jsme převedli na % a porovnávali s hladinou významnosti 5 %.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

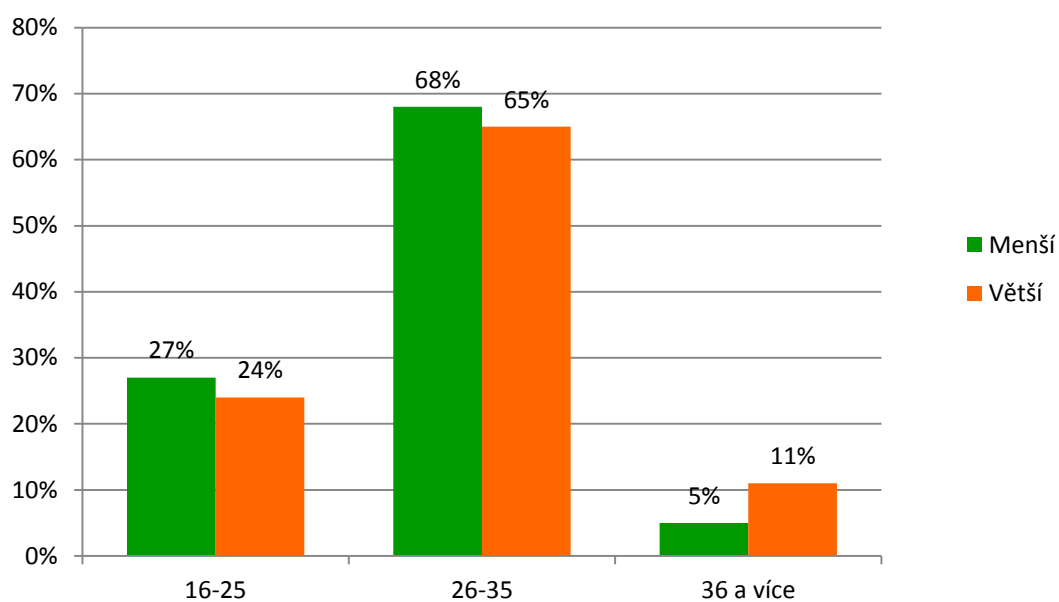
Výzkumný soubor tvořily rodičky po porodu ve vybraných porodnicích v České republice. Dotazníkové šetření bylo umožněno v menších porodnicích, Český Krumlov a Klatovy a ve větších porodnicích, České Budějovice a Havlíčkův Brod. Původní záměr byl oslovit rodičky z více porodnic, bohužel v pěti porodnicích nebyl výzkum vůbec umožněn. Z důvodu maximální návratnosti byly dotazníky v Českých Budějovicích a Českém Krumlově, částečně i v Klatovech rozdávány a sbírány samotnou autorkou práce, v Havlíčkově Brodě bylo využito ochoty porodní asistentky, která rovněž zajistila maximální návratnost.

Celkem bylo rozdáno 225 dotazníků. Sběr dat probíhal od ledna do února roku 2014. Vráceno bylo 220 dotazníků, z čehož 5 dotazníků bylo z výzkumu vyřazeno pro nedostatečné vyplnění údajů. Výzkumný soubor tedy tvořilo 215 respondentek, a to 109 z menších porodnic a 106 z větších porodnic. Návratnost dotazníků byla 97,8 %.

4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky dotazníkového šetření ve vybraných porodnicích

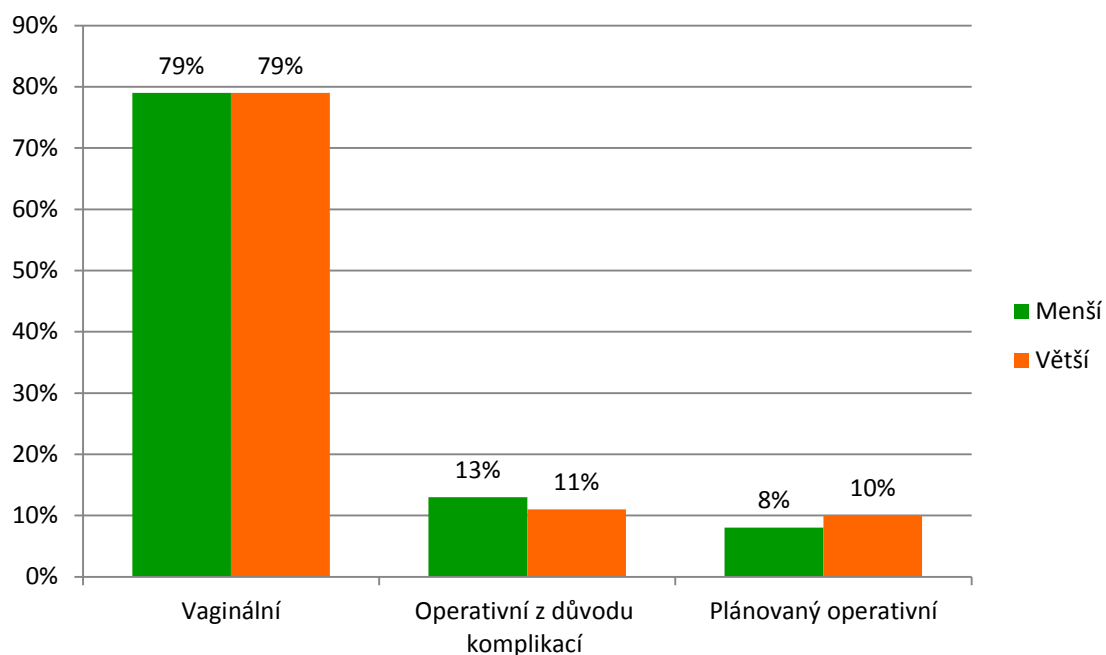
Graf 1 Věk dotazovaných rodiček



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 1 znázorňuje věk dotazovaných rodiček. V menších porodnicích, z celkového počtu 109 rodiček (100 %), 29 rodiček (27 %) označilo věkovou kategorii 16-25 let, nejpočetnější věkovou kategorií „26-35 let“ tvoří 74 rodiček (68 %) a 6 rodiček (5 %) bylo ve věku „36 a více“. Ve větších porodnicích, z celkového počtu 106 rodiček (100 %), bylo 25 rodiček (24 %) ve věku 16-25 let, 69 rodiček (65 %) spadá do věkového rozmezí „26-35 let“ a 12 rodiček (11 %) patří do skupiny „36 a více“.

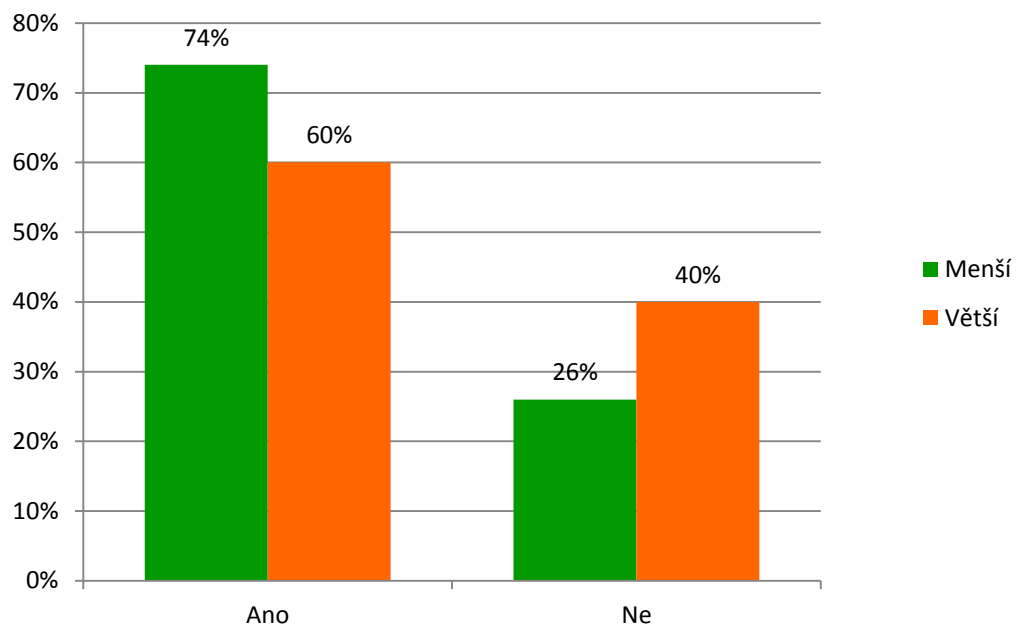
Graf 2 Způsob porodu



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 2 ukazuje, jakým způsobem rodička porodila. V menších porodnicích, z celkového počtu 109 rodiček (100 %), 86 rodiček (79 %) rodilo vaginálně, 14 rodiček (13 %) označilo možnost operativní z důvodu komplikací a 9 rodiček (8 %) rodilo plánovaně císařským řezem. Ve větších porodnicích, z celkového počtu 106 rodiček (100%), nejčastěji rodičky rodily vaginálně 83 rodiček (79 %), 12 rodiček (11 %) rodilo císařským řezem z důvodu komplikací během porodu a 11 rodiček (10 %) mělo plánovaný císařský řez.

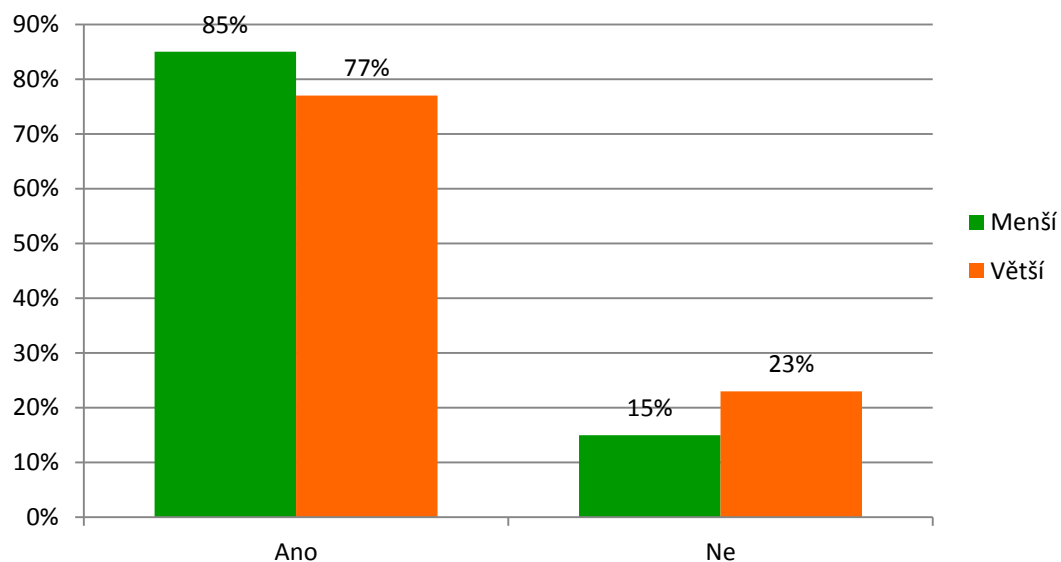
Graf 3 Představení se porodní asistentky



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 3 zobrazuje, zda se porodní asistentka, která o rodičku v průběhu porodu pečovala, rodiče představila. V menších porodnicích, z celkového počtu 109 rodiček (100 %), 81 rodiček (74 %) odpovědělo, že se jim porodní asistentka představila, 28 rodičkám (26 %) se porodní asistentky nepředstavily. Ve větších porodnicích, z celkového počtu 106 rodiček (100 %), 64 rodiček (60 %) odpovědělo, že se jim porodní asistentka představila, u 42 rodiček (40 %) se porodní asistentka vůbec nepředstavila.

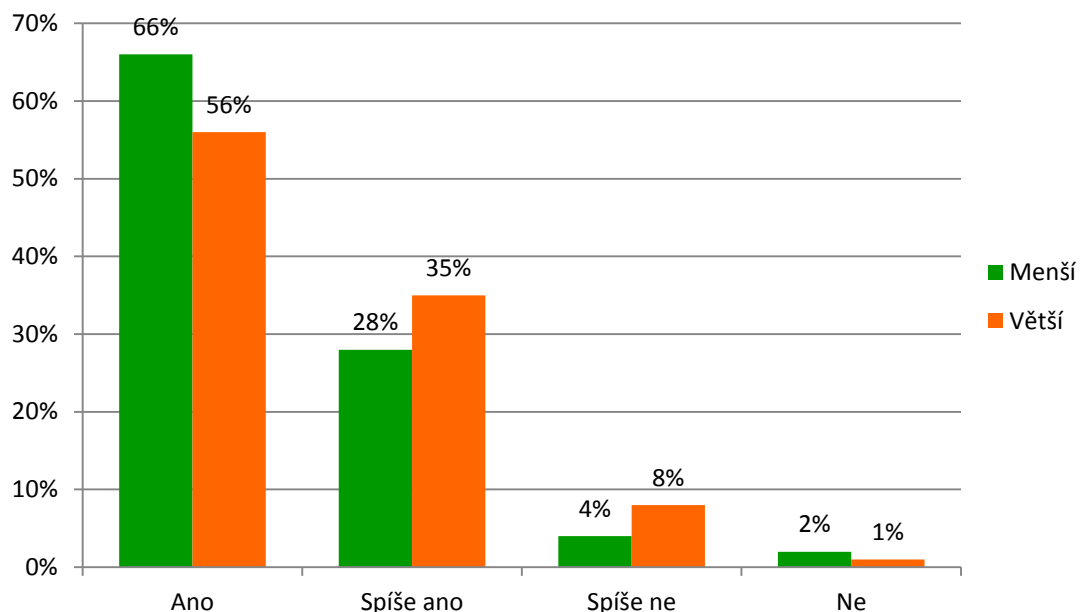
Graf 4 Poskytnutí informací o zvládnání porodních bolestí



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4 znázorňuje, zda byla rodička informována porodní asistentkou o způsobech zvládnání porodních bolestí. V menších porodnicích, z celkového počtu 109 rodiček (100 %), 93 rodičkám (85 %) poskytla porodní asistentka informace o zvládnání porodních bolestí, 16 rodiček (15 %) informace nedostalo. Ve větších porodnicích, z celkového počtu 106 rodiček (100 %), 82 rodiček (77 %) bylo informováno o zvládnání porodních bolestí, 24 rodičkám (23 %) nebyly poskytnuty informace.

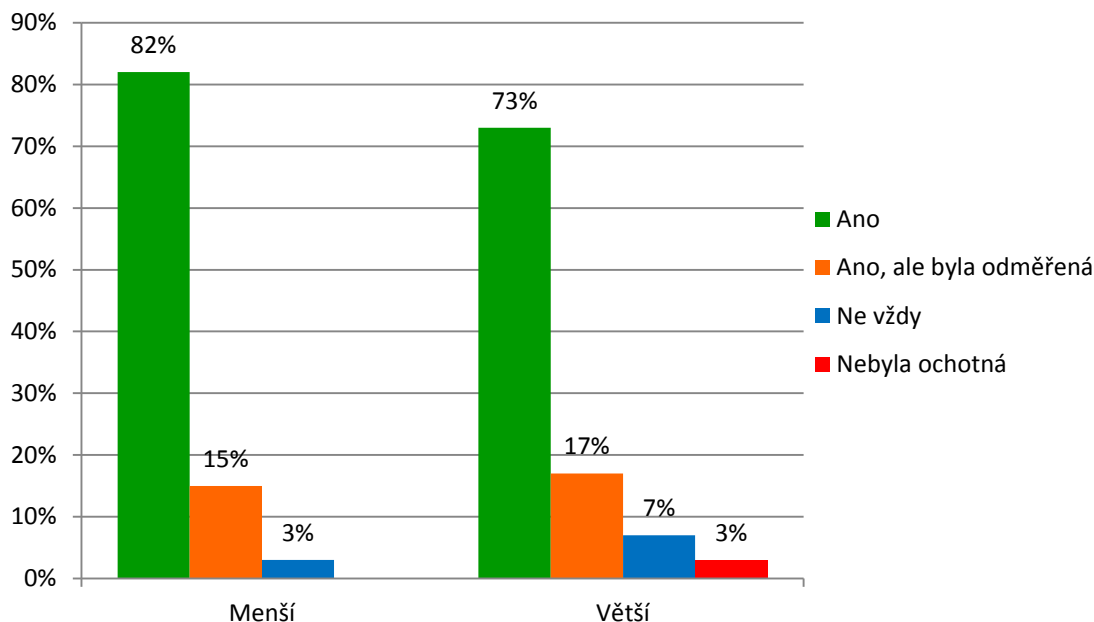
Graf 5 Srozumitelnost poskytnutých informací



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5 zobrazuje míru srozumitelnosti podaných informací porodní asistentkou. V menších porodnicích, z celkového počtu 109 rodiček (100 %), byly informace dostatečně srozumitelné pro 72 rodiček (66 %), pro 31 rodiček (28 %) spíše ano, pro 4 rodičky (4 %) byly informace spíše nesrozumitelné a pro 2 rodičky (2 %) nebyly srozumitelné. Ve větších porodnicích, z celkového počtu 106 rodiček (100 %), 59 rodiček (56 %) odpovědělo, že byly pro ně informace dostatečně srozumitelné, pro 37 rodiček (35 %) spíše ano, 9 rodiček (8 %) označilo odpověď spíše ne, pro 1 rodičku (1 %) nebyly informace srozumitelné.

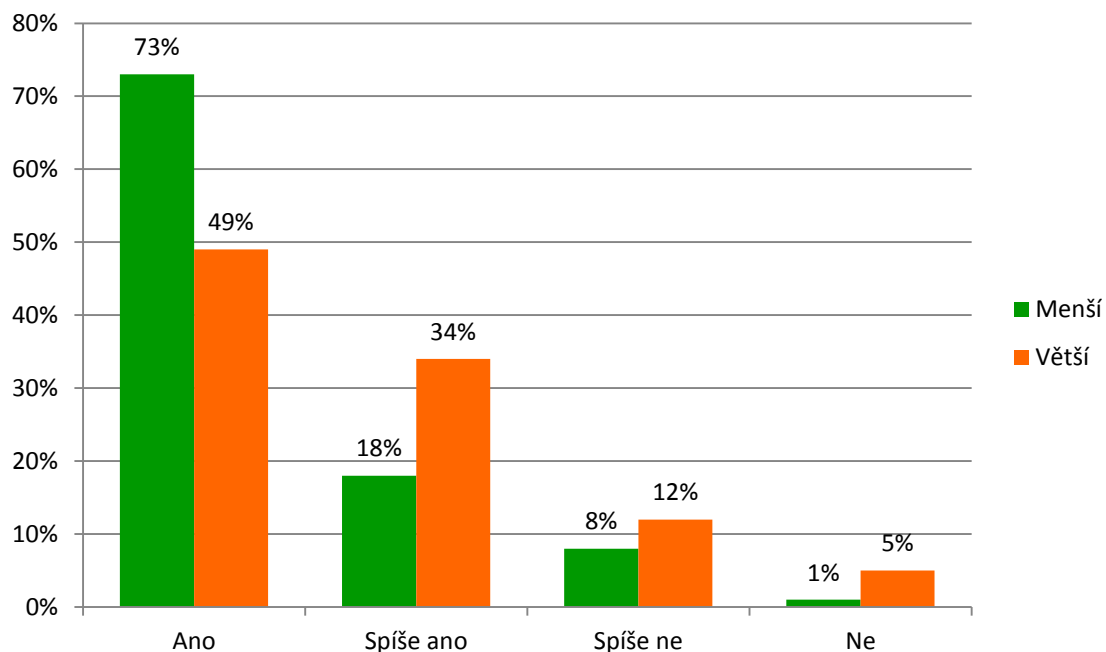
Graf 6 Ochota porodní asistentky



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6 zobrazuje ochotu porodní asistentky při požádání o pomoc rodičkou. V menších porodnicích, z celkového počtu 109 rodiček (100 %), 90 rodiček (82 %) uvedlo, že porodní asistentka byla velmi ochotná pomoci, 16 rodiček (15 %) označilo porodní asistentku jako ochotnou, ale odměřenou, 3 rodičky (3 %) uvedly, že nebyla ochotná vždy a možnost, že porodní asistentka nebyla ochotná, neoznačila žádná rodička. Ve větších porodnicích, z celkového počtu 106 rodiček (100 %), 78 rodiček (73 %) odpovědělo, že porodní asistentka byla vždy velmi ochotná rodičce pomoci, 18 rodiček (17 %) označilo, že porodní asistentka byla ochotná, ale odměřená, 7 rodiček (7 %) udalo, že porodní asistentka nebyla vždy ochotná a 3 rodičky (3 %) označily porodní asistentku jako neochotnou.

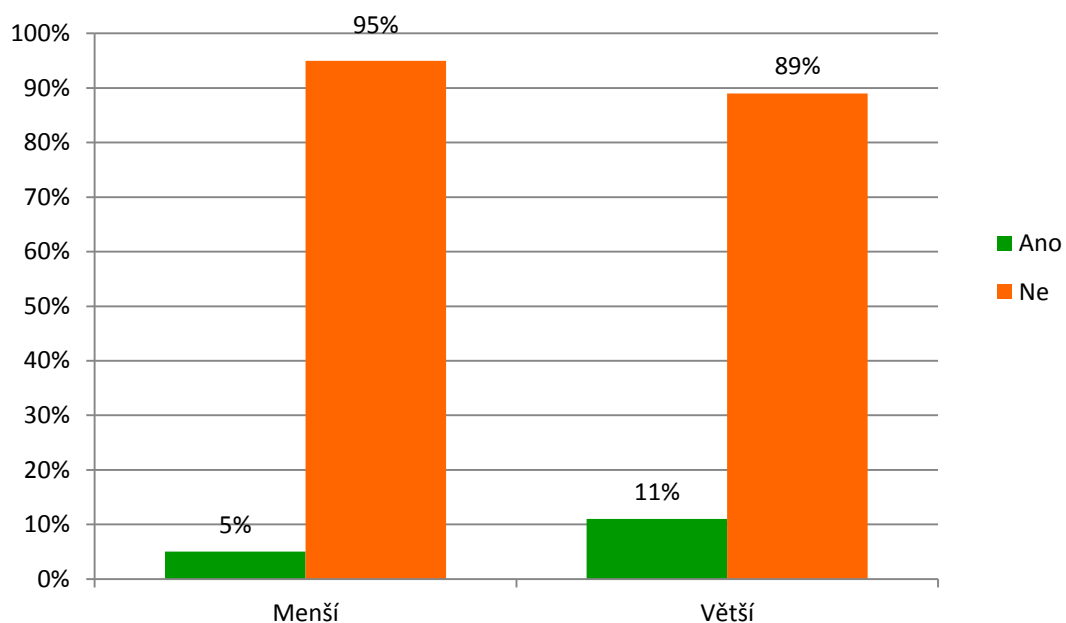
Graf 7 Důvěra v porodní asistentku



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 7 znázorňuje, zda si porodní asistentka získala důvěru rodičky. V menších porodnicích, z celkového počtu 109 rodiček (100 %), si porodní asistentka získala důvěru u 79 rodiček (73 %), 20 rodiček (18 %) označilo odpověď spíše ano, u 9 rodiček (8 %) si důvěru spíše nezískala a pouze 1 rodička (1 %) označila odpověď ne. Ve větších porodnicích, z celkového počtu 106 rodiček (100 %), 52 rodiček (49 %) odpovědělo, že si jejich důvěru porodní asistentka získala, 36 rodiček (34 %) označilo možnost spíše ano, 13 rodiček (12 %) udalo, že si jejich důvěru porodní asistentka spíše nezískala, u 5 rodiček (5 %) si důvěru nezískala.

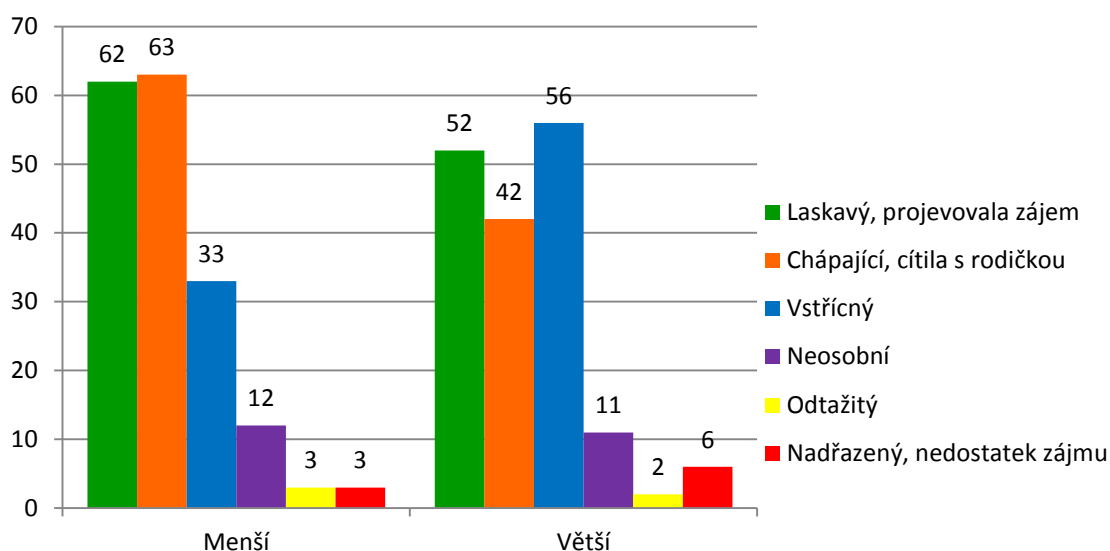
Graf 8 Mluvení o rodiče ve 3.osobě



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu 8 vyplývá, zda porodní asistentky hovořily o rodiče ve 3. osobě, jako by tam nebyla. V menších porodnicích, z celkového počtu 109 rodiček (100 %), u 5 rodiček (5 %) porodní asistentky mluvily ve třetí osobě, u 94 rodiček (95 %) nikoliv. Ve větších porodnicích, z celkového počtu 106 rodiček (100 %), 12 rodiček (11 %) uvedlo, že o nich porodní asistentky mluvily ve třetí osobě, u 94 rodiček (89 %) se tak nestalo.

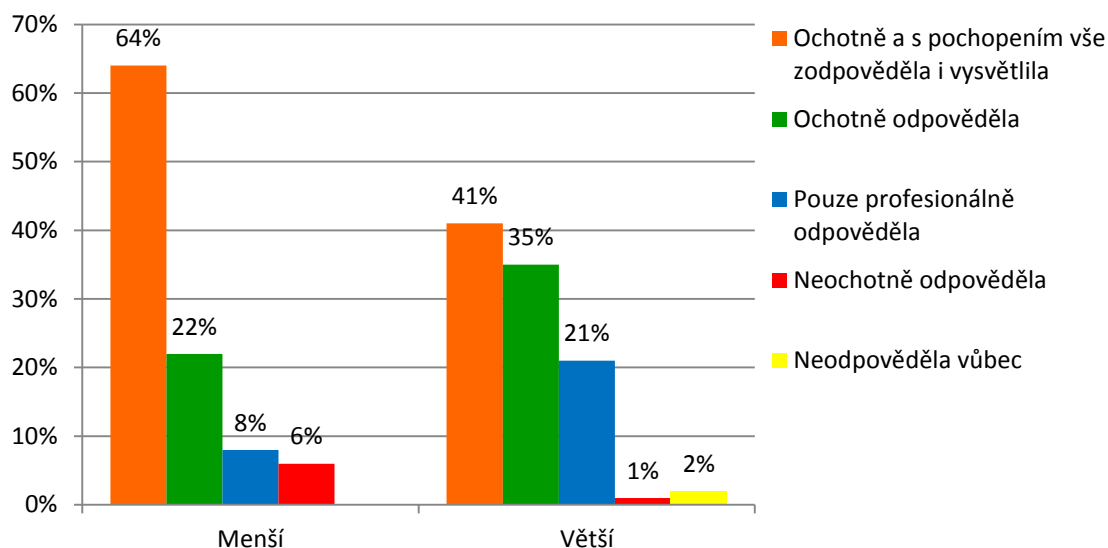
Graf 9 Přístup porodní asistentky



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 9, který zobrazuje, jak rodička hodnotila přístup porodní asistentky během porodu, není popsán v procentech, protože rodičky mohly označit více odpovědí. Celkem bylo od 215 rodiček získáno 345 možných odpovědí, v menších porodnicích 176 odpovědí a ve větších 169 odpovědí. V menších porodnicích 63 krát označily přístup jako chápající, 62 krát jako laskavý s projevem zájmu, 33 krát byla označena možnost vstřícný přístup, 12 krát neosobní, 3 krát zakroužkovaly odtažitý a 3 krát nadřazený. Ve větších porodnicích byl 56 krát označen přístup porodní asistentky jako vstřícný, 52 krát jako laskavý s projevem zájmu, 42 krát označily chápající přístup, neosobní přístup porodní asistentky byl zakroužkován 11 krát, nadřazený s nedostatkem zájmu 6 krát a 2 krát byl označen přístup za odtažitý.

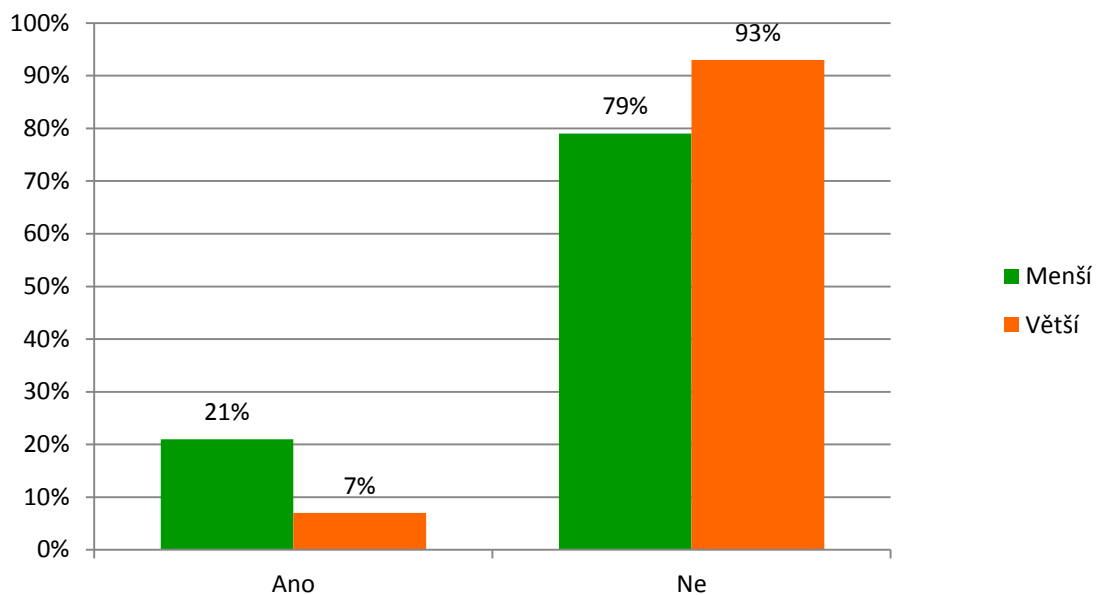
Graf 10 Reakce porodní asistentky na dotazy



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 10 ukazuje, jak reagovala porodní asistentka na dotazy kladené rodičkou. V menších porodnicích, z celkového počtu 109 rodiček (100 %), u 70 rodiček (64 %) porodní asistentka ochotně a s pochopením vše zodpověděla, 24 rodičkám (22 %) ochotně odpověděla, 9 rodičkám (8 %) odpověděla pouze profesionálně, 6 rodiček (6 %) označilo odpověď neochotně odpověděla a žádná rodička nezvolila odpověď neodpověděla vůbec. Ve větších porodnicích, z celkového počtu 106 rodiček (100 %), 44 rodiček (41 %) odpovědělo, že porodní asistentka jim ochotně a s pochopením vše zodpověděla a vysvětlila, 37 rodiček (35 %) označilo odpověď, že ochotně odpověděla, 22 rodiček (21 %) udalo, že porodní asistentka jim odpověděla pouze profesionálně, 1 rodička (1 %) vybrala odpověď „neochotně odpověděla“ a 2 rodičkám (2 %) porodní asistentka neodpověděla vůbec.

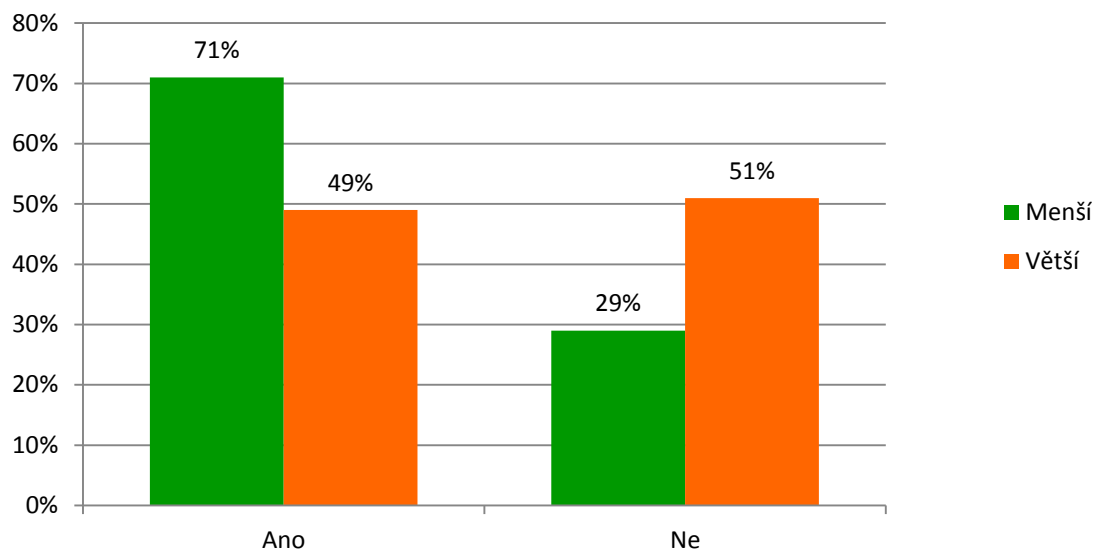
Graf 11 Porodní plán



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 11 mapuje, zda měla rodička připravený porodní plán. V menších porodnicích, z celkového počtu 109 rodiček (100 %), 23 rodiček (21 %) mělo připravený porodní plán k porodu, 86 rodiček (79 %) nikoliv. Ve větších porodnicích, z celkového počtu 106 rodiček (100 %), 7 rodiček (7 %) mělo porodní plán, 99 rodiček (93 %) porodní plán nemělo.

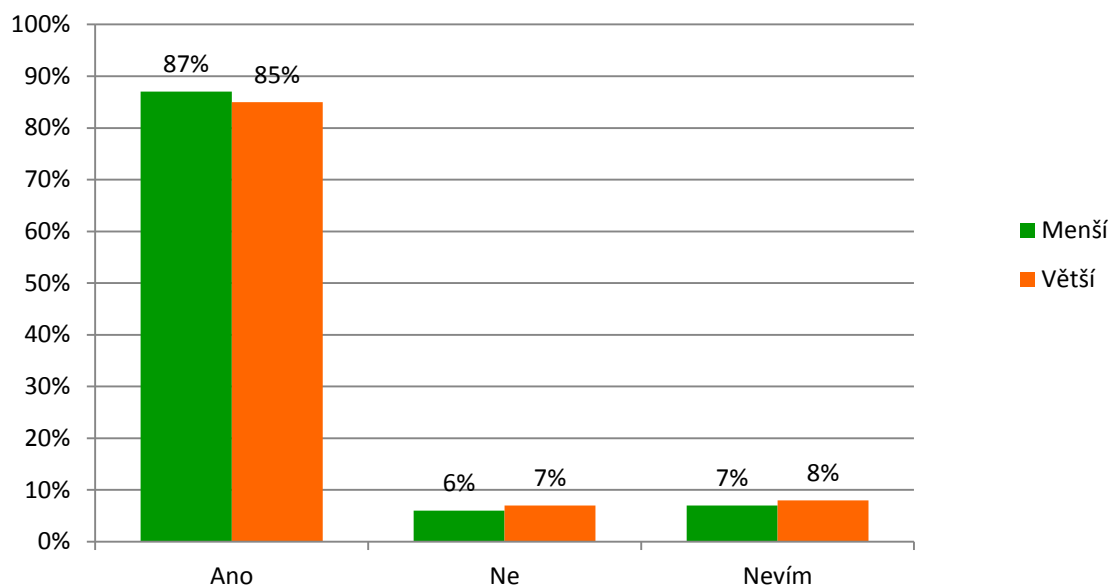
Graf 12 Výběr polohy při porodu



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 12 popisuje možnost rodičky vybrat si porodní polohu. V menších porodnicích, z celkového počtu 109 rodiček (100 %), 77 rodiček (71 %) si porodní polohu vybrat mohlo, 32 rodiček (29 %) odpovědělo ne. Ve větších porodnicích, z celkového počtu 106 rodiček (100 %), 52 rodiček (49 %) si mohlo vybrat porodní polohu, 54 rodiček (51 %) možnost výběru polohy při porodu nemělo.

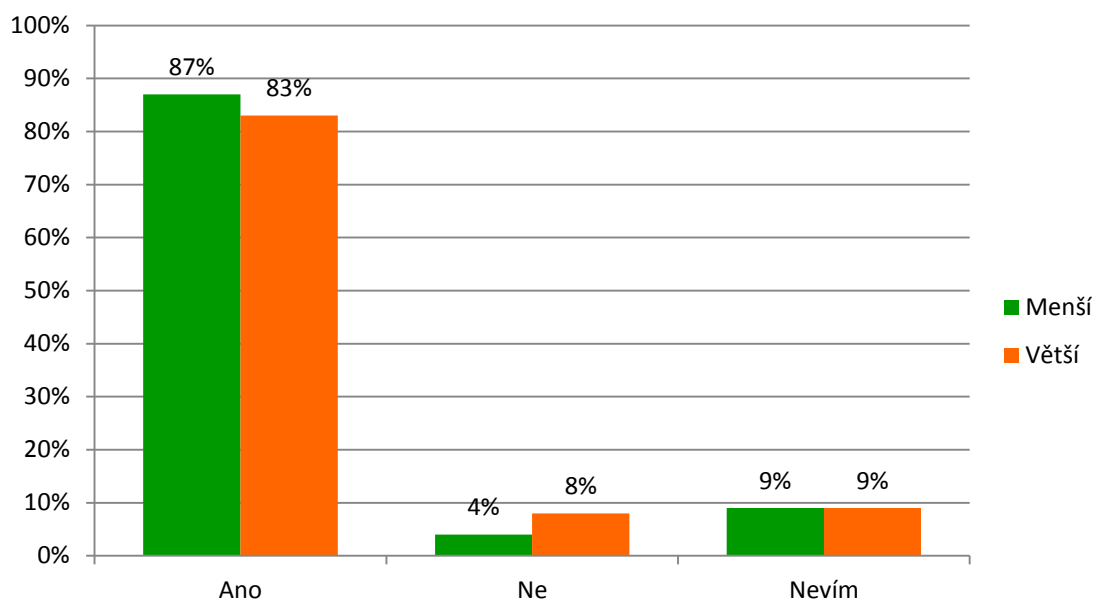
Graf 13 Opětovný výběr dané porodnice



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu 13 vyplývá, zda by šla rodička rodit opět do stejné porodnice. V menších porodnicích, z celkového počtu 109 rodiček (100 %), 95 rodiček (87 %) odpovědělo ano, 6 rodiček (6 %) označilo odpověď ne a 8 rodiček (7 %) neví, zda by šlo rodit znovu do stejné porodnice. Ve větších porodnicích, z celkového počtu 106 rodiček (100 %), 90 rodiček (85 %) by šlo rodit znovu do dané porodnice, 7 rodiček (7 %) by nešlo rodit znovu do stejné porodnice a 9 rodiček (8 %) odpovědělo, že neví.

Graf 14 Doporučení dané porodnice



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 14 zobrazuje, zda by rodička danou porodnici doporučila svým známým. V menších porodnicích, z celkového počtu 109 rodiček (100 %), 95 rodiček (87 %) odpovědělo ano, 4 rodičky (4 %) by porodnici nedoporučily a 10 rodiček (9 %) neví. Ve větších porodnicích, z celkového počtu 106 rodiček (100 %), 88 rodiček (83 %) by doporučilo danou porodnici, 8 rodiček (8 %) by ji nedoporučilo a 10 rodiček (9 %) neví.

4.2 Statistické zpracování a ověření hypotéz

Ověření hypotéz bylo provedeno pomocí statistického testu chí-kvadrát. Nulové hypotézy jsou testovány proti alternativním hypotézám na hladině významnosti 5 %. S hladinou významnosti porovnááme výslednou hodnotu chí-testu. Je-li výsledná hodnota chí- kvadrát testu větší než 5 %, nulovou hypotézu nezamítáme, je-li menší než 5 %, nulovou hypotézu zamítáme.

H1: Rodičky jsou spokojenější v menších porodnicích než ve větších.

H0: Spokojenost rodiček je stejná v menších i ve větších porodnicích.

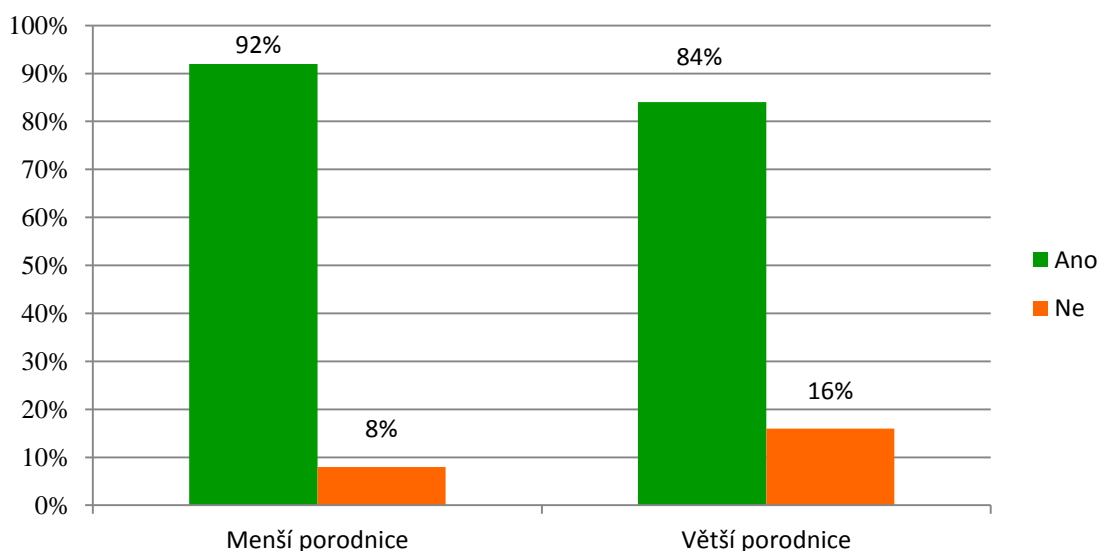
HA: Spokojenost rodiček se liší v menších a ve větších porodnicích.

K hypotéze se vztahují otázky 5, 6, 17, 20 a 21, výsledky statistického testu uvedených otázek jsou uvedeny v tabulkách pod jednotlivými grafy.

Graf 15 Podání informací o výkonech

H0: Informovanost rodiček porodní asistentkou o všech výkonech je stejná v menších i větších porodnicích.

HA: Informovanost rodiček porodní asistentkou o všech výkonech se v menších a větších porodnicích liší.



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 1 Podání informací o výkonech

Otázka 5	Četnosti		Celkem	Procenta		Chí kvadrát test
	větší porodnice	menší porodnice		větší porodnice	menší porodnice	
a) ano	89	100	189	84%	92%	8,0%
b) ne	17	9	26	16%	8%	
Celkem	106	109	215	100%	100%	

Zdroj: vlastní výzkum

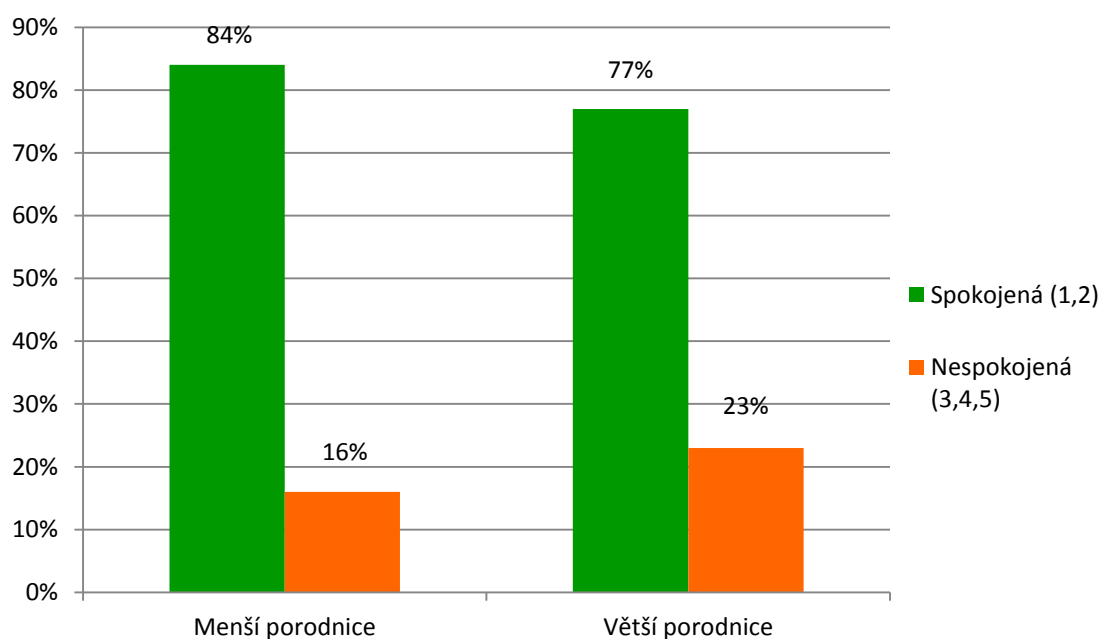
Graf 15 odráží odpovědi na otázku, zda byla rodička porodní asistentkou informována o všech výkonech, které u ní prováděla. Z grafu i tabulky lze vyčíst, že v menších porodnicích, z celkového počtu 109 rodiček (100 %), 100 rodiček (92 %) uvedlo, že bylo porodní asistentkou o všech výkonech informováno, pouze 9 rodiček (8 %) nebylo

o prováděných výkonech informováno. Ve větších porodnicích, z celkového počtu 106 rodiček (100 %), 89 rodiček (84 %) bylo informováno o všech výkonech, 17 rodiček (16 %) odpovědělo, že je porodní asistentka o prováděných výkonech neinformovala. Vidíme, že v menších porodnicích informovaly porodní asistentky o výkonech častěji než ve větších. Zda je tento rozdíl statisticky významný, jsme zjišťovali testem chí kvadrát. Výsledná hodnota testu je větší než 5 %, nulovou hypotézu nezamítáme. Informovanost o výkonech je stejná v menších i větších porodnicích.

Graf 16 Spokojenost s podáním informací

H0: Spokojenost s podáním informací o průběhu porodu porodní asistentkou je stejná ve větších i menších porodnicích.

HA: Spokojenost s podáním informací o průběhu porodu porodní asistentkou se liší ve větších a v menších porodnicích.



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 2 Spokojenost s podáním informací

Otázka 6	Četnosti		Celkem	Procenta		Chí kvadrát test
	větší porodnice	menší porodnice		větší porodnice	menší porodnice	
1	67	69	136	63%	63%	40%
2	15	23	38	14%	21%	
3	13	10	23	12%	9%	
4	10	5	15	10%	5%	
5	1	2	3	1%	2%	
Celkem	106	109	215	100%	100%	

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 16 ukazuje míru spokojenosti rodičky s podanými informacemi porodní asistentkou. Respondentky hodnotily spokojenost na škále od 1 do 5, kdy 1= spokojena a 5= nespokojena. Za spokojené rodičky jsme považovali ty, které označily stupněm 1 a 2. Z tabulky i grafu lze vyčíst, že v menších porodnicích z celkového počtu 109 rodiček (100 %) bylo spokojeno 92 rodiček (84 %), ve větších porodnicích z celkového počtu 106 rodiček (100 %) 82 rodiček (77 %). Nespokojených rodiček v menších porodnicích bylo 17 (16 %) a ve větších 24 (23 %). Z výsledku statistického testu se nepotvrdilo, že by rodičky v menších porodnicích byly s informacemi spokojenější.

Graf 17 Soukromí v 1. době porodní

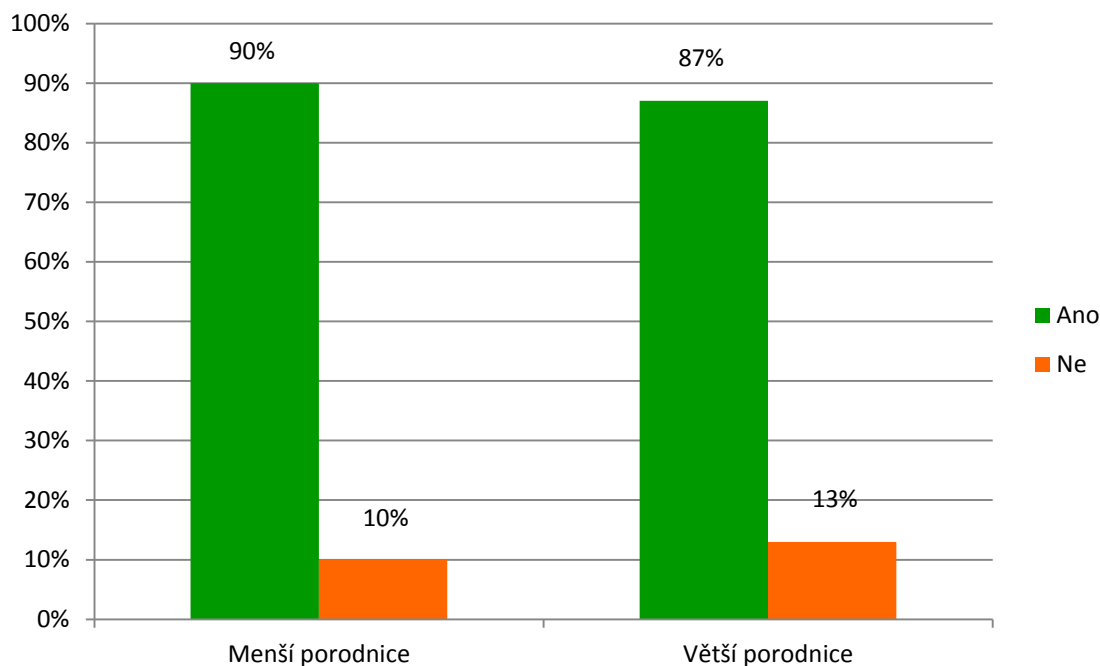
H0: Dostatek soukromí v 1. době porodní je stejný ve větších i menších porodnicích.

HA: Dostatek soukromí v 1. době porodní se v menších a větších porodnicích liší.

Tabulka 3 Soukromí v I. době porodní

Otázka 17	Četnosti		Celkem	Procenta		Chí kvadrát test
	větší porodnice	menší porodnice		větší porodnice	menší porodnice	
a) ano	92	98	190	87%	90%	48%
b) ne	14	11	25	13%	10%	
celkem	106	109	215	100%	100%	

Zdroj: vlastní výzkum



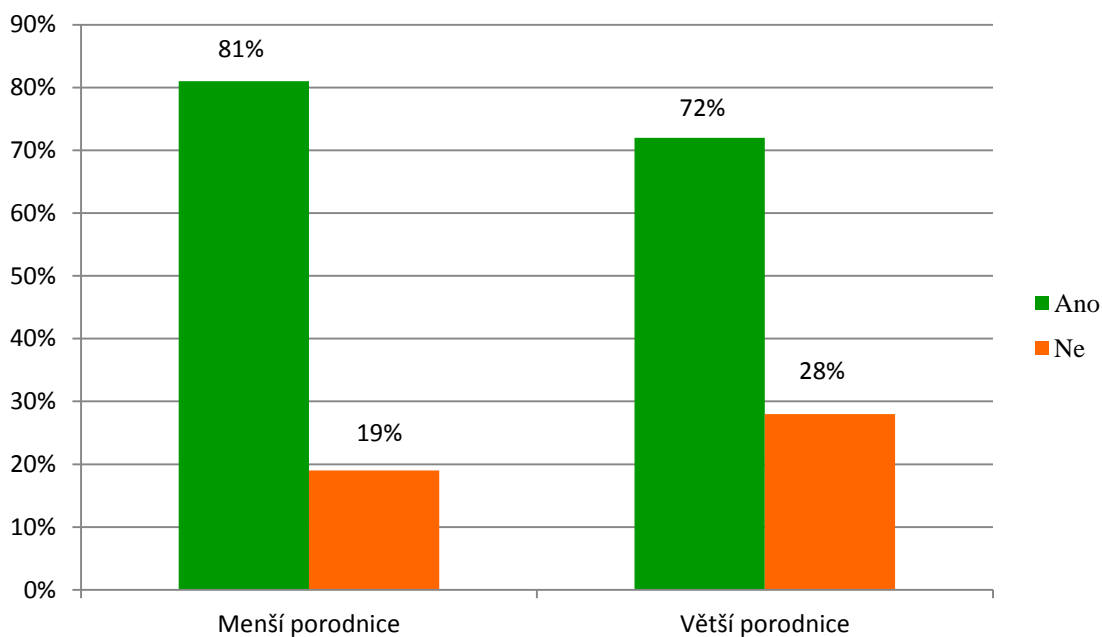
Zdroj: vlastní výzkum

Graf 17 znázorňuje vyjádření rodiček k dostatku soukromí v první době porodní. Jak je vidět z tabulky 3 i z grafického znázornění, v menších porodnicích, z celkového počtu 109 rodiček (100 %), 98 rodiček (90 %) dostatek soukromí mělo a 11 rodiček (10 %) nemělo soukromí. Ve větších porodnicích, z celkového počtu 106 rodiček (100 %), 92 rodiček (87 %) mělo dostatek soukromí během první doby porodní a 14 rodiček (13 %) soukromí nemělo. Protože výsledek chí-kvadrát testu je větší než 5 %, nulovou hypotézu nezamítáme, tedy dostatek soukromí v menších i ve větších porodnicích je stejný.

Graf 18 Umožnění tělesného kontaktu s dítětem ihned po porodu

H0: Umožnění tělesného kontaktu s dítětem ihned po porodu bylo stejné v menších i ve větších porodnicích.

HA: Umožnění tělesného kontaktu s dítětem ihned po porodu se v menších a ve větších porodnicích liší.



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 4 Umožnění tělesného kontaktu s dítětem ihned po porodu

Otázka č. 20	Četnosti		Celkem	Procenta		Chí kvadrát test
	větší porodnice	menší porodnice		větší porodnice	menší porodnice	
a) ano	76	88	164	72%	81%	12%
b) ne	30	21	51	28%	19%	
celkem	106	109	215	100%	100%	

Zdroj: vlastní výzkum

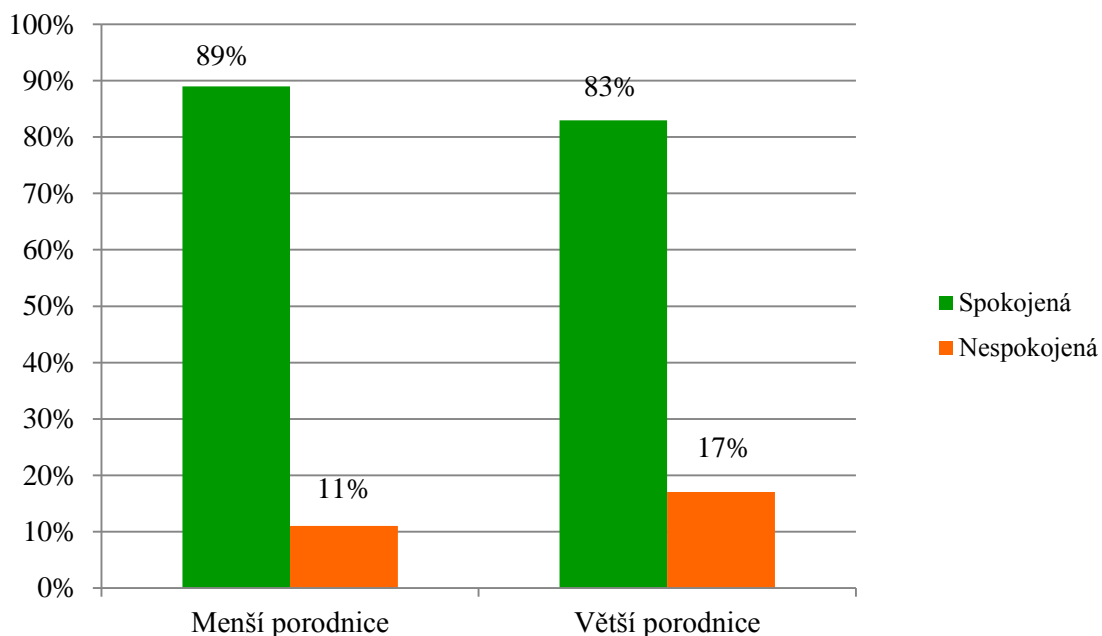
Z grafu 18 vyplývá, kolika rodičkám byl umožněn tělesný kontakt s novorozencem ihned po porodu. Z tabulky 4 lze vyčíst, že v menších porodnicích, z celkového počtu

109 rodiček (100 %), 88 rodiček (81 %), odpovědělo, že jim kontakt umožněn byl, 21 rodiček (19 %) označilo odpověď ne. Ve větších porodnicích, z celkového počtu 106 rodiček (100 %), 76 rodičkám (72 %) kontakt s novorozencem umožněn byl, 30 rodičkám (28 %) nikoliv. Vypočítaná hodnota statistického testu je vyšší než 5 %, můžeme konstatovat, že umožnění tělesného kontaktu s dítětem ihned po porodu bylo stejné v menších i ve větších porodnicích. V této otázce měly rodičky uvést důvod, proč jim dítě nebylo bezprostředně po porodu na břicho položeno. Nejčastějšími důvody byly císařský řez a předčasný porod s komplikacemi.

Graf 19 Celková spokojenost s péčí porodní asistentky během porodu

H0: Spokojenost s péčí, která byla během porodu poskytnuta, je stejná v menších i větších porodnicích.

HA: Spokojenost s péčí, která byla během porodu poskytnuta, se v menších a ve větších porodnicích liší.



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 5 Celková spokojenost s péčí porodní asistentky během porodu

Otázka 21	Četnosti		Celkem	Procenta		Chí kvadrát test
	větší porodnice	menší porodnice		větší porodnice	menší porodnice	
1	70	78	136	66%	72%	57%
2	18	19	37	17%	17%	
3	10	9	19	9%	8%	
4	5	2	7	5%	2%	
5	3	1	4	3%	1%	
Celkem	106	109	203	100%	100%	

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 19 mapuje celkovou spokojenost rodičky s péčí porodní asistentky během porodu. Za spokojenou rodičku jsme považovali tu, která vybrala hodnoty 1 a 2. Z tabulky 5 vidíme, že v menších porodnicích bylo z celkového počtu 109 rodiček (100 %) spokojených 97 rodiček (89 %), ve větších, z celkového počtu 106 rodiček (100 %), bylo spokojených s péčí porodní asistentky 88 rodiček (83 %). Nespokojených v menších porodnicích bylo 12 (11 %) rodiček a ve větších 18 (17 %) rodiček.

Výsledná hodnota testu je větší než 5 %, nulovou hypotézu nezamítáme. Ani v tomto případě se nejedná o významný statistický rozdíl mezi spokojeností rodiček v menších a ve větších porodnicích.

Testem se na 5% hladině významnosti nepodařila prokázat odlišnost ve spokojenosti rodiček v menších a ve větších porodnicích, statisticky se hypotéza H1 „Rodičky jsou spokojenější v menších porodnicích než ve větších“ nepotvrdila.

H2: Spokojenost rodičky ovlivňuje empatický přístup porodní asistentky.

H0: Spokojenost rodičky nezávisí na empatickém přístupu porodní asistentky.

HA: Spokojenost rodičky závisí na empatickém přístupu porodní asistentky.

Nulová hypotéza je testována proti alternativní hypotéze na hladině významnosti 5%.

Vztah empatie porodních asistentek a spokojenosti rodiček

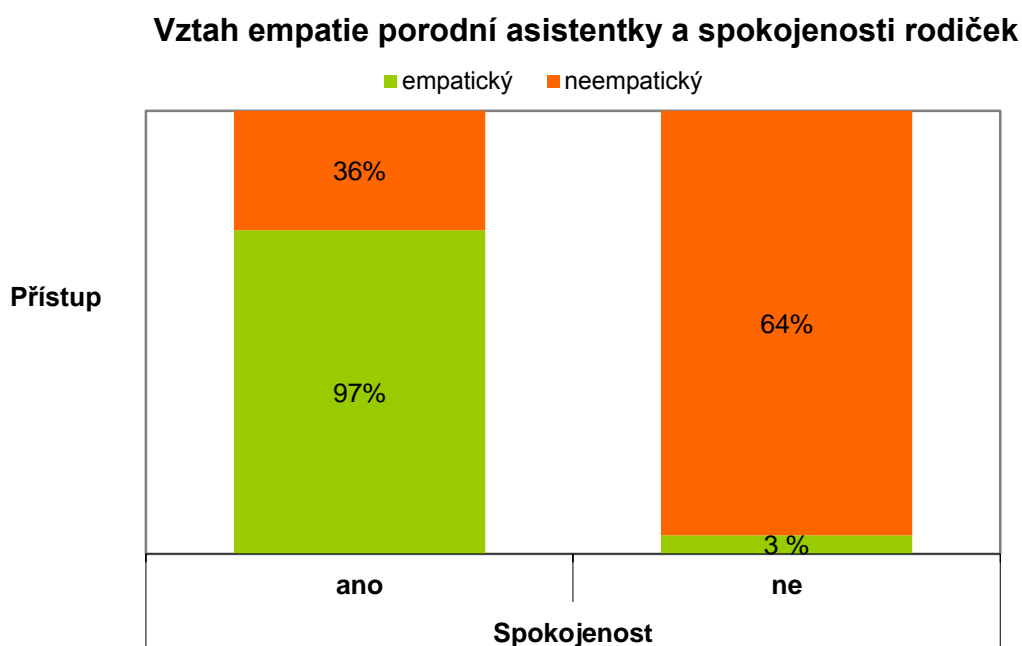
Přístup porodní asistentky	Spokojenost		Celkem	Chí kvadrát test
	ano	ne		
empatický	171	5	176	<0,1%
neempatický	14	25	39	
Celkem	185	30	215	
empatický	97%	3%	100,0%	
neempatický	36%	64%	100,0%	

Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky vyčteme, že z výzkumného souboru 215 (100 %) respondentek bylo s péčí porodní asistentky celkově spokojených 185 (86 %) a nespokojených 30 (14 %). 97 % spokojených rodiček vnímalo přístup porodní asistentky jako empatický, 3 % nespokojených rodiček označilo přístup porodní asistentky za empatický. 36 % spokojených rodiček, označilo chování porodní asistentky jako neempatické, 64 % nespokojených rodiček označilo přístup za neempatický.

Protože vypočítaná hladina statistické významnosti je menší než 5 %, nulovou hypotézu zamítáme.

Graf 20 Vztah empatického přístupu a spokojenosti rodiček



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 20 ukazuje vliv empatického přístupu porodní asistentky na spokojenost rodičky. V 1. sloupci je znázorněno, že 97 % spokojených rodiček vnímalo přístup porodní asistentky jako empatický, 36 % spokojených rodiček, označily chování porodní asistentky jako neempatické. Ve 2. sloupci 64 % nespokojených rodiček označilo přístup za neempatický, 3 % nespokojených rodiček označilo přístup porodní asistentky za empatický.

Testem se na 5 % hladině významnosti podařilo prokázat významná závislost mezi spokojeností rodičky a empatickým přístupem porodní asistentky. Druhá hypotéza byla potvrzena.

5 DISKUZE

Spokojenost rodičky s poskytovanou péčí je významným kritériem hodnocení kvality perinatální péče. Z výsledků celorepublikového průzkumu, který probíhal v letech 2011 - 2012, vyplývá, že v českém porodnictví přetrvávají některé nedostatky. Rodičky si nejčastěji stěžují na necitlivý přístup zdravotníků, nedostatečné zapojování do rozhodování, omezené poskytování informací a nerespektování jejich přání, co se týká způsobu vedení jejich porodu (3).

Obavy z porodu i porod samotný jsou pro rodičku mnohdy stresující záležitostí a my jako porodní asistentky jsme tu od toho, abychom v průběhu porodu byly rodičce oporou. Jak uvádí Takács ve své studii, u žen, které jsou nespokojeny s přístupem zdravotníků během porodu, se vyskytuje více porodních komplikací, především nepostupující porod a akutní císařský řez. Proto bychom neměli podceňovat psychickou podporu rodičky, neboť důsledkem je nejen její nespokojenost, ale i nárůst zdravotních komplikací (3).

Výzkumný vzorek pro zmiňovaný celorepublikový výzkum tvořily rodičky s odstupem času od svých porodů, v této bakalářské práci jsme se zaměřili na rodičky bezprostředně po porodu. Zajímalo nás hodnocení rodiček v krátké době po porodu. Cílem bylo zjistit, co ovlivňuje spokojenost rodičky s ošetrovatelskou péčí během porodu a jak může porodní asistentka spokojenost rodičky ovlivnit.

Praktická část práce byla realizována kvantitativním výzkumným šetřením pomocí dotazníkové techniky. Výzkumný soubor tvořily rodičky na oddělení šestinedělí ve vybraných porodnicích v České republice. Celkový soubor dotazovaných rodiček byl 215. Z toho 106 rodiček z větších porodnic a 109 rodiček z menších porodnic. Cílem práce bylo zjistit, zda jsou rodičky s ošetrovatelskou péčí spokojenější v menších porodnicích, a jak může porodní asistentka spokojenost rodičky ovlivnit.

Příjem rodičky spočívá v navázání společenského kontaktu, kdy se porodní asistentka rodičce představí, aby získala důvěru (7). Zajímalo nás, zda je v porodnicích přirozené, že se porodní asistentka při prvním styku s rodičkou představí či nikoliv. Na grafu 4 je patrné, že v menších porodnicích, kde představení porodní asistentky uvedlo

74 % rodiček, je to častější než ve větších, kde se porodní asistentka představila pouze 60 % rodiček. Myslím si, že představení porodní asistentky by mělo být pravidlem. Měla by na rodičku pohlížet jako na sobě rovnou, tudíž představení se sobě navzájem nejen navozuje lepší vztah, ale zároveň si tím porodní asistentka u rodičky buduje důvěru. Rodička se jistě cítí lépe, když ví, že má u sebe konkrétní osobu, na kterou se může obracet v případě nějakých nesnází, může tak být klidnější při spolupráci při porodu. Na své tříměsíční stáži v Rakousku, kterou jsem absolvovala v rámci studia, jsem zažila to, co u nás není až tak běžné. Při příjmu rodičky na porodní sál, porodní asistentka rodičku přivítala ve dveřích, podala ji ruku, řekla své jméno, že je porodní asistentka a po celou dobu porodu se jí bude věnovat. Tento přístup se mi velice líbí. Myslím si, že těch pár vět porodní asistentku od práce již moc nezdrží a jsem toho názoru, že by to mělo být v každé porodnici automatické.

Z uvedené celorepublikové studie vyplynulo i to, že rodičkám nejsou poskytovány informace o výkonech, které jim jsou v souvislosti s porodem prováděny. Proto jsme se v dotazníkovém šetření ptali i na tuto otázku. Jak je patrné z grafu 15, v menších porodnicích odpověď ano byla početnější, přesněji 92 %, než ve větších, kde ano odpovědělo 84 % rodiček. V rámci praxe na porodním sále jsem během tříletého studia viděla, že mnohdy porodní asistentka provede u rodičky výkon, aniž by cokoliv vysvětlovala, až když se sama rodička zeptá, dočká se informací. Chápu, že některé ženy ve vypjaté situaci jakou je porod, příliš nevnímají, co se jim říká, ale jak uvádí literatura, je velmi důležité rodičku informovat o tom, co se s ní bude dít a proč, neboť nedostatečná informovanost o prováděných výkonech zanechává stopy na psychice rodičky (22).

S touto otázkou souvisí to, zda poskytnuté informace rodička rozumí. Z grafu 8 vyplývá, že více srozumitelnější informace podávaly porodní asistentky v menších porodnicích (66 %) než v těch větších (56 %). Jak uvádí Klusáková (37), „Rodičky za nejdůležitější považují včasné informování o chystaných zákrocích a vyšetřeních, požadují citlivé a srozumitelné podávání informací a upozorňování na některá bolestivá vyšetření, která jim právě byla prováděna naprosto bez mluvení“. Úkolem porodní asistentky je rodičce naslouchat a vnímat její přání a požadavky.

Velmi důležitá je důvěra rodičky v porodní asistentku. Důvěra a pocit bezpečí jsou pro zvládnutí porodu základním předpokladem. Při takové události, jakou porod je, potřebuje rodičí žena někoho, o kom ví, že se na něj může v případě potřeby kdykoliv obrátit. Dle Kameníkové (7) při příjmu navazuje porodní asistentka společenský kontakt s rodičkou, kdy pro získání důvěry se jí představí. Z grafu 9 je patrné, že ne vždy se porodní asistentka rodičce představila. V menších porodnicích si získaly porodní asistentky důvěru častěji, u 91 % dotazovaných, než ve větších porodnicích, kde odpovědělo 83 % rodiček, že cítily k porodní asistenci důvěru. Otázka důvěry nepřímo souvisí se samotnou osobností porodní asistentky, pokud se bude chovat odtažitě a nadřazeně, nebude pro rodičku tou pravou osobou, které se svěří a řekne si o pomoc.

Se získáním důvěry úzce souvisí i ochota porodní asistentky. Zjišťovali jsme, zda byla porodní asistentka vždy ochotná pomoci, pokud o to rodička požádala. Z výsledků znázorněných grafem 6 je opět vidět, že v menších porodnicích byly porodní asistentky ochotnější, 97 % rodiček odpovědělo, že jim ochotně pomohla, i když z toho 15 % zhodnotilo „ochotně, ale odměřeně“. U větších porodnic 90 % rodiček hodnotilo porodní asistentku jako ochotnou pomoci, z toho 17 % označilo ochotnou, ale odměřenou. V menších porodnicích je zastoupení odpovědí u těchto možností výrazně nižší než ve větších. Osobně si myslím, že ochota porodní asistentky nesouvisí s velikostí porodnice, je to spíše dané samotnou osobností porodní asistentky.

V další otázce měly rodičky hodnotit přístup porodní asistentky. Konkrétně měly možnost vybrat si mezi variantami laskavý přístup, chápající, vstřícný nebo naopak neosobní, odtažitý či nadřazený. Jak je vidět z grafu 9, nejvíce vnímaly přístup jako laskavý, bohužel zazněly i ty negativní varianty. Práce porodní asistentky vyžaduje profesionální přístup, do něhož poslední tři zmiňované kategorie vůbec nepatří. Z odpovědí, kdy mohly rodičky uvést více možností, vyplynulo, že v menších porodnicích označovaly nejčastěji přístup porodních asistentek jako „chápající, cítila s rodičkou“ a „laskavý a projevovala o mě zájem“, oproti tomu ve větších porodnicích byla nejčastěji označena možnost „vstřícný“ přístup. Z toho můžeme usoudit, že ve větších porodnicích přistupuje personál „pouze vstřícně“, zatímco v menších

porodnicích vidíme ještě navíc laskavost a empatii ze strany porodních asistentek. Zřejmě tedy ve sledovaném výzkumném vzorku menších porodnic měly rodičky štěstí na empatické a vstřícné porodní asistentky. Jak uvádí Klusáková (33), je velmi důležité, aby zdravotníci byli empatičtí, příjemní, ochotní a ohleduplní, měli by mít zájem o ženy pocity a obavy a měli by mít empatické porozumění. Jak moc je empatický přístup důležitý, se ukázalo z dotazníků. Rodičky, které vnímaly přístup porodní asistentky jako empatický, zároveň hodnotily celkově spokojenost s péčí porodní asistentky nejvyšší známkou. Je tedy zřejmé, že empatický přístup hraje obrovskou roli ve spokojenosti rodičky.

Vzhledem k tomu, že studie Ley Takács uvádí, že ženy si stěžují na nedostatek možností spolurozhodovat o způsobu vedení porodu, zařadili jsme do dotazníku i otázku, zda měla rodička připravený svůj porodní plán, a zda mu bylo vyhověno. V porodním plánu rodička vyjadřuje své představy o tom, jak by měl její porod probíhat. Překvapivé bylo, že ve výzkumném vzorku 215 rodiček mělo tento plán připraveno pouze 30 z nich. Myslím si, že porodní plán je výhodný jak pro porodní asistentku, tak i pro rodičku. Podle Kameníkové (33), porodní plán umožňuje porodní asistentce blíže se seznámit s osobností rodičky, usnadňuje komunikaci mezi porodní asistentkou a rodičkou a personál porodního sálu se tak lépe orientuje v přáních rodičky. Opět mohu srovnat se situací v Rakousku, kde porodní asistentky s porodním plánem nepřicházejí moc často do styku, protože ho de facto nepotřebují. Porodní asistentka si již na začátku porodu s klientkou sedne a rozebere s ní, jak by si svůj porod představovala. Ze získaných dat je zřejmé, že porodní plán není moc zažitý. Dle mého názoru, by bylo dobré postup rakouských kolegyň zařadit i do péče našich porodních asistentek.

Dalším důležitým kritériem spokojenosti rodičky, na které jsme se zaměřili, je soukromí v průběhu porodu. Samostatný porodní box hraje důležitou roli v zajištění diskrétního prostředí a intimity (11). Rozdíl mezi menšími a většími porodnicemi nebyl nijak výrazný, ale jak v menších, tak ve větších porodnicích rodičky uváděly, že byly neustále rušeny personálem. Na tento výsledek lze pohlížet ze dvou úhlů. Tím prvním může být, že porodní asistentky nenechaly rodičku v první době porodní o samotě,

v klidu či se neustále na porodním sále střídal personál. Z druhé stránky lze tuto odpověď vyložit tak, že porodní asistentky pouze plnily svou práci a ženě se po celou dobu první doby porodní usilovně věnovaly. Myslím si, že obě stránky by měly být v rovnováze, tudíž rodička by si měla odnést pocit, že se jí porodní asistentka dostatečně věnovala, ale také jí dala prostor prožít si porod se svým doprovodem, anebo v klidu o samotě. U této otázky hodně záleží na povaze každé rodičky, kdy jedna si přeje u porodu být sama a druhá naopak žádá přítomnost porodní asistentky po celou dobu porodu.

Překvapivý byl i výsledek, že všechny rodičky neměly možnost výběru polohy v průběhu porodu. V menších porodnicích, jak je patrné z grafu 12, si polohu mohlo zvolit 71 % dotazovaných a 29 % volbu nemělo. Ve větších porodnicích si mohlo vybrat porodní polohu 49 % rodiček a 51 % rodiček nikoliv. Z odpovědí v dotaznících vyplývá, že z těch, které si v menších porodnicích polohu vybrat nemohly, jako nejčastější důvod uvedly operativní porod, druhým nejčastějším důvodem bylo, že jim nebyla jiná poloha nabídnuta. Ve větších porodnicích byl rovněž nejčastějším důvodem operativní porod a druhé největší zastoupení má taktéž odpověď, že jim to nebylo nabídnuto. Pokud se zaměříme na počty rodiček, v menších porodnicích pouze 5 rodičkám nebyla nabídnuta jiná poloha, ve větších porodnicích nenabídla porodní asistentka polohu 17 rodičkám. Jak uvádí Roztočil (4), úkolem porodní asistentky je navrhnout ženě několik porodních poloh, které může využít a mohly by pro ni být co nejméně bolestivé a pohodlné, například poloha vkleče, v dřepu anebo vsedě. Jak je však patrné z tohoto výsledku, v praxi to tak samozřejmě není. Myslím si, že za tím stojí stereotyp, který je v našich porodnicích zaveden. Porodní asistentky jsou zvyklé na polohu v polosedě a rodičkám, které si nestěžují nebo nemají samy požadavek, ani jiné polohy nenabízejí. Tvrzení Leifer (22) i Matulníkové (23), že změnou polohy při porodu každou půl hodinu se uvolňuje svalové napětí a napomáhá tak porodním mechanismům, musím jedině potvrdit, neboť v případech porodů, kde byla poloha často měněna, se porod více zkracoval.

V neposlední řadě jsme se zaměřili i na dodržování doporučení autorky Mrowetz (13), kterou zmiňuji v teoretické části v souvislosti s pojmem bonding. Poukazuje na to,

že je velmi důležité novorozence ihned po porodu položit na nahou hrud' matky. Jak nám ukazuje graf 18, zda bylo dítě bezprostředně po porodu matce položeno na břicho, je rozdíl mezi plněním tohoto bodu mezi menšími a většími porodnicemi. V menších porodnicích jsou kladné odpovědi zastoupeny v 81 %, ve větších se kladná odpověď vyskytla v 72 %. Rodičky měly možnost uvést důvod, proč jim tento časný kontakt s novorozencem nebyl umožněn. Nejčastějšími důvody byly operativní porod nebo komplikace při porodu. 7 dotazovaných rodiček uvedlo, že jim kontakt s novorozencem neumožnila sestra. Toto by se mohlo vylepšit způsobem, jaký uvádí ve své knize Mrowetz (13). Říká, že v zahraničí se bonding vykonává tak, že je novorozenec ponechán v matčině náruči a provádí se tak hodnocení Apgar skóre, podvázání pupečníku a označení novorozence. Na své tříměsíční stáži v rakouské porodnici jsem mohla vidět, že na zdejších porodních sálech je tento postup již rutinou. Není překážkou ani císařský řez, a jak píše Mrowetz (13), při operativně vedeném porodu, pokud chce, zastupuje spící matku otec.

Graf 19 je zaměřen na celkovou spokojenost rodiček s ošetrovatelskou péčí během porodu. V menších porodnicích bylo 89 % dotazovaných rodiček spokojených a pouze 11 % rodiček nebylo spokojeno. Ve větších porodnicích bylo 83 % spokojených rodiček a 17 % rodiček bylo nespokojených, což je o něco více než v menších porodnicích. Tento výsledek je potěšující, potvrdil, že naše porodnictví je na velmi vysoké úrovni a rodičky jsou ve zkoumaném vzorku porodnic ve velké míře s ošetrovatelskou péčí porodní asistentky spokojeny.

Dále nás zajímalo, co by respondentky v péči porodní asistentky v průběhu porodu vylepšily. Zatímco v menších porodnicích navrhly ženy pouze tři možnosti zlepšení, a to přístup personálu, komunikaci a informovanost ze strany porodní asistentky, ve větších porodnicích už viděly rodičky nedostatků více. Mimo přístupu personálu, komunikace a informovanosti, navrhovaly dotazované klientky zlepšit také zmiňovaný bonding, omezení rutinních výkonů, kterými jsou klyzma a oholení před porodem, dále možnost volnosti v průběhu první doby porodní a změny poloh.

Na základě výše uvedené analýzy dotazníkového šetření se hypotéza č. 1 „Rodičky jsou spokojenější v menších porodnicích než ve větších“ statisticky nepotvrdila, bylo by

potřeba oslovit více respondentek. Hypotézu č. 2 „Spokojenost rodičky ovlivňuje empatický přístup porodní asistentky“ jsme potvrdili.

Podle zjištěných skutečností lze konstatovat, že v péči porodní asistentky o rodičku během porodu je stále co zdokonalovat. Rezervy spatřuji v přístupu porodní asistentky k rodičce i v nabízení poloh při porodu, neboť jak uvádí Matulníková(23), rodičkám změny poloh zmírňují pocit bolesti při kontrakcích a zvyšují pocit tělesné a psychické pohody.

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala spokojeností rodiček s ošetrovatelskou péčí porodní asistentky během porodu. Teoretická část byla zaměřena na průběh porodu a s tím související činnosti porodní asistentky během jednotlivých dob porodních, na možnosti zvládnání porodních bolestí a ukazatele spokojenosti s ošetrovatelskou péčí.

Praktická část se zaměřila na srovnání spokojenosti rodiček s péčí porodní asistentky v menších a ve větších porodnicích a na to, jak může porodní asistentka spokojenost rodičky ovlivnit. Byly stanoveny dva cíle. 1. Zjistit, zda jsou rodičky s ošetrovatelskou péčí spokojenější v menších porodnicích. 2. Zjistit, jak může porodní asistentka ovlivnit spokojenost rodičky. Pro zpracování této problematiky bylo zvoleno kvantitativní výzkumné šetření formou anonymního dotazníku. Dotazník byl určen ženám po porodu na oddělení šestinedělí ve čtyřech vybraných porodnicích. Výzkumný soubor tvořilo 215 respondentek.

Hypotézy byly ověřovány statistickým testem. Hypotéza 1: Rodičky jsou spokojenější v menších porodnicích než ve větších. Hypotéza 2: Spokojenost rodičky ovlivňuje empatický přístup porodní asistentky.

Z výsledků vyplynulo, že rodičky jsou s péčí porodních asistentek na první pohled spokojenější v menších porodnicích. Na základě analýzy výzkumného šetření se hypotéza č. 1 „Rodičky jsou spokojenější v menších porodnicích než ve větších“ jevila jako pravdivá, ale statisticky se nepotvrdila, bylo by potřeba oslovit více respondentek. Z dotazníků bylo jasně vidět, že rodičky, které vnímaly přístup porodní asistentky jako empatický, zároveň hodnotily celkově spokojenost s její péčí nejvyšší známkou. Je tedy zřejmé, že empatický přístup hraje obrovskou roli ve spokojenosti rodičky. Hypotéza č. 2 „Spokojenost rodičky ovlivňuje empatický přístup porodní asistentky“ byla potvrzena.

Z dotazníkového šetření vyvstaly problémové oblasti v péči porodních asistentek. Objevila se velmi negativní hodnocení přístupu porodní asistentky ze stran rodiček, jako je odtažitý přístup, nadřazený, nedostatek zájmu, nedostatky v ochotě pomoci, pokud byla o to rodičkou požádána. Ukázalo se i nedostatečné uplatňování bondingu,

především z důvodu operativního porodu, což ve světě není důvodem k neumožnění časného kontaktu s novorozencem.

K odstranění problémů, které z našeho výzkumu vyvstaly, by dle mého názoru mohlo přispět celoživotní vzdělávání porodních asistentek zaměřené na komunikaci s rodičkami a také edukace porodních asistentek v této oblasti v rámci seminářů pro porodní asistentky.

Výsledky výzkumu mohou sloužit jako materiál pro porodní asistentky, jak co nejlépe zlepšit svoji péči o rodičku v průběhu porodu. Využít ji ale rovněž mohou budoucí porodní asistentky, které se na toto povolání připravují, případně i další osoby účastnící se porodu. Poznatky, které vplynuly z výzkumného šetření, je možné prezentovat na některé z konferencí porodních asistentek.

7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. ČECH, Evžen a kol. *Porodnictví*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1303-8.
2. ELIAŠOVÁ, Anna. *Pôrodná asistenciac I*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-261-8.
3. TAKÁCS, Lea, Jitka SEIDLEROVÁ et al. *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví. Kvalita perinatální péče očima rodiček*. Praha: UK v Praze, FF, 2012. ISBN 978-80-7308-431-8.
4. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. Praha: GRADA, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.
5. SLEZÁKOVÁ, Lenka at al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: GRADA Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3373-9.
6. MZČR. *Definice porod-potrat dle MZCR*. [online]. 2012 [cit. 2014-04-20]. Dostupné z: <http://www.gynstart.cz/messages.php?sid=625>
7. KAMENÍKOVÁ, Miloslava. Vedení fyziologického porodu porodní asistentkou. *Moderní babictví*. 2005, č.7, s. 4-10. ISSN 1214-5572.
8. MIKULANDOVÁ, Magdalena. *Těhotenství a porod*. Brno: Computer Press, 2004. ISBN 80-251-0205-X.
9. YATES, Suzanne. *Zdravé těhotenství a přirozený porod*. Brno: Computer Press, 2009. ISBN 978-80-251-2475-8.
10. *Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů*.
11. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a porodu*. Praha: GALÉN, 2009. ISBN 80-7262-411-3.
12. Kolektiv autorů. *Standardy ošetrovatelské péče v porodní asistenci*. Nemocnice České Budějovice, 2008. ISBN 978-80-3774-2.
13. MROWETZ, Michaela, Antalová, Ivana a Chrastilová Gauri. *Bonding - porodní radost*. DharmaGaia, 2011. ISBN 978-80-7436-014-5.
14. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Porodní asistentkou krok za krokem*. ARGO, 2010. ISBN 978-80-257-0324-3.

15. PESCHOUT, Roman. Čtvrtá doba porodní. *Moderní babictví*. 2007, č. 14, s. 17-18. ISSN 1214-5572.
16. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. Praha: Reklamní ateliér Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
17. PAŘÍZEK, Antonín. Porodnická analgezie. *Moderní babictví*. 2004. č. 3, s. 20-24. ISSN 1214-5572.
18. SIMKINOVÁ, Penny. *Partner u porodu*. ARGO, 2000. ISBN 80-7203-308-5.
19. SAMKOVÁ, Aneta. Aromaterapie jako pomocník porodní asistentky. *Moderní babictví*. 2011, č. 20, s.24-29. ISSN 1214-5572.
20. SÍBKOVÁ, Zorka. Alternativní metody ovlivňování porodu. [online]. 2009 [cit. 2014-03-07]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/clanek/alternativni-metody-ovlivnovani-porodu>
21. STADELMANN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. Praha: Onewomanpress, 2009. ISBN 978-80-86356-50-1.
22. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha: GRADA, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
23. MATULNÍKOVÁ, Ľudmila. Rola pôrodnej asistentky v podpore a pomoci využívania poloh u rodičky. *Florence*. 2011, č. 2, s.35-38. ISSN 1801-464X.
24. TRČA, Stanislav. *Partner v těhotenství a při porodu*. Praha: GRADA, 2004. ISBN 80-247-0869-8.
25. CHMEL, Roman. *Otázky a odpovědi o porodu*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2142-2.
26. MIKOLÁŠOVÁ, Stanislava, RIEDLOVÁ Olga. Abeceda metod na zmírnění bolesti při porodu. [online]. 2010 [cit. 2014-03-24]. Dostupné z: http://www.mamaaja.cz/ActiveWeb/Article/2495/abeceda_metod_na_zmirneni_bolesti_pri_porodu.html
27. HUJOVÁ, Alena. Těhotenství a porod. *Pacientské listy*. 2005, č.7, s.4-6. ISSN 0044-1996.
28. VOKURKA Martin, HUGO, Jan et al. *Velký lékařský slovník*. Praha: MAXDORF, 2005. ISBN 80-7345-058-5.

29. BÁRTLOVÁ, Sylva a Helena HNILICOVÁ. *Vybrané metody a techniky výzkumu. Zjišťování spokojenosti pacientů*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7013-311-2.
30. VONDRÁČEK, Lubomír. Přítomnost doprovodu při porodu. *Moderní babičtví*. 2003, č. 1, s.38-39. ISSN 1214-5572.
31. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007, s. 40-41. ISBN 978-80-247-2069-2.
32. KAMENÍKOVÁ, Miloslava. Porodní asistentka a epidurální analgezie. *Sestra*. 2005, č. 10, s. 32. ISSN 1210-0404.
33. KAMENÍKOVÁ, Miloslava. *Porodní plán*. [online]. [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://www.babyonline.cz/porod/predporodni-priprava/porodni-plan>
34. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Porodní přání – porodní plán*. [online]. 2013 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: <http://www.pdcap.cz/Texty/Porplan.html>
35. MIKOLÁŠOVÁ, Stanislava. Připravte si porodní plán. [online]. 2009 [cit. 2014-02-17]. Dostupné z: http://www.mamaaja.cz/ActiveWeb/Article/1208/pripravte_si_porodni_plan.html
36. BERAN, Jiří et al. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: GRADA, 2010. ISBN 978-80-247-1125-6.
37. KLUSÁKOVÁ, Petra. *Personál malých porodnic byl hodnocen jako vstřícnější*. [online]. 11.2.2013, [cit. 2013-05-06]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/personal-malych-porodnic-byl-hodnocen-jako-vstricnejsi-468986>
38. KAMENÍKOVÁ, Miloslava. Naslouchat a respektovat přání rodiček? Kdy ano, kdy ne? *Interní medicína pro praxi*. 2003, č. 2, s. 11. ISSN 1212-7299.
39. DOLEŽAL, Antonín. *Porodnické operace*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-0881-2.
40. FAIT, Tomáš. Komplikace třetí doby porodní a časného poporodního období. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Levret 2007, č.1, s.79-81. ISSN 1211-1058.
41. JIRÁSKOVÁ, Vlasta. *O dulách*. [online]. [cit.2013-09-30]. Dostupné z: <http://duly.cz/clanky/clanky.htm>

8 PŘÍLOHY

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Ošetrovatelská péče při komplikacích během porodu

Příloha 3 Obrázky porodních poloh

Příloha 4 Obrázek akupunktury a akupresury

Příloha 1

Dotazník

Milá maminko,

jmenuji se Magdaléna Klímová a studuji obor porodní asistentka na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Píši bakalářskou práci na téma *Spokojenost rodiček s ošetřovatelskou péčí během porodu*. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění příloženého dotazníku, který bude součástí mé absolventské práce. Dotazník je zcela anonymní, otázky jsou zaměřené na to, jak jste byla spokojená s péčí porodní asistentky v průběhu porodu. Všechny získané informace a údaje budou použity pouze pro zpracování této práce. Vaše názory jsou pro mě velice cenné. Velmi děkuji za Vaši ochotu a Váš čas.

Odpovědi prosím zakroužkujte nebo stručně zodpovězte.

1. Kolik je Vám let?

.....

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) základní
- b) vyučena
- c) středoškolské s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

3. Porod byl:

- a) vaginální
- b) operativní z důvodu komplikací v průběhu porodu
- c) plánovaný operativní

4. Představila se Vám porodní asistentka, která o Vás v průběhu porodu pečovala?

- a) ano
- b) ne

5. Informovala Vás porodní asistentka o všech výkonech, které u Vás prováděla?

- a) ano
- b) ne

6. Jak jste byla spokojena s podáním informací o průběhu porodu porodní asistentkou?

ohodnoťte (zakroužkujte) na škále 1 až 5, kde 1= spokojena a 5= nespokojena

1 - 2 - 3 - 4 - 5

7. Poskytla Vám porodní asistentka informace o způsobech zvládnání porodních bolestí?

- a) ano
- b) ne

8. Byly informace, které Vám porodní asistentka poskytla, pro Vás vždy srozumitelné?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

9. Byla Vám porodní asistentka ochotna vždy pomoci, když jste ji o pomoc požádala?

- a) ano, velmi ochotně
- b) ano, ale byla odměřená
- c) ne vždy
- d) nebyla ochotná

10. Získala si porodní asistentka Vaši důvěru?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

11. Hovořily o Vás porodní asistentky mezi sebou jako byste tam nebyla? (ve 3. osobě)

- a) ano
- b) ne

12. Přístup porodní asistentky během porodu byste hodnotila jako (můžete označit více možností)

- a) laskavý, projevovala o mě zájem
- b) chápající, cítila se mnou
- c) vstřícný
- d) neosobní
- e) odtažitý
- f) nadřazený, nedostatek zájmu

13. Jak reagovala porodní asistentka na Vaše konkrétní dotazy?

- a) ochotně a s pochopením mi vše zodpověděla i vysvětlila
- b) ochotně mi odpověděla
- c) pouze profesionálně odpověděla
- d) neochotně odpověděla
- e) neodpověděla mi vůbec

14. Měla jste připravený svůj porodní plán?

- a) ano
- b) ne

15. Do jaké míry byl splněn? (pokud jste ho neměla, přejděte prosím na otázku č.17)

- a) byl splněn celý
- b) byl splněn zčásti
- c) nebyl splněn vůbec

16. Z jakého důvodu Vám nebylo v porodním plánu vyhověno?

.....
.....

17. Měla jste dostatek soukromí v 1. době porodní?(doba otevírací, před vypuzením dítěte)

- a) ano
- b) ne

18. Pokud jste odpověděla ne, uveďte, prosím, čím jste měla soukromí „narušené“.

.....
.....

19. Mohla jste si vybrat porodní polohu?

- a) ano
- b)ne
- (proč?)

20. Položili Vám dítě bezprostředně po porodu na břicho, popř. byl Vám umožněn tělesný kontakt s dítětem ihned po porodu?

- a) ano
- b) ne
- (proč?)
-

21. Byla jste celkově spokojena s péčí, která Vám byla během porodu poskytnuta? ohodnot'te (zakroužkujte) na škále 1-5, kde 1= spokojena až 5= nespokojena

1 - 2 - 3 - 4 - 5

22. Pokud jste nebyla spokojena, napište, prosím, co byste zlepšila:

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

23. Šla byste znovu rodit do této porodnice?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

24. Doporučila byste tuto porodnici svým přátelům a známým?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Příloha 2

Ošetrovatelská péče při komplikacích během porodu

Při akutním ohrožení matky, plodu nebo obou zároveň se provádí akutní neboli neplánovaný císařský řez, což je porodnická operace, při které dochází k vybavení plodu z dělohy přes břišní stěnu (1).

Nejčastějšími indikacemi k provedení císařského řezu jsou akutní a chronická hypoxie plodu, krvácení za porodu, kefalopelvický nepoměr, patologie naléhání plodu, pooperační stavy, velký plod nad 4500 g, prolaps pupečníku, akutní a chronické stavy u matky, patologické polohy u vícečetného těhotenství, nepostupující porod, neúspěšná indukce porodu či psychologické indikace (4).

Péče porodní asistentky při císařském řezu zahrnuje mimo plnění ordinací lékaře také předoperační přípravu, která obnáší odstranění šperků, brýlí, piercingu a čoček u rodičky. Dále porodní asistentka sterilně zavede permanentní močový katétr, pokud je potřeba a rodička souhlasí, ženu při té příležitosti přeholí, poté zajistí intravenózní vstup, dle ordinace lékaře odebere rodičce krev, objedná krevní transfuzi, zkontroluje, zda není rodička alergická na léky a připraví antibiotika na operační sál. Jako prevenci tromboembolické nemoci aplikuje porodní asistentka dle ordinace lékaře nízkomolekulární Heparin. Velmi důležitá je zde psychická podpora rodičky, porodní asistentka ženu informuje o následném převozu a možnosti prvního kontaktu s novorozencem na jednotce intenzivní péče. Až do začátku samotné operace kontroluje ozvy plodu pomocí stetoskopu. Císařský řez může být i plánovaný z důvodu onemocnění matky či nepravidelné polohy plodu. Předoperační příprava je stejná jako u akutního císařského řezu, pouze je obohacena o souhlas rodičky o očistné klyzma a sprchu (1,12,39).

I ve druhé době porodní může dojít ke vzniku komplikací, které mohou ohrozit zdraví i život rodičky či plodu. Tyto komplikace se nejčastěji řeší klešťovým porodem nebo vakuumextrakcí (11).

Klešťovým porodem se rozumí nástroj k vybavení plodu z porodních cest. Podmínky k použití tohoto nástroje jsou takové, že hlavička musí být v porodních cestách fixovaná a nelze ji mimo kontrakci vysunout, plodová voda musí být odteklá a branka musí být zašlá. Důvody k použití porodnických kleští mohou být nepostupující porod, fyzicky či psychicky vyčerpaná nebo nespolupracující rodička, silné krvácení a akutní hypoxie plodu. Kleště nelze použít při kefalopelvickém nepoměru, při překážce v porodních cestách v podobě vývojové vady čípku, pochvy nebo vulvy a je-li hlavička nevstoupá a nefixovaná v porodních cestách (4,8).

Úkolem porodní asistentky při klešťovém porodu je zajištění podepsaného informovaného souhlasu rodičky, zavedení intravenózního vstupu, příprava sterilního stolku a porodnických kleští, upravení porodnického lůžka, vycévkování rodičky, odezinfikování a oholení rodidel kvůli preventivní epiziotomii. Po celou dobu lékaři asistuje a je psychickou oporou rodičky. Úlohou porodní asistentky po porodu je změření tlaku krve a pulsu, kontrola krvácení a zavínování dělohy (8,12).

Vakuumextraktor je porodnický přístroj, který se používá k extrakci plodu z porodních cest pomocí trakce za pelotu, která se umístí na hlavičku plodu. Pelota je gumovou hadičkou připojena na vakuový přístroj, který vyvine pod pelotou bezpečný podtlak. Situace, kdy se vakuumextraktor používá, je protražovaný porod, sekundárně slabé kontrakce, krvácení za porodu, vyčerpaná rodička nebo trpí-li rodička onemocněním srdce a tlačení by bylo pro ni nebezpečné (4,24).

Před provedením tohoto výkonu je úkolem porodní asistentky vycévkování rodičky a odezinfikování rodidel. Dále po celou dobu výkonu asistuje lékaři. Porodník zavede pelotu za kontroly prstů na vedoucí bod hlavičky a poté vytvoří podtlak, který musí být po celou dobu udržován stejný, aby nedošlo k poškození kůže na hlavičce. Trakce se provádí za kontrakce ve směru pánevní osy spolu s kývavými pohyby do stran a při prořezávání je prováděna mediolaterální episiotomie. Po porodu hlavičky porodník sníží podtlak tak, aby se pelota uvolnila. Následuje běžný způsob porození zbývajících částí plodu (1).

Ve třetí době porodní může dojít k zadržení placenty a následnému silnému krvácení rodičky. Pokud se placenta do hodiny neodloučí, je potřeba provést manuální vybavení placenty. Porodní asistentka před výkonem zajistí podepsaný informovaný souhlas rodičky, která je při tomto výkonu v celkové anestezii. Poté porodní asistentka zavede intravenózní kanylu, plní ordinace lékaře, připraví sterilní stolek a provede dezinfekci rodidel. Manuální vybavení placenty provádí lékař a porodní asistentka mu po celou dobu asistuje. Jejím úkolem je polévání zavedené ruky lékaře do porodních cest dezinfekčním roztokem, aby se předešlo vzniku vzduchové embolie. Po vynětí placenty z dělohy je nutné provést šetrnou revizi dutiny děložní za současné aplikace uterotonik. Pokud se ani tak nepodaří placentu z děložní dutiny vyjmout, je placenta vrostlá do děložní stěny a musí se přistoupit v zájmu záchrany matky k odstranění dělohy (12,40).

Jestliže si porodní asistentka není jista, zda je placenta celá nebo krvácí – li rodička, přistoupí lékař k výkonu nazývanému digitální revize dutiny děložní, který je obdobný jako manuální vybavení placenty, ale lékař zavádí pouze dva prsty, tudíž není třeba celkové anestezie (4).

V případě, že nelze zbytky placenty prsty odstranit, připraví porodní asistentka stolek na instrumentální revizi dutiny děložní, kde se nachází velká tupá Bummova kyreta, pomocí které se zbytky odstraní. Po obou výkonech je úlohou porodní asistentky kontrolovat fyziologické funkce, krvácení, zavinování dělohy a celkový stav rodičky (4,5,12).

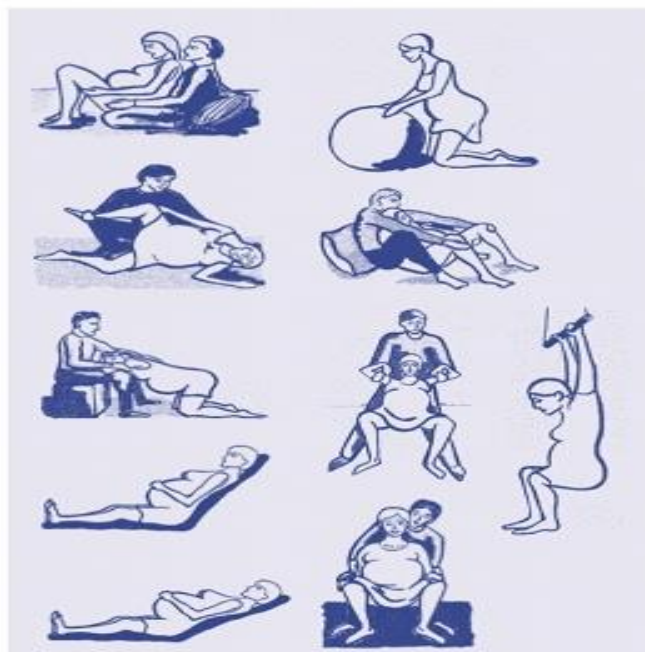
Příloha 3

Obrázky porodních poloh

První doba porodní (doba otevírací)



Druhá doba porodní (doba vypuzovací)



Zdroj: <http://www.aperio.cz/245/pomucky-a-polohy-pro-normalni-porod>

Příloha 4

Obrázek akupunktury a akupresury

Při akupunktuře vpichuje porodní asistentka speciální jehly do bodů na těle.



Zdroj: <http://www.astrolife.cz/?p=3601>

Při akupresuře využívá porodní asistentka místo jehel prsty či dlaně.



Zdroj: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientske-listy/akupresura-akupunktura-bez-jehel-452797>