

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Svatava Koblitzová

**Potřeby rodiček v první době porodní
se zaměřením na potřeby psychické a sociální**

The needs of expectant mothers in the first stage of childbearing time with focus on the
psychical and social needs

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Kulhavá Miluše

Praha, 2016

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 31. 3. 2016

SVATAVA KOBLITZOVÁ

Podpis.....

Identifikační záznam

KOBLITZOVÁ, Svatava. Potřeby rodiček v první době porodní se zaměřením na potřeby psychické a sociální. [*The needs of expectant mothers in the first stage of childbearing time with focus on the psychological and social needs*]. Praha, 2016. 51 s., 5 přílohy, 7 s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce: Kulhavá, Miluše.

ABSTRAKT

Práce se zaměřuje na problematiku porodu a potřeby rodiček v první době porodní. Konkrétně na potřeby rodiček od začátku první doby porodní až do doby samotného porodu a to na potřeby psychické a sociální.

V teoretické části se zaměřuji na historii porodnictví, na přístup k těhotným ženám v minulosti a v současném porodnictví. Dále je v rámci teoretické části popsán porod a jednotlivé doby porodní, včetně zaměření se na psychické, fyzické a sociální aspekty porodu. Pro realizaci praktické výzkumné části práce je využito kvantitativní metodiky a technikou sběru dat je dotazník.

Hlavním cílem výzkumné části bakalářské práce je zjistit, jak samy rodičky hodnotí přístup ošetřujícího personálu v souvislosti se svými potřebami.

Dílčími cíli výzkumné části bakalářské práce je:

- Zjistit, zda rodička měla po celou dobu příjmu pocit soukromí a intimity.
- Zjistit, zda byl přístup ošetřujícího personálu k rodičce empatický.
- Zjistit, zda na rodičku působilo prostředí porodnického oddělení uklidňujícím dojmem.

Vyhodnocení dílčích cílů bakalářské práce:

Z výsledků je zřejmé, že oslovené respondentky považují za nejvýznamnější potřeby například přítomnost blízké osoby v době předporodní a u porodu. Další výraznou potřebou, která se prezentovala ve výzkumných šetřeních, byla potřeba tišení bolesti, a to jak farmakologickými, tak i nefarmakologickými postupy (aromaterapie aj.). Důležitým aspektem byl i empatický přístup ošetřujícího personálu.

Hlavní cíl:

Zjistit, jaké jsou psychické a sociální potřeby současných rodiček od počátku první doby porodní až do porodu plodu.

Předpokládaný výsledek: Předpokládám, že 100% žen vyžaduje určité psychické, tak sociální potřeby.

Vedlejší cíle:

- Cíl č. 1: Zjistit, jak samy rodičky vnímají přítomnost blízké osoby v průběhu příjmu a první doby porodní.
Předpokládaný výsledek: Předpokládám, že 75% rodiček upřednostňují přítomnost blízké osoby či partnera.
- Cíl č. 2 : Zjistit, zda rodička měla po celou dobu příjmu pocit soukromí a intimity.
Předpokládaný výsledek: Předpokládám, že 85% rodiček mělo pocit soukromí a intimity.
- Cíl č. 3 : Zjistit, zda byl přístup ošetřujícího personálu k rodičce empatický v souvislosti s jejich potřebami
Předpokládaný výsledek: Předpokládám, že 80% ošetřujícího personálu byl k rodičce empatický.
- Cíl č. 4 : Zjistit, zda na rodičku působilo prostředí porodnického oddělení uklidňujícím dojmem.
Předpokládaný výsledek: Předpokládám, že 90% rodiček působilo porodnické oddělení uklidňujícím dojmem

KLÍČOVÁ SLOVA

Aspekty porodu, komplikace porodu, porod, potřeby psychické, potřeby rodiček, potřeby sociální, první doba porodní.

ABSTRACT

The work focuses on the issues and needs of mothers giving birth in the first stage of labor. Specifically, on the needs of mothers from the beginning of the first stage of labor until the birth itself.

In the theoretical part, the author focuses on the history of obstetrics, access to pregnant women in the past and in the present obstetrics. Furthermore, in the context of theoretical part of this work, is described childbirth and individual stages of labor, including a focus on mental, physical and social aspects of childbirth. For the realization of practical research part of the study is the use of quantitative methods and techniques of data collection is the questionnaire.

The main objective of research part of the study is to investigate how mothers themselves evaluate approach of the nursing staff in relation to their needs.

Within the sub-objectives of this thesis are:

- Determine whether a woman in labor has a feeling of privacy and intimacy at all times.
- Determine whether the approach of the nursing staff to a woman in labor was empathetic.
- Determine whether the environment of the obstetrics department has calming effect for a woman in labor.

Evaluating of the next partial objectives of the thesis:

The results shows, that the addressed respondent consider the most important needs the presence of a loved one, during the antenatal and childbirth. Another important need which presented itself in the research investigation, was needed the pain relief, both pharmacological and non-pharmacological procedures (aromatherapy etc.). An important aspect was the empathic attitude of the nursing staff.

The main objective:

To find out, what are the psychological and social needs of the present mothers giving birth in the first stage of labor until delivery of the fetus.

The expected results: I assume that 100 % of women requires a certain mental and social needs.

The secondary objectives:

Objective 1: To find out, how the mothers giving birth precieve the presence of their closest persons during reception and the first stage of labor.

The expected results: I assume, that 75 % of mothers giving birth will prefer presence of their closest persons or partner.

Objective 2 : To find out, whether mother giving birth had feeling of privacy and intimacy for the whole time during reception.

The expected results: I assume, that 85 % of mothers giving birth had feeling of privacy and intimacy.

Objective 3 : To find out, whether the approach taken of the nursing staff has been emphatic in result of their needs.

The expected results: I assume, that 80 % of the nursing staff was emphatic to the mothers giving birth.

Objective 4 : To find out, whether for mothers giving birth have worked on environment of obstetric department with calming effect.

The expected result: I assume, that 90 % of mothers giving birth have worked on environment of obstetric department with calming effect.

KEY WORDS

Aspects of childbirth complications, parturition, psychological needs, the needs of mothers, needs-the social, the first stage of labor.

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala p. Mgr. Kulhavé za ochotu vedení mé bakalářské práce, rady a podporu. Dále bych ráda poděkovala kolektivu a klientkám hospitalizovaných na porodnickém oddělení Nemocnice Kadaň, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

Obsah

Úvod	10
1 Historie a současnost porodnictví	11
2 Těhotenství a porod	14
2.1 Anatomie a fyziologie ženského pohlavního systému	14
a porodních cest	14
2.2 Těhotenství	15
3 Porod	19
3.1 Doby porodní	20
3.2 Rizikové faktory těhotenství a případné komplikace při porodu	22
4 Potřeby rodiček při porodu	24
4.1 Potřeby fyziologické	25
4.2 Potřeby psychické	31
4.3 Potřeby sociální	34
4.4 Potřeby spirituální	35
4.5 Potřeby rodiček z hlediska ošetrovatelského procesu v první době porodní ..	36
5 Metodologie	38
6 Vyhodnocení cílů	43
7 Průběh dotazníkového šetření	45
8 Zpracování dotazníkového šetření	46
9 Diskuze	65
10 Návrhy pro praxi	69
11 Závěr	71
12 Seznam použité literatury	72
Seznam příloh	767

Úvod

Téma bakalářské práce se zaměřuje na potřeby rodiček v průběhu první doby porodní se zaměřením na potřeby psychické a sociální. Toto téma bakalářské práce jsem si zvolila, jelikož jsem v roce 2007 pracovala na Anesteziologicko-resuscitačním oddělení Nemocnice Kadaň s.r.o. Z anesteziologického hlediska jsem docházela na malé gynekologické výkony a císařské řezy. Velice mě začal tento obor zajímat, jak z hlediska odborného, tak z hlediska pohledu klientek, protože se jedná o velmi závažnou a důležitou fázi v životě ženy - budoucí matky. I přesto, že v současné moderní době je možná během porodu přítomnost otce na porodním sále, tak v mnoha porodnicích dochází k situaci, že v průběhu první doby porodní je rodička sama a manžel či partner je na porodní sál povolán až na počátku druhé doby porodní. Přitom mnoho žen uvádí, že právě přítomnost manžela či partnera v první době porodní je pro ně nejdůležitější. Proto je pro rodičku důležitá přítomnost někoho „blízkého“, někoho, u kterého má žena oporu a porozumění.

V minulosti byl porod pojímán jako něco velice intimního, něco co se týkalo pouze konkrétní rodičky. Dnes je naopak porod chápán jako situace, která se dotýká nejen samotné rodičky, i manžela nebo partnera, ale i novorozence.

Bakalářská práce je standardně rozdělena na část teoretickou a praktickou. V rámci teoretické části je popsán porod a jednotlivé doby porodní, včetně zaměření se na psychické a i sociální aspekty porodu. Pro realizaci praktické části práce je využito kvantitativní metodiky, kdy technikou sběru dat je dotazník.

Předmětem mého výzkumu je zjistit, jak samy rodičky vnímají přítomnost blízké osoby v průběhu příjmu a první doby porodní. Zjistit, zda rodička měla po celou dobu příjmu pocit soukromí a intimity. Zjistit, zda byl přístup ošetřujícího personálu k rodičce empatický v souvislosti s jejich potřebami, zjistit, zda na rodičku působilo prostředí porodnického oddělení uklidňujícím dojmem.

Bakalářská práce je zpracována za využití odborných literárních i internetových zdrojů, které jsou uvedeny v příslušné kapitole na konci této práce.

1 Historie a současnost porodnictví

Profese porodních asistentek je velmi stará, jako lidstvo samo. Může se jednat například o popis aktivit a praktických dovedností porodních bab v Egyptě nebo židovských žen, které poskytovaly pomoc a také podporu ženám při porodu, se kterými je možné se setkat již v Bibli, ve Starém zákoně (Doležal, Kuželka, 2009). Ženský lékař, řeckého původu, Soranos z Efesu se ve svých pracích zmiňuje o praktické činnosti porodních bab

a porodních pomocnic (Doležal, Kuželka, 2009). Od těchto asistentek vyžadoval takové vlastnosti a schopnosti, jako je např. dobrá paměť, kreativita, pracovitost, důvěryhodnost, empatie, schopnost dobrého a rychlého úsudku a také fyzické předpoklady (dlouhé

a jemné prsty, krátké a udržované nehty apod.) (Vránová, 2011). Porodnictví v minulosti je spojováno s vůbec nejstarším ženským povoláním, kterým bylo povolání porodní báby. V minulosti byl všeobecně porod pojímán a chápán jako zcela přirozená situace a součást života ženy. Z tohoto důvodu pomáhaly zkušené a staré ženy, které samy měly za sebou několik porodů (Zemenová, 2007).

Porodní báby od doby vládnutí Josefa II., tedy zhruba od druhé poloviny 18. století, se dostaly pod státní kontrolu, kdy musely povinně navštěvovat školení a také skládat závěrečné zkoušky, neboť se až po nich mohly věnovat profesi porodní báby. Důvodem tohoto opatření byla skutečnost, že ještě na počátku 18. století, končil zhruba každý 70. porod úmrtím rodičky nebo novorozence (Zemenová, 2007). V této době ještě nebyly vedeny záznamy o tzv. novorozenecké úmrtnosti, proto není možno jednoznačně definovat, jak vysoká novorozenecká úmrtnost ve skutečnosti byla (Štromerová, 2010).

Až na začátku 19. století docházelo k tomu, že porody probíhaly v rámci ústavní péče pod dozorem lékařů. Ale i přes tato opatření byla úmrtnost rodiček stále velmi vysoká než při porodech v domácím prostředí. Důvodem byla skutečnost, že v porodnicích, v té době byly velmi špatné a nevhodné hygienické poměry a návyky. Např. lékaři a medicí přicházeli k porodu rovnou z pitevny. V této době byly dezinfekční prostředky již známy, ale nežívaly se (Slezáková a kolektiv, 2007).

První dezinfekční látkou bylo chlorové vápno. Zásadou tohoto dezinfekčního opatření došlo k poklesu úmrtnosti rodiček v ústavních zařízeních z 18 % pouze na 1 %

(Zemenová, 2007). Oblastí vědecké mikrobiologie, která umožňovala zjistit a objasnit vliv a dopady mikroorganismů na lidský organismus, se zabýval chemik Louis Pasteur, a to především na poli výzkumu vztekliny apod. Poznatky z oblasti bakteriologie aplikoval v medicíně německý lékař Robert Koch.

V průběhu 19. století tedy začíná významná fáze v rozvoji dezinfekce a sterilizace, což spolu s dalšími pokroky (chirurgické postupy, farmakologické postupy apod.), vedlo k bezpečnějším porodům, jak pro matku, tak pro novorozence (Zemenová, 2007).

Za prvního profesora teoretického porodnictví byl na pražské lékařské fakultě jmenován v roce 1790 Ignatz Ruth. Ruth byl velmi dobrým teoretikem, ale praktická činnost v porodnictví nebyla jeho silnou doménou. Proto navrhl a následně také zavedl praktickou výuku porodníků - lékařů. Ignatz Ruth se vyjma vzdělávání studentů medicíny věnoval i výuce porodních bab ([Http://zdravi.e15.cz](http://zdravi.e15.cz), 2011). S pražskou lékařskou fakultou je dále spojeno jméno dalšího významného českého lékaře - porodníka, Jana Meliče, který se stal přednostou Všeobecné nemocnice (Doležal, Kuželka, 2009). Jan Melič v roce 1787 založil soukromou ambulanci porodnici, která byla následně rozšířena a poskytovala péči pro chudinu. V roce 1803 tato nemocnice zanikla z důvodu nedostatku finančních zdrojů. Melič se mimo jiné zaměřoval také na demografii a statistiku, kdy například v roce 1790 publikoval informace o úmrtnosti rodiček na území Čech. Dále se také podílel na tvorbě systému zdravotního pojištění, které bylo určeno pro ekonomicky nezajištěné občany. Jan Melič se v roce 1792 stal profesorem v oblasti praktického porodnictví (<http://zdravi.e15.cz>, 2011).

Další významnou osobností českého porodnictví byl Antonín Jungmann, který v roce 1805 získal lékařský diplom a následně se věnoval praktické medicíně a porodnictví v Praze v Nemocnici Na Františku u Milosrdných bratří. Později Jungmann odešel do porodnice, která byla zřízena v roce 1803 u kostela sv. Apolináře. Součástí této porodnice byl i nalezinec (<http://zdravi.e15.cz>, 2011).

Antonín Jungmann byl v roce 1811 jmenován profesorem porodnictví (Hájek, 2014). Pod záštitou a praktickým vedením Antonína Jungmanna získala pražská porodnická škola významné evropské uznání a věhlas (<http://zdravi.e15.cz>, 2011).

V průběhu 20. století byla oblast porodnictví v Čechách již na velice dobré úrovni a to v důsledku prudkého rozvoje chemie, fyziky, anatomie a farmakologie, dále v důsledku diagnostických a terapeutických postupů. Toto vše vedlo k bouřlivému rozvoji lékařského oboru porodnictví a ke snižování jak mateřské, tak i novorozenecké úmrtnosti (Velemínský, Velemínský ml., 2007).

Roztočil a kolektiv uvádějí, že: *„moderní porodnictví nevidí úspěšné ukončení těhotenství v předání zdravého porozeného novorozence matce, ale klade si za cíl vytvořit*

z mimořádné události v životě rodiny, kterou porod dítěte bezesporu je, období, které zůstane krásnou vzpomínkou nejenom pro rodičku, ale i pro její blízké“ (Roztočil a kolektiv, 2008, s. 8).

Ke skutečnému rozvoji humanizace v oblasti porodnictví došlo až v 70. letech 20. století, kdy porodní sály přestaly být uzavřenými aseptickými provozy a otevírají se pro blízké rodinné příslušníky rodiček, aby tak své obavy, úzkosti a také porodní bolesti a nakonec i radost, mohly sdílet spolu se svými blízkými (Roztočil a kolektiv, 2008).

2 Těhotenství a porod

V rámci této kapitoly se zaměřuji na popis anatomie a fyziologie ženského pohlavního systému a porodních cest, dále zde bude vymezeno období těhotenství a následně i definování porodu, včetně specifikace jednotlivých dob porodních.

2.1 Anatomie a fyziologie ženského pohlavního systému a porodních cest

Ženský pohlavní systém (viz příloha A, obrázek č. 1) je rozdělen na vnější a vnitřní pohlavní orgány a dále na přídatné části pohlavního systému (pánev, mléčná žláza). Hlavní funkcí ženského pohlavního systému je tvorba zralých pohlavních buněk, tj. vajíček a také tvorba ženských pohlavních hormonů: estrogeneru a progesteronu, které jsou důležité právě pro možnost otěhotnění a následného porodu dítěte.

Reprodukční systém ženy umožňuje a zajišťuje oplození vajíčka a dále vlastní vývoj embrya a plodu, a to až do doby porodu dítěte. Porod je velmi specifický mechanismus, který je za fyziologických podmínek vyvolán především aktivitou plodu (Čihák, 2013).

Vnější pohlavní orgány ženy čili tzv. zevní rodidla jsou tvořena hrou, velkými a malými stydkými pysky, poštváčkem, panenskou blánou, vestibulární žlázou a hrází. Jedná se o ty orgány, které jsou lokalizovány v dolní části trupu, konkrétně v oblasti tzv. urogenitální. Vaječníky jsou hlavní ženskou pohlavní žlázou a produkují vajíčka, v době produktivního věku ženy (Čihák, 2013).

Vaječník

Vaječník je párová pohlavní žláza, která je dlouhá zhruba 3,5 až 5 cm. Pod jednovrstevným epitelem vaječníku jsou, ve vazivové části, uložena vajíčka – pohlavní buňky. Proces tvorby a vzniku vajíček se nazývá jako tzv. oogeneze. Vajíčka nezralého charakteru (tzv. ovocyty) jsou ve vaječnicích uloženy již od chvíle narození, do počátku pubescence, kdy dojde k redukci jejich počtu. V době plodného období ženy dojde k uzrání asi kolem 400 vajíček (Čihák, 2013). Epitel kolem vajíček se množí a transformuje tak, že z něho vzniká Graafův folikul, který je naplněný tekutinou, která

obsahuje ženský pohlavní hormon estrogen. Poté v pravidelných, a to 28 - denních cyklech, dochází k ovulaci, kdy Graafův folikul praskne a kapalina s vajíčkem se uvolňuje do vejcovodu a dále do vývodných pohlavních cest ženy (Čihák, 2013).

Vývodné ženské pohlavní cesty

Vejcovod je párový orgán, který je trubicového charakteru a jeho délka je kolem 5 až 7 centimetrů. Samotná stěna vejcovodu je tvořena hladkou svalovinou, na které se nachází řasinkový epitel. Prostřednictvím stahů svaloviny (tzv. kontrakce) a také pohybem řasinek je uvolněné vajíčko posouváno do oblasti dělohy (Čihák, 2013).

Děloha (uterus) je orgán, který je tvořen výhradně hladkou svalovinou, má tvar hrušky. Sliznice dělohy (endometrium) je kryta jednovrstevným řasinkovým epitelem, který vytváří a produkuje řídký děložní hlen. U děložní sliznice dospělé ženy dochází k pravidelným změnám, v rozmezí 28 dnů, o kterých hovoříme jako o menstruačním cyklu. Menstruační cyklus je proces, který probíhá v životě ženy od puberty až do doby menopauzy. Hlavním smyslem menstruačního cyklu je příprava endometria na případné uhnízdění oplodněného vajíčka a jeho další vývoj v embryo a dále v plod. Menstruační cyklus je řízen prostřednictvím hormonů vaječnicků (Čihák, 2013).

Fáze menstruačního cyklu jsou: fáze proliferační, fáze sekreční, ischemická fáze a vlastní fáze menstruační (Čihák, 2013).

Pochva je část ženských vývodných pohlavních orgánů, která spojuje dutinu děložní se zevními pohlavními orgány. Stěny pochvy vytvářejí kolem krčku poševní klenbu. Poševní sliznice je pokryta vrstevnatým dlaždicovým epitelem, který je bez žlázek. Zevní pohlavní orgány ženy jsou tedy tvořeny pochvou, malými a velkými stydkými pysky, hrmou a hrází (Čihák, 2013).

2.2 Těhotenství

Ve chvíli spojení jádra spermie a jádra vajíčka vzniká zygota, tj. oplodněné vajíčko, které se začne ihned dělit. Následně dochází k vytvoření tzv. moruly, což je solidní útvar, který je tvořen šestnácti buňkami. V průběhu dělení dochází k posunu oplodněného vajíčka směrem k děloze, kdy endometrium dosahuje maxima (deciduum) oji a přijímá oplodněné vajíčko, které se zde bude vyvíjet (Belešová, 2009). Vlastní

proces implantace a nidace oplodněného vajíčka se děje zhruba v horní třetině zadní či přední děložní stěny, kdy se blastocysta, zhruba 6. den po fertilizaci, začne nořit do sliznice dutiny děložní, to znamená, že se implantuje do deciduy. Proces implantace je ukončen zhruba 11. den po fertilizaci (Belešová, 2009).

Diagnostika gravidity se provádí na podkladě přítomnosti tzv. jistých, nejistých a pravděpodobných známek těhotenství. Jednoznačně je možno diagnózu těhotenství potvrdit pouze za využití objektivních vyšetřovacích metod (např. ultrazvukového vyšetření a zjištění srdeční činnosti plodu). Vaginální ultrazvuk by měl být schopen rozeznat gestační váček již při hodnotách HCG v krvi 1000 – 2000 mIU/ml. (cca. 6. – 7. týden).

Nejisté příznaky velmi často přivádějí ženu k lékaři - gynekologovi na vyšetření a zjištění případné gravidity (Štomerová, 2010). Mezi nejisté známky těhotenství patří např. změny chuti, ranní nevolnosti až zvracení, pyalismus, časté a rychlé změny nálad a emocí, častější nutkání na močení, zvýšená únavnost a tzv. linea fusca. Linea fusca je druh těhotenské hyperpigmentace střední linie mezi podbříškem a pupkem. Za pravděpodobné symptomy těhotenství je považována především amenorea, tedy vynechání menstruace.

V případě podezření na graviditu je lékařem zjišťováno datum poslední menstruace, pravidelnost menstruačního cyklu u ženy, ale také četnost pohlavních styků za poslední měsíc a metody užívané kontracepce (Belešová, 2009). Za jisté symptomy gravidity považujeme přítomnost choriogonadotropinu v séru či v moči ženy (což je asi 7. až 8. den po koncepci) (Roztočil a kolektiv, 2008). Za negativní hodnoty se považuje hodnota pod 5 mIU/ml. Hodnoty od 5 – 25 mIU/ml je považována za nejistou. Odběr krve je doporučován za 2-3 dny opakovat. Zhruba $\frac{3}{4}$ normálně probíhajících těhotenství vykazuje HCG hodnoty, které se během prvních 2 – 4 týdnů zdvojnásobují každých 48 – 72 hodin. Jak se těhotenství rozvíjí, tak se zdvojnásobení růstu HCG zpomaluje. HCG test má dvě podoby: kvalitativní a kvantitativní hodnotu. Kvalitativní hodnota ukazuje, zda je tento hormon v krvi přítomen. Kvantitativní hodnota, která určuje hodnotu hormonu v krvi. Nejvyšší hodnoty HCG jsou v 10. – 11. týdnu. Poté se ustálují. Dále sem patří průkaz plodového vejce prostřednictvím ultrazvukového vyšetření, kdy je v děloze nalezen gestační váček, a to zhruba od 4. až 5. týdne gravidity (srdeční akce je na ultrazvuku, u embrya, prokazatelná kolem 6. týdne gravidity). Blastocysta, zhruba 6. den po fertilizaci, začne nořit do sliznice dutiny děložní, to znamená, že se implantuje do deciduy). Proces implantace je ukončen zhruba 11. den po fertilizaci (Belešová,

2009). Diagnostika gravidity se provádí na podkladě přítomnosti tzv. jistých, nejistých a pravděpodobných známek těhotenství. Jednoznačně je možno diagnózu těhotenství potvrdit pouze za využití objektivních vyšetřovacích metod (např. ultrazvukové vyšetření.)

Nejisté příznaky velmi často přivádějí ženu k lékaři - gynekologovi na vyšetření a zjištění případné gravidity (Štomerová, 2010). Mezi nejisté známky těhotenství patří např. změny chuti, ranní nevolnosti až zvracení, ptyalismus, časté a rychlé změny nálad a emocí, častější nutkání na močení, zvýšená únavnost a tzv. linea fusca. Za pravděpodobné symptomy těhotenství je považována amenorea, tedy vynechání menstruace.

V případě podezření na graviditu je lékařem zjišťováno datum poslední menstruace, pravidelnost menstruačního cyklu u ženy, ale také četnost pohlavních styků za poslední měsíc a metody užívané kontracepce (Belešová, 2009). Za jisté symptomy gravidity považujeme přítomnost choriogonadotropinu v séru či v moči ženy (což je asi 7. až 8. den po koncepci) (Roztočil a kolektiv, 2008). Dále sem patří průkaz plodového vejce prostřednictvím ultrazvukového vyšetření, kdy je v děloze nalezen gestační váček, a to zhruba od 4. až 5. týdne gravidity (srdeční akce je na ultrazvuku, u embrya, prokazatelná kolem 6. týdne gravidity). Auskultací lze prokázat srdeční ozvy plodu přes děložní a břišní stěnu mezi 17. – 19. týdnem těhotenství.

Těhotenství představuje fázi v životě ženy, kdy dochází v jejím organismu, k vývoji embrya a následně plodu (Čihák, 2013). Období těhotenství trvá 280 dní, což je 10 lunárních měsíců (počítáno po 28 dnech). Těhotenství čili gravidita je započato splynutím ženské pohlavní buňky - vajíčka a mužské pohlavní buňky – spermie a je ukončeno porodem plodu. Období těhotenství je možno rozdělit na fázi oplození, na fázi implantace, na fázi nidace a poté na fázi, kdy dochází k vlastnímu vývoji plodového vejce (Belešová, 2009).

V průběhu gravidity se žena adaptuje na velmi rozmanité těhotenské změny, které mohou být zcela fyziologické, ale ve vyhraněných případech se již jedná o stavy patologické. Mezi základní změny, které se při těhotenství v těle ženy prezentují, patří: postupný nárůst tělesné hmotnosti, změny v krevní distribuci (zmnožení krve ke krevnímu řečišti), termoregulační a metabolické změny, změny pohyblivosti (Belešová, 2009). Další změny se mohou dotýkat i oblasti psychické, emocionální či sociální, kdy se mění psychické cítění, interakce s partnerem či interakce s dalšími rodinnými příslušníky aj. (Vágnerová, 2008).

Psychické prožívání gravidity

Prenatální vývoj vytváří základ pro další vývojové změny, kdy zcela přechází ve fázi postnatální. Interakce matky a plodu začíná již v době prenatálního vývoje, kdy je vytvářen jakýsi komunikační systém, v němž je i plod aktivním účastníkem (podává matce informaci o svých potřebách). Komunikace mezi matkou a plodem probíhá následujícími způsoby:

- **Fyziologická komunikace**, kterou zprostředkovává krev procházející placentou. Látky v ní obsažené, např. krevní cukr, putují z mateřského organismu do organismu plodu a také ho ovlivňují (např. stres matky, který je doprovázen fyziologickými reakcemi).
- **Smyslová komunikace** umožňuje, že plod vnímá některé smyslové reakce a reaguje na ně, např. masírování břicha, změna polohy, mateřský hlas. Plod vyjadřuje svou nelibost pomocí pohybové aktivity.
- **Emoční a racionální postoj matky k plodu**, kdy matka na plod soustředí svou pozornost, uvažuje o něm, prožívá nějakým způsobem jeho existenci. Např. nechtěné děti bývají častěji potraceny než děti chtěné, jelikož organismus matky podává za těchto okolností plodu negativní informaci a nereaguje na jeho signály standardním způsobem (Vágnerová, 2005).

3 Porod

Porod čili partus je stav, kdy dojde k ukončení gravidity a je porozen živý plod, který má minimální tělesnou hmotnost alespoň 500 gramů, nebo se jedná o jedince, jehož tělesná hmotnost je nižší než 500 gramů, ale přežije 24 hodin od porodu. Při porodu mrtvě narozeného plodu je nutné, aby byla splněna podmínka minimální porodní hmotnosti,

a to 1 kilogram. Porodem je chápáno úplné vypuzení či vynětí plodu porodem nebo císařským řezem z těla matky (Roztočil a kolektiv, 2008).

Za známky života u novorozence se považuje dechová frekvence, akce srdeční nebo pulsace pupečníku. Dále se jedná o aktivní svalový pohyb. Porod, který proběhne do konce 37. týdne gravidity bývá označován jako tzv. porod předčasný (tj. partus praematurus). Porod v rozmezí 38. týdne až 42. týdne gravidity označujeme jako porod v termínu neboli (partus maturus). V případě, že porod proběhne až po ukončení 42. týdne gravidity, tak poté se jedná o tzv. opožděný porod (tj. partus serotinus) (Velemínský a kolektiv, 2012).

Chmel v souvislosti s porodem uvádí, že: „nejdříve se musí otevřít porodní cesty, poté se těmito cestami musí děťátko dostat na svět a nakonec se musí z dělohy vypudit zbylé části plodového vejce, tj. placenta a plodové obaly“ (Chmel, 2005, s. 34). Období porodu se tedy z pohledu spojitosti výše uvedených procesů dělí na tzv. porodní doby. Každá porodní doba má svůj přesně definovaný začátek a konec a v každé dochází k určitým unikátním momentům, které na sebe navazují (Ratislavová, 2008).

Jedná se o:

- I. porodní dobu, tj. fáze otevírací,
- II. dobu porodní, tj. fáze vypuzovací,
- III. dobu porodní, tj. fáze porodu plodového lůžka (placenty) a plodových blan,
- IV. dobu porodní (Roztočil a kolektiv, 2008).

V souvislosti se zahájením porodu a tím, že rodička postupně vstupuje do všech porodních dob, se u ní může prezentovat strach, jehož charakter se zesiluje a zintenzivňuje těsně před porodem nebo v průběhu porodu. Tento strach velmi výrazně ovlivňuje průběh porodu a spolupráci rodičky (Alehagen a kolektiv, 2005).

Na podklad pro vznik strachu či negativních emocí, které souvisejí s porodem, mohou mít vliv i úzkostné či stresující stavy, které rodička během gravidity prožila. V různé míře se zde prezentují také ambivalentní pocity, které bezprostředně souvisejí s těhotenstvím a vlastním mateřstvím, a jejichž příčinou mohou být konflikty v partnerském životě nebo i duševní stres, který je každodenní součástí života rodičky (Alehagen a kolektiv, 2005).

3.1 Doby porodní

První doba porodní

První doba porodní je započata pravidelnými kontrakcemi dělohy, které se opakují zhruba po pěti minutách a vedou k otevírání porodních cest. Tato doba porodní trvá až do chvíle, než jsou porodní cesty zcela otevřené, tj. porodnická branka je zašlá. Na konci první doby porodní jsou porodní cesty připravené na průchod plodu (Vránová, 2011). Chmel uvádí, že: „*blížící se začátek první porodní doby je signalizován odchodem hlenové zátky*“ (Chmel, 2005, s. 34).

Porodní stahy čili kontrakce nejsou vůlí ovladatelné a jsou doprovázeny různě intenzivními porodními bolestmi. Frekvence a intenzita kontrakcí se v důsledku postupujícího porodu neustále zrychluje a také zvyšuje. Kontrakce dělohy jsou zintenzivňovány působením hormonu oxytocinu, který je uvolňován ze zadního laloku hypofýzy (Roztočil, 2008). Prostřednictvím kontrakcí dochází k tomu, že je plod vtlačován směrem k děložní brance. Vak plodových obalů, který je naplněn plodovou vodou, postupně roztlačuje oblast děložní branky, která se rozevívá (Hájek, 2014).

Chmel prezentuje, že: „*první doba porodní obvykle netrvá u prvorodičky více než 12 hodin, u žen rodících poněkoličtější je tato doba většinou poloviční*“ (Chmel, 2005, s. 35) délka první doby porodní, je ovlivňována velmi rozmanitými a hlavně individuálními rozdíly. Mezi nejčastější příčiny delšího porodu patří např.: vícečetná

těhotenství, vyšší nebo naopak nižší věk prvorodičky, vyšší hmotnost plodu či menší rozměry porodních cest rodičky, vyšší hmotnost rodičky či psychická nestabilita rodičky. Prolongaci porodu mohou způsobit i některé léky, které mohou být rodičce podávány na tlumení bolesti (Chmel, 2005).

Rychlost porodu také ovlivňuje to, co rodička právě dělá. Některé nastávající maminky, se v průběhu první doby porodní cítí pohodlně při procházení, jiným je příjemné sedět v křesle nebo na míči či být ve vaně s vodou. Chování rodičky v první době porodní může být velmi variabilní a individuální, a tak je k ženě třeba také přistupovat (Slezáková a kolektiv, 2007).

Ve chvíli nástupu velmi intenzivních kontrakcí se většina rodiček uchýlí do vodorovné polohy na lůžku (Adams, Bianchi, Joggn, 2008). Také v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu rodičky či plodu, musí být žena umístěna do vodorovné polohy, kdy jsou sledovány a monitorovány, jak životní funkce rodičky, tak i plodu. Srdeční frekvence plodu se v první i druhé době porodní sleduje pomocí kardiokografu. Kardiokografie je vyšetřovací metoda, pomocí které se zjišťuje aktuální děložní kontrakční aktivita a také srdeční akce plodu. Kardiokograf při vyšetření snímá srdeční akci plodu a pomocí napětí děložní stěny zároveň zaznamenává děložní stavy, jejich frekvenci a také intenzitu (Chmel, 2005). Velemínský a kolektiv uvádějí, že: „normální rychlost akce srdeční plodu před porodem je kolem 110-150 pulsů za minutu“ (Velemínský a kolektiv, 2012, s. 38 -39).

Chmel uvádí, že: „pohyb a vzpřímená poloha těla v této fázi porodu příznivě ovlivňují jeho průběh“ (Chmel, 2005, s. 35).

V průběhu první doby porodní a při přítomnosti výrazného strachu z porodu je doporučována realizace imaginativních cvičení s vynecháním představy porodu, neboť vystavení rodičky se obávanému podnětu by mohlo způsobit ještě vyšší nárůst neklidu, úzkosti a strachu, což by mohlo vést ke komplikacím v průběhu vlastního porodu (Barrett, Stark, 2009).

Druhá doba porodní

Chmel uvádí, že: „samotná druhá porodní doba představuje časový úsek mezi úplným otevřením porodních cest a narozením miminka. Její délka závisí na tom, pokolikáté žena rodí a jak dobře a efektivně dokáže tlačit“ (Chmel, 2005, s. 41). Vliv na délku druhé doby porodní mají i další okolnosti, jako např.: prostornost porodních cest, stočení hlavičky miminka v rámci první doby porodní apod.

Druhá doba porodní je započata otevřením děložní branky a zakončena samotným porodem dítěte. Celý průběh druhé doby porodní se děje za přítomnosti výrazných a častých kontrakcí dělohy. V důsledku silných kontrakcí dojde k prasknutí vaku blan a odtoku plodové vody, následně jsou děložní brankou hlavička a trup plodu vytlačovány z dělohy do pochvy. Zevními roditelky se plod dostává z porodních cest ven (Slezáková a kolektiv, 2007). Na vypuzení plodu se při druhé době porodní, spolupodílejí tzv. porodní síly, což jsou kontrakce dělohy, aktivita břišního lisu a také stahy bránice (Roztočil a kolektiv, 2008)

Třetí doba porodní

Třetí doba porodní začíná narozením dítěte a končí porodem placenty a plodových obalů. Třetí doba porodní může trvat pouze několik málo minut (Roztočil a kolektiv, 2008). Chmel uvádí, že: *„děloha se po porodu dělátku ihned zmenší, kontrakce dále pokračují, ale nejsou již bolestivé. Díky zmenšení dělohy nastává postupné odloučení placenty od děložní stěny a posledním zatlačením rodičky se vypudí z dělohy spolu s plodovými blánami“* (Chmel, 2005, s. 43).

Po porodu placenty a plodových obalů provádí porodník revizi traumat a kontrolu porodního poranění u rodičky (Slezáková a kolektiv, 2007).

Čtvrtá doba porodní

Doba po porodu bývá označována jako čtvrtá doba porodní. Jedná se zhruba o dobu dvou hodin po porodu placenty a plodových obalů, kdy je rodička nejvíce ohrožena poporodním krvácením (<http://is.muni.cz>, 2010). V této době rodička zůstává ještě na porodním sále, kde probíhá její kontrola a měření fyziologických funkcí a případné řešení porodních komplikací a ošetření porodního poranění. V této době také i nadále dochází k involuci dělohy aj. (Slezáková, 2007).

Důležitou součástí poporodní péče o rodičku – matku by mělo být aktivní vyhledávání matek s poporodní depresí a metod následné intervence, popř. zaměření se na pomoc s péčí o novorozence či řešení problémových situací v životě ženy po narození dítěte (např. odchod partnera, osamocená matka apod.) (Barrett, Stark, 2009).

3.2 Rizikové faktory těhotenství a případné komplikace při porodu

Komplikace při porodu je možné rozdělit na komplikace pocházející ze strany matky - rodičky a ze strany plodu. Mezi „rizikové matky“, u kterých je možné předvídat komplikace při porodu, jsou např.: rodičky ve věku 35 let a výše nebo naopak mladší než 17 let, porod čtvrtého a dalšího plodu, ženy s menší tělesnou výškou než 150 centimetrů (přítomnost úzké pánve), ženy, které jsou kuřačky, užívatelsky návykových látek (drogy, alkohol aj.) (Roztočil a kolektiv, 2008).

Rodičky, u kterých je pozitivní genetická zátěž (riziko vrozených vývojových vad, Downův syndrom) (Roztočil a kolektiv, 2008). Ženy, u kterých bylo, v rámci předchozího těhotenství diagnostikováno tzv. rizikové těhotenství. Ženy po císařském řezu, či jiné operaci na děloze. V anamnéze rodičky výskyt chronického onemocnění, jako je diabetes mellitus, hypertenze, Crohnova choroba, roztroušená skleróza a jiné (Chmel, 2005).

Mezi komplikace při porodu ze strany matky můžeme zařadit např. tzv. nefunkční či neúčinné kontrakce, které jsou pro rodičku velice nepříjemné a bolestivé, ale nevedou k postupu vlastního porodu. Důvodem může být nevhodné či atypické postavení plodu, omotaný pupečník kolem krčku či těla plodu. Další častou komplikací porodu je krvácení z rodidel ve III. době porodní, což je nejčastěji způsobeno poruchou v odlučování placenty či poruchou vypuzování placenty, která je způsobena hypotonií nebo atonií uteru. Častou komplikací porodu je hypertenze v průběhu samotného porodu. Příčinou hypertenze v průběhu porodu může být jak těhotenská gestóza, tak i těhotenská preeklampsie (Chmel, 2005).

Nejčastější komplikací porodu ze strany plodu je hypoxie plodu. Výhřez pupečníku je závažnou komplikací, ale vyskytuje se velmi málo. Výhřez pupečníku se ale nezjistí již v době těhotenství, pupečník vyhřezne většinou během odtoku vody plodové, nejedná se tedy o komplikaci, kterou lze zjistit v průběhu těhotenství. Polohu koncem pánevním lze ale zjistit v době těhotenství ultrazvukovým vyšetřením, ale poloha plodu většinou bývá do 36. Týdne těhotenství polohou labilní, která se mění a většinou po 36 týdnu se stává poloha plodu polohou stabilní.

4 Potřeby rodiček při porodu

Potřeby rodiček během porodu je možné rozdělit na potřeby fyziologické, psychické, sociální a spirituální. Velmi často se tyto potřeby vzájemně prolínají a doplňují. Potřeby souvisejí s motivy. Potřeba se u pacientů prezentuje jako nedostatek a zahajuje proces motivace a nutnosti uspokojení dané potřeby (Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013).

Plháková v souvislosti s motivací uvádí, že se jedná o: „*souhrn všech intrapsychických dynamických sil neboli motivů, které zpravidla aktivizují a organizují chování i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního*“ (Plháková, 2007, s. 319). Síla motivu ovlivňuje intenzitu a kvalitu lidského chování, jednání a prožívání. Motivované chování velmi často doprovázejí silné emoce a emoční projevy (Plháková, 2007).

V oblasti lidských potřeb je nejvíce zmiňováno jméno amerického psychologa Abrahama Maslowa. Maslow ve své teorii potřeb neřeší psychofyzický problém, tedy problém ve vztahu mysli a těla (Plháková, 2007).

A. Maslow rozdělil potřeby do šesti základních skupin (viz příloha A, obrázek č. 2):

- **Fyziologické potřeby** se objevují při narušení vnitřní homeostázy a slouží tedy k přežití jedince (výživa, pohyb, spánek apod.) (Plháková, 2007).
- **Potřeby jistoty a bezpečí** představují potřebu, která se týká spolehlivosti, důvěry či stability. Prezentují se ve chvílích, kdy jedinec pociťuje omezení či ohrožení vlastní životní jistoty (Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013).
- **Potřeba lásky a sounáležitosti** čili potřeby afiliační, které představují potřebu někoho milovat a zároveň

- být milován. Objevují se v situacích, kdy člověk pociťuje samotu.
- **Potřeba uznání, ocenění a sebeúcty** představují touhu po respektu druhých, po uznání druhými lidmi apod.
- **Potřeba seberealizace a sebeaktualizace** jedince se objevuje jako k realizaci vlastních cílů, představ, schopností a záměrů.
- **Potřeba vědění, porozumění a potřeby estetického charakteru** (Šefčíková, 2010).
- **Potřebu je možno pojímat** jako jakýsi konstrukt, který označuje sílu, která se prezentuje v oblasti mozku a organizuje lidské chování a vnímání. Murray například rozdělil lidské potřeby na tzv. primární čili viscerogenní potřeby a na potřeby sekundární čili psychogenní. Primární potřeby se týkají základních fyziologických potřeb (Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013).

4.1 Potřeby fyziologické

V oblasti fyziologických potřeb je užíváno synonymum „drive“. Dalšími synonymy jsou touha nebo motiv (Mareš, 2013). Plháková uvádí, že: „navzdory své humanistické orientaci Maslow předpokládá, že jádro lidských potřeb je biologicky determinované, ovšem s vrozenými potenciály dalšího rozvoje a formování vnějšími vlivy. Člověk má přitom některé možnosti, které nenalzáme u jiných živočišných druhů. Patří k nim především potřeba seberealizace a sebeaktualizace“ (Plháková, 2007, s. 368-369). Mezi základní fyziologické potřeby patří: hlad, žízeň, potřeba spánku apod. (Plháková, 2007). Uspokojování primárních potřeb je realizováno prostřednictvím fyziologických procesů, kam patří např. potřeba tekutin, potřeba kyslíku, potřeba potravy, ale také vyhýbání se bolesti, horku nebo chladu.

Hlad je situace, kterou jedinec začíná pociťovat již po pár hodinách bez přísunu potravy (Šefčíková, 2010). Hlad u člověka způsobuje tzv. alimentární, čili potravní chování, které má fáze apetence a konzumace. Apetenční fáze se týká pocitů hladu, chuti na jídlo a konkrétních představ o jídle. Fáze konzumace se týká již samotné fáze příjmu potravy (Plháková, 2007).

Při **žízni** lidské tělo potřebuje příjem tekutin, neboť ty neustále vylučuje procesem močení, defekace a dýchání. A v době porodu je vylučování tekutin zvýšeno (odtok plodové vody, zrychlené dýchání a pocení apod.).

Vyprazdňování je zcela specifickou potřebou osob hospitalizovaných v nemocničním zařízení. Mnoho pacientek, které jsou upoutané na lůžku (imobilizace) mají velký problém s vyprazdňováním. Vyprazdňování je zcela fyziologickou funkcí organismu, a tedy i potřebou jedince. Potřeba vyměšování, která je spojována, jak se studem, tak i intimitou, ve zdravotnickém zařízení je velmi často tabuizována a to především samotnými pacientkami. Každá nemocná má právo na respekt osobního studu a intimity při vyprazdňování.

Mezi další fyziologické potřeby patří **potřeba spánku** a **potřeba odpočinku**, které jsou nutné k udržení psychické rovnováhy a harmonie (Slezáková a kolektiv, 2007).

Fyziologické potřeby u rodičky v první době porodní

Mezi základní fyziologické potřeby rodiček, které se prezentují v první době porodní, můžeme zařadit:

- Potřeba jídla a tekutin
- Potřeba odpočinku
- Potřeba volného pohybu
- Potřeba tišení bolesti
- Potřeba vyprazdňování (Slezáková a kolektiv, 2007).

Potřeba jídla a tekutin

V mnohých zařízeních dochází k omezování příjmu potravy a tekutin během první doby porodní, což je chápáno, jak odborníky, tak i laiky jako zcela nevhodný a pro rodičku neefektivní postup, neboť rodička potřebuje, vzhledem k porodu, mnoho energie a tekutin. Omezování příjmu potravy a tekutin zdravotničtí pracovníci vysvětlují faktem, že není vhodné jíst v případě nutnosti provedení císařského řezu za užití celkové anestézie. Je žádoucí, aby byla rodička nalačno, neboť jinak je zde riziko zvracení a nebezpečí aspirace žaludečního obsahu při anestézii. Je třeba uvést, že úplné hladovění ale nezaručuje, že žaludek rodičky bude zcela prázdný. Ale i přes tato zjištění, neustále v řadě porodnic, dochází i při vaginálním porodu, k omezování příjmu potravy a tekutin (Jirásková, 2013).

Důležité je si uvědomit, že by žena - rodička neměla po celou dobu porodu hladovět a trpět dehydratací, neboť se jedná o důležité aspekty celkové kvality její aktuální situace. Během porodu se doporučuje v případě nutnosti po douškách pít především neperlivou

vodu, bylinkový čaj či slabý zeleninový a masový vývar. Žena by neměla přijímat kyselé a dráždivé nápoje (džusy, perlivé nápoje) (Jirásková, 2013). Důvodem k příjmu tekutin je i ztráta tekutin při odtoku plodové vody a při fyziologickém krvácení během porodu (Roztočil a kolektiv, 2008). Mnoho rodiček pociťuje v průběhu první doby porodní hlad a nedostatek energie, a tak mají potřebu se nasytit. Vhodné jsou lehké pokrmy, ale energeticky vydatné, jako je např. celozrnná tyčinka nebo celozrnná sušenka, nekyselé ovoce, těstoviny, jogurt. Příjem jídla i tekutin by měl být v omezeném množství. Většina porodníků rodičkám při pravidelných děložních kontrakcích v první době porodní nedoporučuje příjem potravin. Může dojít k přesycení a případné nevolnosti až zvracení (Jirásková, 2013).

Potřeba odpočinku během první doby porodní

Rodička se v průběhu první doby porodní, ale i během celého porodu, může cítit unavená. Proto je vhodné ji umožnit, aby si odpočinula a nabrala „nové síly“ a to v takové pozici, která je pro ni pohodlná a přínosná (Jirásková, 2013). U mnoha rodiček se stupňují tzv. křížové bolesti v poloze na zádech, proto je třeba nechat rodičku, aby si sama zvolila polohu, která je pro ni vhodná a „pomáhá“ jí odpočinout si. Současně je také třeba si uvědomit, že poloha rodičky, kterou si zvolí, musí být v souladu s aktuální porodní situací a jejím zdravotním stavem a zdravotním stavem plodu. Rodička a plod jsou v průběhu 1. doby porodní vždy neustále kontrolovány (Slezáková a kolektiv, 2007).

Potřeba pohybu během první doby porodní

Umožnění volného pohybu při porodu je důležitou potřebou každé rodičky a zároveň pohyb v první době porodní může velmi výrazně přispívat k urychlení a usnadnění porodu (Ratislavová, 2008). Jedná se o využití gravitace k tomu, aby plod sestoupil do porodních cest a pánve zcela přirozeným mechanismem. Současně také tělesná aktivita umožňuje rozptýlit rodičku od aktuálního stavu nepohodlí, má pocit osobní svobody a možnosti reagovat na své potřeby či bolest, kdy může hledat úlevové polohy. Mnoho autorů uvádí, že omezování pohybu ženy při porodu, může způsobovat porodnické problémy a také velmi výrazně zhoršuje kvalitu prožívání ženy během porodu (Jirásková, 2012).

Potřeba tišení bolesti

Bolest můžeme definovat jako komplexní jev, jehož vnímání a prožívání je ovlivňováno působením mnoha rozmanitých aspektů a faktorů. Z tohoto důvodu také reakce na bolest a bolestivé podněty jsou zcela individuální a specifické (Hůsková, Kašná, 2008). Dle Světové zdravotnické organizace je bolest považována za nepříjemnou sensorickou a emocionální zkušenost jedince, která je úzce spojena s akutním či potencionálním poškozením organismu, jeho tkání a orgánů. Definice také prezentuje, že bolest je vždy subjektivního charakteru (Neužilová, 2009).

Bolest vzniká na podkladě fyzikálního, chemického nebo biologického podráždění periferních zakončení nervových vláken, která jsou senzitivní na bolestivé podněty. Jedná se o volná nervová zakončení, tedy receptory bolesti čili tzv. nocireceptory. Při podráždění nocireceptorů dochází ve tkáni orgánu k biochemické reakci, kdy jsou vytvářeny zvláštní specifické látky, které zapříčiňují bolest (Vytečková a kolektiv, 2013).

Bolest je možno rozdělit na tzv. akutní a chronickou. V případě porodu se jedná o bolest akutní. Na vznik a propuknutí akutní bolesti organismus se nejčastěji reaguje změnami v základních fyziologických funkcích, jako je např.: zrychlení akce srdeční, změny charakteru srdeční akce (arytmie, nepravidelný puls), zrychlená dechová frekvence s povrchovým dýcháním, zvýšené až nadměrné pocení a často bývá přítomna i dilatace zornic, třes, bledost pokožky a sliznic, „studený“ pot apod. (Rokyta a kolektiv, 2009).

V průběhu první doby porodní je možno tišit porodní bolesti a to rozmanitými mechanismy, které jsou jak farmakologického, tak i nefarmakologického charakteru (Roztočil a kolektiv, 2008).

Nefarmakologické postupy ovlivňování porodní bolesti jsou následující:

- **Změny polohy a průběžná mobilita rodičí ženy v první době porodní** umožňuje ženě zaujímat rozmanité polohy, které jsou pro ni aktuálně nejpohodlnější a nejefektivnější. Je třeba stimulovat rodičky, aby se snažily najít si nejvhodnější polohu, která jim napomáhá tišit porodní bolesti. Zcela nepřijatelné je, aby rodička, od počátku první doby porodní až po porod plodu byla upoutána na lůžku z důvodu zavedené infúze apod. (Labusová, 2014).
- **Dýchání a relaxace** jsou považovány za efektivní způsoby odpoutání pozornosti

ženy od porodních bolestí a také jsou považovány za vhodnou formu relaxace. Dýchání by mělo být takové, že na začátku a na konci kontrakce a mezi jednotlivými kontrakcemi je třeba realizovat hluboké břišní dýchání, tedy nádech nosem a hluboký výdech ústy. V průběhu samotné kontrakce je vhodnější aplikovat po- vrchní rychlé hrudní dýchání (Labusová, 2014).

- **Pobyt ve sprše či vaně** je ve většině porodnic, dnes již standardní nabídkou pro rodičku. Teplá voda napomáhá uvolnění svalových skupin v oblasti pánve a páteře, což snižuje bolest (Slezáková a kolektiv, 2007).
- **Masáže** mohou být prováděny jako reflexní masáže nebo jako masáž, která je pouhým dotekem, pohlazením. Tyto postupy mají za cíl ulevit rodičce od bolesti a současně ji dát najevo podporu, spoluúčast a napomoci její relaxaci, uvolnění. Druh vykonávané masáže je třeba obměňovat podle aktuálních potřeb rodičky (Roztočil a kolektiv, 2008).
- **Protitlak** představuje tlumení křížových bolestí tak, že dojde k zatlačení na důlky poblíž křížové části páteře nebo stranách na kyčle rodičky (Labusová, 2014).
- **Hudba nebo aromaterapie** napomáhají při porodu vytvářet příjemné prostředí, které navozuje intimitu, relaxaci a pohodu. Při vhodném výběru aromatické látky může být podpořeno i dýchání rodičky (Labusová, 2014).
- **Možnosti homeopatie a akupunktury** při porodu nejsou zatím v Čechách příliš rozšířené a užívané.
- **Akupunktura** se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou funkčních poruch organismu, psychosomatických onemocnění, bolestivých stavů, alergií, poruch imunity, motorických funkcí a návykových chorob.

Provedení akupunktury spočívá v cíleném ovlivnění organismu stimulací přesně ohraničených míst na povrchu těla, tzv. aktivních bodů.

Stimulaci aktivních bodů lze provádět zavedením speciálních jehliček na určitou dobu (vlastní akupunktura) nebo můžou být aplikovány jiné podněty (modifikované techniky akupunktury). Z velkého množství různých podnětů se nejčastěji používá aplikace tepla (moxování), tlaku a masážních hmatů (akupresura), elektrického proudu (elektropunktura, elektroakupunktura), světla a laserového světla (fotopunktura, laseropunktura) nebo použití magnetů apod.

Akupunktura pomáhá při:

- těhotenské nevolnosti
- bolestivých stavech (bolesti zad, migrény...)
- poruchách spánku
- stavech úzkosti a neklidu
- změkčování tuhých tkání před porodem
- nesprávné předporodní poloze dítěte
- urychlení porodních kontrakcí a zmírnění bolestivosti stahů
- pomalém odlučování placenty nebo poporodního krvácení
- poruchách laktace.

Použití techniky akupunktury v první době porodní a při porodu není možné v případě, jestliže rodička trpí akutní psychózou, poruchou srážlivosti krve, kožní infekcí, celkovým infekčním onemocněním, cukrovkou, závažným srdečním onemocněním a v případě nesouhlasu rodičky nebo porodníka.

Farmakologické postupy ovlivňování porodní bolesti jsou následující:

Snahy o pomoci ženám ke snižování porodních bolestí jsou známy od nejstarších dob, kdy byly užívány např. byliny, drogy, alkohol nebo tinktury. Tzv. cílená porodnická analgezie je známa od 2. poloviny 19. století, kdy se užívalo účinku chloroformu, který se rodičkou inhaloval nebo aplikací lokálně znecitlivujícího účinku kokainu (Benešová, 2009). V současné době je mnohými rodičkami upřednostňován porod, kdy je použito tisíců prostředků. Léky k tišení porodních bolestí se dělí na lokálně a celkově působící (Labusová, 2014).

- Mezi **celkově působící farmaka** můžeme zařadit opiáty, analgetika nebo sedativa, což jsou látky snižující tenzi. Mezi výhody těchto léků patří jejich jednoduchá aplikace, rychlý nástup účinku a indikace ve specifických případech při porodu např. komplikovaný porod (Labusová, 2014). Nevýhody těchto léků jsou ale značné, například: nauzea, malátnost, zvracení a u mnohých z těchto léků se příznaky objevují i u novorozence (dechová insuficience, srdeční arytmie, letargie apod.) (Roztočil a kolektiv, 2008).
- Metody **lokální anestézie**, kam patří epidurální anestezie, která je rodičkami

volena stále častěji. Jedná se o znecitlivění v oblasti od břišní krajiny dolů, kdy se do oblasti mezi obratle (4. až 5. bederní obratel) aplikuje speciální infúze mající anestetický a analgetický účinek. Výkon epidurální anestezii realizuje lékař - anesteziolog. Účinek této metody se prezentuje během pár minut, ale rodička je při vědomí, ale necítí bolesti, pouze vnímá jakýsi tlak, který doprovází jednotlivé kontrakce. Výhody epidurální anestezie jsou především ve snížení tenze a strachu u rodičky nebo při komplikacích při porodu. Mezi nevýhody patří náhlá hypotenze, nauzea, zvracení, bolesti hlavy a nemožnost pohybu v dalších fázích porodu (Labusová, 2014).

Potřeba vyprazdňování

S potřebou vyprazdňování bych se ráda zaměřila i na oblast nutnosti podávání klyzmatu a oholení. Jedná se o oblasti, které jsou v současném moderním porodnictví chápány již jako zastaralé a proto je pouze na ženě, zda chce či nechce podání klyzmatu a oholení. V zahraničních zařízeních jsou tyto činnosti pojímány jako zcela zbytečné a neadekvátní zásahy do přirozeného průběhu porodu. Například Světová zdravotnická organizace uvádí, že klyzma nebo oholení jsou považovány za škodlivé a zcela neefektivní, neboť klyzma nemá pro ženu – rodičku jakýkoli přínos. V dřívějších dobách žena – rodička neměla na výběr, neboť se obojím procedurám musela podvolit (Kuncová, 2014).

Argumenty pro podávání klyzmatu byly například tyto:

- Teplá voda rozpouští stolici, která je nahromaděna ve střevech a tak umožňuje lepší průchod plodu do porodních cest.
- Vyšší teplota vody posiluje intenzitu a četnost děložních kontrakcí a tedy urychluje vlastní proces porodu.
- Hygienické aspekty týkající se novorozence.

Argumenty pro oholení pubického ochlupení byly tyto:

- Snížení rizika vzniku infekce po porodu (po nástřihu hráze).
- Usnadnění šití po nástřihu hráze po porodu (Roztočil a kolektiv, 2008).

4.2 Potřeby psychické

Dá se říci, že sekundární potřeby jsou fixovány v duševním, charakterovém a osobnostním uzpůsobení každého jedince (Plháková, 2007). Mezi důležité psychické potřeby rodičky patří potřeba jistoty, bezpečí a důvěry k ošetřujícímu personálu (Brown, Smith, Stewart, Trim, Freeman, Beckhoff, Kasperski, 2009.)

Potřeba přítomnosti blízké osoby

V souvislosti s psychickými potřebami rodičky je nutné zmínit účast otce dítěte, či jiné blízké osoby u porodu. Až do 70. let minulého století byla přítomnost otce u porodu raritou a na většině pracovišť měli muži vstup na porodní sál zakázán. Zlom nastal až po konferenci Amerických ženských lékařů, kdy se začalo otevřeně mluvit o humanizaci porodů a zpřístupnění porodních sálů i otcům jako zdroji psychické opory. Přes námítky mnoha skeptiků a odpůrců tohoto kroku i velké vlně laické diskuze se brány porodnic otevřely budoucím tatínkům u nás v 90. letech a v současné době jich k porodům přichází více než 50 %.

Obavy, které provázely první pokusy vstupu otců na porodní sál, se z velké většiny nenaplnily. Někteří lékaři se báli možnosti zanesení infekce na porodní sál, konfliktního jednání otce i možnosti negativního vlivu jeho přítomnosti u porodu na pozdější sexuální život páru. S odstupem několika desítek let je jasné, že tyto možné zápor a „rizika“ jasně převáží pozitivní význam, který má přítomnost otce u porodu i bezprostředně po narození dítěte (<http://www.babyweb.cz/jak-na-aby-byl-partner-u-porodu-pomoci-nikoli-pritezi>).

V současné době bývá otcova účast v předporodní fázi i při porodu přijímána jako důležité přispění k tomu, aby se rodička úspěšně vyrovnala se novou situací. Tím je zajištěna optimální spolupráce s rodičkou v průběhu celého porodu. Za zcela optimální je považována otcova přítomnost u porodu, kdy otec rodičce poskytuje jedinečnou a nikým nenahraditelnou psychickou oporu a povzbuzení (Roztočil a kolektiv, 2008).

Vlivu budoucího otce, ať již přímému či nepřímému, bývá často připisována menší spotřeba léků proti bolestem a provedené studie v této oblasti dokládají, že přítomnost otce vede ke snížení vnímání bolesti, a že dokonce pomáhá i přítomnost přítele – přítelkyně nebo jiného člena rodiny k potlačení úzkosti spojené s bolestí (Roztočil a kolektiv, 2008). Porod představuje významné klíčové okamžiky v životě každé ženy - rodičky. Jedná se o dobu, která je pro rodičku náročná a to jak po stránce tělesné, tak i psychické.

Podmínky účasti doprovodu u porodu má každá porodnice jiné a je nutné se o nich informovat. Dále je vhodné se informovat, od kdy je povolena přítomnost doprovázející osoby ještě před samotným porodem. Možnost otce anebo jiné osoby být u porodu je většinou zpoplatněná. Poslední dobou to už nikoho nepřekvapí, ne vždy je ale porod pro partnera tak krásnou zkušeností jak pro rodičí ženu. A ne vždy je otec dítěte tou nejlepší doprovázející osobou.

Pozitiva přítomnosti partnera u porodu

- fyzická opora
- psychická opora
- emocionální opora
- zprostředkovatel komunikace mezi lékařem a porodní asistentkou
- posílení vztahu matka-dítě-otec
- usnadní porod (více statistik dokazuje kladný vliv blízké osoby, pocit bezpečí více uvolňuje fyziologické mechanismy porodu)
- celý porod je někdo s rodičkou (zdravotnický personál může řešit více porodů zároveň)
- pokud je doprovázející osoba připravená, může pomoci i fyzicky.

Negativa přítomnosti partnera u porodu

- přítomnost partnera stěžuje práci zdravotníků při neočekávaných porodních situacích
- pokud je partner "nucen" být u porodu
- v případě nevolnosti partnera, musí zdravotníci ošetřit i jeho
- případné nevhodné chování partnera u porodu může mít negativní vliv na vzájemný vztah muže a ženy
- sledování porodu může mít na některé budoucí otce negativní následky, hlavně v sexuálním životě partnerů.

Soukromí rodičky v první době porodní

Výrazně se zde uplatňuje i potřeba soukromí a intimity rodičky. Je třeba, v době první doby porodní i celého porodu, u ženy respektovat její přání a to na individuální úrovni, neboť každá žena je jiná. Některá vyžaduje přítomnost blízké osoby u porodu, jiná

naopak vyžaduje naprosté soukromí a zajištění intimity. Mezi nejčastější osoby, které doprovázejí ženu k porodu a jsou přítomny v první době porodní je: partner či manžel, matka, sestra, kamarádka nebo také dula (Slezáková, 2007). **Dula** je slovo řeckého původu, znamenající *ženský sluha*. Dula je speciálně vyškolená žena, která poskytuje ženám během těhotenství, porodu a v období šestinedělí. Největší část její práce je v průběhu porodu ženy, kterou provází do porodnice. Rodičce se snaží poskytnout osoba z části se zaměřuje i na něj. **Dula není porodní asistentka**, neboť nemá žádné zdravotnické vzdělání, poskytuje "pouze" fyzickou a psychickou podporu pro budoucí matku, příp. její doprovod.

4.3 Potřeby sociální

„Sociální status je v nejobecnějším chápání souhrnné vyjádření sociální pozice člověka v určité společnosti, resp. skupině, spojené s určitou mírou ocenění ze strany druhých. Na každý status se váže jistý soubor práv a povinností“ [Velký sociologický slovník 1996: 1226]. Sociální status je chápán jako trvalejší pozice a obsahuje ocenění člověka v určité pozici. Vysoký nebo nízký status je nám připisován na základě vysoké či nízké pozice společenské či ekonomické.

Porod je důležitou událostí životního i rodinného koloběhu života. Není čistě fyziologickou záležitostí, jelikož je sociálně konstruován i zarámován.

Porodem ukončené těhotenství, jehož cílem je znovu začlenit ženu do společnosti tak, jak k ní patřila dříve, anebo jí ve společnosti zajistit nové postavení, vymezené sociálním statusem matky. Tento návrat a opětovné začlenění však málokdy probíhá naráz. Rituály přijetí často připomínají různé stupně zasvěcení. První doba porodní a poté porod tedy není konečným okamžikem tohoto jedinečného období spojeným s přijetím nového statusu a očekáváním výkonu rolí, které z něho vyplývají. To pro matku trvá zpravidla ještě déle. V této souvislosti se často hovoří o společenském šestinedělí.

O čem může rodička v průběhu první doby porodní přemýšlet? Co může napadat rodičku v průběhu první doby porodní? Ženy – rodičky mají především sociální potřebu se co nejrychleji začlenit a zvládnout co nejlépe nové role – ženy – matky – milenky-

manželky, po určité době se navrátit do pracovního procesu, zájmových aktivit.

Průběh první doby porodní a následný porod je tedy životním přechodem, který ženě umožňuje postupný návrat z „jiného stavu“ do stavu, který opustila, nebo v případě prvorodičky do stavu zcela nového. Stává se tak jedním z významných faktorů ovlivňujících život ženy.

V ČR je porod často zkoumán z hlediska jeho důsledků na život matky i celé rodiny. Je chápán jako významný mezník v životním i rodinném cyklu. V české společnosti je první gravidita často spojována s uzavřením manželství a rodina prakticky vzniká až narozením dítěte. Prostřednictvím porodu, od něhož je očekáváno narození dítěte, nabývá prvorodička statusu matky, a při vysoké zaměstnanosti českých žen a postojích k výchově malých dětí se z ní, jakožto pracující ženy, stává také na určitou dobu ženou v domácnosti.

Porod je tedy potřeba chápat v širším sociálním kontextu. Je důležitým sociálním činitelem, nicméně jeho význam, průběh i výsledek je také tvarován v závislosti na sociokulturním kontextu. Jak bylo výše naznačeno, dochází v čase a prostoru k proměnám osob, které rozhodují o vedení porodu, místa určeného k porodu, preference způsobů vedení porodu a změnám dalších sociálních aspektů (např. postavení dítěte ve společnosti nebo systému dědičnosti) majících vliv na vedení porodu (http://www.aperio.cz/data/1/APERIO_Socialni_aspekty_porodu_2001.pdf).

V rámci sociální skupiny jedinec zaujímá určitou pozici, která označuje místo v síti sociálních vztahů. Společenská pozice české rodičky se odvíjí od postoje nemocničního personálu k ženě, která prožívá intenzivní fyzickou bolest a je přetížena akutním stresem.

4.4 Potřeby spirituální

Spirituální potřeba je bio-, psycho-, socio- spirituální jednota a jako takovou ji i pojmáme v definici zdraví v WHO.

Je důležité, abychom si ujasnili, jaké existenciální a spirituální otázky a potřeby může rodička během první doby porodní až do samotného porodu pociťovat. Tyto hodnoty také můžeme nazývat hodnotami transcendentními. Zcela obecnou spirituální hodnotou, která otevírá cestu k našim hodnotám dalším, je skutečná láska, ve které člověk vychází sám ze sebe za hranice svého egoistického myšlení a nezištně se otevírá a dává druhým.

Lze říci, že poskytnout základní pomoc ve spirituálních otázkách je do jisté míry vybaven každý zralý člověk. Především může téměř každý poskytnout příležitost k chápajícímu rozhovoru.

Dále je třeba poskytnou rodiče ve vzájemném rozhovoru "prostor" pro pohled do vlastního nitra (introspekci), pro různé fáze prožívání a pro jiné postoje a názory, než jsou naše vlastní. Je třeba při rozhovoru s rodičkou dovolit, aby byla sama sebou a připustila změny a zvraty v jejích náladách a také třeba v náboženských postojích. Nemůžeme ji vnucovat naše vlastní rozpoložení, prožívání a hodnocení situace. Nikdy ji nemáme bránit v cestě do větších hloubek jejího nitra i vztahů, i když změny jejích nálad mnohdy komplikují a znepríjemňují už tak náročnou situaci rodiče. Spirituální hodnoty, jejich podpora a komunikace o nich, umožňují rodiče prožít smysluplně, užitečně a někdy i výslovně šťastně ty fáze života, které jsou jinak bolestné a mnozí pochybují vůbec o jejich smyslu. Proto pro ně mějme pochopení a to i tehdy, když je vůbec nesdílíme nebo je nesdílíme v podobě, ve které je chápe a prožívá rodička. Připusťme si, že pro rodičku mohou být spirituální hodnoty (vztahy lásky a důvěry k bližním, záležitosti nitra, vztah k Bohu, náboženské úkony) velice důležité, než bychom si mohli představit. (<http://www.nemocnicnikaplan.cz/clanek/21-Pece-o-existencialni-a-spiritualni-potreby-pacienta/index.htm>)

4.5 Potřeby rodiček z hlediska ošetřovatelského procesu v první době porodní

Mezi základní principy v oblasti ošetřovatelství patří systematické, adekvátní a efektivní vyhledávání a následné uspokojování potřeb jedinců a to jak ve zdraví, tak i v nemoci (Hůsková, Kašná, 2009). Uspokojování potřeb z hlediska ošetřovatelského procesu je realizováno ve čtyřfázovém procesu, kam patří: fáze získávání anamnestických dat, definování ošetřovatelské diagnózy, sestavení ošetřovatelského plánu a fáze ošetřovatelské intervence a realizace (Slezáková a kolektiv, 2007).

Potřeba bezpečí a jistoty představuje snahu jedince vyvarovat se osobního ohrožení nebo nebezpečí. Jedná se o snahu nalézt důvěru, spolehlivost a porozumění u druhých. Výše uvedené potřeby se týkají skutečností, jak se vyhnout ohrožení, bolesti, stresu nebo zármutku a také sem můžeme zařadit potřebu saturace a uspokojování tělesných

potřeb. Důležitá je také potřeba důvěry v druhé (v oblasti zdravotnictví se jedná o důvěru ve zdravotnický personál), dostatku informací, orientace v daném prostředí a situaci apod. (Slezáková a kolektiv, 2007). Potřeba jistoty a bezpečí patří mezi bazální lidské potřeby (Plháková, 2007). V případě neuspokojení potřeby jistoty a bezpečí se objevuje strach a úzkost.

Strach představuje prožitek subjektivního charakteru, který vzniká na podkladě nejistoty a obav z konkrétního ohrožení. Mezi aspekty vyvolávající strach můžeme zařadit např. nedostatek informací, ztráta jistoty, nedostatek důvěry ve zdravotnický personál, akutně vznikající bolest a nově vzniklá situace, která je pro klientku neznámá (Slezáková a kolektiv, 2007).

Tenze je stav podobající se strachu, kdy jedinec nedokáže jasně definovat co je příčinou oné tenze. Příčiny vzniku tenze mohou být rozmanité, jako je např. nedůvěra ve druhé, nedůvěra v sebe sama, negativní minulé zkušenosti. Symptomy tenze jsou tachykardie, hypertenze, pocity tíhy na hrudi, emoční labilita a podrážděnost apod. (Práško, Prášková, Vašková, Vyskočilová, 2012). Práško, Prášková, Vašková a Vyskočilová prezentují, že: *„úzkost a strach mají pro člověka adaptivní funkci. Úzkost je proto pro člověka v normálních situacích velmi důležitá – vyostřuje smysly, mobilizuje energii a pomáhá organismu ubránit se, utéci či se vyhnout, pokud se objeví nebezpečí“* (Práško, Prášková, Vašková, Vyskočilová, 2012, s. 9).

Nedostatek informací je stav, kdy pacientka či klientka nedisponuje dostatečnými nebo adekvátními informacemi, které se týkají jejího zdravotního stavu nebo zdravotního stavu její blízké osoby (dítě, partner, rodiče apod.). Příčinou vzniku nedostatku informací může být nepochopení poskytnutých informací ze strany pacientky či klientky, poskytnutí informací klientce neadekvátní formou (odborný popis, informace nejsou v souladu se vzděláním pacientky či klientky) (Slezáková a kolektiv, 2007).

5 Metodologie

Jako vyhovující metodu pro zjištění potřebných dat jsem zvolila nestandardizovaný dotazník (viz příloha D). Zvolila jsem si kvantitativní metodu výzkumu.

Kvantitativní výzkum je metoda pro sběr dat, vědeckého i nevědeckého zkoumání, která má za cíl popsat zkoumanou oblast. Kvantitativní metodou můžeme rozumět takový sběr dat, který je zaměřen na velké množství respondentů. Tito respondenti nejčastěji odpovídají na otázky formou dotazníků, výsledky jsou podle statistických metod zpracovány a statisticky vyhodnoceny (<http://www.survio.com/cs/blog/serialy/kvantitativni-vyzkum-1-uvod#.Vs3aCZL2aYE>).

Formami typickými pro kvantitativní výzkum jsou standardizovaný rozhovor a standardizovaný dotazník. Jediným rozdílem mezi těmito dvěma metodami je způsob kladení otázek. U rozhovoru se jedná o mluvenou formu, u dotazníku o písemnou. Otázky můžeme dále rozdělit podle formy na uzavřené, polo-uzavřené a otevřené (volné).

Východiskem pro kvantitativní výzkum je výchozí hypotéza, z níž vyplývá výběr znaků (otázek). Na tomto základě se vytvoří dotazník, který se předloží přiměřenému počtu vhodně vybraných respondentů. Na jejich počtu a výběru, ale i na návratnosti dotazníků pak závisí nejen reprezentativnost výsledků (tj. pravděpodobnost, že výsledek lze

rozšířit na větší celek, ale i možnost jemnější kategorizace výsledků (např. podle kombinací dvou a více znaků).

Jedním z rysů pro kvantitativní výzkum je deduktivní přístup, neboť výzkumníci vycházejí z nějaké teorie či obecně pojatého problému a formulují hypotézy o vztazích mezi proměnnými tak, aby následným sběrem dat byli schopni ověřit či vyvrátit pravdivost těchto hypotéz.

Dalším rysem typickým pro tento výzkum je objektivita. Ideálně je výzkumník nezúčastněný, snaží se neklást otázky tendenčně. Výzkumu se zpravidla zúčastňuje velké množství respondentů a šetření probíhá anonymně).

(https://cs.wikipedia.org/wiki/Kvantitativní_výzkum)

Charakteristika výzkumného vzorku

Empirické šetření zkoumaného vzorku jsem zrealizovala v časovém horizontu září 2014 – srpen 2015. Výzkum proběhl ve vybraném zdravotnickém zařízení a to na porodnickém oddělení Nemocnice Kadaň s.r.o., a respondentky byly rodičky, které byly přijaty k porodu a rodičky v první době porodní. Kritéria pro výběr respondentek byly následující: věk rodičky nad 18 let, a skutečnost, že se rodička nacházela v první době porodní anebo byla přijata k porodu.

Veškeré informace a data získané prostřednictvím provedeného výzkumu byly prezentovány se svolením respondentek a vedením Nemocnice Kadaň s.r.o.

Pro přehlednost uvádím následující vyhodnocení úvodních položek v dotazníku, které charakterizují výzkumný vzorek respondentek.

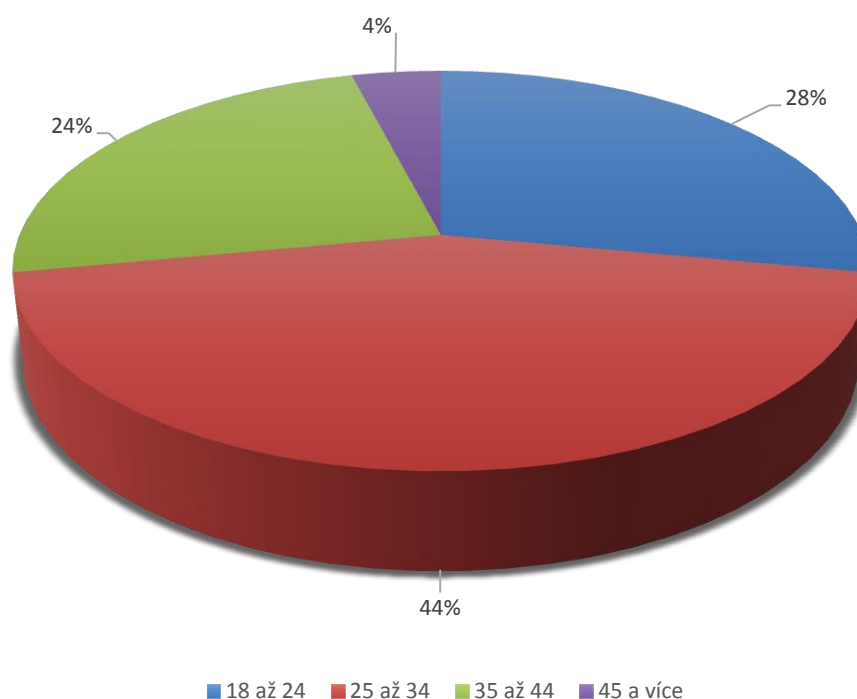
Vyhodnocení otázky č. 1:

Kolik je Vám let? (a) 18 – 24 let, b) 25 – 34, c) 35 – 44, d) 45 – a více let)

Tabulka1: Věkové kategorie oslovených respondentek

	n_i	p_i
a) 18 až 24	28	28%
b) 25 až 34	44	44%
c) 35 až 44	24	24%
d) 45 a více	4	4%
CELKEM	100	100%

Graf 1: Věkové kategorie oslovených respondentek



U dotazovaných rodiček zjišťuji věkovou kategorii. Kategorie jsem dala k dispozici čtyři. Nejpočetnější věkovou skupinou u oslovených respondentek byla skupina

„25 - 34 let“ v počtu 44 rodiček (tj. 44,0 %), dále „15 - 24 let“ uvedlo 28 respondentek (tj. 28,0 %), „35 - 44 let“ uvedlo také 24 respondentek (tj. 26,0 %) a věkovou kategorii „45 a více let“ uvedlo 4 respondentek (tj. 10,0 %).

Vyhodnocení otázky č. 2:

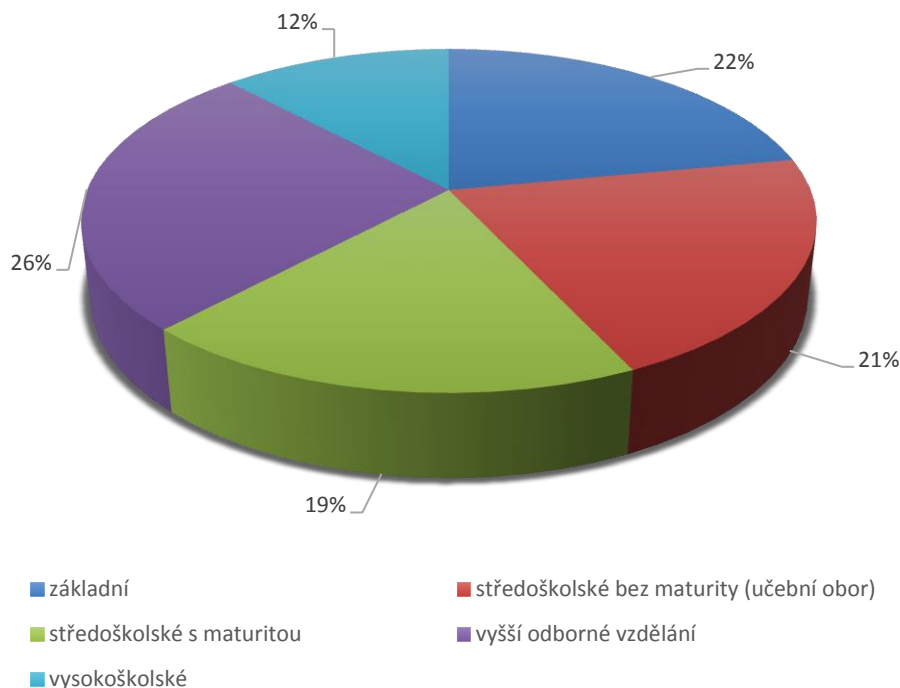
Jaké máte vzdělání? (a) základní, b) středoškolské bez maturity, c) středoškolské s maturitou, d) vyšší odborné vzdělání, e) vysokoškolské)

Tabulka 2: Vzdělání oslovených respondentek

	n_i	P_i
a) základní	22	22%
b) středoškolské bez maturity (učební obor)	21	21%
c) středoškolské s maturitou	19	19%
d) vyšší odborné vzdělání	26	26%

e) vysokoškolské	12	12%
CELKEM	100	100%

Graf 2: Vzdělání oslovených respondentek



Z odpovědí na výběrovou otázku č. 2 bylo zjištěno, že „základní vzdělání“ má 22 respondentek (tj. 22,0 %), „učební obor“ má 21 oslovených respondentek (tj. 21%), „středoškolské vzdělání s maturitou“ má 19 respondentek (tj. 19,0 %), „vyšší odborné vzdělání“ má 26 respondentek (tj. 26 %) a „vysokoškolské vzdělání“ má 12 respondentek z celkového souboru oslovených rodiček (tj. 12,0 %).

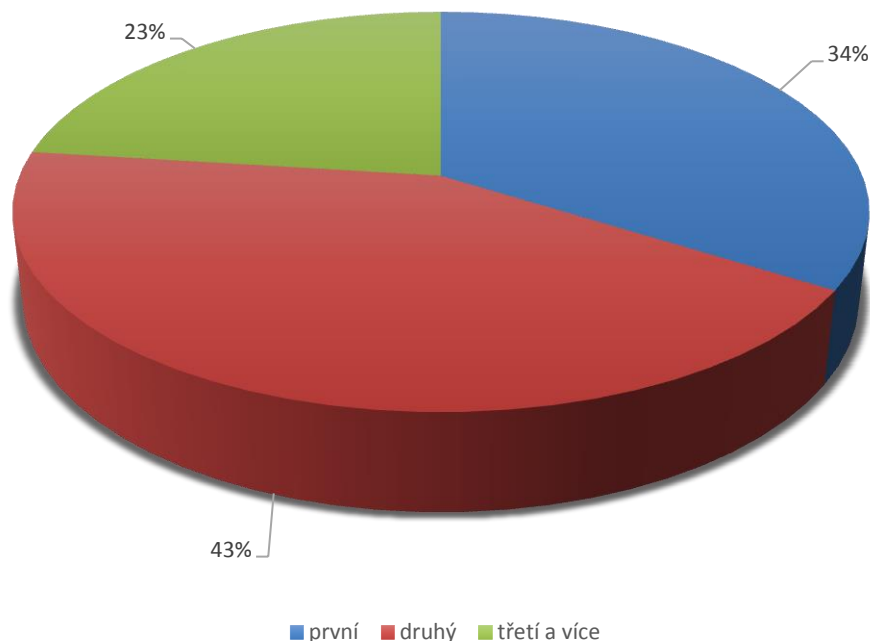
Vyhodnocení otázky č. 3:

Kolikátý bude pro Vás tento porod? (a) první, b) druhý, c) třetí a více)

Tabulka 3: Počty porodů u oslovených rodiček

	n_i	p_i
a) první	34	34%
b) druhý	43	43%
c) třetí a více	23	23%
CELKEM	100	100%

Graf 3: Počty porodů u oslovených rodiček



Na podkladě odpovědí oslovených respondentek bylo zjištěno, že „první porod“ to bude u 34 rodiček (tj. 34,0 %), „o druhý porod“ se bude jednat u 43 rodiček (tj. 43,0 %) a o „třetí porod a více“ se bude také jednat u 23 rodiček (tj. 23,0 %).

6 Vyhodnocení cílů

Hlavní cíl:

Zjistit, jaké jsou psychické a sociální potřeby současných rodiček od počátku první doby porodní až do porodu plodu.

Předpokládaný výsledek: Předpokládám, že 100% žen vyžaduje určité psychické, tak sociální potřeby.

Vedlejší cíle:

Cíl č. 1: Zjistit, jak samy rodičky vnímají přítomnost blízké osoby v průběhu

příjmu a první doby porodní.

Předpokládaný výsledek: Předpokládám, že 75% rodiček upřednostňují přítomnost blízké osoby či partnera.

Tak na tuto otázku na možnost „ano“ odpovědělo 11 rodiček, z mého výzkumu vyplynulo, že 39% rodiček pozitivně vnímalo přítomnost blízké osoby. Dle mého přesvědčení, záleží na průběhu první doby porodní a zdravotním a psychickém stavu rodičky. Pro možnost „ne“ se vyslovilo 6 rodiček a na možnost „nedovedu posoudit“ odpovědělo 12 rodiček. Má domněnka se u této zkoumané položky nepotvrdila.

Cíl č. 2 : Zjistit, zda rodička měla po celou dobu příjmu pocit soukromí a intimity.
Předpokládaný výsledek: Předpokládám, že 85% rodiček mělo pocit soukromí a intimity.

Na otázku „Měla jste během celého procesu příjmu pocit soukromí a intimity?“ odpovědělo „ano“ 73 respondentek (tj. 73,0%) a „ne“ zvolilo pouze 27 respondentek (tj. 27,0%).

Cíl č. 3 : Zjistit, zda byl přístup ošetřujícího personálu k rodičce empatický v souvislosti s jejich potřebami

Předpokládaný výsledek: Předpokládám, že 80% ošetřujícího personálu byl k rodičce empatický.

Na tuto otázku odpovědělo „ano“ 73 respondentek (tj. 73,0%), odpověď „ne“ uvedlo 6 oslovených respondentek (tj. 6,0%) a odpověď „ne, zcela“ uvedlo 21 respondentek (21,0%).

Cíl č. 4 : Zjistit, zda na rodičku působilo prostředí porodnického oddělení uklidňujícím dojmem.

Předpokládaný výsledek: Předpokládám, že 90% rodiček působilo porodnické oddělení uklidňujícím dojmem

respondentky uváděly, že prostředí porodnického oddělení na ně působí dobře a to v 89 případech (tj. 89,0%), pouze 11 rodiček (tj. 11,0%) uvedlo, že prostředí porodnického oddělení na ně dobře nepůsobí.

7 Průběh dotazníkového šetření

Celkem jsem v Nemocnici Kadaň s.r.o na porodnickém oddělení rozdala 125 dotazníků. Konečná návratnost byla 100 dotazníků, tj. 80,0%. Před realizací výzkumu jsem provedla předvýzkum, abych zjistila, zda otázky v dotazníku jsou pro respondentky pochopitelné a zda na ně mohou efektivně odpovídat. Na podkladě předvýzkumného šetření byly vybrané otázky přeformulovány.

Oslovení respondentek - rodiček jsem uskutečnila po porodu, kdy klientky byly řádně odpočinuté a byly ochotny přistoupit k vyplnění dotazníku. V záhlaví úvodu dotazníku

ujišťuji rodičky, že získané informace z dotazníkového šetření použiji pouze ke zpracování mé bakalářské práce a získaná data budou zpracována anonymně.

Dotazník celkem obsahuje 18 položek, které mají charakter uzavřených, otevřených a polootevřených otázek. Z toho první 3 otázky se týkaly demografického zjištění, otázky 4 – 10 se týkají příjmu rodiček a jejich edukace, soukromí a intimity, otázky 11 – 18 se týkají porodní bolesti při porodu, možnosti jejího řešení, a přítomností partnera či jiné osoby při porodu.

V otázce č. 1 zjišťuji věk hospitalizovaných rodiček. V otázce č. 2 se zabývám nejvyšším dosaženým vzděláním, na výběr mají rodičky z 5 možností. Otázka č. 3 zkoumá kolikátý porod má rodička za sebou. 4. otázka se zabývá obavami z porodu. Otázka č. 5 se ptá, o jaký druh strachu se jedná. Otázka škálová č. 6 hodnotí přístup ošetřujícího personálu k rodičce. V otázce č. 7 se dotazuji, zda se ošetřující personál vždy představuje rodičkám při příjmu. Otázka č. 8 se zabývá soukromím a intimitou rodičky během příjmu. Otázka č. 9 se se ptá, zda byly rodičky dostatečně edukovány. V otázce č. 10 zjišťujeme empatii ošetřujícího personálu. Otázka č. 11 zjišťuje účinnost reakce na bolest rodičky, s touto otázkou souvisí otázka č. 12, kde zjišťujeme, zda bylo reagováno na bolest rodičky včas. Otázka č. 13 vyjadřuje řešení porodní bolesti rodiček ošetřujícím personálem. Otázka výčtová č. 14 řešila přítomnost blízké osoby u porodu. Otázka č. 15 zkoumá, zda byl přítomen partner či blízká osoba od příjmu až k porodu. Otázka č. 16 se zabývá, jestli partner či blízká osoba byly přítomny od samého počátku příjmu až do porodu. Filtrační otázka č. 17 se zabývá vnímáním partnera či blízké osoby u porodu. Poslední otázka č. 18 se zaměřuje na útulnost prostředí porodnického oddělení, jak působí na rodičky.

8 Zpracování dotazníkového šetření

Vyhodnocení otázky č. 4:

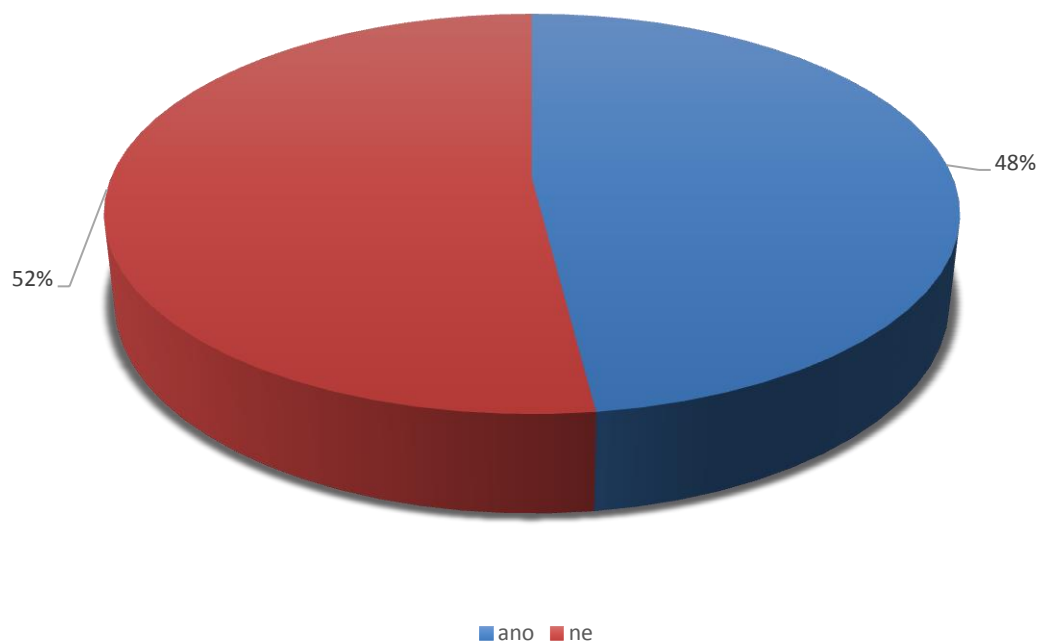
Při příjmu na porodní sál pocívala jste strach ze samostatného porodu? (a) ano, b) ne)

Tabulka 4: Strach z porodu na porodním sále

	n_i	p_i
a) ano	48	48%

b) ne	52	52%
CELKEM	100	100%

Graf 4: Strach z porodu na porodním sále



Na tuto otázku odpovědělo „ano“ 48 respondentek (tj. 48,0 %) a možnost „ne“ zvolilo 52 respondentek.

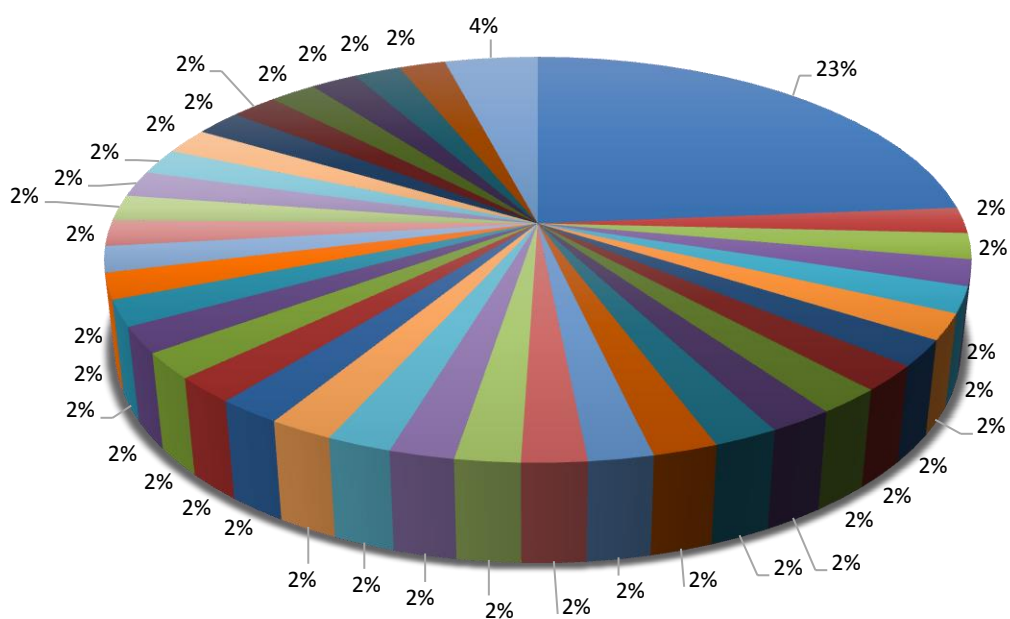
5. Pokud jste na předešlou otázku odpověděla ano, z čeho jste měla strach?

Tabulka 5: Z čeho jste měla strach

	n_i	p_i
bolest	11	23,0%
bolest, délky porodu	1	2,0%
bolest, dlouhá doba od 1. porodu, že to nezvládnu	1	2,0%
bolest, nemocnice	1	2,0%
bolest, péče o mimčo, porodní sál	1	2,0%
bolest, stud z nezvládnuté bolesti	1	2,0%
bolest, z něčeho nového	1	2,0%
bolest, z nemocnice	1	2,0%

bolest, že to nezvládnou, dlouhý porod	1	2,0%
bolesti a doktorů	1	2,0%
bolesti, a jestli to zvládnou	1	2,0%
bolesti a neznámého	1	2,0%
bolesti a péči o novorozence	1	2,0%
bolesti a pobytu v nemocnici	1	2,0%
bolesti a ze všeho	1	2,0%
bolesti, komplikací	1	2,0%
bolesti, nemocnice	1	2,0%
bolesti, že to nezvládnou	1	2,0%
celkového porodu a možných komplikací	1	2,0%
délky porodu a bolesti	1	2,0%
komplikace	1	2,0%
komplikací a bolesti	1	2,0%
komplikací, bolesti, nezdařeného porodu	1	2,0%
nemocnice	1	2,0%
porodu	1	2,0%
porodu z důvodu polohy miminka	1	2,0%
úplně všeho	1	2,0%
z celého porodu	1	2,0%
z komplikací porodu	1	2,0%
z nemocnice	1	2,0%
z neznámého a bolesti	1	2,0%
z neznámého, bolesti a komplikací	1	2,0%
z neznámého, bolesti, komplikací	1	2,0%
z ohledu na věk a první porod	1	2,0%
z porodníka	1	2,0%
z porodu, bolesti	1	2,0%
ze všeho	2	4,0%
CELKEM	48	100%

Graf 5: Z čeho jste měla strach



- | | | |
|---|---|--|
| ■ bolest | ■ bolest, délky porodu | ■ bolest, dlouhá doba od 1. porodu, že to nezvládnou |
| ■ bolest, nemocnice | ■ bolest, péče o mimčo, porodní sál | ■ bolest, stud z nezvládnuté bolesti |
| ■ bolest, z něčeho nového | ■ bolest, z nemocnice | ■ bolest, že to nezvládnou, dlouhý porod |
| ■ bolesti a doktorů | ■ bolesti, a jestli to zvládnou | ■ bolesti a neznámého |
| ■ bolesti a péči o novorozence | ■ bolesti a pobytu v nemocnici | ■ bolesti a ze všeho |
| ■ bolesti, komplikací | ■ bolesti, nemocnice | ■ bolesti, že to nezvládnou |
| ■ celkového porodu a možných komplikací | ■ délky porodu a bolesti | ■ komplikace |
| ■ komplikací a bolesti | ■ komplikací, bolesti, nezdařeného porodu | ■ nemocnice |
| ■ porodu | ■ porodu z důvodu polohy miminka | ■ úplně všeho |
| ■ z celého porodu | ■ z komplikací porodu | ■ z nemocnice |
| ■ z neznámého a bolesti | ■ z neznámého, bolesti a komplikací | ■ z neznámého, bolesti, komplikací |
| ■ z ohledu na věk a první porod | ■ z porodníka | ■ z porodu, bolesti |
| ■ ze všeho | | |

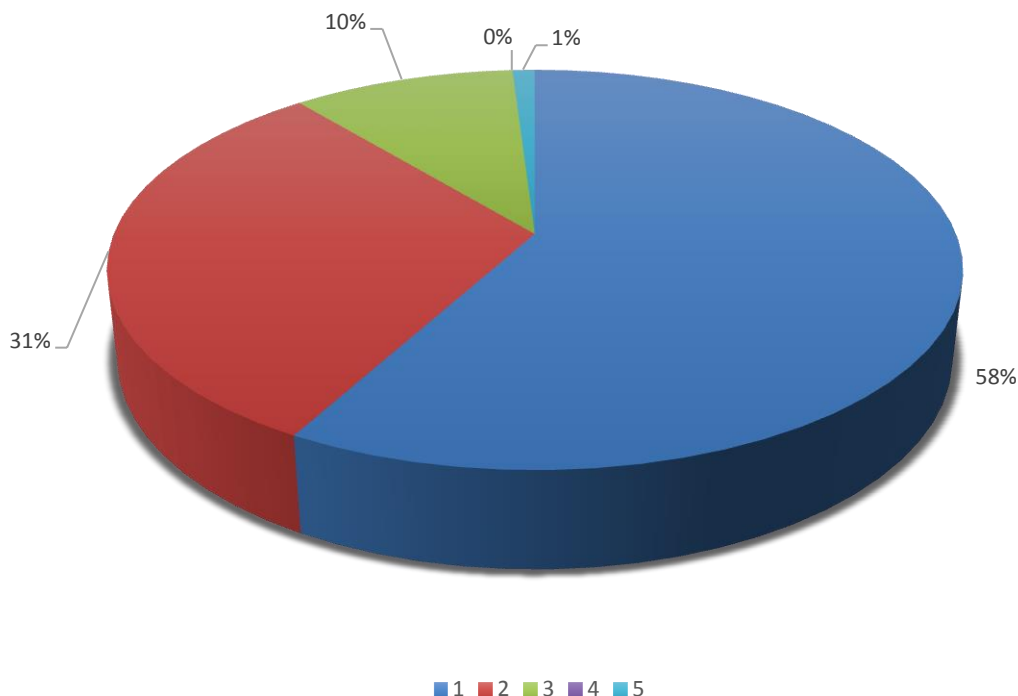
Vyhodnocení otázky č. 6:

Jak hodnotíte přístup ošetrovatelského personálu k Vám při příjmu k porodu (1 = výborné, 5 = nedostačující)?

Tabulka 6: Hodnocení přístupu ošetrovatelského personálu k rodičce v době příjmu k porodu

	n_i	P_i
a) 1	58	58%
b) 2	31	31%
c) 3	10	10%
d) 4	0	0%
e) 5	1	1%
CELKEM	100	100%

Graf 6: Hodnocení přístupu ošetrovatelského personálu k rodičce v době příjmu k porodu



U této otázky odpovídaly oslovené respondentky prostřednictvím známkování, kdy známka 1 = výborně a známka 5 = nedostačující. Na podkladě odpovědí respondentek bylo zjištěno, že „možnost 1“ uvedlo 58 respondentek (tj. 58,0 %),

„možnost 2“ uvedlo 31 respondentek (tj. 31,0 %), „možnost 3“ uvedlo 10 respondentek (tj. 10,0 %), „možnost 4“ ne- uvedl nikdo z oslovených a „možnost 5“ uvedl jen 1 respondent (tj. 1,0 %).

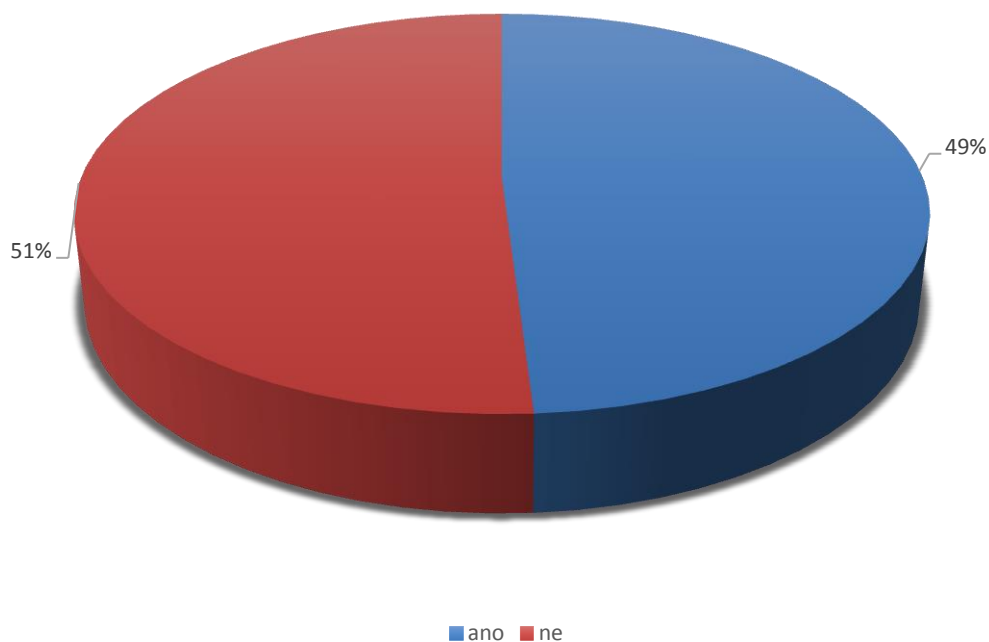
Vyhodnocení otázky č. 7:

Představil se Vám ošetřující personál při příjmu k porodu jménem a podání ruky?(a) ano, b) ne)

Tabulka 7: Představil se Vám ošetřující personál při...?

	n_i	p_i
a) ano	49	49%
b) ne	51	51%
CELKEM	100	100%

Graf 7: Představil se Vám personál při....?



Na tuto otázku odpovědělo „ano“ 49 respondentek (tj. 49,0 %) a možnost „ne“ zvolilo 51 respondentek (tj. 51,0 %).

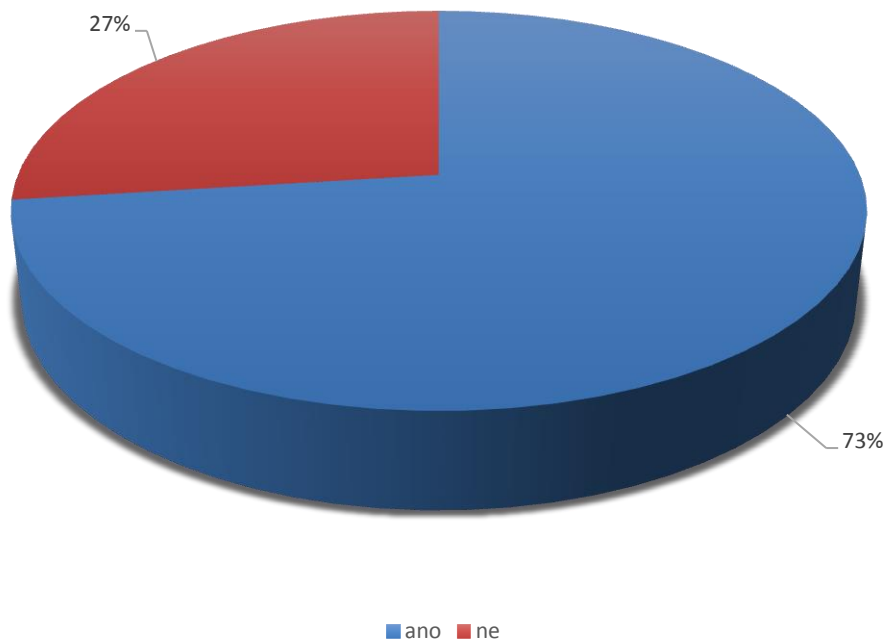
Vyhodnocení otázky č. 8:

Měla jste během celého procesu příjmu pocit soukromí a intimity? (a) ano, b) ne)

Tabulka 8: Pocit soukromí a intimity u respondentek při příjmu k porodu

	n_i	p_i
a) ano	73	73%
b) ne	27	27%
CELKEM	100	100%

Graf 8: Pocit soukromí a intimity u respondentek při příjmu k porodu



Na otázku „Měla jste během celého procesu příjmu pocit soukromí a intimity?“ odpovědělo „ano“ 73 respondentek (tj. 73,0 %) a „ne“ zvolilo pouze 27 respondentek (tj. 27,0 %).

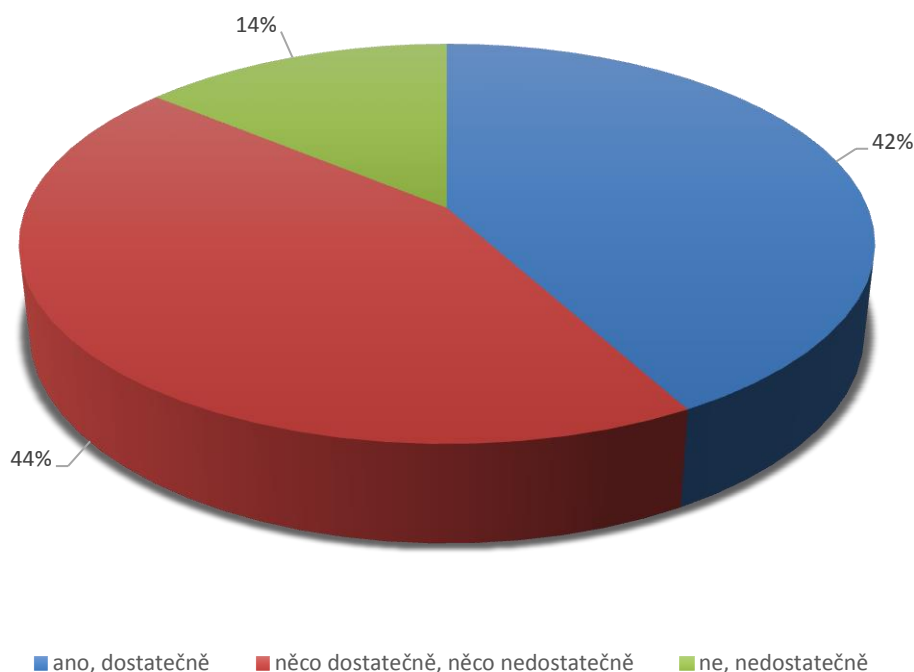
Vyhodnocení otázky č. 9:

Bylo Vám ze strany ošetřujícího personálu vše dostatečně vysvětleno? (a) ano, dostatečně, b) něco dostatečně, něco nedostatečně, c) ne, nedostatečně)

Tabulka 9: Spokojenost respondentek s vysvětlením postupu při příjmu rodičky

	n_i	p_i
a) ano, dostatečně	42	42%
b) něco dostatečně, něco nedostatečně	44	44%
c) ne, nedostatečně	14	14%
CELKEM	100	100%

Graf 9: Spokojenost respondentek s vysvětlením postupu při příjmu rodičky



Z odpovědí respondentek bylo zjištěno, že možnost odpovědi „ano, dostatečně“ zvolilo 42 respondentek (tj. 42,0 %), odpověď „téměř dostatečně“ uvedlo 44 respondentek (tj. 44,0 %) a možnost odpovědi „ne, nedostatečně“ neuvedlo 14 respondentek (tj. 14 %).

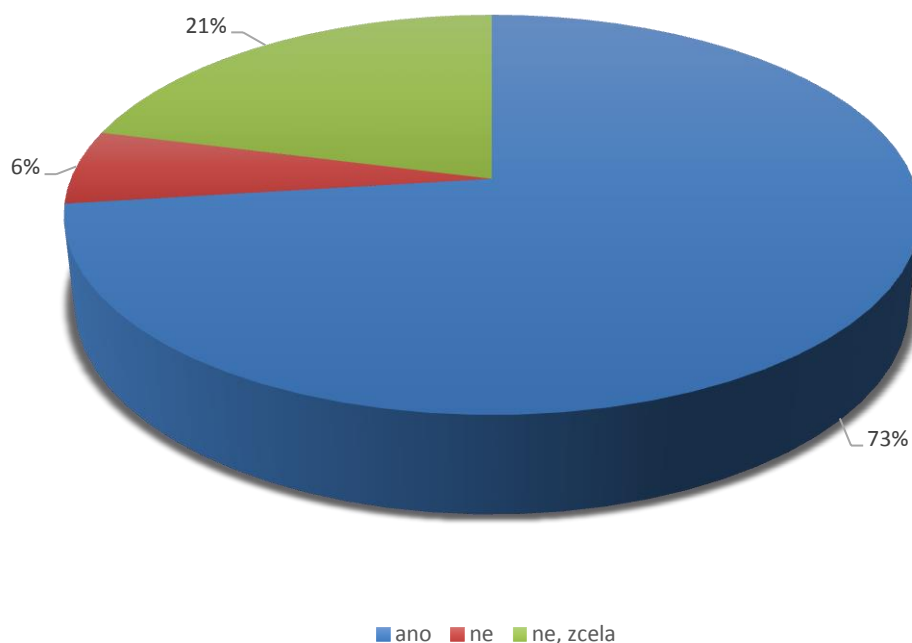
Vyhodnocení otázky č. 10:

Byl přístup ošetrovatelského personálu k Vám empatický? (a) ano, b) ne, c) ne zcela)

Tabulka 10: Hodnocení empatického přístupu ošetrujícího personálu k rodiče

	n_i	p_i
a) ano	73	73%
b) ne	6	6%
c) ne, zcela	21	21%
CELKEM	100	100%

Graf 10: Hodnocení empatického přístupu ošetrujícího personálu k rodiče



Na tuto otázku odpovědělo „ano“ 73 respondentek (tj. 73,0 %), odpověď „ne“ uvedlo 6 oslovených respondentek (tj. 6,0 %) a odpověď „ne, zcela“ uvedlo 21 respondentek (21,0 %).

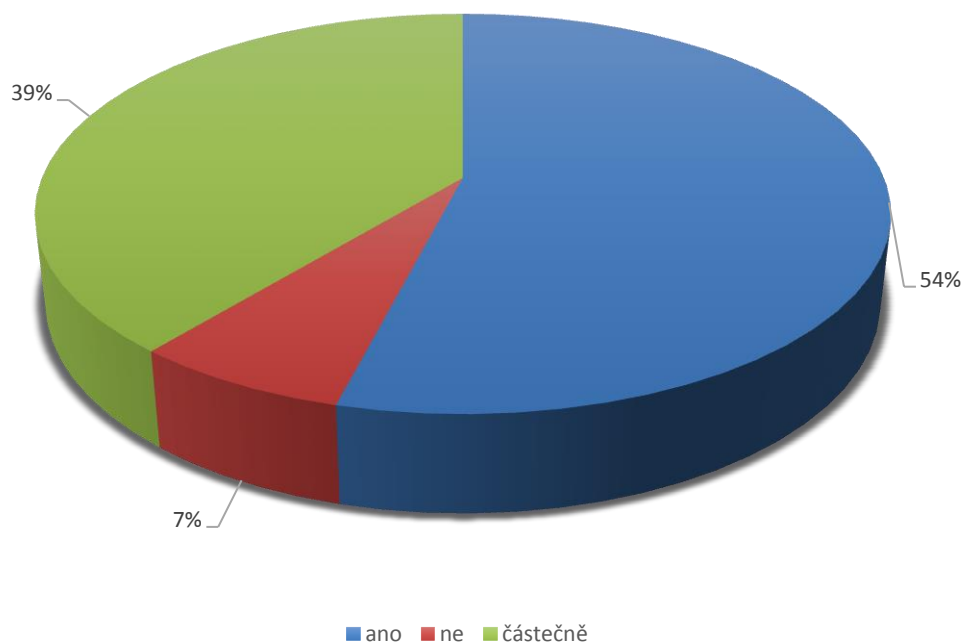
Vyhodnocení otázky č. 11:

Při pociťování bolesti bylo ošetrovatelským personálem ÚČINNĚ reagováno na tuto bolest? (a) ano, b) ne, c) částečně)

Tabulka 11: Reagování personálu ÚČINNĚ na bolest rodičky

	n_i	p_i
a) ano	54	54%
b) ne	7	7%
c) částečně	39	39%
CELKEM	100	100%

Graf 11: Reagování personálu ÚČINNĚ na bolest rodičky



Na tuto otázku odpovědělo „ano“ 54 respondentů (tj. 54,0 %), odpověď „ne“ odpovědělo 7 respondentů (tj. 7,0 %) a na odpověď „částečně“ zvolilo 39 respondentů (tj. 39,0 %).

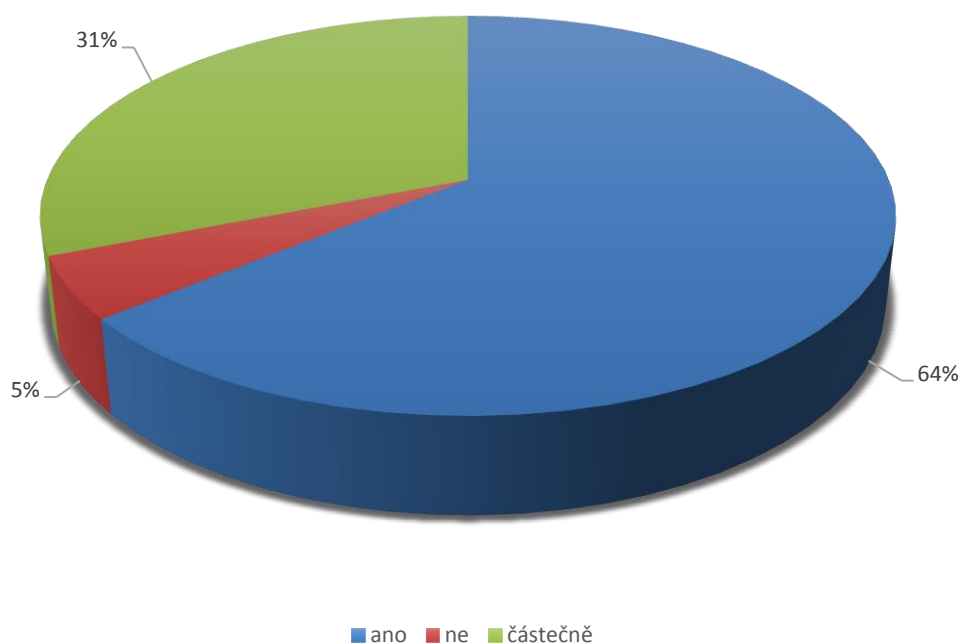
Vyhodnocení otázky č. 12:

Při pociťování bolesti bylo ošetřovatelským personálem VČAS reagováno na tuto bolest?(a) ano, b) ne, c) částečně)

Tabulka 12: Reagování personálu VČAS na bolest rodičky

	n_i	p_i
a) ano	64	64%
b) ne	5	5%
c) částečně	31	31%
CELKEM	100	100%

Graf 12: Reagování personálu VČAS na bolest rodičky



Na tuto otázku odpovědělo „ano“ 64 respondentů (tj. 64,0 %), odpověď „ne“ odpovědělo 5 respondentů (tj. 5,0 %) a na odpověď „částečně“ zvolilo 31 respondentů (tj. 31,0 %).

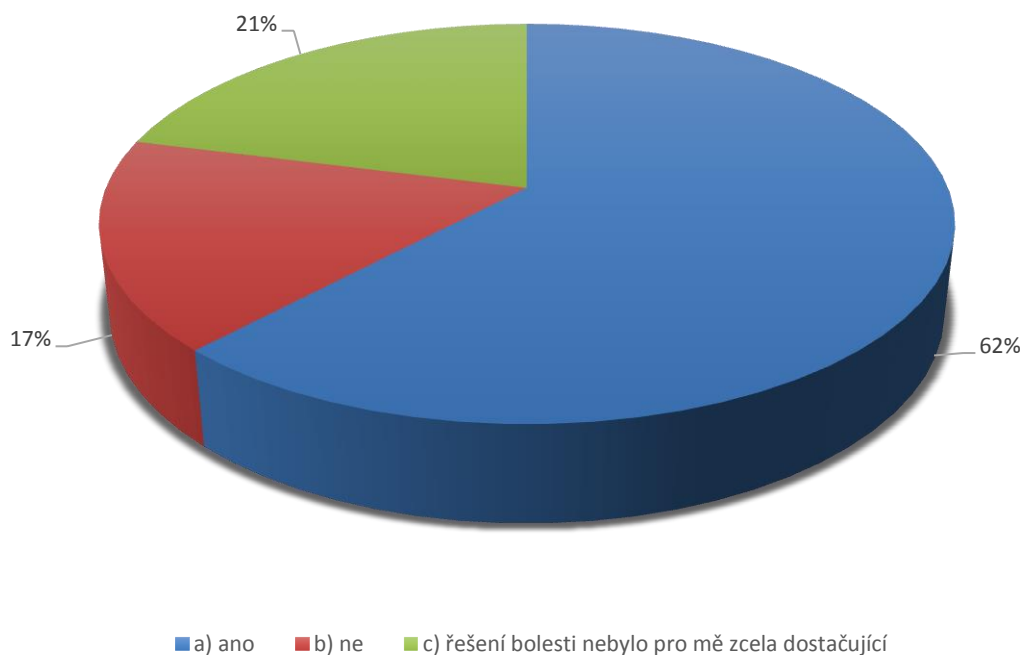
Vyhodnocení otázky č. 13:

Řešil s Vámi ošetřující personál možnosti tišení bolesti (například teplá voda, aromaterapie, relaxační techniky)?(a) ano, b) ne, c) řešení bolesti nebylo pro mě zcela dostačující)

Tabulka 13: Možnosti tišení bolesti při porodu

	n_i	p_i
a) ano	62	62%
b) ne	17	17%
c) řešení bolesti nebylo pro mě zcela dostačující	21	21%
CELKEM	100	100%

Graf 13: Možnosti tišení bolesti při porodu



Z odpovědí na otázku 13 bylo zjištěno, že „ano“ uvedlo 62 respondentů (tj. 62,0 %), možnost odpovědi „ne“ uvedlo 17 respondentů (tj. 17,0 %) a možnost odpovědi „nebylo zcela dostačující“ uvedlo 21 respondentů (tj. 21,0 %).

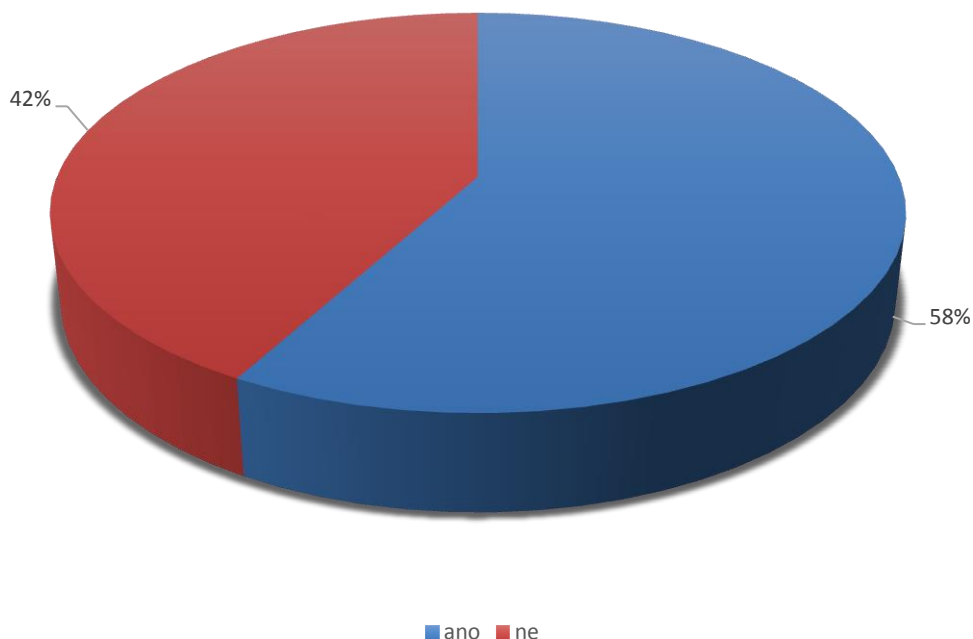
Vyhodnocení otázky č. 14:

Požadovala jste přítomnost partnera nebo blízké osoby při příjmu až do samotného porodu?(a) ano, b) ne)

Tabulka 14: Potřeba rodičky mít „někoho“ u sebe od doby příjmu až do porodu

	n_i	p_i
a) ano	58	58%
b) ne	42	42%
CELKEM	100	100%

Graf 14: Potřeba rodičky mít „někoho“ u sebe od doby příjmu až do porodu



Na tuto otázku odpověděly oslovené rodičky „ano“ v 58 případech (tj. 58,0 %) a odpověď „ne“ uvedlo 42 rodiček (tj. 42,0 %).

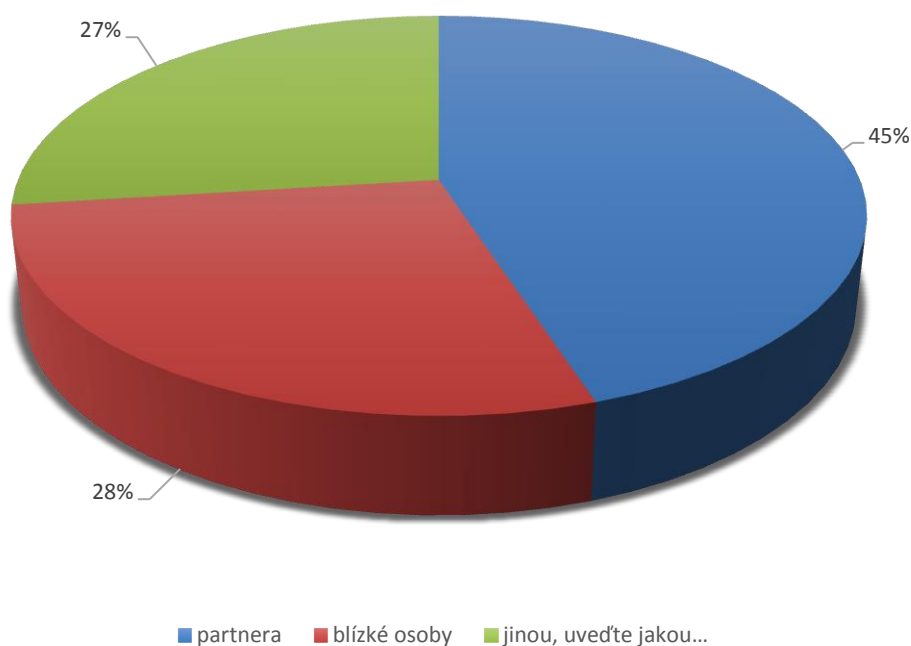
Vyhodnocení otázky č. 15:

Čí přítomnost jste požadovala od příjmu až do samotného porodu? (a) partnera, b) blízké osoby, c) jinou, uveďte jakou...)

Tabulka 15 A: Čí přítomnost je požadována více

	n_i	p_i
a) partnera	26	45%
b) blízké osoby	16	28%
c) jinou, uveďte jakou...	16	27%
CELKEM	58	100%

Graf 15 A: Čí přítomnost je požadována více

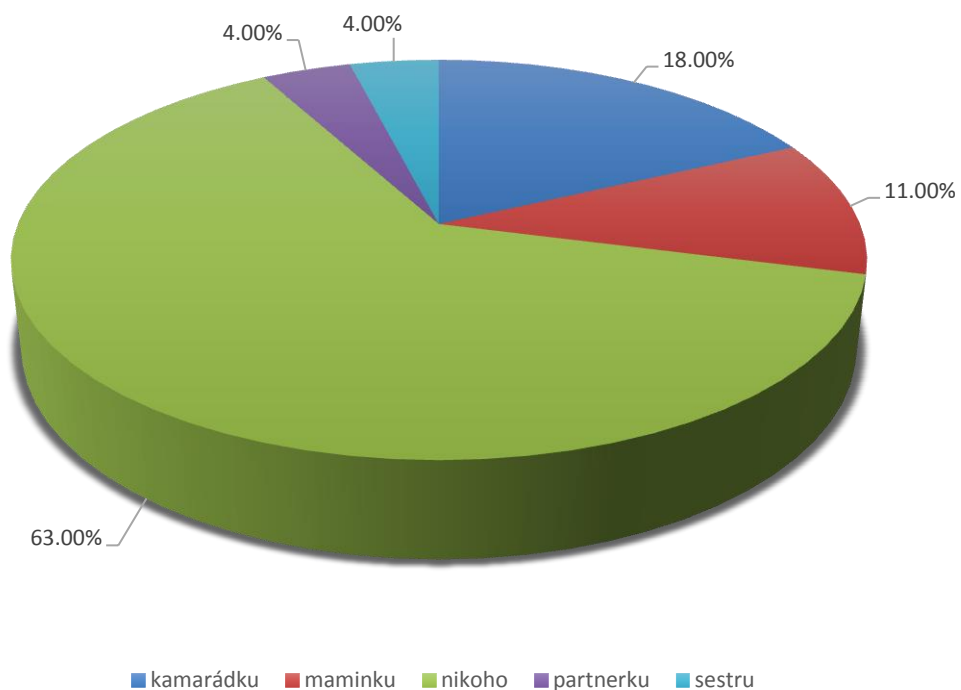


Rodičky, které chtěly „partnera“ u porodu, odpovědělo 26 (tj. 45,0 %), „blízkou osobu“ chtělo 16 rodiček (tj. 28,0 %) a „jinou osobu“ chtělo 16 rodiček (tj. 27,0 %).

Tabulka č. 15 B jinou, uveďte...

	n_i	p_i
kamarádku	2	18,0%
maminku	2	11,0%
nikoho	10	63,0%
partnerku	1	4,0%
sestru	1	4,0%
CELKEM	16	100%

Graf 15 B: jinou, uveďte jakou... (z 16 rodiček)



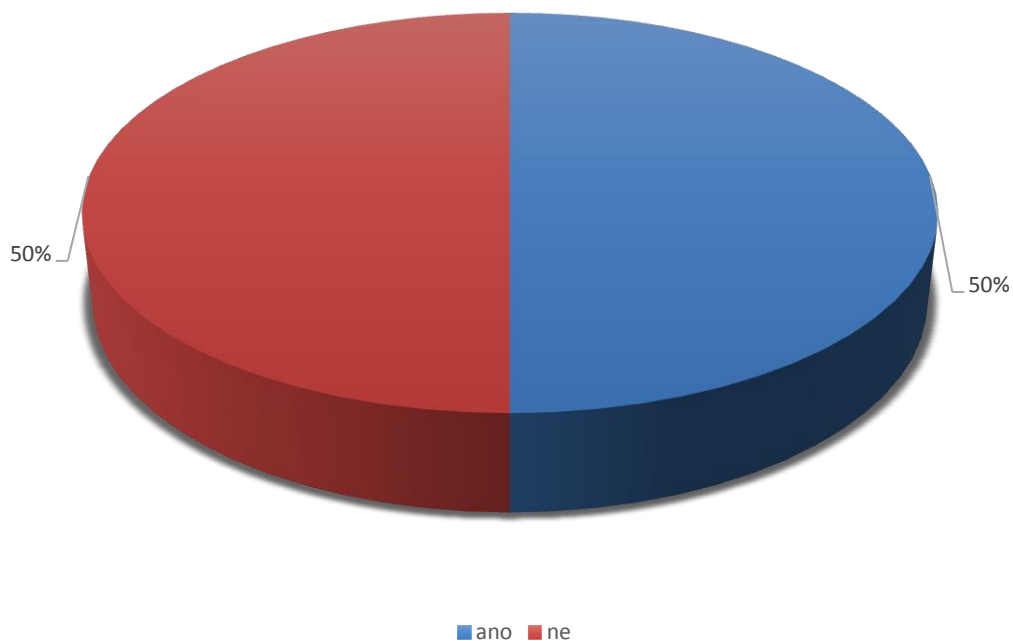
Vyhodnocení otázky č. 16:

Byla požadovaná osoba (partner či blízká osoba) přítomna u Vašeho příjmu až po samotný porod?(a) ano, b) ne)

Tabulka 16: Byla požadovaná osoba až do konce porodu?

	n_i	p_i
a) ano	29	50%
b) ne	29	50%
CELKEM	58	100%

Graf 16: Byla požadovaná osoba až do konce porodu?



Tato otázka je přesně zodpovězená napůl, na „ano“ a „ne“ přesně 29 rodiček (tj. 50,0 %).

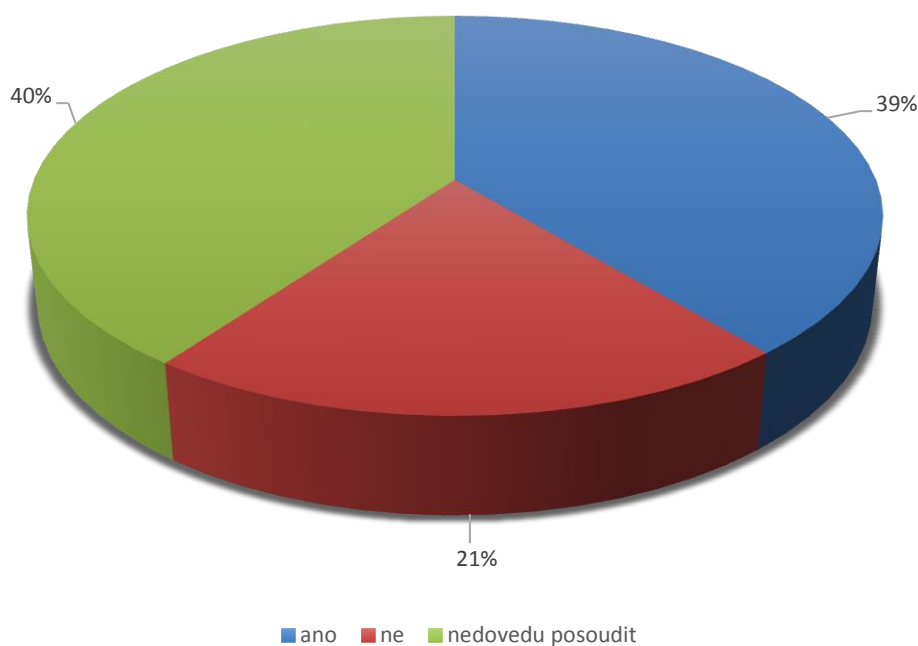
Vyhodnocení otázky č. 17:

Pokud jste na otázku č. 16 odpověděla kladně, byla přítomnost partnera či blízké osoby Vámi pozitivně vnímána? (a) ano, b) ne, c) nedovedu posoudit)

Tabulka 17: Byla přítomnost někoho blízkého Vámi pozitivně vnímána?

	n_i	p_i
a) ano	11	39%
b) ne	6	21%
c) nedovedu posoudit	12	40%
CELKEM	29	100%

Graf 17: Byla přítomnost někoho blízkého Vámi pozitivně vnímána?



Tak na tuto otázku na možnost „ano“ odpovědělo 11 rodiček, možnost „ne“ 6 rodiček a na možnost „nedovedu posoudit“ odpovědělo 12 rodiček.

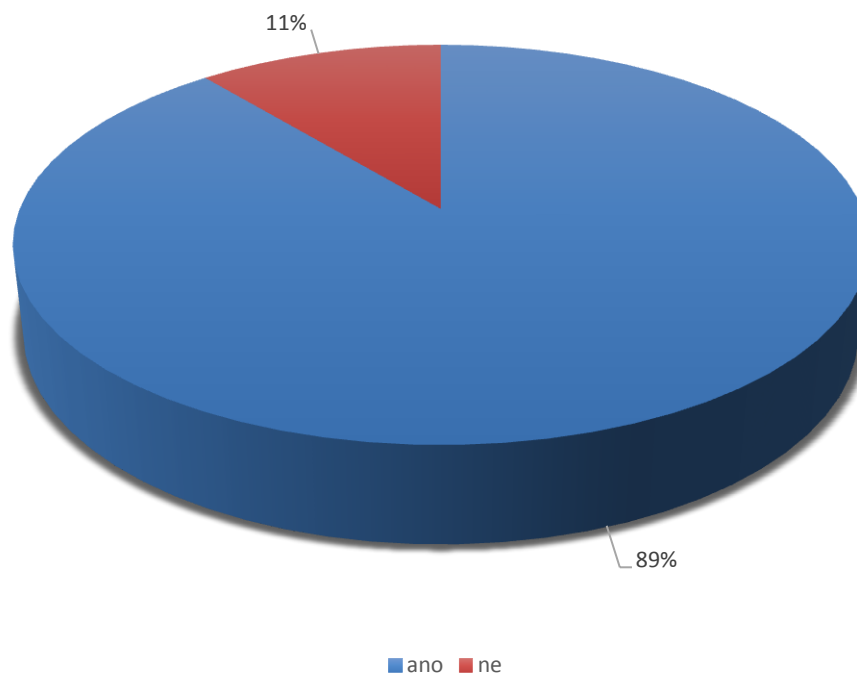
Vyhodnocení otázky č. 18:

Působilo na Vás prostředí porodního oddělení uklidňujícím dojmem? (a) ano, b) ne)

Tabulka 18: Působilo na rodičky porodnické oddělení uklidňujícím dojmem

	n_i	p_i
a) ano	89	89%
b) ne	11	11%
CELKEM	100	100%

Graf 18: Působilo na rodičky porodnické oddělení uklidňujícím dojmem



Na tuto otázku odpověděly oslovené rodičky „ano“ v 89 případech (tj. 89,0 %) a odpověď „ne“ uvedlo 11 rodiček (tj. 11,0 %).

9 Diskuze

Hlavní cíl praktické části bakalářské práce se zaměřuje na zjištění skutečnosti, jaké jsou psychické a sociální potřeby současných rodiček v průběhu příjmu k porodu a v první době porodní až do porodu plodu. Vedlejší cíle v bakalářské práci pojednávají o skutečnostech, jak samy rodičky hodnotí přístup ošetřujícího personálu při příjmu k porodu a v první době porodní, jak rodičky vnímají přítomnost partnera či blízké osoby, zjištění zda rodičky měly pocit soukromí a intimity při příjmu k porodu a v první době porodní, zda byl přístup ošetřujícího personálu k rodičce empatický a zda prostředí porodnického oddělení působilo na rodičky uklidňujícím dojmem.

Hlavní cíl:

Zjistit, jaké jsou psychické a sociální potřeby současných rodiček v průběhu příjmu k porodu a v první době porodní až do porodu plodu.

Dle mého přesvědčení si myslím, že každá rodička má své určité psychické a sociální potřeby, které se odvíjejí od aktuálního stavu rodičky (příjmu k porodu, průběhu první doby porodní). A velice záleží na jednání a profesionalitě ošetrovatelského personálu a případném doprovodu partnera či blízké osoby.

Má hypotéza hlavního cíle práce se potvrdila, 100% rodiček vyžaduje splnění určitých psychických a sociálních potřeb. A každá rodička, která přichází do nemocničního zařízení, očekává plnou psychickou a sociální podporu ošetřujícího personálu, partnera či jiné blízké osoby. Velice záleží na aktuálním psychickém stavu rodičky, jaké má potřeby a jaké klade ošetrovatelské nároky na ošetřující personál.

Vedlejší cíle:

Cíl č. 1: Zjistit, jak samy rodičky vnímají přítomnost blízké osoby v průběhu příjmu a první době porodní.

Na vedlejší cíl č.1 se tázala otázka č. 17.

Předpokládaný výsledek: Předpokládám, že 75% rodiček upřednostňují přítomnost blízké osoby či partnera.

Tak na tuto otázku na možnost „ano“ odpovědělo 11 rodiček, z mého výzkumu vyplynulo, že 39% rodiček pozitivně vnímalo přítomnost blízké osoby. Dle mého přesvědčení, záleží na průběhu první doby porodní a zdravotním a psychickým stavu

rodičky. Většina nastávajících maminek chce tuto důležitou událost prožívat s partnerem, spolu očekávat tolik toužebný „příchod“ potomka. Pro možnost „ne“ se vyslovilo 6 rodiček a na možnost „nedovedu posoudit“ odpovědělo 12 rodiček. Má domněnka se u této zkoumané položky nepotvrdila. Zamysleme se nad tím, proč některé ženy – rodičky si nepřejí přítomnost partnera u porodu. Je to tím, že ženy nechtějí, aby je partner viděl v bolesti, nervózní a neupravené?

Z výsledků provedeného šetření je zřejmé, že až 45 rodiček (tj. 45,0%) upřednostňovalo přítomnost otce u porodu, s čímž se shodují s Roztočilem a kolektivem, kteří uvádějí že: „v řadě malých i velkých zdravotnických zařízení je dnes přítomnost otců u porodu již rutinní“ (Roztočil a kolektiv, 2008, s. 35). S daným zjištěním se také shodují s autorkou bakalářské práce „Vliv duly na hladký průběh porodu na práci porodní asistentky“ Zigovou, která při svém šetření zjistila, že až 28(tj.28,0%) žen uvedlo, že přítomnost blízké osoby u porodu je velmi důležitá pro jejich psychickou pohodu při porodu (Zigová, 2009).

Cíl č. 2: Zjistit, zda rodička měla po celou dobu příjmu pocit soukromí a intimity.

Na vedlejší cíl č. 2. se tázala otázka č. 8.

Předpokládaný výsledek: Předpokládám, že 85% rodiček mělo pocit soukromí a intimity.

Na otázku „Měla jste během celého procesu příjmu pocit soukromí a intimity?“ odpovědělo „ano“ 73 respondentů (tj. 73,0%) a „ne“ zvolilo pouze 27 respondentů (tj. 27,0%).

Což vyvrací moji hypotézu 85% kladných odpovědí u rodiček. Když se nad tím zamyslíme, tak soukromí a intimita nejen pro ženu-rodičku je velmi důležitá, jelikož rodička tím získává důvěru a jistotu v ošetrovatelský personál. Co mohlo tento výsledek ovlivnit? Nervozita rodičky z očekávané události, neochotnost a únava ošetrovatelského personálu atd.

Cíl č. 3: Zjistit, zda byl přístup ošetrujícího personálu k rodičce empatický v souvislosti s jejími potřebami.

Vedlejším cílem se zabývala otázka č. 10

Předpokládaný výsledek: Předpokládám, že 80% ošetrujícího personálu byl k rodičce empatický.

Na tuto otázku odpovědělo „ano“ 73 respondentů (tj. 73,0%), odpověď „ne“ uvedl 6 oslovený respondent (tj. 6,0%) a odpověď „ne, zcela“ uvedlo 21 respondentů (21,0%). Můžu říci, že tato domněnka se potvrdila, a dle mého názoru základem je milý, empatický a usměvavý personál. Jelikož žena-rodice se na tyto osoby spoléhá na 100%.

Velmi potěšujícím zjištěním je skutečnost, že až 89 respondentek (tj. 89,0%) považuje prostředí porodnického oddělení za příjemné. Jistě k tomuto přispívá i skutečnost, že personál se chová k rodičkám empaticky, což uvedlo až 73 respondentek (tj. 73,0%). A příjemné prostředí dle mého názoru ženu – rodičku uklidní, že je opravdu v „dobrých rukou“, že bude o ní a narozené dítě pečováno s láskou a pečlivostí.

Cíl č. 4: Zjistit, zda na rodičku působilo prostředí porodnického oddělení uklidňujícím dojmem.

Vedlejším cílem se zabývala otázka č. 18.

Předpokládaný výsledek: Předpokládám, že 90% rodiček působilo porodnické oddělení uklidňujícím dojmem

Zigová prezentuje, že vnější prostředí má výrazný vliv na průběh předporodních dob i samotného porodu (Zigová, 2009) s čímž se také shodují ve svém výzkumu, kdy respondentky uváděly, že prostředí porodnického oddělení na ně působí dobře a to v 89 případech (tj. 89,0%), pouze 11 rodiček (tj. 11,0%) uvedlo, že prostředí porodnického oddělení na ně dobře nepůsobí.

Ve zrealizovaném výzkumu se také ukázalo být důležitým aspektem u respondentek možnost tišení bolesti, kdy např. Chmel prezentuje, že: „*obava z bolesti bývá jedním z hlavních důvodů, proč mají nastávající maminky strach z porodu*“ (Chmel, 2005, s. 51). Z mého výzkumu bylo zjištěno, že až 62 respondentek (tj. 62,0%), odpovědělo, že bolest byla u nich adekvátně tišena, 18 respondentek (tj. 18,0%) odpovědělo, že bolest byla tišena „částečně“. 1 respondentka uvedla, že u něho nebyla bolest tišena vůbec nebo neefektivně. Myslím si, že tento výsledek mohl být ovlivněn psychickou stránkou rodičky, kdy bolest můžeme z velké míry ovlivnit psychicky.

Dále Chmel prezentuje, že: „*jsou nastávající maminky, které chtějí родit tzv. přirozeně, bez pomoci léků*“ (Chmel, 2005, s. 52), kdy z mého výzkumu bylo zjištěno, že 62 respondentů (tj. 62,0%) využilo nefarmakologických postupů tišení bolesti, odpověď „ne“ 17 respondentů (tj. 17,0%), možnost odpovědi „nedostatečně“ (ve smyslu tišení bolesti) uvedlo 21 respondentů.(tj. 21,0%). Myslím si, že na metody tišení bolesti

nefarmakologického původu by se měl brát větší zřetel, jednak méně nákladová, nevpravujeme do organismu rodičky léky, které mohou ovlivnit zdravotní stav plodu.

10 Návrhy pro praxi

Pod názvem mé práce Potřeby rodiček v první době porodní se zaměřením na potřeby psychické a sociální si můžeme klást otázku, „jaké potřeby vůbec mají rodičky v první době porodní? Představme si rodičku, která přichází k porodu a připravuje se na svou budoucí roli - nastávající matky.

V současné době je české porodnictví na velice vyspělé a odborné úrovni. Z výzkumného šetření, které jsem prováděla, tak rodičky nejvíce vyžadují přítomnost blízké osoby v době předporodní a během porodu. Pro zlepšení péče v našich nemocnicích probíhají předporodní kurzy, které jsou realizovány jak pro samotné rodičky, tak pro jejich partnery. Myslím si, že je to velký přínos, jak pro nastávající rodiče, tak pro ošetrovatelský personál.

Edukace rodiček je velice důležitá! Edukujeme rodičku průběžně o příjmu na porodnické oddělení, o průběhu první doby porodní až po samotný porod, o péči o novorozence, včetně kojení až po šestinedělí. Edukace rodiček je zahájena přímo v prenatálních poradnách, aby se těhotná žena mohla seznámit po výběru porodnice s daným pracovištěm. Nastávající maminka má možnost navštívit porodnické oddělení osobně s partnerem a prohlédnout si prostředí, kde „přivede“ na svět tolik očekávaného potomka. Pro klientky, které mají nepříjemný pocit z pobytu v nemocnici, bych např. navrhovala edukaci pomocí DVD nosičů, letáčků, brožurek, jak v prenatálních poradnách, tak i v nemocničním zařízení. Užitečné je např. sepsat si „porodní plán k porodu.“ Rodička si v klidu rozmyslí svá přání a pro ošetrovatelský personál, či partnera nebo jinou blízkou osobu je potom snadnější rodiče porozumět a vyplnit její přání a respektovat její potřeby.

Tento porodní plán obsahuje základní iniciály rodičky, ošetřujícího lékaře – gynekologa, osobní anamnézu rodičky, zda rodička užívá nějaké léky. Kdo bude přítomen u porodu, způsob vyprázdnění střev před porodem. V případě císařského řezu, jaký užitíme způsob anestezie. V jaké poloze by si přála rodička родit, ošetření novorozence po porodu, požadavek nadstandardního pokoje. Myslím si, že každá žena rodička by měla mít před příchodem do porodnice porodní plán připraven. Výhodou je, že ošetřující personál se může konkrétně řídit potřebami, jaké žena – rodička potřebuje a vyžaduje, aby byl pro ni pobyt na porodnickém oddělení a následně na oddělení šestinedělí co nejpříjemnější. Pro lepší představu na ukázkou vám uvádím porodní plán. (Příloha C)

Ohromný přínos pro rodičku v první době porodní jsou nefarmakologické postupy. (Např. aromaterapie, akupunktura, masáže, zaujímání úlevových poloh, atd...).

Každá nastávající maminka má své potřeby, potřebu bezpečí a lásky a ošetřující personál by měl v každém případě pohlížet na rodičku jako na jedinečnou osobnost, která prožívá svůj porod individuálně a má tedy své potřeby, které budou přispívat k tomu, aby porod byl rodičkou vnímán jako jedinečná událost v jejím životě.

11 Závěr

Tématem předkládané bakalářské práce bylo „Potřeby rodiček v první době porodní se zaměřením na potřeby psychické a sociální.“. Toto téma bylo zvoleno na základě vlastních zkušeností s rodičkami v první době porodní, o které bylo pečováno a byly edukovány, jak v době předporodní, tak i v době samotného porodu. Pracovala jsem v letech 2006 – 2008 na anesteziologicko-resuscitačním oddělení Nemocnice Kadaň a docházela jsem na porodnické oddělení z hlediska přípravy rodiček k operačnímu porodu.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá tématem porodu, popisuje a charakterizuje jednotlivé doby porodní se zaměřením na potřeby rodiček v první době porodní. Součástí kapitol teoretické části je historický exkurz do porodnictví, dále jsou zde uvedeny kapitoly anatomie a fyziologie pohlavního systému ženy a samostatná kapitola je věnována potřebám.

Potřebné údaje a informace byly od respondentek, zjištěny za využití dotazníkového šetření, kde se respondentky vyjadřovaly k svým potřebám v průběhu první doby porodní. Po analýze získaných údajů, byla tato data vložena a následně prezentována za využití přehledných grafů a tabulek.

Z výsledků je zřejmé, že oslovené respondentky považují za nejvýznamnější potřeby například přítomnost blízké osoby v době předporodní a u porodu (především partnera), což uvedlo až 45 % rodiček z celkového počtu 100 respondentek. Další výraznou potřebou, kterou preferují rodičky, byla potřeba tišené bolesti, a to jak farmakologickými, tak i nefarmakologickými postupy (aromaterapie aj.). Důležitým aspektem byl i empatický přístup ošetřujícího personálu, který je důležitý pro 73 respondentek (tj. 73,0 %) z celkového počtu oslovených rodiček.

Závěrem bych ráda podotkla, že porod a s ním spojené zážitky a momenty jsou, pro ženu - rodičku, ale i pro otce, zcela neopakovatelné a proto je důležité, jak se rodička, v průběhu porodu, cítí. Ženě – rodičce je třeba věnovat zvýšenou péči, a to především v první době porodní, kdy většina žen se nachází osamoceně, bez blízké osoby, která bývá k porodu přizvána až ve druhé době porodní. Zde se poté ukazuje být významná role a úloha právě ošetřujícího personálu.

12 Seznam použité literatury

1. ADAMS ED., BIANCHI AL., JOGNN. A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 2008. Jan-Feb; 37 (1): 106-15. ISSN: 0884-2175.
2. ALEHAGEN, S. a kolektiv. Fear, pain and stress hormones during childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 2005. 26, 153-165. ISSN 0167-482X.
3. BARRETT, SJ., STARK, MA. Factors associated with labor support behaviors of nurses. *Journal of Perinatal Education*. 2010. Winter; 19 (1): 12-8. ISSN 1058- 1243.
4. BELEŠOVÁ, R. *Vliv dudy na hladký průběh porodu a na práci porodní asistentky*
5. České Budějovice, 2009. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Jaroslava Fendrychová.
6. BROWN JB., SMITH C., STEWART M., TRIM K., FREEMAN T., BECKHOFF C., KASPERSKI MJ. Level of acceptance of different models of maternity care. *Canadian Nurse*, 2009 Jan; 105 (1): 19-23. ISSN: 0008-4581.
7. ČIHÁK, R. *Anatomie 2*. 3. upravené a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2013. 497 s. ISBN 978-80-247-4788-0.
8. DOLEŽAL, A., KUŽELKA, V. *Evropa - kolébka vědeckého porodnictví*. 1. vydání. Praha: Galén, 2009. 98 s. ISBN 978-80-7262-506-2.
9. HÁJEK, Z. *Porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 537 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
10. HŮSKOVÁ, J., KAŠNÁ, P. *Ošetrovatelství-ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing,a.s., 2009. 88 s. ISBN 978-80- 247-2855-1.
11. [Http://is.muni.cz](http://is.muni.cz) [online]. Čtvrtá doba porodní (doba poporodní). 2010 [cit. 2014- 10-01]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/74133/lf_b/IVDP0.pdf.
12. [Http://zdravi.e15.cz](http://zdravi.e15.cz) [online]. První profesori porodnictví v Čechách – pražská porodnická škola. 2011 [cit. 2014-09-20]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/prvni-profesori-porodnictvi-v-cechach-prazska-porodnicka-skola-460251>.

13. *Http://zsseifertova.com* [online]. Ženské pohlavní orgány. 2010 [cit. 2014-09-20]. Dostupné z:
<http://zsseifertova.com/archiv/tvorba20082009.ic.cz/9trida/9b/internetove-stranky/popovska-veronika/web/lidske%20telo/zensky-pohlavni-organ.htm>.
14. CHMEL, R. *Otázky a odpovědi o porodu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 116 s. ISBN 80-247-1124-9.
15. JIRÁSKOVÁ, V. *www.porody.net* [online]. Jídlo a pití během porodu. 2013 [cit. 2014-12-27]. Dostupné z: <http://www.porody.net/2013/04/18/jidlo-a-piti-behem-porodu/>.
16. JIRÁSKOVÁ, V. *Www.porody.net* [online]. Jak porod co nejlépe zvládat, aneb úlevové prostředky při porodu. 2012 [cit. 2014-12-27]. Dostupné z: <http://www.porody.net/2012/08/03/jak-porod-co-nejlepe-zvladat-aneb-ulevove-prostredky-pri-porodu/>.
17. KUNCOVÁ, M. *Http://zena.centrum.cz* [online]. Holení a klystýr před porodem? Zbytečné ponižování žen!. 2014 [cit. 2014-12-27]. Dostupné z: <http://zena.centrum.cz/deti/tehotenstvi-a-miminko/clanek.phtml?id=801421>.
18. LABUSOVÁ, E. *Www.evalabusova.cz* [online]. Porodní bolesti a způsoby jejich ovládní. 2014 [cit. 2014-12-27]. Dostupné z: http://www.evalabusova.cz/cesty/I_5.php.
19. MAREŠ, J. *Pedagogická psychologie*. 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2013. 702 s. ISBN 978-80-262-0174-8.
20. NEUŽILOVÁ, J. *Http://is.muni.cz* [online]. Připravenost sester pro hodnocení bolesti. 2009 [cit. 2014-12-26]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/214731/lf_b/Bakalarska_prace_Pripravenost_sester_pro_hodnoceni_bolesti..pdf.
21. PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. 1. vydání. Praha: Academia. 2007. 471 s. ISBN 978-80-200-1499-3.
22. PRÁŠKO, J., PRÁŠKOVÁ, H., VAŠKOVÁ, K., VYSKOČILOVÁ, J. *Panická porucha a jak ji zvládat*. 2. vydání. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-424-9.
23. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vydání. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s. ISBN

- 978-80- 254-2186-4.
24. ROKYTA, R. a kolektiv. *Bolest a jak s ní zacházet*. 1 vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 174 s. ISBN 978-80-247-3012-7.
 25. ROZTOČIL, A. a kolektiv. *Moderní porodnictví*. 1. vydání. Praha 7: Grada Publishing a. s., 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2
 26. SLEZÁKOVÁ, L. a kolektiv. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty III. Gynekologie a porodnictví, onkologie a psychiatrie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 212 s. ISBN 978-80-247-2270-2.
 27. ŠEFČÍKOVÁ, S. *Kvalita péče o ženu a dítě bezprostředně*. Zlín, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Křemenová Jana.
 28. ŠTROMEROVÁ, Z. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro po- rodní asistentky (a zvládavé rodiče)*. 1. vydání. Praha: Argo, 2010. 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3.
 29. TRACHTOVÁ, E., TREJTNAROVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
 30. VYTEJČKOVÁ, R. a kolektiv. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné II*. 1. vy- dání. Praha: Grada Publishing,a.s., 2013. 272 s. ISBN 978-80-247-3420-0.
 31. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II*. 1. vydání. Praha: Karolinum. Univerzita Karlova v Praze., 2008. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
 32. VELEMÍNSKÝ, M. a kolektiv. *Klinická propedeutika*. 6. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2012. 168 s. ISBN 978-80- 7394-360-8.
 33. VELEMÍNSKÝ, M., VELEMÍNSKÝ ML., M. *Dítě 3x333 otázek pro dětského lékaře*. Praha: Triton, 2007. 267 s. ISBN 987-80-7254-929-0.
 34. VRÁNOVÁ, V. *Porodní asistence I : (žena s fyziologickým těhotenstvím, porodem a novorozencem v péči porodní asistentky)*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. 149 s. ISBN 978-80-244-2917-5.
 35. ZÁVIŠOVÁ, B. [Http://is.muni.cz](http://is.muni.cz) [online]. Analýza motivačního systému organizace. 2010. [cit. 2014-10-05]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/136751/fss_b/Text_prace.doc.
 36. ZEMENOVÁ, M. [Www.babyonline.cz](http://www.babyonline.cz) [online]. Z historie porodnictví. 2007-

2014 [cit. 2014-09-20]. Dostupné z: <http://www.babyonline.cz/porod/jak-se-rodilo-drive/z-historie-porodnictvi>.

37. ZIGOVÁ. *Porod a alternativní metody v porodnictví*. Brno, 2009. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. Katedra rodinné výchovy a výchovy ke zdraví. Vedoucí práce Reissmannová Jitka.

Seznam tabulek a grafů

Seznam tabulek

Tabulka 1: Věkové kategorie oslovených respondentů.....	40
Tabulka 2: Vzdělání oslovených respondentů	41
Tabulka 3: Počty porodů u oslovených rodiček	42
Tabulka 4: Strach z porodu na porodním sále.....	46
Tabulka 5: Z čeho jste měla strach.....	47
Tabulka 6: Hodnocení přístupu ošetrovatelského personálu k rodičce v době příjmu k porodu.....	49
Tabulka 7: Představil se Vám lékař?.....	51
Tabulka 8: Pocit soukromí a intimity u respondentů při příjmu k porodu.....	52
Tabulka 9: Spokojenost respondentů s vysvětlením postupu při příjmu rodičky	53
Tabulka 10: Hodnocení empatického přístupu ošetřujícího personálu k rodičce	54
Tabulka 11: Reagování personálu ÚČINNĚ na bolest rodičky	55
Tabulka 12: Reagování personálu VČAS na bolest rodičky.....	56
Tabulka 13: Možnosti tišení bolesti při porodu.....	57
Tabulka 14: Potřeba rodičky mít „někoho“ u sebe od doby příjmu až do porodu.....	58
Tabulka 15: Čí přítomnost je požadována více.....	56
Tabulka 16: Byla požadovaná osoba až do konce porodu?	61
Tabulka 17: Byla přítomnost někoho blízkého Vámi pozitivně vnímána?.....	62
Tabulka 18: Působilo na rodičky porodnické oddělení uklidňujícím dojmem	63

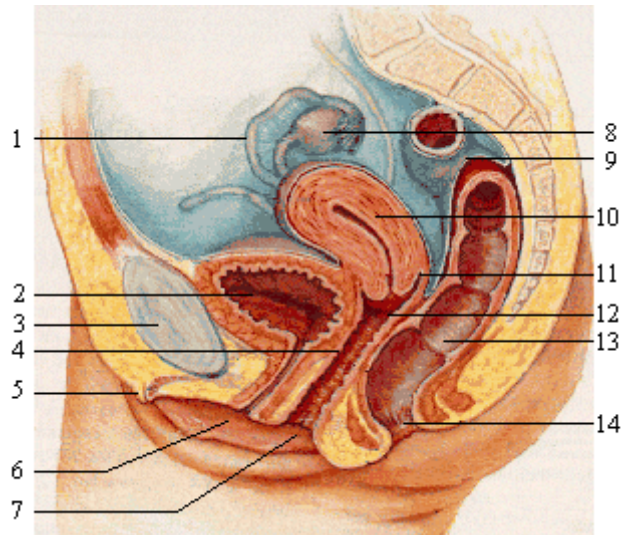
Seznam grafů

Graf 1: Věkové kategorie oslovených respondentů	40
Graf 2: Vzdělání oslovených respondentů	41
Graf 3: Počty porodů u oslovených rodiček	42
Graf 4: Strach z porodu na porodním sále.....	46
Graf 5: Z čeho jste měla strach.....	48
Graf 6: Hodnocení přístupu ošetrovatelského personálu k rodičce v době příjmu k porodu...	49
Graf 7: Představil se Vám lékař?.....	51
Graf 8: Pocit soukromí a intimity u respondentů při příjmu k porodu.....	52
Graf 9: Spokojenost respondentů s vysvětlením postupu při příjmu rodičky	53
Graf 10: Hodnocení empatického přístupu ošetřujícího personálu k rodičce	54
Graf 11: Reagování personálu ÚČINNĚ na bolest rodičky	55
Graf 12: Reagování personálu VČAS na bolest rodičky.....	56
Graf 13: Možnosti tišení bolesti při porodu	57
Graf 14: Potřeba rodičky mít „někoho“ u sebe od doby příjmu až do porodu	58
Graf 15: Čí přítomnost je požadována více.....	56
Graf 16: Byla požadovaná osoba až do konce porodu?	61
Graf 17: Byla přítomnost někoho blízkého Vámi pozitivně vnímána?.....	62
Graf 18: Působilo na rodičky porodnické oddělení uklidňujícím dojmem	63

Seznam příloh

Příloha A: Názorné obrázky.....	78
Příloha B: Dotazník.....	79
Příloha C: Porodní plán.....	83
Příloha D: Prohlášení o nahlédnutí.....	87

Příloha A: Názorné obrázky



Obrázek 1: Ženský pohlavní systém

(Zdroj: <http://zsseifertova.com>, 2010)



Obrázek 2: Maslowova hierarchie potřeb

(Zdroj: Závěšová, 2010, s. 11)

Příloha B: Dotazník

Nemocnice Kadaň s.r.o

Dotazník pro pacientky porodnického oddělení

Dobrý den, jmenuji se Svatava Koblitzová a jsem studentkou 3. ročníku studijního oboru Všeobecná sestra na 1. LF UK v Praze. Ráda bych Vás poprosila o vyplnění následujícího dotazníku, který bude sloužit jako podklad k mé bakalářské práci-„Potřeby rodiček v první době porodní se zaměřením na potřeby psychické a sociální.“ Výsledky výzkumu budou využity pro zlepšení poskytované péče a zkvalitnění zázemí pacientek porodnického oddělení. Zpracování výsledků šetření je prováděno anonymně.

Velice Vám děkuji za váš čas při vyplňování dotazníku.

Správnou odpověď zakroužkujte. Vyberte vždy jednu možnost, není-li psáno jinak.

1. Kolik je Vám let?
 - a) 18–24
 - b) 25 – 34
 - c) 35 – 44
 - d) 45 – a více

2. Jaké máte vzdělání?
 - a) základní
 - b) středoškolské bez maturity (učební obor)
 - c) středoškolské s maturitou
 - d) vyšší odborné vzdělání
 - e) vysokoškolské

3. Kolikátý byl tento porod?
 - a) první
 - b) druhý
 - c) třetí a více

4. Při příjmu na porodní sál pocí'ovala jste strach ze samotného porodu?
- a) ano
 - b) ne
5. Pokud jste na předešlou otázku odpověděla ANO, z čeho jste měla strach?
.....
6. Jak hodnotíte přístup ošetrovatelského personálu k Vám při příjmu k porodu?
Správnou odpověď zakroužkujte (1 = výborné, 5 = nedostačující)
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
7. Představil se Vám ošetřující personál při příjmu k porodu jménem a podání ruky?
- a) ano
 - b) ne
8. Měla jste během celého příjmu pocit soukromí a intimity?
- a) ano
 - b) ne
9. Bylo Vám ze strany ošetřujícího personálu vše dostatečně vysvětleno?
- a) ano, dostatečně
 - b) něco dostatečně, něco nedostatečně
 - c) ne, nedostatečně
10. Domníváte se, že byl přístup ošetrovatelského personálu k Vám empatický
- a) ano
 - b) ne
 - c) ne zcela

11. Při pociťování bolesti bylo ošetrovatelským personálem ÚČINNĚ reagováno na tuto bolest?
- a) ano
 - b) ne
 - c) částečně
12. Při pociťování bolesti bylo ošetrovatelským personálem VČAS reagováno na tuto bolest?
- a) ano
 - b) ne
 - c) částečně
13. Řešil s Vámi ošetrující personál možnosti tišení bolesti? (např. teplá voda, masáže, aromaterapie, relaxační techniky atd.)
- a) ano
 - b) ne
 - c) řešení bolesti nebylo pro mne zcela dostačující
14. Požadovala jste přítomnost partnera či blízké osoby od příjmu až do porodu?
- a) ano
 - b) ne
15. Čí přítomnost jste požadovala od příjmu až do samotného porodu?
- a) partnera
 - b) blízké osoby
 - c) jinou, uveďte _____
16. Byla požadovaná osoba (partner či blízká osoba) přítomna u vašeho příjmu až po samotný porod?
- a) ano
 - b) ne

17. Pokud jste na předešlou otázku (ot. č. 16) byla přítomnost partnera či blízké osoby Vámi pozitivně vnímána?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nedovedu posoudit
18. Působilo na Vás prostředí porodnického oddělení uklidňujícím dojmem?
- a) ano
 - b) ne

Příloha C: Porodní plán

Údaje o matce

Jméno:

Příjmení:

Adresa:

Rodné číslo:

Číslo OP:

Kontaktní telefony: 1)

2)

Zdravotní pojišťovna:

Termín porodu:

Gynekolog:

Dětský lékař:

Jména pro miminko:

Zdravotní diagnóza, užívané léky, dieta:

Poznámky:

U porodu bude přítomen:

Přítomnost studentů medicíny a zdravotní školy při porodu:

1) ano

2) ne

- Urychlení porodu: 1) ano
2) ne
- Nástřih: 1) ano
2) ne
3) pouze v případě natržení
- Při velmi malém natržení: 1) šít
2) nechat srůst přirozeně
- Pupečník: 1) nechat dotepat
3) přestříhnout ihned
4) přestříhne otec po dotepání
- Darování pupečnickové krve: 1) ano, podepsala jsem souhlas
2) ne
- Miminko těsně po porodu: 1) položit na břicho již umyté
2) položit ihned ještě s nepřestřiženým pupečníkem
3) položit s již přestřiženým pupečníkem, ale
neumyté 4) nepokládat
- Měření miminka ihned po porodu: 1) ano
2) ne
- Přiložení dítěte do 30 min po porodu: 1) ano
2) ne
- Odnést dítě po porodu na novorozenecké oddělení: 1) ano
2) ne
3) pouze v případě nutnosti
- Porod placenty: 1) samovolně
2) s pomocí lékaře

Poporodní vyšetření dítěte: 1) pouze za přítomnosti matky nebo otce
2) ponechám na personálu

Rooming-in: 1) plný
2) částečný
3) nadstandard

Dokrmování umělým mlékem: 1) ano
2) ne

Jiné:

(<http://www.rodicovstvi.estranky.cz/clanky/vzor--porodni-plan-a-zjednodusen-y-popis-co-si-vzit-sebou-do-porodnice.html>)

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Jsem si vědoma, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výtěžným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byla jsem seznámena se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinna s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis