

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Spokojenost rodiček s ošetrovatelskou péčí  
v okresní nemocnici Jindřichův Hradec**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:  
PhDr. Drahomíra Filausová

Autor práce:  
Anna Peroutková, DiS.

2011

## **Abstract**

This thesis is focused on satisfaction of women in labour with nursing.

The theoretical part of the thesis is divided into eleven chapters and is focused on theoretical grounds of obstetrics and nursing, midwifery and satisfaction of the clients.

The research part is focused on the satisfaction of the women in labour with nursing provided in delivery rooms at the district hospital in Jindřichův Hradec.

The elaboration of the thesis at hand was based on three objectives. Objective No. 1: was to find out whether the women in labour are satisfied with nursing provided in the delivery rooms. Objective No. 2: was to observe whether the women in labour are satisfied with the equipment in the delivery rooms. Objective No. 3: was to identify what element the women in labour consider most important in the process of giving birth.

A quantitative method was used in the research. Data were collected by the technique of anonymous questionnaire. The research corpus comprised of 82 women after spontaneous delivery.

Three working hypotheses were tested. H 1: women in labour are satisfied with nursing provided in the delivery rooms. H 2: women in labour are satisfied with the equipment in the delivery rooms. H 3: empathetic attitude of midwives is found to be the most important element in the process of giving birth by women in labour. Based on the results of the research, it is possible to state that all three hypotheses have been confirmed and all three objectives have been met.

The satisfaction of the patients is one of the most important indicators of the quality of health services. The outcomes of patients satisfaction surveys are irreplaceable source of stimuli for improving the quality of nursing.

The information contained in this thesis may be interesting and motivating to all healthcare professionals, doctors and/or other medical staff, that participate in providing health care and nursing to women giving birth. The outcome of this research is an information brochure for expectant mothers distributed by the department of obsterics of the hospital in Jindřichův Hradec.

### **Prohlášení:**

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

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

V Českých Budějovicích dne:.....

.....

Peroutková Anna, DiS.



**Poděkování:**

Děkuji PhDr. Drahomíře Filausové za cenné rady, podněty a připomínky při zpracovávání této práce.

Zároveň též děkuji všem členům rodiny za pomoc a trpělivost, kterou se mnou měli po dobu mého studia.

Obsah	
<b>Úvod</b> .....	3
<b>1 Současný stav</b> .....	5
1.1 Porod.....	5
1.2 Bolest .....	8
1.2.1 Zjišťování intenzity bolesti .....	9
1.2.2 Způsoby zvládnání bolesti .....	10
1.2.2.1 Nefarmakologické metody tlumení bolesti využívané na porodních sálech v J. Hradci .....	10
1.2.2.2 Farmakologické metody tlumení bolesti využívané na porodních sálech v J. Hradci .....	12
1.3 Intervence porodní asistentky (PA) při příjmu rodičky na porodní sál .....	14
1.4 Intervence PA při vedení I. doby porodní.....	16
1.5 Intervence PA při vedení II. doby porodní .....	18
1.6 Intervence PA při vedení III. doby porodní.....	20
1.7 Intervence PA při vedení IV. doby porodní.....	21
1.8 Podpora rodičky při porodu .....	22
1.9 Výběr porodnice .....	23
1.9.1 Vybavení porodního sálu .....	24
1.10 Charakteristika ošetrovatelství.....	25
1.10.1 Fáze ošetrovatelského procesu.....	26
1.11 Spokojenost pacientů .....	27
1.11.1 Spokojenost pacientů v České republice.....	28
1.11.2 Metody zjišťování spokojenosti pacientů .....	29
<b>2 Cíle práce a hypotézy</b> .....	32

2.1 Cíle práce .....	32
2.2 Hypotézy práce .....	32
<b>3 Metodika .....</b>	<b>33</b>
3.1 Použitá metoda.....	33
<b>4 Výsledky.....</b>	<b>34</b>
<b>5 Diskuse .....</b>	<b>56</b>
<b>6 Závěr .....</b>	<b>64</b>
<b>7 Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>66</b>
<b>8 Klíčová slova.....</b>	<b>71</b>
<b>9 Přílohy.....</b>	<b>72</b>
9.1 Seznam příloh .....	72

## ÚVOD

„Stát třikrát v bitvě v první řadě je snazší,  
než jednou porodit“.

(John Robinson Jeffers)

Obor porodnictví zaznamenal v průběhu několika posledních desetiletí řadu obrovských změn a stal se tak často diskutovanou záležitostí. Dnešní rodička nechce být a není pouze pasivním příjemcem medicínské a ošetrovatelské péče, tak jak bývalo v nedávných dobách zvykem, nýbrž má touhu a právo aktivně se zapojit a rozhodovat o průběhu svého porodu.

Současná koncepce moderního ošetrovatelství je charakterizovaná holistickým pojetím člověka. Je zaměřena na uspokojování bio-psycho-sociálních-spirituálních potřeb klienta. Ten pak subjektivně pociťuje spokojenost či nespokojenost s danou péčí v souvislosti s tím, zda jeho potřeby byly či nebyly uspokojeny. Spokojenost pacientů (klientů) patří k důležitým ukazatelům kvality ošetrovatelské péče (1).

Jako téma bakalářské práce jsem si zvolila Spokojenost rodiček s ošetrovatelskou péčí v okresní nemocnici Jindřichův Hradec. Důvod výběru byl čistě profesionální. Jako porodní asistentku mě velmi zajímá, jak rodičky vnímají poskytovanou péči ze strany porodních asistentek a jaké aspekty jsou pro ně v během porodu důležité. Výsledky výzkumného šetření budou zpětnou vazbou pro personál porodních sálů a vodítkem pro zlepšení kvality péče.

V této práci byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem je zjistit spokojenost rodiček s ošetrovatelskou péčí na porodních sálech, druhým cílem zjistit spokojenost rodiček s vybavením porodních sálů. Třetí cíl je zjistit, jaký prvek hodnotí rodičky v průběhu porodu jako nejdůležitější.

Je nutné, abychom si uvědomili, že porod je pro ženu náročnou životní situací a z tohoto důvodu k ní přistupovali s vysokou mírou empatie, tolerance a respektu. Naším profesním cílem by mělo být co nejvíce spokojených a šťastných maminek i jejich

novorozenců a naopak co nejméně negativních či až traumatizujících zážitků a zkušeností.

## 1 Současný stav

### 1.1 Porod

Porod je děj, při němž dochází k vypuzení plodového vejce (tj. plod, placenta, pupečník, plodová voda a plodové obaly) buď vypuzením či vynětím z organismu matky. O porodu hovoříme tehdy, jeví-li novorozenec známky života (cca od 24. týdne gravidity), nebo nejeví-li známky života, ale porodní hmotnost je 1000 g a více. Za známky života považujeme srdeční akci, dýchací pohyby, aktivní pohyb svalstva a pulsaci pupečníku. Jestliže tyto podmínky nejsou splněny, hovoříme o potratu. V případě, že plod má porodní hmotnost nižší než 500 g, je považován za novorozence tehdy, pokud jeví alespoň jednu známku života déle než 24hod. V opačném případě je klasifikován rovněž jako potrat (3, 29, 40).

Z výše uvedeného vyplývá, že pro definici porodu živě narozených plodů jsou nejdůležitější jeho životní projevy, nežli porodní hmotnost a gestační stáří. V případě vícečetné gravidity rozhoduje o klasifikaci stav a porodní hmotnost většího či největšího plodu (29).

Porod dělíme z časového hlediska a podle probíhajících procesů na období přípravné, tři porodní doby a období poporodní, označované též jako IV. doba porodní (DP).

Přípravné období je provázáno známkami blížícího se porodu. U prvorodiček jsou tyto změny patrné v průběhu posledního měsíce gravidity a u vícerodiček těsně před začátkem porodu. Těmito známkami rozumíme: předzvěstné stahy neboli poslíčky (*dolores praesagientes*), zvýšenou dráždivost děložní svaloviny (tj. kontrakce po předchozím palpačním podráždění), možný úbytek na váze, zmenšení objemu břicha (následkem úbytku plodové vody), pokles děložního fundu, tlak na močový měchýř, rozvíjení poševní klenby a zatlačení děložního hrdla sakrálně ke kosti křížové jako následek vstupu hlavičky do roviny pánevního vchodu a odloučení cervikální hlenové zátky (29).

V první DP, která je označována též jako doba otevírací, dochází vlivem pravidelných děložních kontrakcí k pasivnímu rozvíjení dolního děložního segmentu.

Sestává se z fáze latentní, aktivní a tranzitorní. Každá z těchto fází je charakterizována jinou mírou dilatace hrdla děložního. Odlišují se podle frekvence, doby trvání a intenzity kontrakcí. Hrdlo děložní se postupně otevírá, až úplně vymizí. Na konci otevírací doby je tudíž dutina děložní spojena s pochvou a není již žádná bariéra pro průchod plodu. Počítá se od nástupu pravidelných kontrakcí do zániku děložní branky (3, 29, 40).

Druhá DP, doba vypuzovací, začíná zánikem branky a končí porodem plodu. Plod v jejím průběhu prochází tvrdými i měkkými porodními cestami. Při polohách podélných hlavičkou se uplatňuje porodní mechanismus hlavičky (iniciální flexe, vnitřní rotace, deflexe, zevní rotace) a ramének. Rodička se na této fázi podílí aktivně. Znamená to, že koordinuje dýchání a břišní lis s děložními kontrakcemi (3, 29).

V indikovaných případech se v tomto období provádí nástřih hráze, tzv. episiotomie. Důvody episiotomie jsou: preventivní chránění hráze před poraněním (rupturou), urychlení porodu a snížení tlaku na hlavičku, zejména při porodu nezralého plodu, jako prevence vzniku hypoxie plodu, zúžený poševní introitus u vysoké hráze, naložení forcepsu či vakuumextraktoru. Rozlišujeme episiotomii laterální, mediolaterální a mediální (3, 29, 40).

Třetí DP neboli doba k lůžku počíná porodem plodu a končí porodem placenty. Bývá zpravidla vedena aktivně, intravenózní aplikací uterotonik, po porodu hlavičky plodu. Dělí se na fázi odlučovací, vypuzovací a hemostatickou. Rozlišujeme tři mechanismy odlučování lůžka: mechanismus dle Baudelocque – Schultze, Duncanův a Gessnerův (29, 40).

Čtvrtá DP, doba poporodní je období 2-3 hodin po porodu placenty. V této době je žena nejvíce ohrožena časným poporodním krvácením (29).

Porod můžeme dle průběhu klasifikovat následovně:

*Samovolný (spontánní) porod* je takový, který začal na základě přirozených pochodů organismu ženy a probíhal bez zásahu porodníka.

*Porod medikamentózní.* Po spontánním začátku porodnické činnosti jsou přirozené pochody ovlivňovány aplikací medikamentózních prostředků, nejčastěji za

účelem koordinace děložní činnosti, zmírnění bolesti či ovlivnění třetí doby porodní (3, 29).

*Porod indukovaný.* Tento porod je z lékařské indikace nebo medicínských důvodů vyvolán uměle a to aplikací uterokinetických preparátů (př. Oxytocin, prostaglandiny). Z časového hlediska je pro indukci porodu u viabilního plodu považována hranice ukončeného 24. týdne gravidity, u plodu mrtvého pak hranice hmotnostní 500 g a více. Jedná se o metodu preventivní, jelikož předchází negativním následkům dalšího pokračování těhotenství a tím pozitivně ovlivňuje zdravotní stav matky, plodu a novorozence (28, 29, 40).

*Porod programovaný* je takový, při němž je opět děložní činnost vyvolaná uměle, avšak v termínu porodu (tzn. mezi 39. a 41. týdnem gravidity), na přání těhotné ženy, bez lékařské indikace (29, 40).

*Porod operativní* znamená, že těhotenství muselo být ukončeno nebo porod plodu urychlen z důvodu ohrožení života nebo zdraví matky, plodu nebo obou, porodnickou operací (vaginální či abdominální). Do této skupiny řadíme i porody, při nichž byla porodnická operace provedena ve třetí době porodní.

*Porod fyziologický* probíhá přirozenými mechanismy, pouze za pomoci, nikoliv zásahu personálu porodního sálu.

*Porod patologický* je takový, při kterém dochází k rozvoji porodnické patologie, kterou je nutné řešit. Někdy je ovšem obtížné určit přesnou hranici mezi porodem fyziologickým a patologickým (3, 29).

Porod klasifikujeme dále dle ukončeného týdne těhotenství a to následovně:

*Předčasný porod*, tj. porod před ukončeným 37. týdnem gravidity.

*Porod v termínu*, tzn. v průběhu 38-40. týdne gravidity.

*Potermínový porod* je porod po ukončeném 40-42. týdnu gravidity.

*Porod po 42. týdnu těhotenství.* Jedná se již o patologické přenášení, kterému je nutno předcházet (29).



## **1.2 Bolest**

„Světová zdravotnická organizace definuje bolest jako nepříjemnou senzickou a emocionální zkušenost spojenou s akutním nebo potenciálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození. Bolest je vždy subjektivní (36, s. 125)“.

V roce 1965 byla autorskou dvojicí R. Melzackem a P. D. Wallem publikována vrátková teorie bolesti. Obrazně jde o možnost otevírat nebo zavírat vrata, kterými vstupují vzruchy do centra mozku. Z toho vyplývá, že chod zpráv o bolestivém podnětu může být modulován. Uvádí se, že zážitek bolesti ovlivňují environmentální vlivy, chování a psychologické vlivy. „Očekávání, přesvědčení a hodnocení situace ovlivňují potenciálně neurální aktivitu, která pak bolest moduluje (27, s. 66).“ Tyto kognitivní procesy (vnímání, myšlení, představivost, úsudek) pak mohou měnit svalové napětí nebo viscerální aktivitu a tím ovlivnit zavírání či otevírání vrat. Jako faktory modulující vjem bolesti jsou uváděny osobní charakteristiky, nálady, vliv prostředí, okolností a situace a vliv učení.

Dalším významným vědeckým objevem v oblasti modulace bolesti byla práce Hughese a Kasterlitze, kteří zjistili, že existují mozkové výtažky, vykazující vlastnosti morfinu. Byly nazvány endorfiny neboli endogenní opiáty. Některé mají dokonce několikanásobně vyšší analgetický efekt než morfin (nejvíce účinný demorfin je 1000x silnější). Žena může při porodu tolerovat větší bolest než za normálních okolností, právě z důvodu vysoké hladiny endorfinů. Výzkumy prokázaly, že ke zvýšení hladiny endorfinů dochází např. i pod vlivem placebo, při transkutánní elektrické stimulaci, při akupunkturu a mírném stresu. Při stresu déletrvajícím byla, patrně vlivem přetížení opioidního systému, aktivita endorfinů opět snížena.

Porodní bolest je specifickou bolestí, která nevzniká z důvodů nemoci. Je součástí přirozeného tělesného procesu. Žena se na ni může připravovat po dobu několika měsíců, je časově omezená, tzn., že trvá hodiny (ne dny nebo týdny), přichází v pravidelném rytmu, v pravidelných intervalech ustává a končí porodem novorozence, jenž je pro ženu odměnou a emočně kladně nabitým zážitkem (27).

Porodní bolesti jsou lokalizovány do oblasti podbřišku, kříže nebo obou míst. Příčinou je zkracování děložního hrdla a dilatace branky, snížená cirkulace krve

v děloze během kontrakcí, tlak plodu na pánevní struktury, napínání pochvy a hráze. Uvádí se, že asi 15 % rodiček má relativně slabé bolesti a asi 15 % extrémně silné. Prožívání porodní bolesti je ovlivněno faktory somatickými, psychickými a sociálními. Hůře jí vnímají ženy s nižším vzděláním, ženy s negativní nebo ambivalentní reakcí na diagnózu gravidity, s pozdním záchytem gravidity a ženy, které se velmi bojí této bolesti již předem (27, 34).

Výsledky Melzackova výzkumu o srovnání porodní bolesti s různými klinickými syndromy hovoří o tom, že porodní bolest patří svoji intenzitou k nejsilnějším bolestem. Intenzivnější bolesti byly vyhodnoceny při traumatické amputaci prstů a kauzalgií. Artritické bolesti a dokonce bolesti při karcinomech, které se všeobecně pokládají za nejsilnější, dosáhly nižší skóre (34).

### *1.2.1 Zjišťování intenzity bolesti*

Nejčastěji využívaná metoda zjišťující intenzitu bolesti v porodnictví je analogová stupnice intenzity bolesti (VAS-Visual Analogue Scale). Pomocí této škály můžeme zjistit aktuální stav (tzn., jak silná je momentálně bolest) nebo můžeme sledovat dynamické změny v čase (př. v průběhu terapie analgetiky). VAS je např. osa o délce 10 cm, na které jsou slovně vyznačeny extrémní body (tzn., že začátek vlevo je „žádná bolest“ a konec vpravo je „největší možná bolest“), na které rodička dle jejího prožitku označí křížkem místo bolesti, kterou momentálně zažívá. Intenzitu bolesti pak vyjadřuje vzdálenost křížku od nulového bodu v centimetrech.

Na základě multidimenzionálního pojetí bolesti byl vyvinut Melzackův dotazník MPQ. Tento dotazník je ve světě nejpoužívanější. Kvantitativně vyjadřuje podíl sensorických, afektivních a kognitivních komponentů algického syndromu. Porodní bolesti v něm dosahují velmi vysokých skóre.

Další a nejsamozřejmější metodou je metoda verbální. Spočívá ve slovním sdělení intenzity bolesti. Verbální způsob stanovuje mezníky, které jsou rovnoměrně rozloženy mezi dvěma extrémy.

Důležitým způsobem diagnostiky bolesti je taktéž pozorování chování a jednání rodičky. Pozorovat můžeme tyto bolestivé projevy: verbální projevy bolesti, pohyby

typu střehu (tzn. držení se různých podpěr), zvuky typu vzdechů, nářků, hlazení a tření oblasti podbřišku nebo oblasti bederní (27).

### *1.2.2 Způsoby zvládnání bolesti*

Většina rodiček dnes očekává účinný postup proti bolestem při porodu a žádá tišení porodních bolestí neboli porodnickou analgezií. V současnosti je známo hodně metod a vylepšené techniky porodnické analgezie nabízejí široké možnosti. Je-li metoda, kterou si žena vybrala podána správně a ve správný okamžik, pak může tišení porodních bolestí přispět ke snížení porodnických komplikací jak u matky, tak i u jejího dítěte.

Žena by měla mít z předporodní přípravy či jiných zdrojů rámcovou představu, zda, vůbec a jakou metodu analgezie by chtěla využít. Nabídka porodních sálů by měla být dnes již taková, aby uspokojila přání většiny žen. I když se žena původně rozhodla, že chce родit bez použití analgetických metod, měla by mít jistotu, že může dodatečně požádat o pomoc, bude-li porod nad její síly.

Použití metod porodnické analgezie má tyto základní podmínky: žádná použitá metoda nesmí ovlivnit zdraví matky ani dítěte, musí být dostatečně analgeticky účinná a zároveň by neměla ovlivnit děložní činnost (23, 34).

#### *1.2.2.1 Nefarmakologické metody využívané na porodních sálech v Jindřichově Hradci*

*Předporodní příprava.* Podstatou psychoprofylaxe je vytvořit u ženy reflexy, které jsou vázány na porodní proces a směřují k aktivnímu soustředění zejména na dýchání a svalovou relaxaci. Cílem je seznámit ženu s průběhem porodu, fyzicky ji připravit na porodní zátěž a zbavit ji strachu (3, 23, 34).

*Psychoterapeutický vztah.* Vztah mezi PA a ženou je velmi důležitý, neboť zážitek bolesti je složitým bio – psycho – sociálním jevem. Tento vztah ovlivňuje vnímání bolesti pozitivně, ale i negativně. Pozitivní vliv na tlumení bolesti má compliance, tj. ochota pomoci, porozumět a vyhovět požadavkům; harmonický vztah; informovanost, jako zdroj jistoty; empatie; haptický kontakt sděluje, že PA je ženě nablízku, že ji doprovází; akceptace, tzn. podpora sebeúcty, akceptování bolestivého

chování a přijetí rodičky jako sobě rovné; maximální věnování pozornosti a času a důvěra, PA musí důvěřovat pocitům, které žena má a zároveň vytváří prostředí, ve kterém může žena důvěřovat jejím profesionálním dovednostem, zdravotníkům i celému zařízení (27).

*Audioanalgezie.* Podstatou je zmírnění nebo potlačení pocitu bolesti změnou aktivity v mozkové kůře. Je založena na dráždění sluchového centra přístrojově vytvořeným šumem (za použití sluchátek), což je směs slyšitelných frekvencí o stejné intenzitě, během kontrakcí. Je nutné potřebné přístrojové vybavení. Obměnou může být poslech relaxační hudby, kterou si žena obstará ještě před porodem. Její nevýhodou je nízká analgetická účinnost, je popisována spíše jako doplněk systémové analgezie (21, 22, 23, 34).

*Hydroanalgezie* jako analgetická metoda s použitím vody za porodu je známa již po staletí. Zdůrazňovat se začala během posledních dvaceti let. Využívána je formou koupelí, relaxačních sprch, termoforů či obkladů s horkou nebo studenou vodou přikládáných na bederní oblast. K nedostatkům hydroanalgezie patří nízká analgetická efektivita, naopak k přednostem pak jednoduchost a finanční nenáročnost.

Hydroanalgezi lze rozdělit na relaxační koupel neboli porod ve vodě a porod do vody. Dříve se k metodě hydroanalgezie řadily ještě kožní obstríky sterilní vodou, ale ty se pro nadměrnou bolestivost již neprovádí (23, 29, 34).

Na porodních sálech v Jindřichově Hradci mohou rodičky využívat relaxační koupel v hydromasážní vaně. Rodička prožívá v relaxační vaně určitý úsek první doby porodní, druhá doba porodní probíhá již na porodnickém lůžku. Vana musí splňovat hygienické požadavky.

Metoda vychází z poznatků, že voda má prokazatelně relaxační vlastnosti, u některých rodiček urychluje otevírání hrdla a branky děložní, zvyšuje práh bolestivosti a snižuje psychické napětí (23, 24, 29, 34).

*Alternativní polohy při porodu.* 85 % žen žijících v odlehlých končinách naší planety, v oblastech nedotčených vlivy civilizace rodí v poloze vertikální, tzn. v poloze ve stoje, vsedě, ve dřepu či vkleče. V této poloze jsou přidržovány pomocnicemi nebo se samy přidržují za okolní předměty. V současném porodnictví je běžně používaná

horizontální poloha na zádech, která byla do praxe zavedena v 16. - 17. století. Tato poloha je výhodná především z hlediska prevence a ošetření rozsáhlých porodních poranění. V diskuzích o vhodnosti té které polohy se často zapomíná na rodičku. Ta by měla, jako vlastní objekt porodu, mít právo zvolit si polohu, ve které bude rodit. Za porodu si žena instinktivně nachází polohu pro ni instinktivně nejméně bolestivou a nejpohodlnější (4, 21, 22, 34).

#### *1.2.2.2 Farmakologické metody využívané na porodních sálech v Jindřichově Hradci*

*Celková* neboli *systémová analgezie* představuje soubor způsobů, které modifikují vnímání bolesti prostřednictvím podání centrálně účinných látek. Výsledkem je zvýšení prahu vnímání bolesti a změna jejího emocionálního náboje (22, 24).

Nalbuphin (Nubain) je novější injekční analgetikum, které se jeví jako vhodné pro porodnickou analgezii. Na rozdíl od petidinu (Dolsin), který byl používán dříve, je v těle matky rychleji odbouráván a má daleko menší vliv na dechové centrum. U rodičky navozuje vyšší úlevu od porodních bolestí. Nevýhodou je vyšší cena. Účinnost se uvádí opět cca 40 % (24).

*Fytoterapii (užití bylinných extraktů)* je možné využívat vdechováním, tj. aromaterapie. Další možností je jejich vtírání do kůže, formou olejových roztoků a v tom případě mluvíme o fytoterapii. Používají se extrakty např. z levandule, rozmarýnu, šalvěje, meduňky, hřebíčku aj. Při nesprávném použití mohou však uškodit matce či plodu, proto je nutné vždy používat pouze certifikované preparáty. Rostlinné extrakty lze podle použití rozdělit na uvolňující, posilující kontrakce, kombinované a relaxační. Výhodou je snadná aplikace, nevýhodou nízká analgetická účinnost (23, 30).

*Místní* neboli *regionální analgezie* představuje soubor způsobů, které modifikují vnímání bolesti podáním lokálně účinných látek. Stejně jako u analgezie celkové dochází ke zvýšení prahu vnímané bolesti a ke změně jejího emocionálního náboje (22, 24).

*Infiltrace pochvy a hráze* je nejčastěji užívaná metoda v porodnické praxi, která se provádí z důvodu znecitlivění pochvy a hráze před episiotomií nebo ošetřením porodních poranění pomocí lokálního anestetika (nejčastěji 10-20 ml 0,5-1%

trimekainu). Jde o metodu technicky jednoduchou a finančně nenáročnou. Není vhodná pro ošetřování větších porodních poranění pro nízkou analgetickou účinnost. Lokální anestetikum může významně negativně ovlivnit plod, neboť snadno přechází do krevního systému matky (3, 24, 34).

Při *pudendální analgezi* je lokální anestetikum (nejčastěji trimekain 1% nebo bupivakain 0,25%) aplikováno do oblasti stydkého nervu (nervus pudendus), jímž vedou bolestivé vzruchy do míchy. K úlevě však dochází pouze ve druhé době porodní, neboť blokáda zasahuje pouze perineum a dolní dvě třetiny pochvy, nepostihuje přední komisuru. Nedochozí k ovlivnění bolesti, která souvisí s děložními kontrakcemi. K indikacím patří druhá doba porodní při spontánním porodu, včasném i předčasném, episiotomie, porod koncem pánevním, porod klešťový či vakuumextrakce plodu. K výhodám patří jednoduchost, bezpečnost z hlediska matky i plodu a cenová dostupnost.

*Epidurální (peridurální, extradurální) analgezie* je založena na přechodném přerušení nervových vzruchů podáním velmi malého množství lokálního anestetika či analgetika do epidurálního prostoru v oblasti páteře.

Tato porodnická analgezie patří mezi nejčastěji užívané metody a u rodiček je velmi oblíbená. Pro svůj vysoký účinek (až v 90 %), ženy v naší zemi se zavedenou epidurální analgezií začaly porod označovat jako „bezbolestný porod“. V podstatě ale zcela bezbolestný není, neboť se úmyslně ponechává „zbytek bolesti“, především na hrázi matky. Rodička tak cítí mírnější bolest a tlaky ve II. době porodní, lépe spolupracuje a správně tlačí.

Indikace pro epidurální analgezií lze rozdělit do několika skupin. K základním indikacím patří porodní bolest a přání rodičky. Jako indikace ze strany matky chápeme celková onemocnění matky (např. kardiovaskulární choroby, plicní choroby, DM, preeklampsie) a některé další indikace jako fyzická a psychická vyčerpanost ženy, nikotinismus, alkoholismus a narkomanie matky.

Indikacemi ze strany plodu rozumíme předčasný porod, spontánní porod dvojčat, porod plodu v poloze koncem pánevním, chronickou insuficienci placenty a intrauterinní růstovou retardací.

Jiné porodnické indikace jsou např. programovaný porod, protražovaný porod, dystokie, stav po operaci na děloze, porod mrtvého plodu a další. Základní anesteziologickou indikací je obtížná intubace.

Rovněž kontraindikace lze rozdělit do několika skupin. Základní absolutní kontraindikací jsou poruchy krevní srážlivosti. Ke kontraindikacím obecným řadíme alergii na lokální anestetikum, infekci kůže v místě vpichu, nesouhlas rodičky a přítomnost nezkušeného anesteziologa. Specifické porodnické kontraindikace jsou akutní stavy, u kterých není možno časově odložit operační ukončení těhotenství, tzn. krvácení matky nejistého původu, abrupce placenty a akutní hypoxie plodu.

Tato analgezie má celou řadu výhod. Je chápána jako nejúčinnější metoda, která téměř splňuje podmínky porodnické analgezie. Je zcela bezpečná, podává se lokálně, tzn., že do oběhu matky i plodu se tak dostane pouze nepatrné množství léků. Neovlivňuje vitální funkce novorozence ani volný pohyb rodičky. Podmínky pro podání epidurální analgezie jsou uvedeny v příloze 1.

Naopak jde o organizačně, finančně i technicky náročnou metodu (rodička není schopna pro gravidní břicho dostatečně vyhrbit páteř a během kontrakcí zachovat absolutní klid). Další nevýhodou je riziko infekce přes porušenou anatomickou bariéru v souvislosti s punkcí, zvýšené riziko postpunkční cefaleje (postihuje cca 2 % rodiček) a riziko poranění míšních obalů (22, 24, 29, 34).

### ***1.3 Intervence porodní asistentky (PA) při příjmu rodičky na porodní sál***

Způsob příjmu závisí na organizačním členění a prostorovém uspořádání porodního sálu nebo ambulantních prostorů.

Na porodní sál přichází těhotná žena nejčastěji pro nástup děložních kontrakcí (pravidelných či nepravidelných), odtok plodové vody, krvácení z rodidel, při přítomnosti abnormálních příznaků (např. při změně ve vnímání pohybů plodu, zvýšené teplotě, malátnosti aj.) nebo jde o přijetí plánované (programovaný porod, potermínová gravidita, indikace císařského řezu).

Nejen v průběhu příjmu, ale i v dalších fázích porodu je nutný asertivní a zároveň empatický přístup personálu, s nímž je rodička ve stálém kontaktu.

PA rodičku přivítá, představí se a v krátkosti zjistí důvod jejího příchodu. Vyzve ji, aby se převlékla do noční košile a přezula. Odložené věci může rodička poslat domů, nebo je PA standardně uloží do šatny. PA odebere od ženy potřebné doklady (těhotenský průkaz, občanský průkaz, kartičku pojištěnce, oddací list, v případě, že je matka svobodná či rozvedená a chce, aby mělo dítě hned po porodu otcovo příjmení vyjádření o jménu dítěte vystavené matričním úřadem).

PA provede identifikaci rodičky a administrativní příjem. Ošetrovatelská činnost po přijetí spočívá v následujících činnostech: sledování plodu, rodičky a pomoc ženě vyrovnat se s porodními bolestmi (6, 12, 14).

Nezbytnou součástí příjmu je vstupní kardiokografie, vyšetření fyziologických funkcí, orientační vyšetření moči (na bílkovinu, cukr, příp. ketolátky) a tělesné hmotnosti, včetně zjištění váhového přírůstku během celého těhotenství. PA zkontroluje pánevní rozměry a porovná je s údaji uvedenými v těhotenské průkazce. Provede zevní vyšetření rodičky. Vnitřní vyšetření provede PA nebo lékař. Dle potřeby lékař zajistí UZ vyšetření. PA pak dále asistuje lékaři. Na základě zhodnocení stavu rodičky nebo těhotné lékař rozhodne, zda se jedná o porod v běhu a rodička zůstane na porodním sále. V případě, že těhotná žena ještě není připravena k porodu, je v doprovodu PA odvedena na oddělení šestinedělí, kde je předána PA včetně dokumentace a osobních věcí.

Příjem musí být zajištěn taktéž po stránce administrativní, jehož součástí je založení zdravotnické dokumentace. PA provede administrativní příjem rodičky v počítačovém programu. Do databáze zaznamená identifikační údaje rodičky, rodné číslo, číslo občanského průkazu, číslo zdravotní pojišťovny, adresu praktického lékaře a gynekologa, kontaktní údaje nejbližšího příbuzného, vystavení mateřské dovolené, výsledky provedených vyšetření z těhotenské poradny, termín porodu a pánevní rozměry. Je odebrána osobní, rodinná, sociální, alergická, gynekologická a porodnická anamnéza. Porodnická anamnéza obsahuje zpětné hodnocení průběhu těhotenství. Na jejím základě lékař diferencuje ženy s fyziologickým, rizikovým a patologickým průběhem těhotenství z hlediska vlivu tohoto stavu na strategii porodu. Po získání všech



potřebných údajů PA porodopis vytiskne a dále připraví potřebnou zdravotnickou dokumentaci, tj. dekurz, porodnickou křivku, identifikační náramek, štítky, formulář Poučení a souhlas s hospitalizací, informovaný souhlas s porodem, potvrzení o úschově svršků (6, 10, 12, 14, 29, 32).

PA diskutuje s rodičkou, příp. jejím doprovodem porodní plán. Porodní plán je v podstatě soupis představ a individuálních požadavků rodičů, které mají o průběhu porodu. Tento plán se připravuje již v době před porodem, a pokud nedojde k neočekávaným komplikacím, měl by být naplněn. Je „prostředníkem“ mezi matkou a personálem porodnice. S výhodou je, když plán připravuje adekvátní osoba a tou je porodní asistentka pracující přímo na porodním sále. Musí být totiž vypracován správně a odborně se zřetelem na zdraví rodičky, plodu či novorozence. Profesionálně připravený plán by měl mít vždy několik alternativních řešení pro každý úsek porodu (21, 22). Porodní plán využívaný na porodních sálech v Jindřichově Hradci zobrazuje příloha 4.

Dle vnitřního vaginálního nálezu a rychlosti postupu porodu stanoví lékař způsob a rozsah přípravy rodičky k porodu. Ústní souhlas rodičky je dnes již samozřejmostí. Příprava k porodu se skládá z částečného oholení oblasti kolem zevního genitálu (mons pubis pouze při sectio caesarea), očistného klyzmatu, vyprázdnění rodičky a z celkové očisty rodičky ve sprše. Při pokročilém vaginálním nálezu se doba této přípravy adekvátně zkracuje. Pokud při příjmu zjistíme, že již není dostatek času na podání klyzmatu, vyznačíme v dokumentaci, že porod probíhá bez předporodní přípravy. V tomto případě hrozí na konci II. doby porodní spontánní odchod stolice. V průběhu předporodní přípravy kontroluje PA pravidelně ozvy plodu (12, 32).

#### ***1.4 Intervence PA při vedení I. doby porodní***

Fyziologický porod a průběh I. DP vede lékař nebo PA. Porodník nebo PA zajišťuje intermitentní kontroly porodního nálezu dle potřeby, minimálně po 2-3 hodinách. Na základě vnitřního vyšetření ordinuje lékař případnou medikaci, kterou PA

aplikuje a dále sleduje účinek léků. Pomocí zevních a vnitřních hmatů probíhá kontrola vstupování a progresu hlavičky.

PA zajišťuje monitoraci stavu rodičky a plodu. Intermitentně, příp. kontinuálně je sledován stav plodu a děložní činnost prostřednictvím kardiokografu. Na kardiokografickém záznamu se hodnotí srdeční frekvence plodu, frekvence, intenzita, délka trvání děložních kontrakcí a mezikontrakční období. Terapeuticky je pak možno ovlivňovat slabé, silné až nadměrně bolestivé kontrakce, lze využít nefarmakologické či farmakologické metody tlumení bolesti.

Dle přání rodičky nebo dle lékařské indikace je možné vést spontánní porod v epidurální analgezi. V tom případě PA zavede intravenózní kanylu s naordinovaným infuzním roztokem. Sleduje krevní tlak, puls dle ordinace anesteziologa a nástup účinku EDA (3, 6, 12, 32).

V období mezi kardiokografy PA sleduje a dokumentuje ozvy plodu minimálně po 15 minutách. Krevní tlak a puls je měřen po 2-3 hodinách, není-li ordinováno jinak a tělesnou teplotu po 6 hodinách při afebrilním stavu a po 1 hodině při subfebriliích. Samozřejmostí je kontrola celkového somatického a psychického stavu rodičky, náhrada energetických ztrát. PA pečuje o vyprazdňování močového měchýře a konečníku. Nařízení o perorálním příjmu tekutin se v jednotlivých zařízeních liší. Obavy vyplývají z rizika aspirace kyselého žaludečního obsahu při podání celkové anestezie. V České republice anesteziologové i porodníci postupně ustupují od striktního zákazu příjmu tekutin v I. DP. Doporučují se speciální izotonické nápoje, které snižují kyselost žaludečních šťáv, snižují nauzeu a tím zároveň zvyšují komfort rodičky (12, 14, 20).

Nedojde-li ke spontánnímu odtoku plodové vody před porodem, nebo v průběhu I. DP je vhodné provést dirupci vaku blan za dodržení podmínek (branka 3-5 cm, na vrcholu kontrakce) a aseptických postupů. Při spontánním odtoku je nutno rodičku vždy vaginálně vyšetřit, provést kontrolu ozev plodu a kardiokografický záznam. Hodnotíme množství, zbarvení a příměsi vody plodové.

PA sleduje dále možné krvácení z rodidel. Slabé krvácení může být fyziologicky vyvoláno progresí vaginálního nálezu, silné krvácení pak signalizuje porodnickou patologii a vyžaduje další vyšetření.

Velmi důležitá je komunikace s rodičkou, jejíž součástí je poučení o spolupráci ve II. době porodní. Velkou roli hraje pochvala, uklidňování a podpora nejen rodičky, ale i jejího partnera, kterého PA začlení do průběhu I. DP (6, 12, 14, 29).

PA rodičce zabezpečuje komfort, pomáhá nalézt vhodnou polohu a využívat adekvátní techniky relaxace mezi kontrakcemi.

Udává se, že délka I. doby porodní by neměla přesáhnout 12 hodin, tudíž je při nezměněném nálezu trvajícím 2-3 hodiny indikován aktivní přístup (12, 29).

### ***1.5 Intervence PA při vedení II. doby porodní***

Fyziologický porod vede ve spolupráci s lékařem PA nebo při něm asistuje. Přítomnost lékaře na porodním sále je z forezních důvodů nutná.

K hlavním úkolům PA patří monitoring stavu plodu i matky, příprava rodičky k porodu a příprava pomůcek, prostředí a porodníka/PA.

PA je přítomna u rodičky po celou II. DP a slovně edukačně jí pomáhá při dýchání a tlačení.

Ozvy plodu by měly být monitorovány kontinuálně, ale je možný i poslech ozev po každé kontrakci. PA sleduje děložní kontrakce, vaginálním vyšetřením progresi porodu, náplň močového měchýře, fyziologické funkce a celkový stav rodičky.

Během celé doby ženu podporuje, uklidňuje, popisuje, co bude následovat, a nabádá k relaxaci mezi kontrakcemi. Vysvětlí rodičce správný a efektivní způsob tlačení. Pokud to podmínky dovolí, je nutné pokračovat v zachování intimity, pološera a ticha a zároveň omezení ostrých pachů dezinfekčních prostředků.

PA připraví k porodu sterilní stolek, na který rozprostře porodnický balík (viz příloha 5). Dále připraví vhodnou dezinfekci, identifikační náramky pro matku i plod, pomůcky k odběru pupečnickové krve a dokumentaci.

V průběhu vlastního porodu rodička nejčastěji zaujímá polohu horizontální, na zádech, či v polosedě s nohama podepřenými schauty, na porodním lůžku, které je napolohováno dle potřeby. U fyziologického porodu je však výhodnější volba polohy vertikální (v kleče, ve stoje, v podřepu nebo vsedě na porodní stoličce), a to buď s podporou, nebo bez ní.

Příprava porodníka nebo PA spočívá v řádné dezinfekci rukou, obléknutí sterilního ochranného oděvu a sterilních rukavic. Přípravou sterilního pole se rozumí zasunutí sterilní nepromokavé podložky pod hýždě matky. Následuje dezinfekce zevních rodidel vhodným roztokem. Na sterilní pole si PA přichystá roušku na chránění hráze a nůžky pro případ epiziotomie. Ta se provádí na vrcholu kontrakce, v okamžiku, kdy je hráz maximálně napjatá její kůže bledá. Během prořezávání hlavičky chrání pravou rukou hráz a levou rukou, přiloženou na hlavičce plodu, zabraňuje jejímu rychlému prořezání. Po porodu hlavičky a dokončení její zevní rotace, napomáhá úměrným tahem za hlavičku, směrem dolů k podložce, porodu předního raménka. Za stálého chránění hráze napomáhá porodu zadního raménka. Opět tahem, ale směrem vzhůru a za pevného úchopu oběma rukama plod dorodí. Asistující PA zaznamená přesný čas porodu.

Po porodu hlavičky aplikuje asistující PA intravenózně uterotonikum dle ordinace lékaře, v rámci aktivního vedení III. doby porodní.

Po porodu plodu zajistí PA, dle krevní skupiny matky, odběry pupečnickové krve k laboratornímu vyšetření a eventuálně placentární krve, pokud si to rodiče přejí. Dle zvyklostí pracoviště se odebírá část pupečnicku pro následný odběr krve na vyšetření krevních plynů.

Veškeré údaje o porodu musí být pečlivě zaznamenány do zdravotnické dokumentace.

Délka II. DP by neměla překročit 1 hodinu (6, 12, 29, 32).

Novorozenec je po porodu předán do péče dětské sestry nebo PA, dle zvyklostí pracoviště. Neonatologická sestra (dále jen NS) nebo PA zabalí novorozence do sterilní, vyhřáté, savé roušky a dle přání matky ho položí na její břicho nebo do vyhřívaného lůžka. Novorozence je možné položit matce na břicho ještě před přerušením pupečnicku.

Není-li kontraindikace, zajistí porodník nebo PA s odstupem 30-45 s po vybavení plodu pupečník sterilní svorkou a peánem, a provede dezinfekci v místě jeho přerušení. Přerušení pupečníku může být provedeno otcem dítěte. Následuje první ošetření novorozence ve vyhřevném lůžku (tj. osušení zahřátou savou rouškou, v indikovaných případech odsátí z HCD a žaludku, kontrola zajištění svorky pupečníku a ošetření pupečního pahýlu). Celkový stav novorozence je zhodnocen dle Agar skóre v 1., 5. a 10. minutě života novorozence. Novorozenec je zabalen do jednorázové plenky, položen na břicho matky či přiložen k prsu, přikryt zahřátou peřinkou. Kontakt „skin to skin“ by měl být co nejdéle. Po tomto kontaktu s matkou je dítě doošetřeno (tzn. zváženo, olej je odstraněn zbytek mazu, provedena kontrola průchodnosti konečníku teploměrem, ošetření spojivkového vaku, dle ordinace aplikace K-vitamínu), oblečeno a zabaleno do zahřátého prádla a peřinky. Novorozence je nutné označit identifikačním štítkem v bezprostředním poporodním období, za přítomnosti rodičů. Neonatolog vyšetří dítě do 2 hodin po porodu, ideálně za přítomnosti obou rodičů a informuje je o jeho zdravotním stavu. NS vyplní veškerou dokumentaci a připraví novorozenecký box pro dalšího novorozence. Po celou dobu pobytu na porodním sále je novorozenec uložen ve vyhřevném lůžku vedle matky a observován NS nebo PA (9, 12, 37).

### ***1.6 Intervence PA při vedení III. doby porodní***

III. DP začíná porodem plodu a končí porodem placenty. Tato porodní doba bývá většinou nejkratší a trvá stejně dlouho u prvorodiček i vícero-diček, při aktivním vedení III. DP 5-10 minut. Někdy však může dojít k prodloužení této fáze porodu. Pokud rodička nekrvácí, vyčkáváme maximálně 1 hodinu. Pokud se ani přes léčebné zásahy placenta neodloučí, přistupuje se k jejímu vybavení.

Odloučenou placentu rodička vytlačí. Porodník či PA mohou v závěrečné fázi usnadnit její porod velice šetrným tlakem na děložní fundus. Abychom co nejvíce zabránili odtržení blan, používáme při jejím vybavování Jacobsův hmat. Po porodu placenty se kontroluje její velikost, fetální i mateřská strana, úplnost a tvar, plodové

blány, dále pak stav a délku a úpon pupečníku do placenty. PA placentu zváží, v indikovaných případech naloží do 10% roztoku Formaldehydu a odešle na histologii.

Následuje revize porodních cest a ošetření případných porodních poranění. Asistující PA připraví pomůcky k sutuře těchto poranění, která se provádí v lokální anestezii. Na závěr probíhá vyšetření per rektum z důvodu rizika jeho prošíť.

Činnost PA spočívá ve sledování délky III. DP, příznaků i mechanismu odlučování placenty a krvácení z rodidel. Po celou dobu komunikuje s rodičkou, poučí ji o možných komplikacích, sleduje její celkový stav, včetně fyziologických funkcí (3, 4, 6, 12, 29, 32).

### ***1.7 Intervence PA při vedení IV. doby porodní***

Během tohoto období je žena ohrožena časným poporodním krvácením (hypotonie, atonie dělohy, afibrinogenémie) a vyžaduje proto stálý dozor a kontrolu (29).

PA po porodu placenty a ošetření porodního poranění zajistí toaletu zevních rodidel (spočívá v oplachu či omytí dezinfekčním roztokem a přiložení vložek), v případě potřeby aplikuje chladivý obklad či led na hráz, provede výměnu ložního a osobního prádla a upraví polohu matky tj. vleže na zádech a poučí matku, aby tuto polohu zachovala po celou dobu pobytu na porodním sále. Upozorní na nevhodnost polohy horních končetin v poloze za hlavou. Poté provede kontrolu fyziologických funkcí. Postará se o pomůcky a nástroje použité při porodu (12, 14).

Nedílnou součástí je záznam o čase a průběhu porodu do porodopisu, porodní knihy a hlášení o porodu. PA blahopřeje rodičům k narození dítěte a informuje je o čase porodu, hmotnosti novorozence, příp. odpoví na jejich dotazy. Není-li kontraindikace, umožní přítomnost dítěte po celou dobu pobytu na matky na porodním sále. NS nebo PA přikládá co nejdříve (do 30 minut) novorozence k prsu matky.

Asistentka průběžně sleduje celkový stav, výšku děložního fundu, krvácení, epiziotomii (hematom, otok) a zajistí odpočinek a komfort matky. Důležitá je též hydratace, většinou postačí perorální příjem tekutin.

Za 2-3 hodiny po porodu se matka překládá na oddělení šestinedělí. Před překladem jsou na porodním sále opět změřeny vitální funkce, provedena kontrola krvácení, stavu hráze po epiziotomii a involuce dělohy. Dle zvyklostí zdravotnického zařízení dostane matka najíst, pokusí se vstát do sprchy a spontánně vymočit. Jestliže děloha není dostatečně retrahovaná a ženě se nedaří vymočit spontánně, přistupuje se k jednorázovému cévkování močového měchýře. Pokud žena není schopna vstát, provede PA oplach rodidel na lůžku, osuší a přiloží sterilní vložky. Poté převezve šestinedělku vleže na lehátko na oddělení (6, 12, 32).

### ***1.8 Podpora rodičky při porodu***

Rodička může být při porodu doprovázena PA nebo osobami, se kterými se cítí dobře a kterým důvěřuje. Může to být partner, přítelkyně, dula nebo jiná osoba. Zdravotnický personál by měl její volbu plně respektovat, neboť tento primární zdroj sociální opory může být pro ženu velmi přínosný.

Termín „dula“ se používá pro speciálně vyškolenou ženu, která poskytuje především psychickou, případně i fyzickou oporu těhotné ženě. Dula nenahrazuje práci porodních asistentek ani lékařů, nezasahuje do jejich kompetencí, nýbrž s nimi spolupracuje, stejně jako s otcem dítěte a ostatními členy rodiny. Má nenahraditelnou roli při doprovodu žen, které k porodu nedoprovází partner ani jiná blízká osoba.

Náplní práce duly, jsou doporučení ohledně životosprávy v těhotenství, spolupráce při přípravě porodního plánu, doprovod během porodu, masáže, pomoc při výběru polohy a nefarmakologických technik během porodu. Dále by měla podporovat matku při zahájení kojení, předávat zkušenosti s péčí o dítě a eventuálně zajistit i drobnou pomoc v domácnosti. Dula neposkytuje zdravotnické služby. Její služby si musí rodina sama finančně hradit.

Studie zabývající se podporou rodičky duloou prokázaly značný pozitivní efekt (27, 33).

*Přítomnost partnera u porodu*, praktikovaná nejprve v 60. letech v USA se poprvé uskutečnila v Československu v roce 1984 ve znojenské nemocnici.

Výsledky studií sledující vliv přítomnosti partnera na průběh a prožívání porodu jsou rozporuplné.

V současnosti je přítomnost otců na porodních sálech samozřejmostí. PA se věnuje otázce přítomnosti partnera u porodu již v prenatální poradně. Doporučuje ženám, aby rozhodnutí bylo oboustranné. Oboustranně by mělo být toto rozhodnutí taktéž respektováno.

V rámci předporodní přípravy je vhodná příprava celého páru. Otec je poučen o průběhu porodu, možnostech jeho aktivní pomoci, ale i poučení o možných komplikacích a o tom, jak se v takové situaci chovat.

Jako doprovázející osoba má partner řadu nevýhod. Má ženě při porodu poskytovat podporu a ochraňovat ji a k tomu ještě přibývají jeho emoční úzkosti a pocit neschopnosti ženě pomoci od porodních bolestí. Velmi často sám potřebuje podporu. Proto má PA reagovat na potřeby celého páru a případně citlivě zasahovat a usměrňovat chování obou partnerů, tak aby výsledek prospíval průběhu porodu, pozitivní a klidné atmosféře (27, 30).

### ***1.9 Výběr porodnice***

Nejčastěji od počátku nebo v průběhu II. trimestru se většina těhotných žen zajímá o informace ohledně porodnic, ať již z různých internetových stránek, osobní návštěvou porodnice či z jiných zdrojů. Některé maminky mají větší možnost výběru porodnice, protože v okolí jejich bydliště je jich situováno více. Za maximální doporučovanou vzdálenost se však z praktických důvodů považuje cca 40-50 km.

Jednotlivé porodnice se liší nejen nabídkou poskytovaných služeb, ale i skladbou zdravotnického personálu. Je proto tedy vhodné navštívit porodnici ještě v období před porodem, seznámit se s jejím prostředím a především si všimnout chování personálu. Souhra prostředí a personálu musí vytvářet v rodičích pocit důvěry a profesionality.

Při výběru porodnice se těhotné ženy nejčastěji řídí individuálními kritérii, která považují za důležitá. Některé maminky upřednostňují přirozený porod od jeho začátku do konce, jiné mají přání porod naprogramovat či urychlit. Pro mnohé ženy hraje



významnou roli především možnost přítomnosti partnera či blízké osoby, prostředí porodního sálu, nabídka pomůcek pro porod a zajištění soukromí během porodu. K dalším kritériím patří pořádání kurzů předporodní přípravy, možnost porodu do vody, odběru pupečnickové krve, respektování porodního plánu, možnosti analgezie, délka hospitalizace, zda má porodnice svou dětskou JIP i to, jak je s miminkem nakládáno bezprostředně po porodu. Při rozhodování jsou ženy ovlivněny taktéž zázemím, které porodnice nabízí pro období šestinedělí. Zajímají se o dostupnost nadstandardu, stav sociálního zařízení, možnost plného rooming-in či zda má porodnice certifikát Baby Friendly Hospital (5, 11).

### *1.9.1 Vybavení porodního sálu*

Jedním ze základních předpokladů vedení porodu je pozitivní působení prostředí na vjemy a pocity rodičky. Zařízení interiérů v dnešní době již nepřipomíná nemocniční prostředí, nebo jen pouze vzdáleně. Mizí „kachličková“ obložení stěn, používají se příjemné pastelové odstíny, prosklený nábytek je nahrazen typem obvyklým v domácím prostředí.

Většina rodiček nebo párů chce prožít porod v intimním prostředí. Pouze tak mohou zdravotníci realizovat jejich individuální přání. Základním přáním je právě zajištění soukromí a intimity. Proto musí mít každá rodička nebo pár svou místnost, porodní box, kde samostatně prožije celý průběh porodu. Neumožňuje-li toto technické zázemí pracoviště, jsou akceptovatelné pokoje pro I. DP (tzv. čekatelské pokoje) s následným přechodem na porodní sál ve II. DP.

K běžnému vybavení porodního sálu již dnes patří různé alternativní pomůcky. Nabídka jednotlivých porodnic je rozličná. K dispozici jsou gymnastické míče, závěsná lana a žebřiny, podložky nebo žíněnky, porodnické židle či stoličky, porodní vaky, masážní pomůcky (masážní strojky, míčky, oleje), relaxační hudba, pomůcky pro aromaterapii a další (16).

Povinné vybavení porodního sálu je stanoveno vyhláškou č. 221/2010 Sb. O požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení a o změně vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 51/1995 Sb., kterou se mění a doplňuje vyhláška

MZČR č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení (39). Plné znění vyhlášky zobrazuje příloha 7.

### ***1.10 Charakteristika ošetřovatelství***

Světová zdravotnická organizace definuje ošetřovatelství jako: „Systém typicky ošetřovatelských činností, týkajících se jednotlivce, rodin a skupin, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu (35, s. 14)“.

Hlavním cílem ošetřovatelství je podpora a udržení zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyhlášeně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti.

Prostřednictvím ošetřovatelství sestra či PA pomáhá jednotlivcům i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat základní fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Základní funkcí ošetřovatelství se rozumí péče o potřeby druhých.

Moderní ošetřovatelství je založeno na metodě, která je označována jako ošetřovatelský proces, což znamená způsob, jakým sestra péči o člověka vykonává. Termín ošetřovatelský proces použila poprvé v roce 1955 Hallová a po ní tento proces popsaly i další teoretičky. Výchozí myšlenkou ošetřovatelského procesu jsou principy, které zahrnují rozpoznání potřeb lidí, vyžadujících ošetřovatelskou péči (35).

Člověk je nově chápán jako holistická (celostní) bytost. Celek člověka zahrnuje pět součástí: biologickou, společenskou (přírodní a společenské prostředí), kognitivní (poznávací), emocionální a duchovní. Porucha v jedné součásti celku, znamená poruchu celého systému.

„V moderním ošetřovatelství jsou pacienti chápáni jako aktivní účastníci péče (35, s. 15)“. Podpora a udržení zdraví, lze dosáhnout pouze tehdy, stane-li se hlavním elementem ošetřovatelského procesu aktivní účast každého člověka v rozhodování o své péči. Je-li to možné, jednotlivci nebo skupiny společně se sestrou zhodnotí své potřeby, sestaví plán péče a spolu se podílí na jeho plnění a zhodnocení dosažených výsledků. V opačném případě provádí individualizovanou ošetřovatelskou péči PA sama (18, 35).

### 1.10.1 Fáze ošetrovatelského procesu

V evropské literatuře se nejčastěji setkáváme s pětifázovým ošetrovatelským procesem, který se do praxe zavádí taktéž v ČR. Obsahuje následující fáze:

*Zhodnocení/posuzování.* PA provádí sběr informací a hodnocení zdravotního stavu. Vyhledává patologické a rizikové faktory a zjišťuje i silné stránky pacienta.

*Diagnostika.* PA analyzuje získaná data a stanoví existující i potenciální problémy, jež jsou základem plánu individualizované ošetrovatelské péče. Identifikuje ty silné stránky, které jsou zapotřebí k vytvoření úspěšného plánu.

K přesnému rozlišení, zda posuzovaná osoba, rodina či komunita má či nemá nějaké ošetrovatelské problémy, je možné využít mezinárodní diagnostický systém NANDA International. Mohou z něj v konkrétních situacích čerpat představitelé všech ošetrovatelských specializací. Tato klasifikace využívá standardních číselných kódů z důvodu prevence záměny diagnóz. Nejčastější ošetrovatelské diagnózy na porodním sále jsou uvedeny v příloze 8.

*Plánování.* V této fázi PA vykonává čtyři základní kroky: ve spolupráci s pacientem určí priority, stanoví cíle a očekávané výsledky, určí činnosti a zaznamenává plán péče, který zároveň individualizuje.

*Realizace.* PA realizuje plán péče prozíravě, nikoliv automaticky. Před vykonáním činnosti musí znovu posoudit momentální stav pacienta. Své činnosti realizuje tak, že pacienta nepřetržitě a pečlivě sleduje a v případě potřeby odpovídajícím způsobem změní postup. Provádí záznam informací do ošetrovatelské dokumentace.

*Vyhodnocení.* V této fázi se hodnotí, zda došlo k dosažení vytyčených cílů. Splnění cílů vede k ukončení ošetrovatelského procesu. V případě nesplnění nebo jen částečného splnění cílů následuje revize plánu péče.

Práce s metodou ošetrovatelského procesu přináší, v rámci poskytování ošetrovatelské péče, určité výhody příjemci ošetrovatelské péče, tj. pacientovi, ale i poskytovateli ošetrovatelské péče, tj. PA.

Výhodami ošetrovatelského procesu pro nemocného rozumíme kvalitní a plánovanou ošetrovatelskou péči, její návaznost a kontinuitu a účast samotného pacienta na péči.

Pro PA přináší ošetrovatelský proces následující pozitiva: důsledné a systematické ošetrovatelské vzdělání, spokojenost v zaměstnání, odborný růst, vyhnutí se rozporu se zákonem, splnění ošetrovatelských norem a splnění norem akreditovaných pracovišť.

Pro aplikaci ošetrovatelského procesu je nezbytně nutné, aby PA ovládala zručnosti interpersonální (komunikace, naslouchání, projev zájmu a soustrastí, potřebné vědomosti, informace a schopnosti), manuální/technické (práce s různými přístroji a pomůckami) a intelektuální/rozumové (řešení problémů, kritické myšlení a utváření realistických a přesných úsudků) (17, 18, 35).

### ***1.11 Spokojenost pacientů***

Spokojenost pacientů patří mezi nejdůležitější ukazatele kvality zdravotnických služeb. Podle klinických ukazatelů je dnes spokojenost pacientů standardně používaným měřítkem, podle kterého se posuzuje kvalita péče. Dříve nebyvalý zájem o názory pacientů byl v posledním desetiletí nahrazen novou manažerskou tendencí ve zdravotnictví, a tou je orientace na pacienta. Pacient bývá dnes označován jako klient nebo konsument. Tato relativně nová označení podtrhují současnou orientaci zdravotnických služeb a znamenají snahu vyhovět přáním pacientů v rámci možností a docílit tak jejich spokojenost. Dnešní filosofie poskytování zdravotní péče spočívá v přesvědčení, že léčebná a ošetrovatelská péče by měla být zaměřena především na uspokojování aktuálních potřeb pacientů v souvislosti s onemocněním. Uspokojení nebo nedostatečné saturování těchto potřeb se odráží ve vědomí pacientů jako subjektivně pociťovaná spokojenost či nespokojenost, a to buď s péčí jako takovou nebo s některými aspekty této péče. Míra celkové spokojenosti a spokojenost v jednotlivých dílčích oblastech péče, poskytují důležité a užitečné informace o situaci v daném zdravotnickém zařízení.

Výsledky sledování spokojenosti pacientů jsou důležitou zpětnou vazbou pro ošetřující personál i management zdravotnického zařízení a jsou využívány jako zdroj

podnětů pro zlepšování kvality péče. Sledování spokojenosti je taktéž jedním ze základních předpokladů získání akreditace pro dané zdravotnické zařízení.

Spokojenost pacientů úzce souvisí se spokojeností zdravotnického personálu. Zkušenosti, získané v zahraničí, ale i u nás poukazují na to, že pacienti jsou obvykle spokojeni více tam, kde je spokojen také personál zdravotnického zařízení.

Spokojenost pacientů má velký význam, neboť může do určité míry ovlivnit klinický efekt léčení, zkracování pracovní neschopnosti, a tím i růst výkonnosti ekonomiky. Pouze ti pacienti, kteří jsou spokojeni s průběhem léčby, více důvěřují lékařům i sestřám a současně věří v jejich snahu i kompetenci poskytnout pomoc. Toto pak může pozitivně ovlivnit aktivitu a míru jejich spolupráce se zdravotníky. Z těchto důvodů jsou pacienti žádáni, aby kvalitu péče hodnotili v rámci různých programů zajišťování a hodnocení kvality (1, 25).

#### *1.11.1 Spokojenost pacientů v České republice*

Spokojenost pacientů se začala v České republice sledovat na počátku devadesátých let minulého století. Šlo o období ekonomických, sociálních a politických změn, což kromě jiného ovlivnilo také resort zdravotnictví. Po roce 1989 došlo k transformaci českého zdravotnictví ve smyslu rozvoje různých forem podnikání, vlastnictví zdravotnických zařízení, nově vznikla svobodná volba lékaře i zdravotnického zařízení. Začal se klást důraz na management kvality a s ním související sledování spokojenosti pacientů. Hlavní sestry, sociologové a psychologové zaměstnaní při nemocnicích připravovali průzkumy spokojenosti pacientů (např. FN Královské Vinohrady, VFN Praha, FN Plzeň). Výzkum spokojenosti pacientů se postupně vyvíjel v řadě dalších nemocnic. Nástrojem tohoto sociologického měření je nejčastěji forma strukturovaného dotazníku, který je k dispozici hospitalizovaným pacientům. Avšak aby výzkum spokojenosti skutečně mohl sloužit jako kvalitní nástroj řízení kvality, musí splňovat náročné metodické požadavky. MZ ČR proto podpořilo vývoj standardizované metodiky nazvané „Kvalita očima pacientů“ v rámci programů „Zdraví 21“ a „Národní politika jakosti“. Tato metodika poskytuje výstupy použitelné pro informovanost

veřejnosti a managementů nemocnic. Výsledky výzkumu spokojenosti pacientů jsou zveřejněny na webové stránce <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/> (1, 7, 25, 26).

*Tipy na jednoduché a základní kroky pro spokojenost pacientů:* Prvním krokem je přivítání, povzbuzení pacienta a představení se. Pacienta informujeme o tom, kde leží, kdo je jeho ošetřující lékař, seznámíme ho s oddělením, pravidly nemocničního řádu a právy pacientů. Aktivně vyhledáváme a uspokojujeme jeho potřeby. Nepodceňujeme význam informací, chováme se zodpovědně, dáváme prostor pro dotazy a aktivně nasloucháme. Hovoříme jasně, přesně a srozumitelně, bez odborných výrazů. Pozor, vyřčené slovo může působit psychoterapeuticky, ale i psychotraumaticky. K pacientovi přistupujeme vždy empaticky, s respektem a vyjádřením podpory (13).

#### *1.11.2 Metody zjišťování spokojenosti pacientů*

Zjišťování spokojenosti pacientů jsou v dnešní době rutinně prováděny v mnoha nemocnicích nejen ve světě, ale i v ČR.

Nejčastěji používanými metodami pro sledování spokojenosti pacientů jsou rozhovor a dotazníkové šetření.

*Rozhovor (interview)* je ucelená soustava verbálního jednání, při kterém jedna osoba (tazatel, výzkumník) klade druhé osobě (respondentovi) otázky směřující ke zjištění skutečností týkajících se zkoumané problematiky. Jde o vzájemnou interakci obou uvedených partnerů, která probíhá tváří v tvář (face to face).

Pro ošetřovatelství má tato technika velký přínos, jelikož poskytuje přímý kontakt s respondentem. Výzkumník si může kromě sdělených informací všimnout i neverbálního vyjadřování respondenta.

Pro registraci rozhovoru se využívá audio záznam nebo záznam písemný (záznamní list, tazatelský arch).

Individuální rozhovor probíhá bez přítomnosti třetí osoby, pouze mezi tazatelem a respondentem, buď formou osobního kontaktu, nebo prostřednictvím telefonu. Telefonické interview je ve vyspělých zemích běžně používaná metoda, u nás je omezena nejen z důvodů finančních.

Skupinový rozhovor se vede s více osobami dle předem připraveného scénáře. Skupina respondentů může být vybraná náhodně nebo cíleně, tj. technika focus group. Jde o kvalitativní techniku, která pátrá po názorech, stanoviscích a postojích. Diskuze se účastní 6-12 osob a trvá obvykle 2 hodiny.

Rozlišujeme dva základní druhy rozhovorů. *Standardizovaný (strukturovaný, kategorizovaný) rozhovor* probíhá na základě předem připravených otázek, které jsou přesně formulovány, s jednoznačným pořadím a zadávají se všem respondentům. Výzkumník zapisuje odpovědi respondenta do formuláře, který se formálně podobá dotazníku. Tazatel musí zaujímat nestranný postoj a působit neutrálně.

*Nestandardizovaný (nekategorizovaný, volný) rozhovor* je připraven pouze ve formě osnovy. Je možné měnit formulaci, pořadí otázek, příp. některé otázky vynechat či položit doplňující otázky. Tato technika umožňuje rozebírat aktuální problémy do větší hloubky (1, 2, 8).

*Dotazníkové šetření (survey)* se pro sledování spokojenosti pacientů používá nejčastěji. Jeho základním nástrojem je dotazník. V podstatě jde o standardizovaný soubor předem připravených otázek na určitém formuláři. Dotazník slouží k získávání empirických informací, které jsou založeny na nepřímém dotazování se respondentů písemnou formou.

Šetření může probíhat za přítomnosti tazatele, který respondenta instruuje. Další možností je šetření individuální (každý respondent vyplňuje dotazník sám) nebo hromadné (je přítomno více respondentů). Dotazník je také možné využít jako výzkum prostřednictvím pošty.

Průběh použití dotazníkové techniky může být anonymní nebo neanonymní. Anonymní techniku využíváme v případech, kdy by byl respondent existenčně ohrožen. Respektujeme důvěrný charakter individuálních informací.

Neanonymní průběh je nutný tam, kde jsou vedeny kartotéky jednotlivých členů a využívá se u šetření úřední povahy (např. u zdravotnických dotazníků). Respondent musí s tímto průběhem vyslovit souhlas.

I když je tato metoda oblíbená, má její použití řadu úskalí. Existují určité metodologické faktory (kvalita dotazníku, strategie výběru vzorku respondentů,

návratnost dotazníků, forma otázek a způsob sběru vyplněných dotazníků), které ovlivňují správnost a hodnověrnost získaných výsledků. K základním vlastnostem dotazníku, které určují jeho kvalitu, patří splnění kritérií validity (platnost, pravdivost) a reliability (spolehlivost). Oba tyto koncepty se týkají toho, do jaké míry daný dotazník skutečně měří to, co měřit má a zda je toto měření spolehlivé.

K výhodám dotazníkového šetření patří jednoznačná formulace otázek bez emocí dotazovaného a možnost hromadného, počítačového zpracování. Naopak při možném nepochopení nelze obvykle nic opravit, doplnit nebo upřesnit (1, 2). Další nevýhodou může být častá, nízká návratnost.

V jindřichohradecké nemocnici jsou dotazníky pacientům distribuovány v průběhu hospitalizace. „Míru své spokojenosti pacienti v dotaznících vyjadřují na posuzovacích škálách (1, s. 78).“ Nejčastěji se používají škály, kdy kladné hodnocení představuje jeden pól a negativní hodnocení, pól opačný. Tyto škály jsou označovány jako likertovské. Metoda distribuce za hospitalizace vyžaduje správně zvolený čas pro rozdávání dotazníků. Nejvhodnější dobou je doba těsně před propuštěním pacienta z nemocnice, jelikož má již celkovou zkušenost z průběhu hospitalizace a hodnotí hospitalizaci jako celek, nikoliv pouze její část. Dotazník by měli vyplnit a odevzdat všichni hospitalizovaní v nemocnici na daném oddělení ve sledovaném období při garantované anonymitě respondentů (1, 2).

Distribucí dotazníků jsou na porodnickém oddělení v Jindřichově Hradci pověřeny porodní asistentky, momentálně přítomné ve službě. Vyplněné dotazníky mohou klientky vhazovat do sběrné schránky umístěné na oddělení. Výběr této schránky a následné vyhodnocení těchto dotazníků provádí hlavní sestra. V případě nespokojenosti či stížnosti klientek, konzultuje připomínky se staniční sestrou, eventuálně i dalšími zdravotnickými pracovníky a navrhuje nápravná opatření. Staniční sestra dohlíží na jejich realizaci. Vzor dotazníku je uveden v příloze 9.



## **2 Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

#### Cíl 1

Zjistit, zda jsou rodička spokojeny s ošetrovatelskou péčí na porodních sálech.

#### Cíl 2

Zjistit, zda jsou rodičky spokojeny s vybavením porodních sálů.

#### Cíl 3

Zjistit, jaký prvek hodnotí rodičky v průběhu porodu jako nejdůležitější.

### **2.2 Hypotézy práce**

#### Hypotéza 1

Rodičky jsou spokojeny s ošetrovatelskou péčí na porodních sálech.

#### Hypotéza 2

Rodičky jsou spokojeny s vybavením porodních sálů.

#### Hypotéza 3

Rodičky v průběhu porodu upřednostňují emfatický přístup porodních asistentek.

## **3 Metodika**

### ***3.1 Použitá metoda***

Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu. Sběr dat byl proveden technikou anonymních dotazníků. Dotazník byl zaměřen na zjišťování spokojenosti rodiček s ošetrovatelskou péčí na porodních sálech. V dotazníku bylo respondentkám položeno celkem 29 otázek. Z tohoto počtu byly 3 otázky identifikační (1, 2, 3), 3 otázky filtrační (5, 8, 28), 15 otázek uzavřených (6, 7, 9, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25), 2 otázky uzavřené, s výběrem několika alternativ (4, 10), 1 otázka uzavřená, s výběrem několika alternativ a s uvedením pořadí alternativy (27), 1 otázka polouzavřená (16), 1 otázka otevřená (29) a 3 otázky polouzavřené, kombinované s uzavřenými s výběrem jedné alternativy odpovědi (12, 20, 26).

Výsledky výzkumu byly zpracovány počítačovým programem Word a Excel.

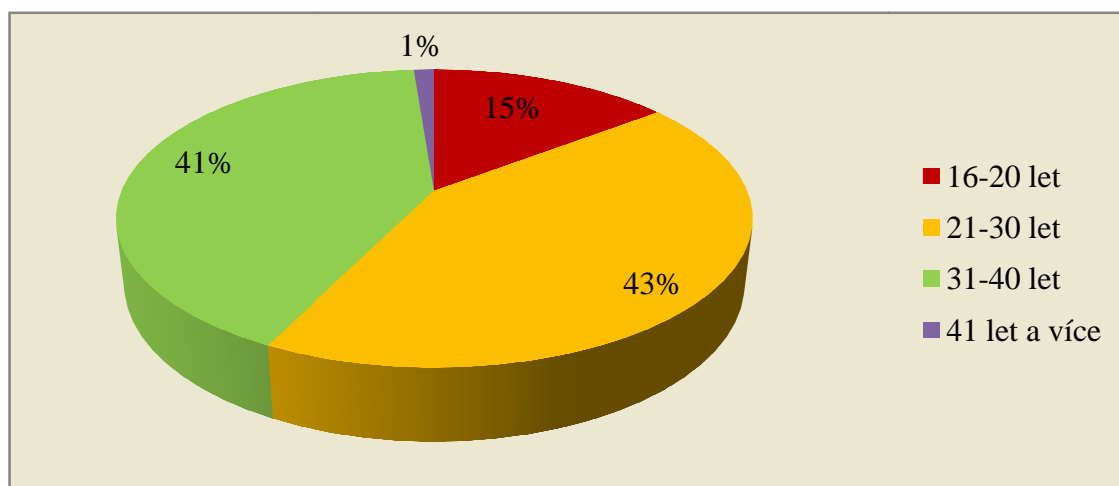
### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumným souborem byly ženy po spontánním porodu hospitalizované na oddělení šestinedělí v nemocnici Jindřichův Hradec. Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků. Z tohoto počtu bylo vráceno 104 dotazníků, avšak 22 bylo vyplněno chybně nebo neúplně. Proto byly z výzkumu vyřazeny. 6 dotazníků navráceno nebylo. Výzkumný vzorek tedy tvořilo 82 (100 %) respondentek. Návratnost dotazníků činila 74,5 %.

Sběr dat proběhl v období měsíce ledna, února a března 2011.

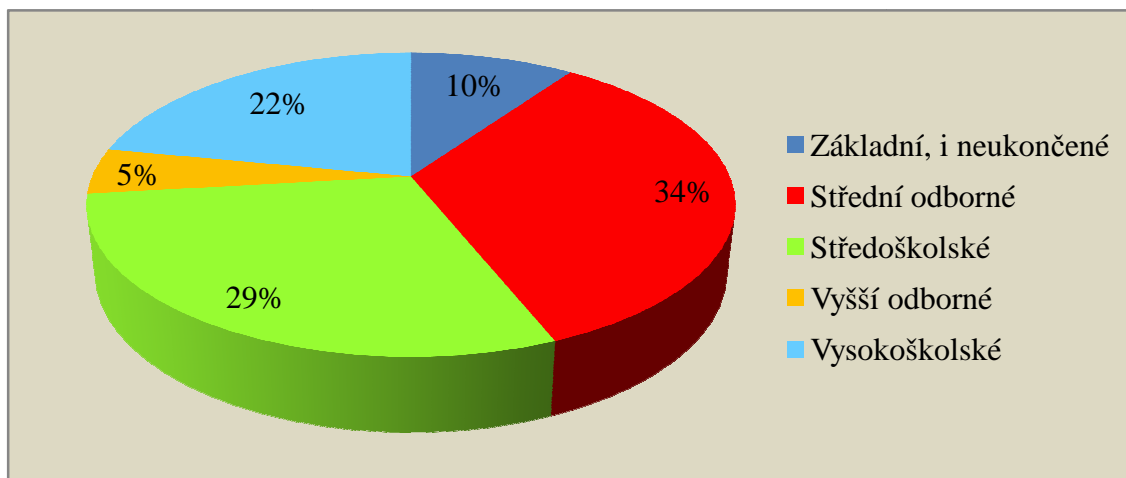
## 4 Výsledky

**Graf 1 Věk respondentek**



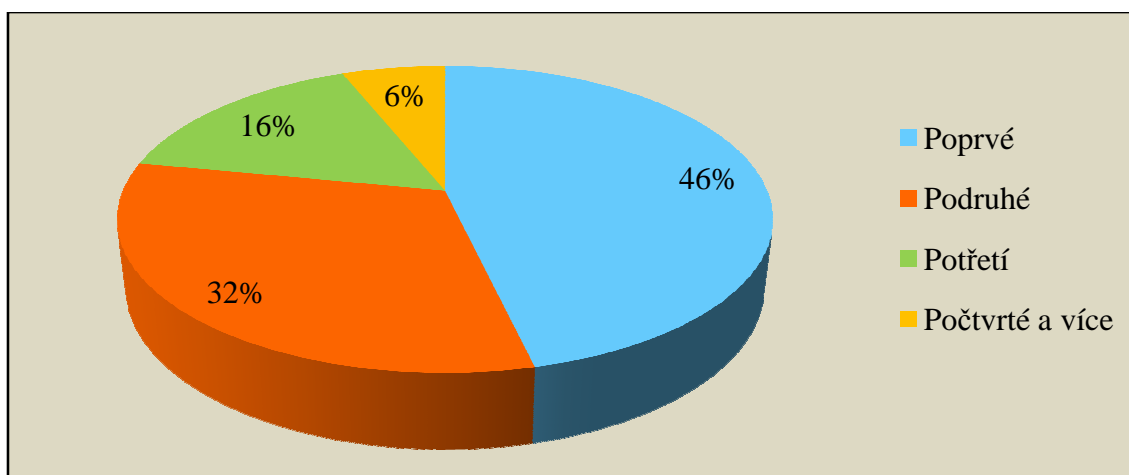
Z celkového počtu 82 (100 %) respondentek bylo 12 (15 %) ve věku 16-20 let, ve věkové skupině 21-30 let bylo 35 (43 %) respondentek, věková kategorie 31-40 let byla zastoupena 34 (41 %) respondentkami a poslední skupinou byly ženy ve věku 41 let a více v počtu 1 (1 %).

**Graf 2 Vzdělání respondentek**



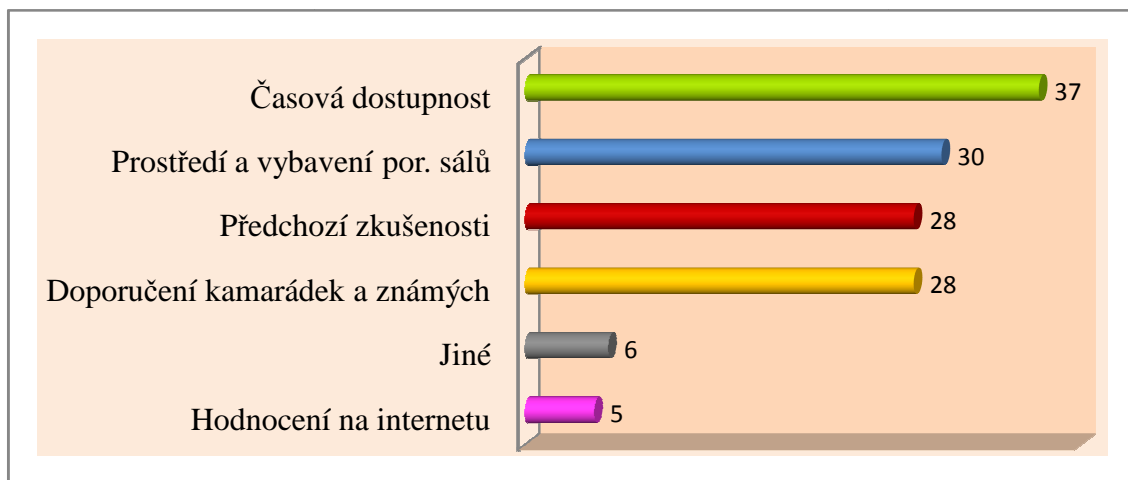
Z celkového počtu 82 (100 %) respondentek mělo 8 (10 %) dotazovaných vzdělání základní, i neukončené, 28 (34 %) respondentek mělo střední odborné vzdělání, středoškolské 24 (29 %), vyšší odborné studium absolvovaly 4 (5 %) respondentky a vysokoškolsky vzdělaných bylo 18 (22 %) dotazovaných.

**Graf 3 Parita respondentek**



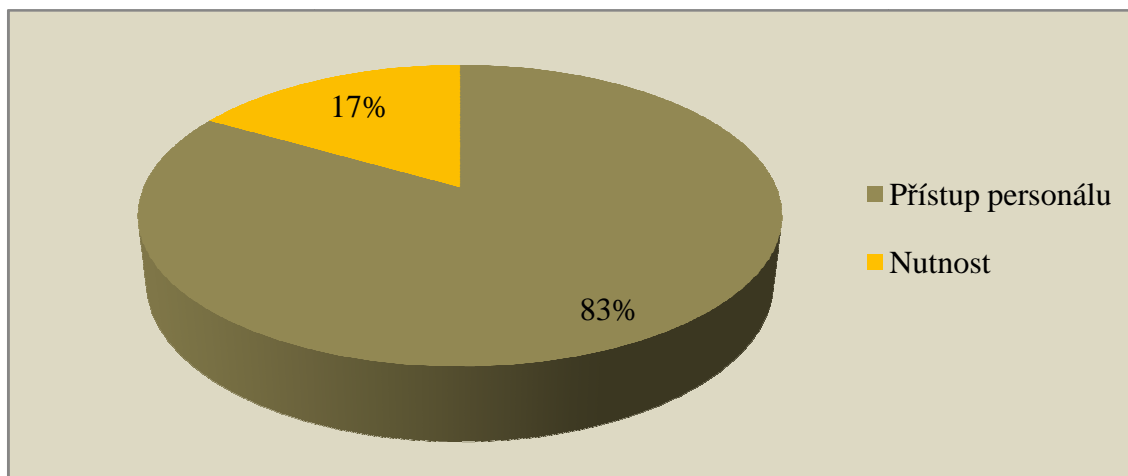
Celkový počet respondentek byl 82 (100 %), z tohoto počtu 38 (46 %) rodilo poprvé, 26 (32 %) podruhé, potřetí rodilo 13 (16 %), počtvrté a více 5 (6 %) dotazovaných.

**Graf 4 Výběr porodnice**



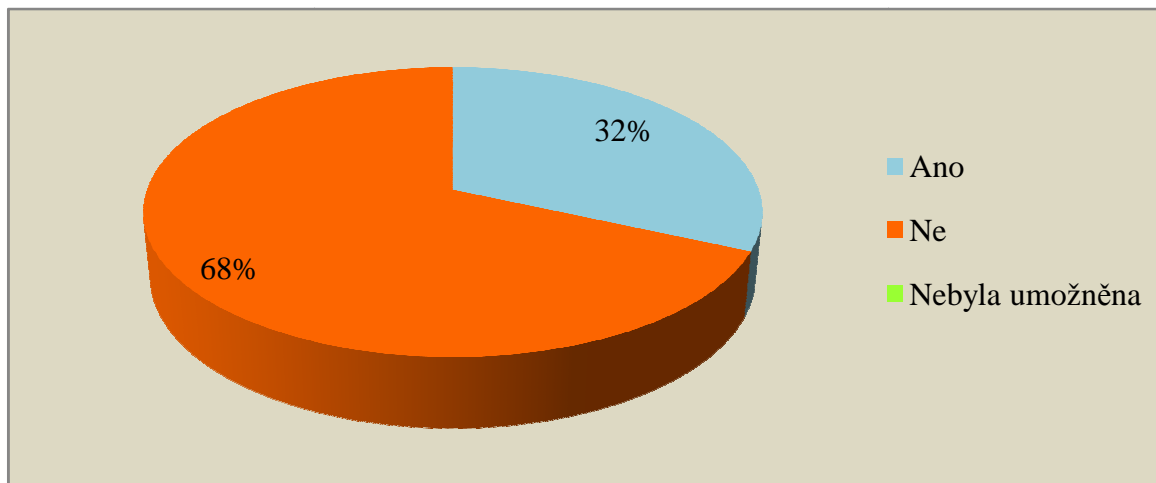
Na otázku týkající se výběru porodnice mohly respondentky označit více odpovědí. Odpovídalo 82 (100 %) rodiček. Možnost výběr porodnice na základě předchozích zkušeností byla zvolena 28x, 37x pak na základě časové dostupnosti a doporučení kamarádek a známých 28x. Varianta hodnocení na internetu byla označena 5x, prostředí a vybavení porodního sálu 30x a 6x byla zvolena odpověď jiné.

**Graf 5 Jiná kritéria při výběru porodnice**



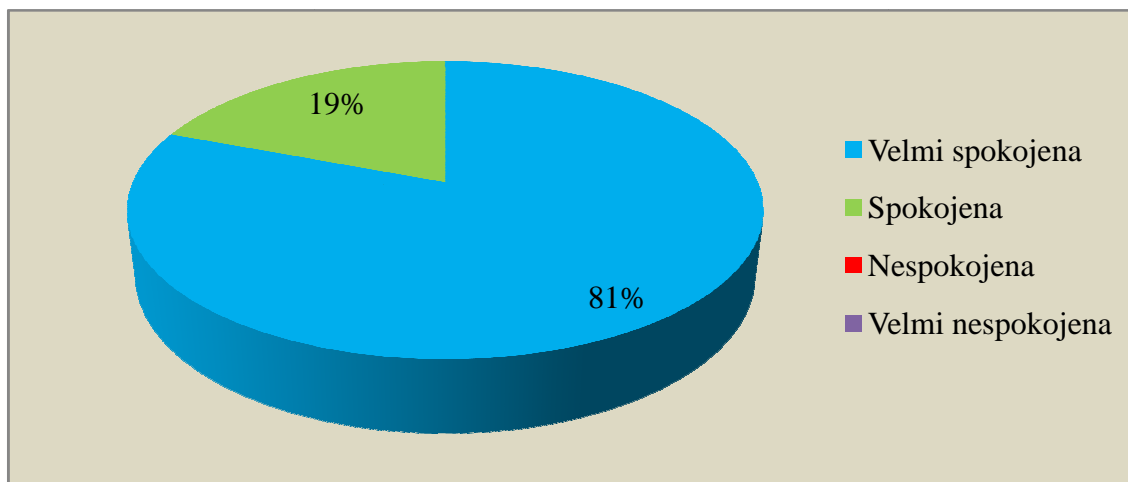
Z celkového počtu 6 (100 %) respondentek, které se při výběru porodnice rozhodovaly na základě jiných kritérií, udávalo 5 (83 %) přístup personálu a 1 (17 %) rodička nutnost.

**Graf 6 Prohlídka porodních sálů**



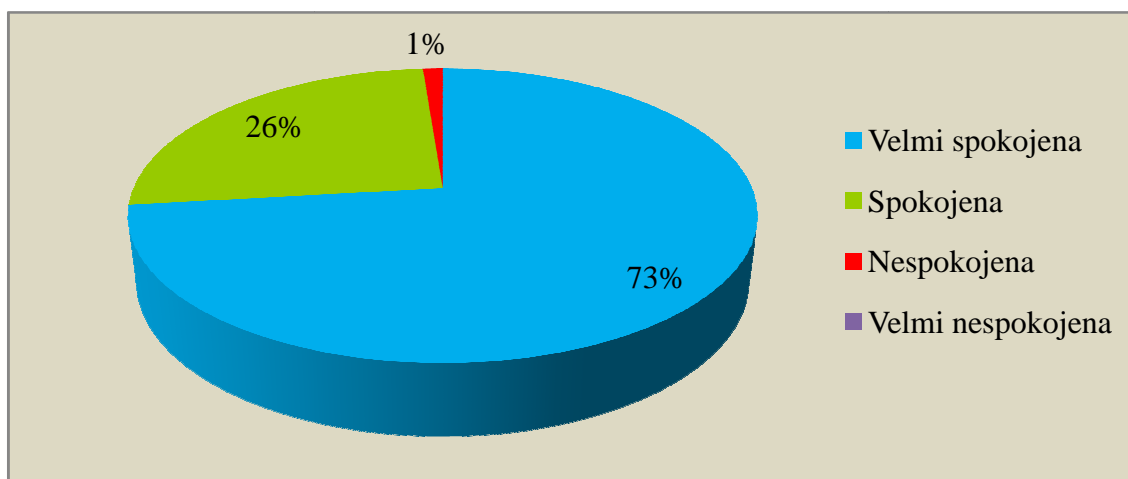
Z celkového počtu 82 (100 %) respondentek využilo v období před porodem možnosti prohlídky porodních sálů 26 (32 %) dotazovaných, 56 (68 %) této možnosti nevyžilo a respondentek. Rodiček, které měly o prohlídku zájem, ale nebyla jim umožněna bylo 0 (0 %).

**Graf 7 Spokojenost s chováním (přístupem) PA během prohlídky**



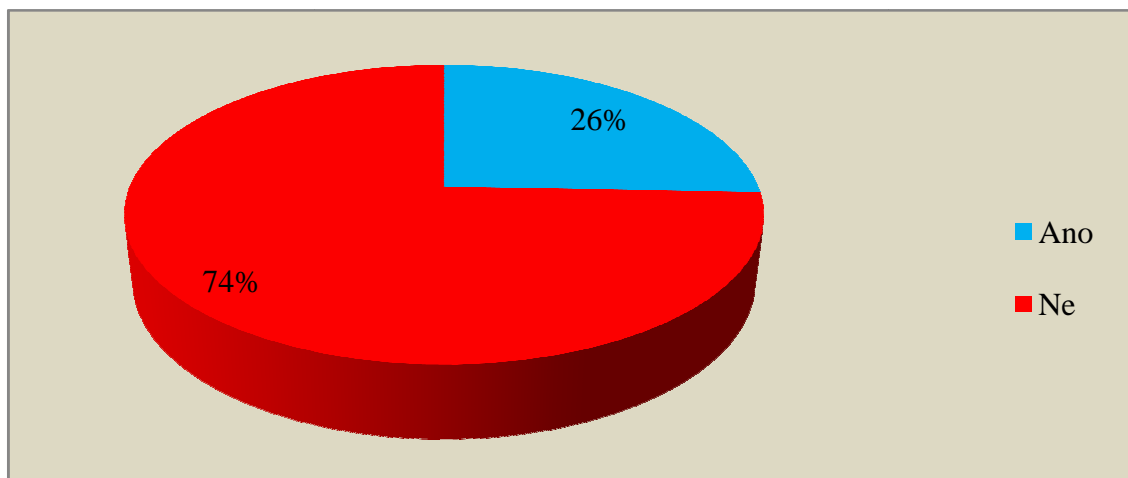
Z celkového počtu 26 (100 %) respondentek, které využily možnosti prohlídky porodních sálů, bylo v období před porodem 21 (81 %) s chováním (přístupem) PA během této prohlídky velmi spokojeno a 5 (19 %) spokojeno. 0 (0 %) respondentek bylo nespokojeno a 0 (0 %) velmi nespokojeno

**Graf 8 Spokojenost s chováním (přístupem) PA během příjmu**



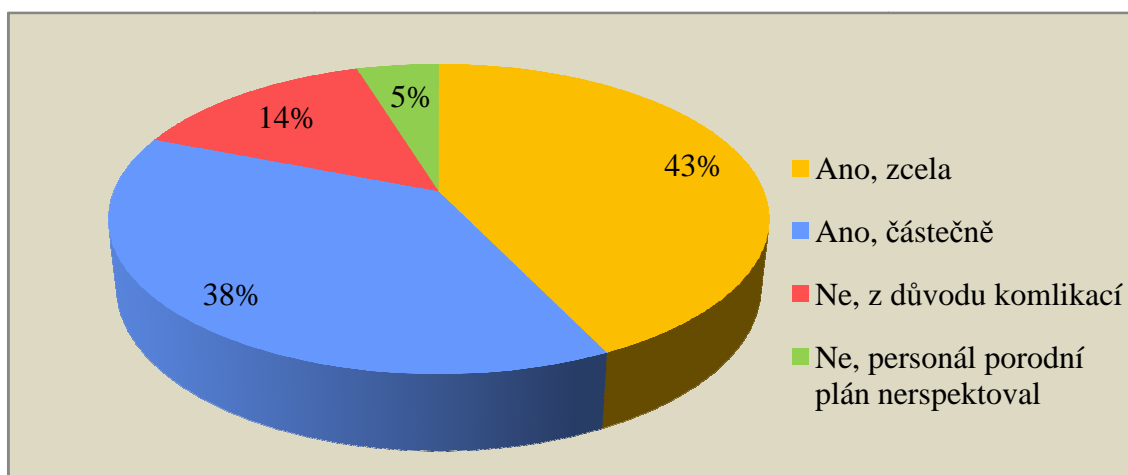
Z celkového počtu 82 (100 %) dotazovaných bylo 60 (74 %) žen velmi spokojeno s chováním (přístupem) PA během příjmu, 21 (26 %) bylo spokojeno. 1 (1 %) respondenta byla nespokojena a 0 (0 %) žen bylo velmi nespokojeno.

**Graf 9 Porodní plán**



Na otázku, zda rodičky měly předem připravený porodní plán, odpovědělo 82 (100 %) dotazovaných. 21 (26 %) žen označilo odpověď ano a 61 (74 %) označilo odpověď ne.

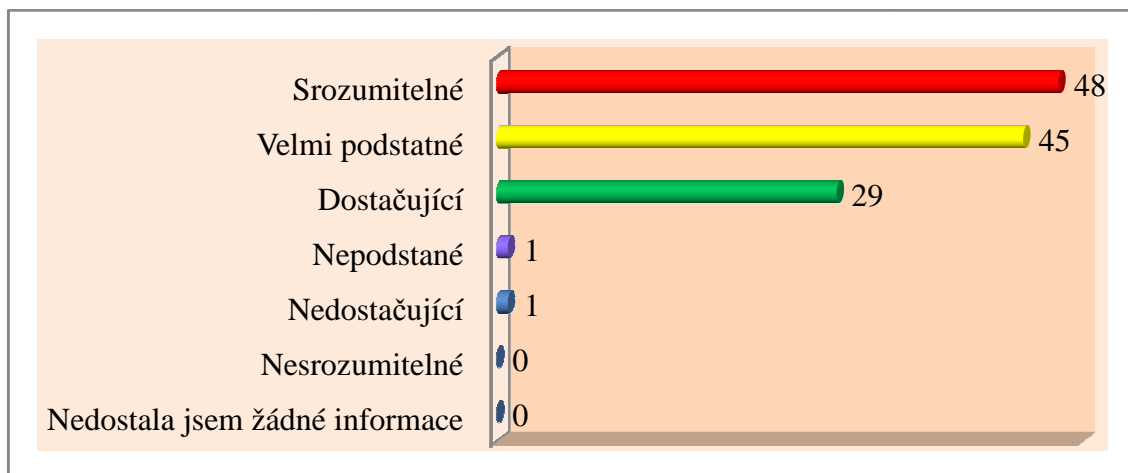
**Graf 10 Dodržení porodního plánu**



Celkový počet 21 (100 %) respondentek, které měly připravený porodní plán, odpovídaly na otázku, zda postupoval personál porodního sálu dle tohoto plánu. 9 (43 %) žen odpovědělo ano, zcela, 8 (38 %) zvolilo odpověď ano, částečně. Odpověď ne, z důvodu komplikací označily 3 (14 %) ženy a 1 (5 %) respondentka označila možnost ne, personál můj porodní plán nerespektoval.

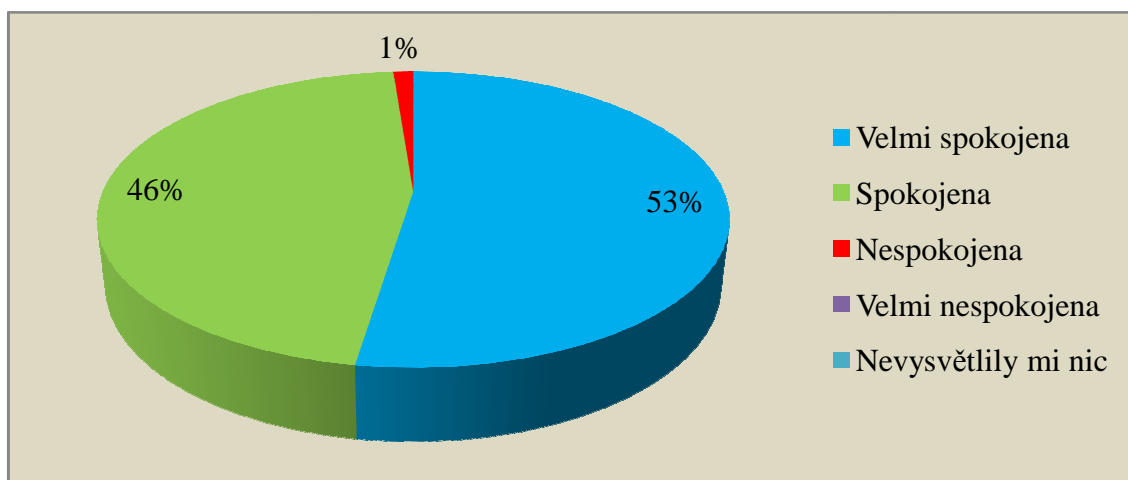


**Graf 11 Charakter poskytnutých informací**



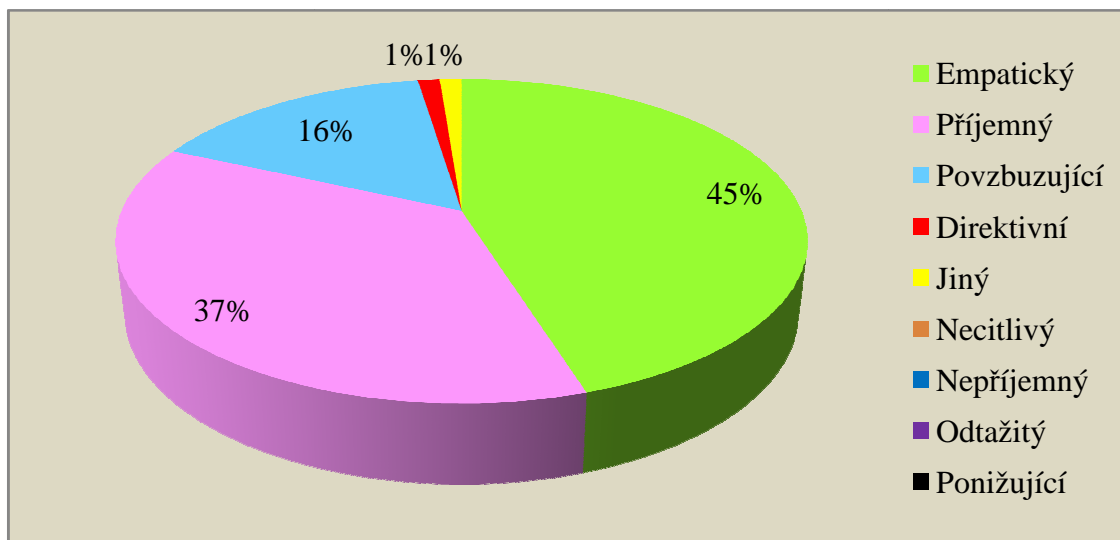
Na otázku, jaké byly informace poskytnuté PA v průběhu porodu, měly respondentky možnost označit více odpovědí. Odpovídalo 82 (100 %) respondentek. Celkem bylo označeno 124 odpovědí, z toho možnost velmi podstatné byla zvolena 45x, dostačující 29x a srozumitelné 48x. 1x byla označena možnost nepodstatné a 1x nedostačující. Odpověď nesrozumitelné a žádné zvolena nebyla.

**Graf 12 Vysvětlení důvodů prováděných výkonů a vyšetření**



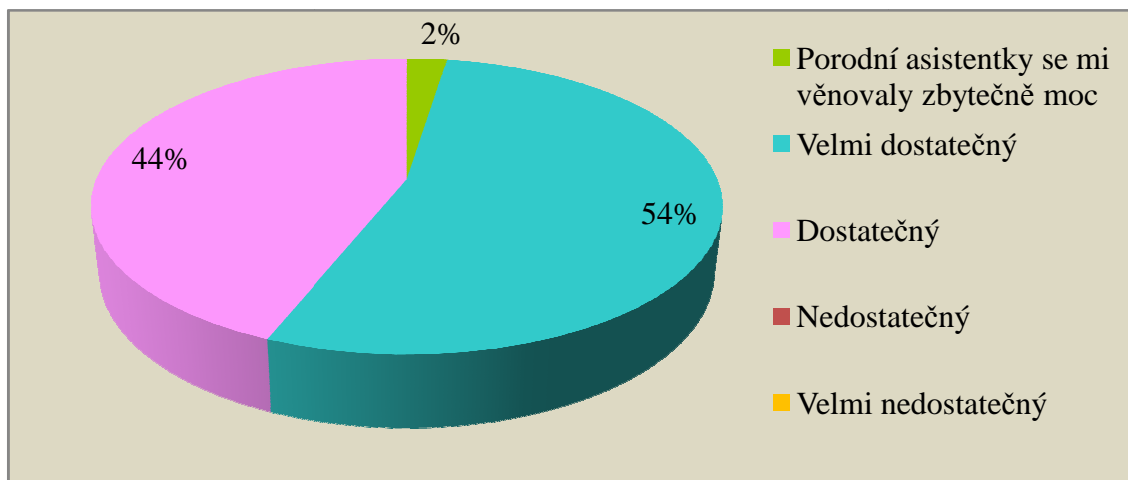
Na otázku, jak byly rodičky spokojeny s vysvětlením porodních asistentek o důvodech prováděných výkonů a vyšetření odpovědělo 82 (100 %) dotazovaných žen. Z tohoto počtu bylo 43 (53 %) respondentek velmi spokojeno a 38 (46 %) spokojeno. 1 (1 %) žena označila možnost nespokojena. 0 (0 %) žen odpovědělo velmi nespokojena a taktéž 0 (0 %) žen nevysvětlily mi nic.

**Graf 13 Přístup porodních asistentek**



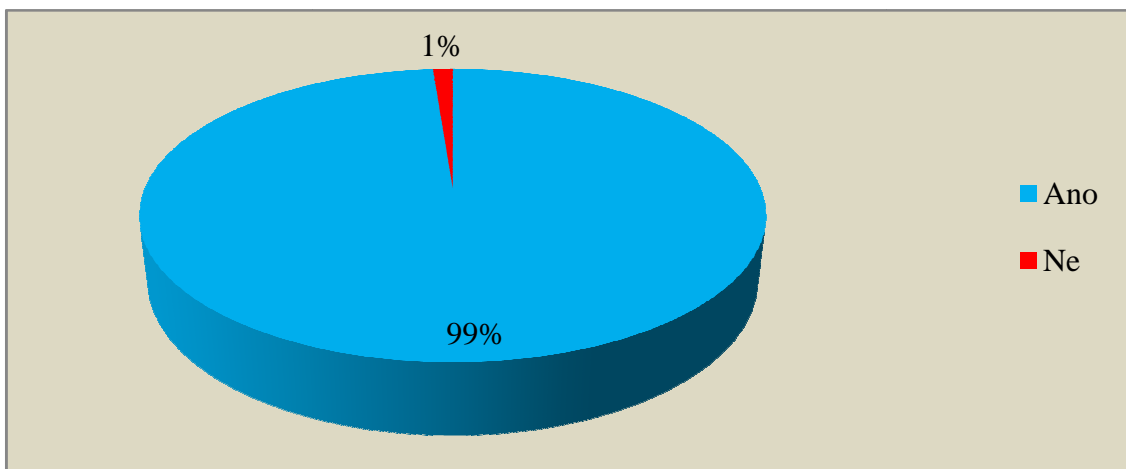
82 (100 %) dotazovaných hodnotilo přístup porodních asistentek, které o ně pečovaly na porodním sále. Zvolit měly pouze jednu odpověď. 37 (45 %) žen zvolilo možnost empatický, 30 (37 %) žen příjemný a 13 (16 %) žen povzbuzující přístup. 1 (1 %) respondentka označila přístup jako direktivní a 1 (1 %) zvolila možnost jiný a doplnila přístup pomáhající. Možnost necitlivý, nepříjemný, odažitý a ponižující přístup nebyla označena ani jednou, tzn. 0 % pro všechny tyto odpovědi.

**Graf 14 Čas věnovaný rodičkám**



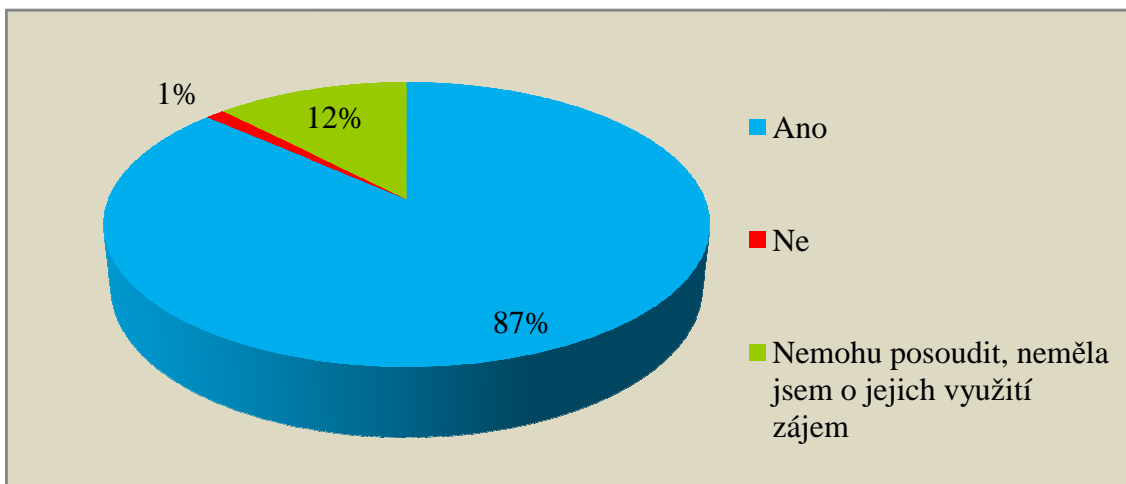
Tento graf znázorňuje názor respondentek, na čas který jim byl věnován porodními asistentkami v průběhu porodu. Z celkového počtu 82 (100 %) respondentek 2 (2 %) odpověděly, že porodní asistentky se jim věnovaly zbytečně moc. 44 (44 %) žen ohodnotilo věnovaný čas jako velmi dostatečný a 36 (36 %) jako dostatečný. Možnost nedostatečný a velmi nedostatečný nebyla zvolena ani jednou, tzn. 0 (0 %) dotazovaných.

**Graf 15 Soukromí na porodním sále**



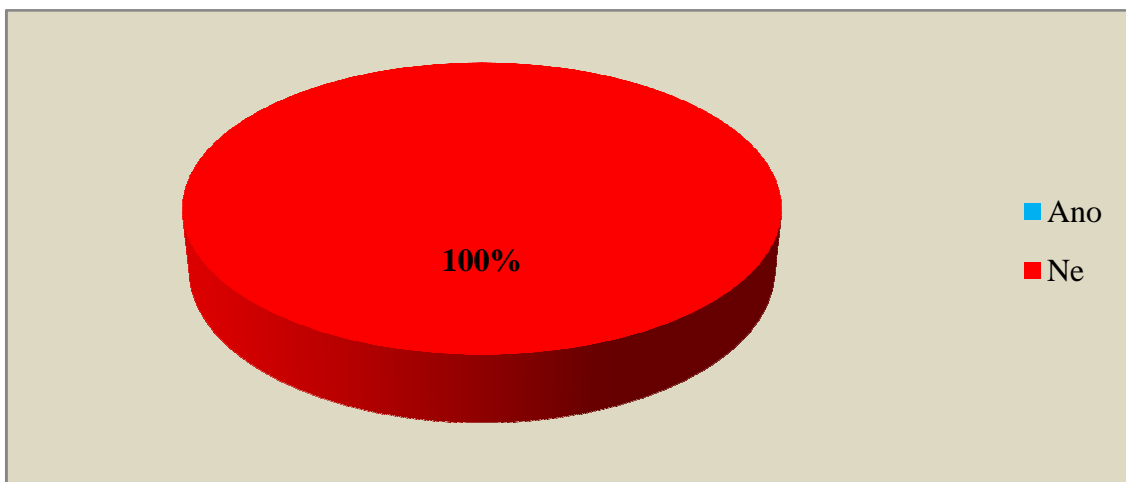
Celkový počet 82 (100 %) dotazovaných mělo odpovědět, zda jim bylo na porodním sále zajištěno dostatek soukromí. 81 (99 %) označilo možnost ano, 1 (1 %) respondentka pak zvolila možnost ne.

**Graf 16 Spokojenost s nefarmakologickými metodami tlumení bolesti**



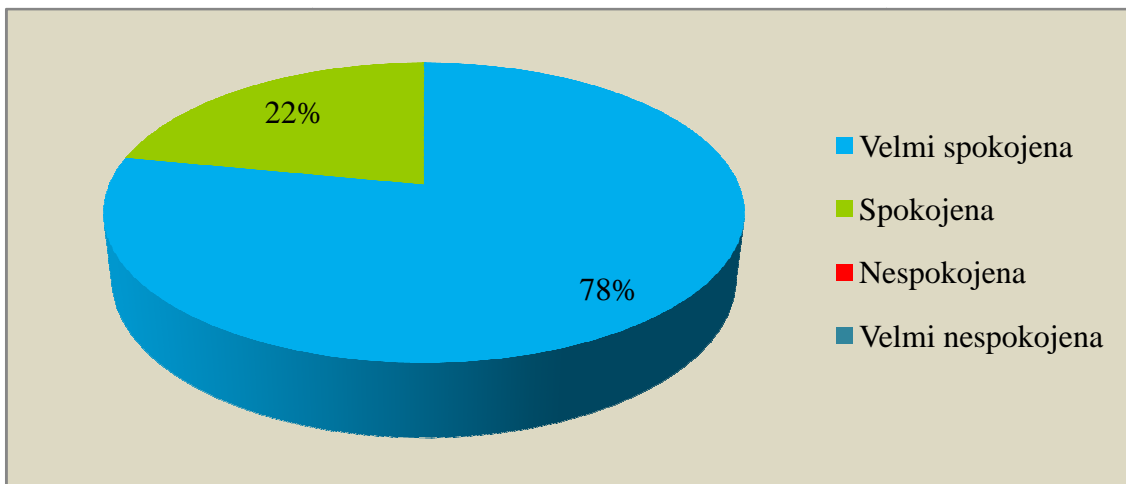
Na otázku, jak byly rodičky spokojeny s možnostmi a pomůckami nefarmakologického tlumení bolesti, odpovídalo 82 (100 %) respondentek. Z tohoto počtu bylo 71 (87 %) rodiček spokojeno, 1 (1 %) nespokojena a 10 (12 %) označilo možnost, nemohu posoudit, neměla jsem o jejich využití zájem.

**Graf 17 Nedostatky nefarmakologických možností tlumení bolesti**



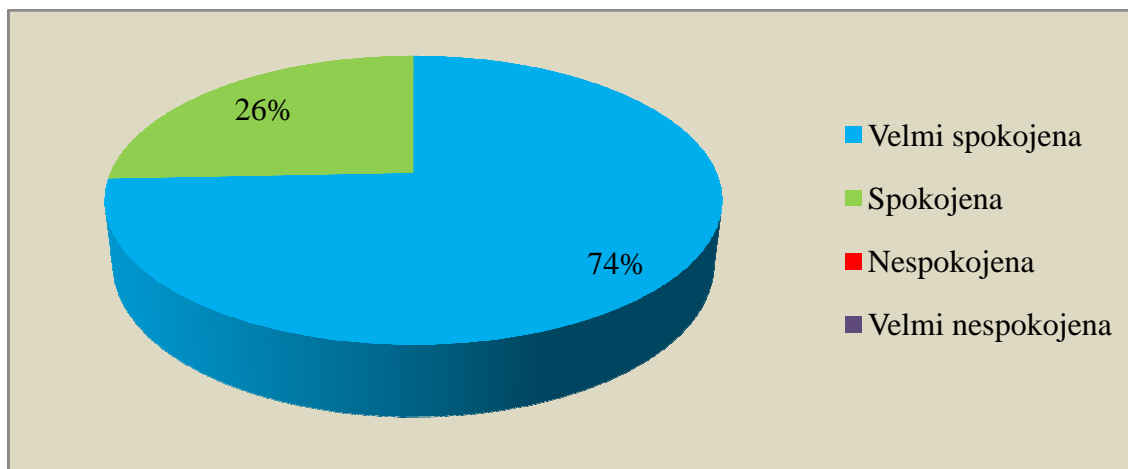
Z celkového počtu 82 (100 %) dotazovaných, 82 (100 %) označilo odpověď ne, tzn., že rodičky nepostrádaly pomůcky či možnosti nefarmakologického tlumení bolesti. Odpověď ano, nebyla označena ani jednou, tzn. 0 (0 %) respondentek.

**Graf 18 Spokojenost s prostředím porodních sálů**



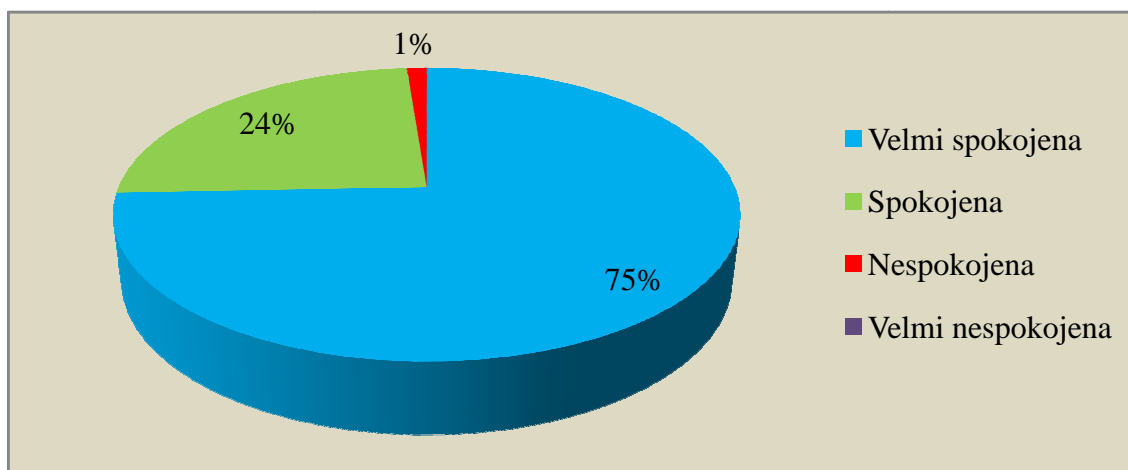
Z celkového počtu 82 (100 %) rodiček, bylo 64 (78 %) s prostředím porodních sálů velmi spokojeno a 18 (22 %) spokojeno. Nespokojena a velmi nespokojena nebyla žádná rodička, tzn. 0 (0 %).

**Graf 19 Celková spokojenost s poskytovanou ošetrovatelskou péčí**



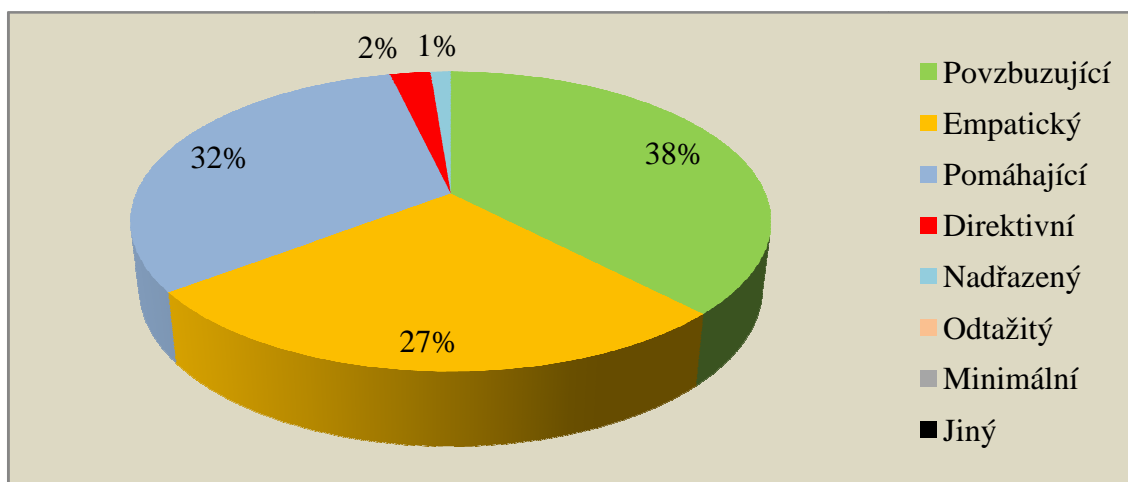
Tento graf znázorňuje celkovou spokojenost rodiček s poskytovanou péčí ze strany porodních asistentek. Z 82 (100 %) respondentek bylo 61 (74 %) velmi spokojeno a 21 (26 %) spokojeno. Nespokojena či velmi nespokojena nebyla žádná rodička.

**Graf 20 Celková spokojenost s přístupem porodních asistentek**



Celkový počet odpovídajících respondentek byl 82 (100 %). Z tohoto počtu bylo 61 (75 %) rodiček velmi spokojeno a 20 (24 %) spokojeno s chováním (přístupem) porodních asistentek. 1 (1 %) rodička označila možnost nespokojena. Odpověď velmi nespokojena nebyla označena ani jednou, tzn. 0 (0 %) dotazovaných.

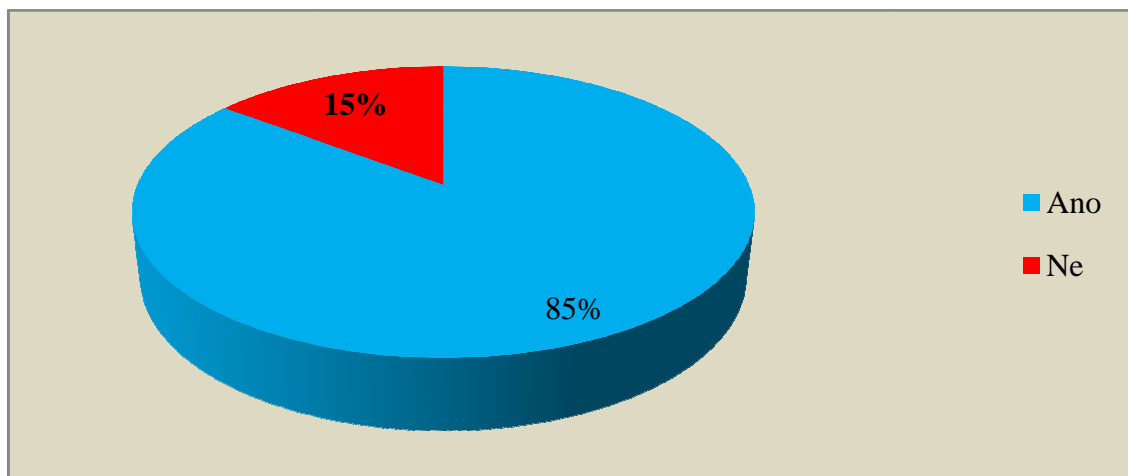
**Graf 21 Způsob komunikace porodních asistentek**



V tomto grafu respondentky, v celkovém počtu 82 (100 %), hodnotily způsob komunikace porodních asistentek. Měly zvolit pouze jednu odpověď. 31 (38 %) rodiček zvolilo možnost povzbuzující, 26 (32 %) pomáhající a 22 (27 %) empatický. Možnost direktivní označily 2 (2 %) rodičky, 1 (1 %) rodička označila způsob komunikace jako nadřazený. Odpověď odtahitý, minimální a jiný neoznačila žádná dotazovaná.

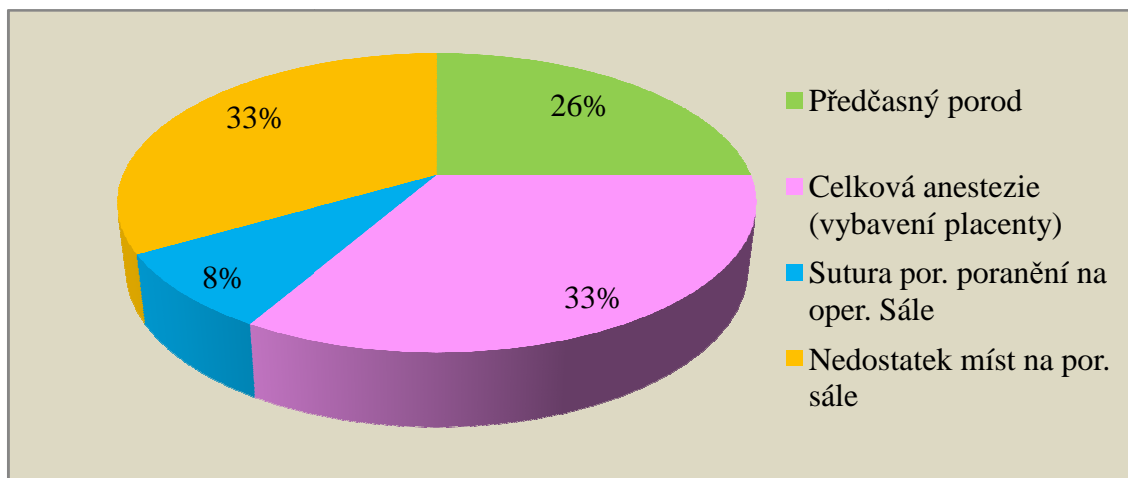


**Graf 22 Přítomnost novorozence na porodním sále**



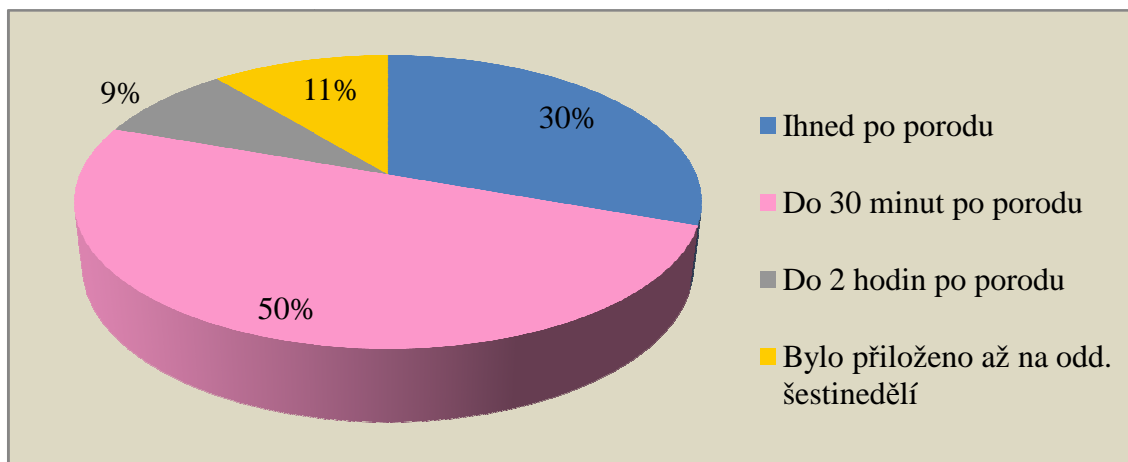
Na otázku, zda zůstalo miminko po porodu po celou dobu na porodním sále, odpovídalo 82 (100 %) rodiček. Z tohoto počtu označilo odpověď ano 70 (85 %) respondentek a variantu ne pak 12 (15 %) žen.

**Graf 23 Důvody nepřítomnosti novorozence na porodním sále**



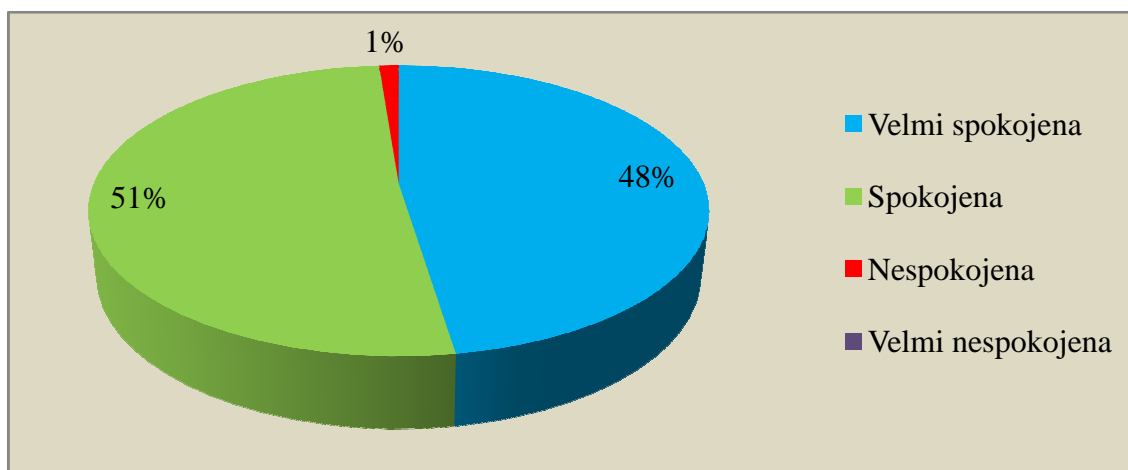
12 (100 %) respondentek popisovalo důvody, proč nezůstal novorozenec po porodu s matkou na porodním sále. Z tohoto počtu 4 (33 %) rodičky udávaly, že jim byla podána celková anestezie z důvodu vybavení placenty. Taktéž 4 (33 %) rodičky byly ihned po porodu přeloženy na oddělení šestinedělí pro nedostatek míst na porodním sále. 3 (26 %) ženy udaly jako důvod předčasný porod a 1 (8 %) suturu poranění na operačním sále.

**Graf 24 První přiložení novorozence k prsu**



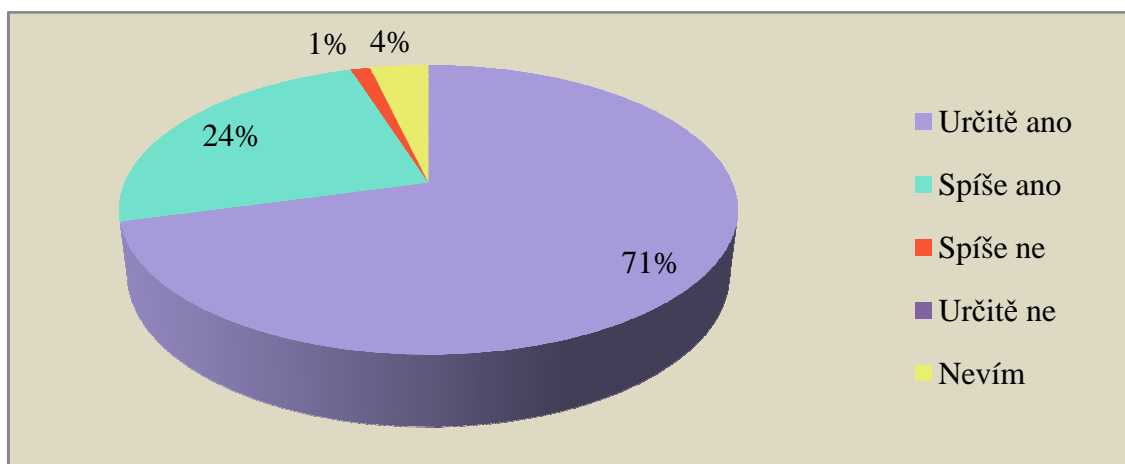
Z celkového počtu 82 (100 %) dotazovaných byl novorozenec přiložen ihned po porodu ve 25 (30 %) případech. Možnost do 30 minut po porodu zvolilo 41 (50 %) žen. Do 2 hodin po porodu (během pobytu na porodním sále) označilo 7 (9 %) rodiček a 9 (11 %) respondentek udávalo první přiložení novorozence až na oddělení šestinedělí.

**Graf 25 Spokojenost s přístupem dětských sester na porodních sálech**



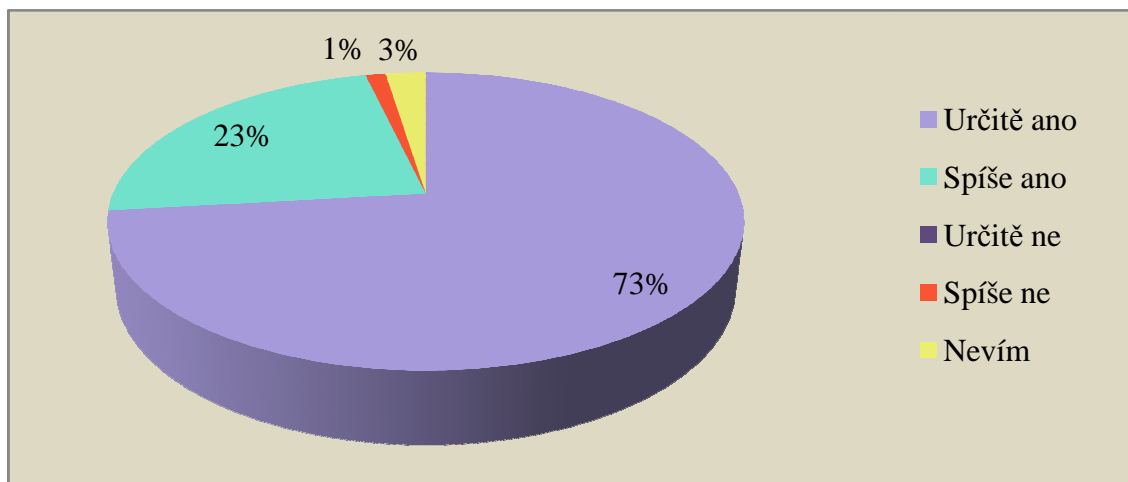
Spokojenost s chováním (přístupem) dětských sester na porodních sálech hodnotilo celkem 82 (100 %) respondentek. Velmi spokojeno bylo 39 (48 %) rodiček. Možnost spokojena zvolilo 42 (51 %) dotazovaných. 1 (1 %) respondentka označila odpověď nespokojena. Velmi nespokojených rodiček bylo 0 (0 %).

**Graf 26 Další porod v této porodnici**



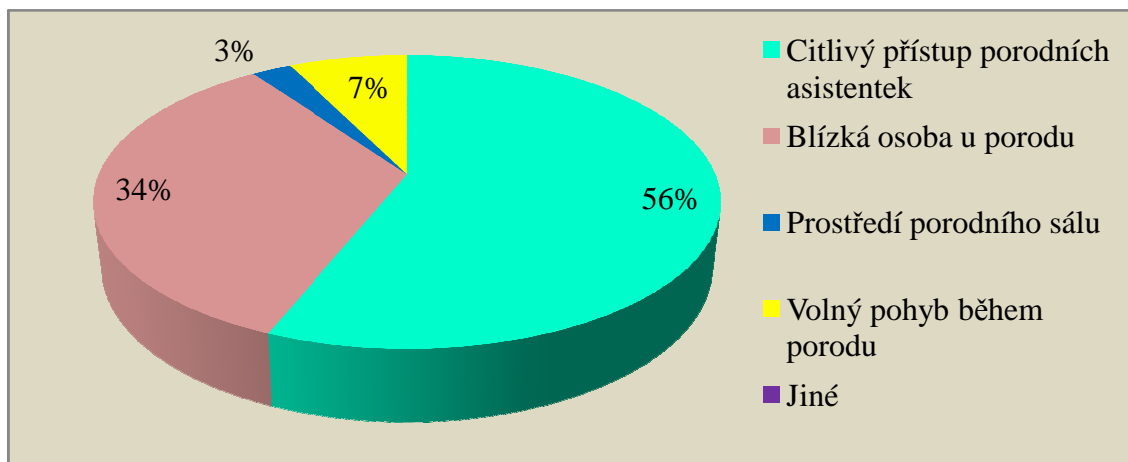
Tento graf zobrazuje, zda by se respondentky v případě dalšího porodu rozhodly opět pro tuto porodnici. Celkový počet dotazovaných byl 82 (100 %). Z tohoto počtu 58 (71 %) rodiček odpovědělo určitě ano, 20 (24 %) spíše ano a možnost spíše ne označila 1 (1 %) žena. 3 (4 %) rodičky odpověděly nevím. Možnost určitě ne nebyla označena ani jednou.

**Graf 27 Doporučení porodnice**



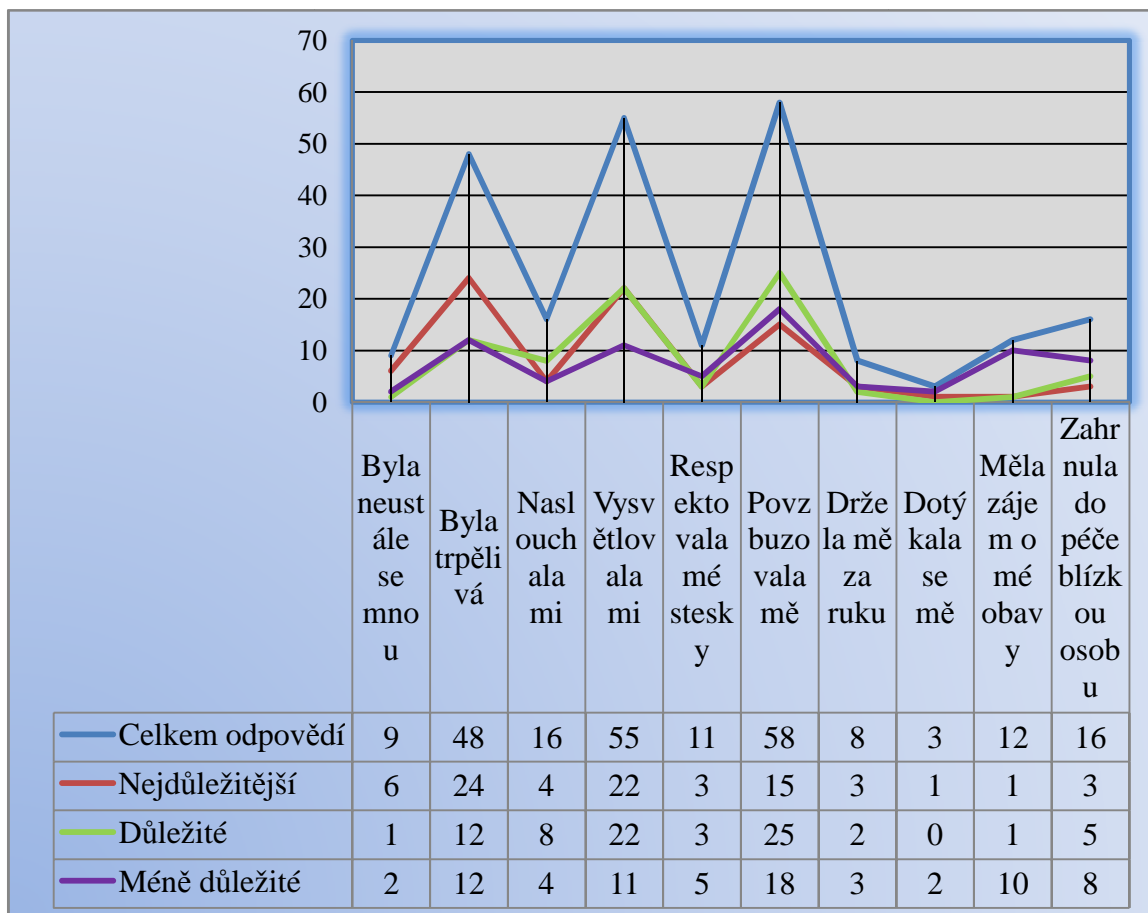
82 (100 %) respondentek odpovídalo na otázku, zda by tuto porodnici doporučily svým blízkým či přátelům. Určitě ano odpovědělo 60 (73 %) rodiček, spíše ano pak 19 (23 %). Možnost spíše ne, označila 1 (1 %) respondentka a 2 (3 %) ženy odpověděly neví. Odpověď určitě ne zvolilo 0 (0 %) dotazovaných.

**Graf 28 Nejvýznamnější prvky v průběhu porodu**



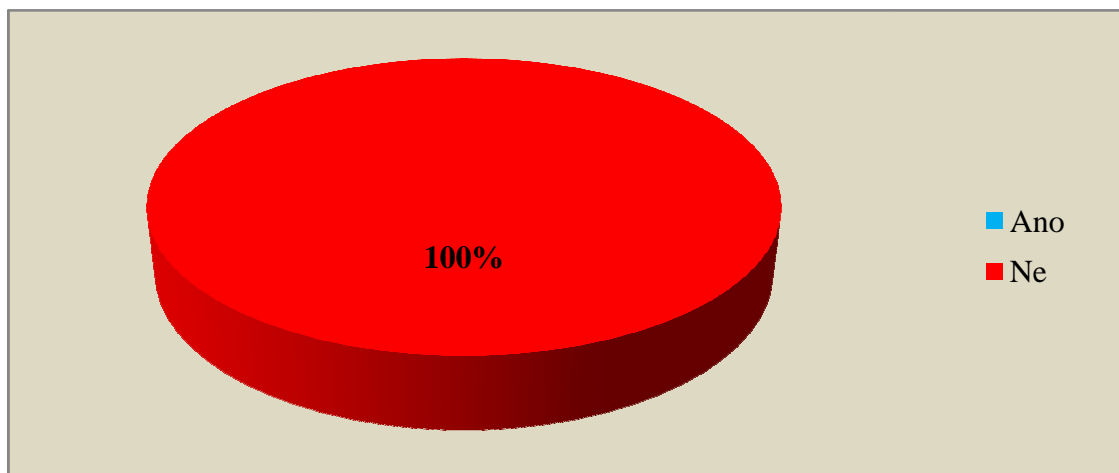
82 (100 %) rodiček posuzovalo, co pro ně mělo v průběhu porodu největší význam. 46 (56 %) žen označilo možnost citlivý přístup porodních asistentek. Pro 28 (34 %) byla nejdůležitější přítomnost blízké osoby u porodu. 2 (3 %) respondentky zvolily možnost prostředí porodního sálu a 6 (7 %) pak volný pohyb během porodu. Odpověď jiné neoznačila žádná dotazovaná.

**Graf 29 Nejpodstatnější kritéria při poskytování ošetrovatelské péče**



Tento graf znázorňuje, co bylo pro rodičky nejpodstatnější při ošetrovatelské péči poskytované porodními asistentkami. 82 (100 %) respondentek mělo zvolit nejvíce 3 možnosti a označit je dle důležitosti. 58 rodiček označilo možnost porodní asistentka (PA) mě povzbuzovala, 55 žen PA mi vysvětlovala a 48 žen PA byla trpělivá. Možnost PA mi naslouchala a zahrnula do péče i přítomnou blízkou osobu byla zvolena ve stejném počtu, 16x. Pro 12 dotazovaných bylo nejpodstatnější, že PA měla zájem o jejich obavy. 11 respondentek odpovědělo, PA respektovala mé stesky. 9x byla označena odpověď PA byla neustále se mnou, 8x PA mě držela za ruku a 3x PA se mě dotýkala. V tabulce grafu je znázorněn počet odpovědí dle důležitosti pro jednotlivá kritéria. Za nejdůležitější kritérium zvolily klientky 24x PA byla trpělivá, jako důležité respondentky označily 25x, PA mě povzbuzovala. Toto kritérium bylo taktéž zvoleno za méně důležité, v počtu 18 odpovědí.

**Graf 30 Připomínky k ošetrovatelské péči**



Z celkového počtu 82 (100 %) respondentek nemělo 82 (100 %) připomínky k ošetrovatelské péči nebo k vybavení porodního sálu



## 5 Diskuse

V bakalářské práci byly stanoveny tři cíle a tři hypotézy zaměřené na spokojenost rodiček s ošetrovatelskou péčí během porodu.

V úvodu dotazníku se otázky soustředily na charakteristiku výzkumného vzorku, která je zobrazena v grafu 1, 2 a 3.

Graf 1 znázorňuje věk respondentek. Výzkumného šetření se zúčastnilo 12 (15 %) rodiček ve věku 16-20 let. Nejvíce zastoupená byla věková kategorie 21-30 let, v počtu 35 (43 %) žen, avšak s minimálním rozdílem od kategorie 31-40 let, která byla zastoupena 34 (41 %) rodičkami. Výzkumu se zúčastnila pouze 1 (1 %) respondentka ve věku 41 let a více.

Toto zjištění potvrzuje informace českého statistického úřadu jihočeského kraje, že zvyšování věku matky při narození dítěte je jedním z charakteristických rysů demografického vývoje v posledních 15 letech (4). Tento fakt je do jisté míry ovlivněn životním stylem populace a určitým standardem, kterému naše společnost přivykla. Dalšími faktory jsou pracovní možnosti, možnosti cestování a studium do vyššího věku.

Graf 2 informuje o nejvyšším dosaženém vzdělání respondentek. Nejvíce zastoupenou skupinou se staly rodičky se středním odborným vzděláním, a to v počtu 28 (34 %). Na druhém místě byly ženy se středoškolským vzděláním v počtu 24 (29 %), na třetím ženy vzdělané vysokoškolsky v počtu 18 (22 %). Vzdělání základní, i neukončené, zastupovalo 8 (10 %) rodiček a vzdělání vyšší odborné bylo zastoupeno pouze 4 (5 %) rodičkami.

V grafu 3 je znázorněna parita rodiček. Nejvíce zastoupenou kategorií byly prvorodičky, v počtu 38 (46 %). Respondentek, které rodily podruhé, bylo 26 (32 %) a potřetí 13 (16 %). Výzkumného šetření se zúčastnilo 5 (6 %) žen, které rodily počtvrté a vícekrát.

Graf 4 znázorňuje, co ovlivnilo rodičky při výběru právě této porodnice. Respondentky měly možnost výběru několika alternativ odpovědí. Z celkového počtu 134 odpovědí, byla nejčastěji, 37x, zvolena časová dostupnost, 30x prostředí a vybavení porodních sálů. Na základě předchozí zkušenosti a doporučení kamarádek a známých se rodičky rozhodovaly 28x, ve shodném počtu. Varianta hodnocení na internetu byla

zvolena 5x. Otázka odkazující k tomuto grafu byla polouzavřená, proto měly respondentky možnost doplnit ještě případnou jinou variantu. Tato alternativa byla zvolena 6x. Výsledky jsou znázorněny v grafu č. 5. 5x rodičky udaly výběr porodnice na základě přístupu personálu a 1 rodička popsala výběr porodnice jako nutnost.

Graf 6 sděluje, zda respondentky využily v období před porodem možnost prohlídky porodních sálů. Této možnosti využilo pouze 26 (32 %) rodiček. 56 (68 %) žen tuto možnost nevyužilo. Variantu, kdy si rodička přála prohlídku porodních sálů, ale nebyla jí umožněna, ne zvolila žádná rodička.

Domníváme se, že rodičky nevyužívají možnost prohlídky porodních sálů z důvodu, že jsou ještě před, nejpozději však v termínu porodu, předány z prenatální ambulantní péče do péče porodnice. Těhotné ženy jsou zvány v pravidelných intervalech do porodnické ambulance, která je součástí porodních sálů. Mají tedy možnost předem se částečně seznámit s prostředím porodních sálů a především pak získat informace o přístupu a postojích personálu.

Graf 7 zobrazuje informace pouze těch rodiček, které využily možnosti prohlídky porodních sálů. Respondentky zde vyjadřovaly spokojenost s chováním a přístupem porodních asistentek právě během této prohlídky. Z 26 (100 %) rodiček bylo 21 (81 %) velmi spokojeno a 5 (19 %) spokojeno. Žádná rodička neoznačila možnost nespokojena či velmi nespokojena.

Grafy 6-13 podávají informace, vztahující se k ošetrovatelské péči.

8. graf znázorňuje spokojenost rodiček s chováním a přístupem porodních asistentek během příjmu na porodní sál. 60 (73 %) respondentek bylo velmi spokojeno, 21 (26 %) spokojeno a 1 (1 %) rodička byla nespokojena. Velmi nespokojena nebyla žádná dotazovaná.

Rodičky, které navštěvovaly porodnickou ambulanci naší nemocnice v rámci prenatální péče, měly možnost seznámit se již předem s prostředím a personálem porodních sálů. Mají tedy určitou „výhodu“ oproti rodičkám, které přicházejí na porodní sály poprvé v rámci příjmu k porodu. Tyto rodičky vstupují, často s porodními bolestmi, do úplně neznámého prostředí. To může u některých žen vyvolat nervozitu, neklid či až nedůvěru ke zdravotnickému personálu. Velmi důležitá je role a síla prvního dojmu. Od

prvních vteřin, dříve než kdokoliv promluví, začne mezi rodičkou a porodní asistentkou či lékařem probíhat interaktivní komunikace. Každý účastník má nějaký výraz tváře, nějak se pohybuje, nějak a někde sedí. I to má určitý vliv na psychiku (15). Vlídne přivítání, seriózní vystupování, upravený zevnějšek a komunikační dovednosti ošetřujícího personálu by měly být samozřejmostí. Rodičky očekávají pomoc, emoční podporu, pochopení, pozornost, akceptaci, rozhodnost a aktivitu. Ke splnění těchto očekávání je komunikace, ať již verbální či neverbální, nutná. Zdravotníci musí hovořit zřetelně, srozumitelně vzhledem k intelektu, v přiměřeném tempu a s odpovídajícím tónem řeči. Měli by rodičkám i jejich doprovodu pozorně naslouchat, poskytovat pravidelné informace, vše jasně a srozumitelně vysvětlovat, případně využít zpětnou vazbu k ujištění o porozumění či pochopení. Neméně důležitý je oční kontakt a přiměřená míra haptického kontaktu. Všechny tyto aspekty mohou mít pozitivní vliv na rodičku, její doprovod a zdárný průběh porodu.

Graf 9 informuje o tom, zda rodičky měly připravený porodní plán. Většina žen, v počtu 61 (74 %) porodní plán neměla vypracovaný, 21 (26 %) žen ano.

V grafu 10 hodnotily rodičky s připraveným porodním plánem, zda personál porodního sálu postupoval během porodu podle tohoto plánu. Z celkového počtu 21 (100 %), 9 (43 %) respondentek udávalo, že porodní plán byl dodržen zcela a 8 (38 %), že plán byl dodržen částečně. 3 (14 %) rodičky odpověděly, že porodní plán nebyl dodržen z důvodu komplikací a 1 (5 %) žena uvedla, že personál její plán nerespektoval.

Porodní plán by měl být s rodičkou, případně doprovázejí osobou diskutován při příjmu na porodní sál. Pokud nedojde během porodu k neočekávaným komplikacím, měl by být naplněn (21). Personál porodního sálu by měl plně respektovat žádost případné změny plánu kdykoliv za porodu.

Graf 11 zobrazuje charakter informací, které poskytly porodní asistentky rodičkám v průběhu porodu. Tato otázka byla uzavřená, s výběrem několika alternativ odpovědí. Označeno bylo celkem 124 odpovědí. Z tohoto počtu 48x informace srozumitelné, 45x velmi podstatné, 29x dostačující, 1x nepodstatné a 1x nedostačující. Ani jednou nebyla zvolena možnost nesrozumitelné a nedostala jsem žádné informace.

Rastislavová uvádí, že informovanost je jedním ze základních psychosociálních faktorů modulující bolest při porodu, neboť podporuje pocit jistoty a bezpečí (27). Jistota a bezpečí patří mezi základní lidské potřeby. Dle Maslowovy hierarchie jsou zařazeny v pyramidě potřeb, mezi potřebami nižšími, na druhém místě, hned nad potřebami biologickými (36).

Dle grafu 12 je zřejmé, že porodní asistentky vysvětlují rodičkám důvody různých výkonů a vyšetření, které u nich provádějí, neboť 43 (53 %) respondentek bylo s podaným vysvětlením velmi spokojeno, 38 (46 %) spokojeno a pouze 1 (1 %) rodička byla nespokojena. Ani jednou nebyla zvolena možnost velmi nespokojena, nebo porodní asistentky mi nevysvětlily nic.

Dle literatury se produktivní chování porodní asistentky k rodičce při porodu vyznačuje vysokou mírou empatie, respektu a tolerance k jejím přáním a projevům. Porodní asistentka se snaží přispívat ke zdárnému průběhu porodu a snaží se být rodící ženě oporou. K tomu by měla využívat spíše nedirektivní techniky (27). Toto výzkumné šetření přineslo kladné výsledky, které jsou zaznamenány v grafu 13. Rodičky zde hodnotily přístup porodních asistentek, které o ně při porodu pečovaly. 37 (45 %) respondentek ohodnotilo přístup jako empatický, 30 (37 %) jako příjemný a 13 (16 %) jako povzbuzující. 1 (1 %) rodička udávala přístup direktivní a 1 (1 %) žena jako jiný, a to pomáhající. Žádná dotazovaná respondentka nehodnotila přístup jako necitlivý, nepříjemný, odtažitý či ponižující.

Dle výsledků zaznamenaných v grafu 13 jsme došly k pozitivnímu zjištění, týkající se času, který věnují porodní asistentky rodičkám při porodu. Pro 44 (54 %) rodiček byl věnovaný čas velmi dostatečný, pro 36 (44 %) dostatečný. 2 (3 %) respondentky dokonce uvedly, že se jim porodní asistentky věnovaly zbytečně moc. Výsledky šetření se shodují s výsledky bakalářské práce Maškové z roku 2007. Ta sledovala spokojenost rodiček s ošetrovatelskou péčí na porodních sálech v Českých Budějovicích, v Táboře a v Jindřichově Hradci. Výzkumný vzorek v Jindřichově Hradci tvořilo 30 (100 %) respondentek. Z tohoto počtu bylo 30 (100 %) rodiček spokojeno s časem, který jim porodní asistentky věnovaly (19).

Grafy 15-18 se vztahují k prostředí a vybavení porodních sálů.

Graf 15 poskytuje informace, zda bylo rodičkám na porodních sálech zajištěno dostatek soukromí. 81 (99 %) rodiček udávalo, že jim soukromí zajištěno bylo, 1 (1 %) respondentce nikoliv. Zajištění soukromí a intimity bývá v současné době základním požadavkem většiny rodiček a párů (16). Tento požadavek porodní sály Jindřichohradecké nemocnice jednoznačně splňují, neboť disponují třemi samostatně oddělenými porodními boxy s vlastním sociálním zázemím.

Spokojenost rodičích žen s možnostmi a pomůckami nefarmakologického tlumení bolestí je znázorněna v grafu 16. 71 (87 %) rodiček bylo s nabídkou porodních sálů spokojeno, 1 (1 %) byla nespokojena. 10 (12 %) dotazovaných zvolilo možnost, nemohu posoudit, neměla jsem o jejich využití zájem.

Graf 17 úzce souvisí s grafem předchozím. Rodičky zde měly možnost vyjádřit se, zda postrádaly nějaké pomůcky či možnosti nefarmakologických technik. 82 (100 %) respondentek zvolilo odpověď ne, tzn., že, nepostrádaly nic v souvislosti s vybavením porodních sálů. Žádná z rodiček nezvolila variantu ano.

Jindřichohradecké porodnické oddělení včetně porodních sálů bylo zrekonstruováno a nově otevřeno 26. 2. 2007. Z této skutečnosti vyplývá, že porodní sály jsou relativně nové a moderně zařízené. Inklinují tomu i výsledky z grafu č. 18, ve kterém rodičky hodnotily spokojenost s prostředím porodních sálů. 64 (78 %) dotazovaných bylo s prostředím velmi spokojeno a 21 (22 %) spokojeno. Ani jednou nebyla zvolena varianta nespokojena nebo velmi nespokojena.

Dle grafu 19 lze předpokládat, že rodičky jsou celkově spokojeny s poskytovanou péčí ze strany porodních asistentek. 61 (74 %) respondentek bylo velmi spokojeno a 21 (26 %) spokojeno s ošetrovatelskou péčí. Žádná dotazovaná nebyla nespokojena nebo velmi nespokojena. Toto zjištění hodnotíme velmi pozitivně, stejně tak jako informace z grafu následujícího.

Graf 20 znázorňuje celkovou spokojenost s chováním a přístupem porodních asistentek k rodícím ženám. 61 (75 %) žen bylo velmi spokojeno, 20 (24 %) spokojeno a 1 (1 %) respondentka označila odpověď nespokojena. Velmi nespokojena nebyla žádná dotazovaná.

V grafu 21 hodnotily rodičky způsob komunikace porodních asistentek. 31 (38 %) označilo způsob komunikace jako povzbuzující, 26 (32 %) jako pomáhající a 22 (27 %) jako empatický. 2 (2 %) respondentky ohodnotily komunikaci variantou direktivní a 1 (1 %) žena jakou nadřazenou. Možnosti odtažitý, minimální a jiný nebyly označeny žádnou dotazovanou. Kvalitní ošetrovatelská péče není možná bez komunikace, ať již mezi zdravotníkem a klientem nebo mezi zdravotníky samotnými. Každou rodičku je nutné vnímat jako individuální osobnost a podle toho k ní i přistupovat a jednat.

Grafy 22-24 se vztahují k péči o novorozence.

Zda zůstal novorozenec s matkou po porodu po celou dobu na porodním sále, zobrazuje graf 22. 70 (85 %) rodiček odpovědělo ano, 12 (15 %) matek ne. V případě, že rodičky zvolily variantu ne, měly popsat důvody, z jakých novorozenec po porodu na porodním sále nezůstal. Odpovědi jsou zobrazeny v grafu 23. 4 (33 %) respondentkám byla po porodu podána celková anestezie z důvodu vybavení placenty. Taktéž 4 (33 %) respondentky udávaly nedostatek míst na porodním sále, a proto byly ihned po porodu přeloženy na oddělení šestinedělí. 3 (26 %) popsaly jako důvod předčasný porod a 1 (8 %) suturu porodního poranění na operačním sále.

Graf 24 poskytuje informace o prvním přiložení novorozence k prsu. 25 (30 %) matkám byl novorozenec přiložen ihned po porodu, 41 (50 %) udávalo přiložení do 30 minut po porodu. Další variantou, kterou zvolilo 7 (9 %) rodiček, bylo přiložení do dvou hodin po porodu, ještě během pobytu na porodním sálu. 9 (11 %) ženám byl novorozenec přiložen až na oddělení šestinedělí.

První přiložení novorozence k prsu do 30 minut po porodu je hlavním předpokladem efektivního kojení. Časná interakce novorozence a matky, příp. otce přináší uspokojení oběma stranám (27, 37).

Spokojenost s chováním a přístupem dětských sester na porodním sále je znázorněna v grafu 25. 39 (48 %) rodiček bylo velmi spokojeno, 42 (51 %) spokojenost a 1 (1 %) respondentka označila možnost nespokojena. Velmi nespokojena nebyla žádná rodička.

Graf 26 sděluje, zda by se respondentky, pokud by ještě v budoucnu rodily, rozhodly znovu pro jindřichohradeckou porodnici. 58 (71 %) rodiček odpovědělo určitě

ano, 20 (24 %) spíše ano. 1 (1 %) dotazovaná zvolila možnost spíše ne a 3 (4 %) rodičky nevěděly, zda by si vybraly opět tuto porodnici. Alternativa určitě ne nebyla označena ani jednou.

Zda by rodičky doporučily jindřichohradeckou porodnici svým blízkým či přátelům hodnotí graf 27. 60 (73 %) respondentek by tuto porodnici doporučilo určitě, 19 (23 %) spíše ano. 1 (1 %) žena označila variantu spíše ne a 2 (3 %) nevím. Možnost určitě ne neoznačila žádná z dotazovaných žen.

V grafu 28 respondentky hodnotily, co pro ně mělo v průběhu porodu největší význam. 46 (56 %) rodiček upřednostnilo citlivý přístup porodních asistentek před blízkou osobou u porodu. Doprovod u porodu označilo 28 (34 %) respondentek. Pro 6 (7 %) žen byl nejdůležitější volný pohyb během porodu a pro 2 (3 %) pak prostředí porodních sálů. Žádná respondentka nezvolila alternativu jiné.

Empatický přístup je jedním ze základních předpokladů pro vytvoření důvěrného vztahu mezi rodičkou a porodní asistentkou (27). „Studie sledující vliv podpory rodičky profesionálním zdravotnickým personálem ukazují výrazně pozitivnější efekt než má podpora partnerem (27, s. 62).“

Graf 29 podává informace o tom, co bylo pro rodičky nejpodstatnější při poskytování ošetrovatelské péče porodními asistentkami. Zvolit přitom mohly maximálně 3 možnosti a tyto pak označit dle důležitosti. Celkem bylo označeno 236 odpovědí. 58x byla zvolena odpověď PA mě povzbuzovala, 55x PA mi vysvětlovala a 48x PA byla trpělivá. Stejným počtem, 16x, byly označeny možnosti, PA mi naslouchala a PA zahrnuje do péče i přítomnou blízkou osobu. Varianta PA měla zájem o mé obavy, byla zvolena 12x, PA respektovala mé stesky 11x a PA byla neustále se mnou 9x. 8x rodičky označily odpověď, PA mě držela za ruku a 3x dotýkala se mě. Rodičky hodnotily jako nejdůležitější kritérium při poskytování ošetrovatelské péče, že **PA byla trpělivá**. Tato možnost byla označena 24x. Jako důležité, **PA mě povzbuzovala**, označilo 25 rodiček a stejné kritérium označilo 18 respondentek za méně důležité.

Literatura uvádí, že dobrá míra haptického kontaktu je důležitým aspektem, který má kladný vliv na tlumení bolesti (27), avšak dotazované respondentky dávaly

přednost jiným aspektům ošetrovatelské péče. Dle výsledků šetření byl právě tělesný kontakt pro rodičky nejméně důležitý.

Poslední graf 30, znázorňuje, zda měly respondentky nějaké připomínky k ošetrovatelské péči či k vybavení porodních sálů. 82 (100 %) rodiček odpovědělo ne. Ani jednou nebyla označena odpověď ano.

Domníváme se, že spokojenost rodiček může být do určité míry ovlivněna koncentrací rodiček a počtem porodů za kalendářní rok. V roce 2010 zaznamenala jindřichohradecká porodnice 722 porodů, v roce 2009 - 725 porodů a v roce 2008 - 821 porodů. Při této frekvenci je snazší zajistit rodičkám více soukromí a věnovat více času i pozornosti než ve zdravotnických zařízeních většího typu. Nehovoříme zde však o kvalitě ošetrovatelské péče, neboť ta by měla být poskytována na stejné úrovni.

Z diskuze vyplynulo, že výzkumným šetřením se splnily 3 vytýčené cíle a potvrdily 3 pracovní hypotézy.

Cíl 1: Zjistit, zda jsou rodičky spokojeny s ošetrovatelskou péčí na porodních sálech, byl splněn na základě výsledků grafů 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 19, 20, 25, 26, 27, 30. Hypotéza 1: Rodičky jsou spokojeny s ošetrovatelskou péčí na porodních sálech, byla potvrzena na základě výsledků grafů 4, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 19, 20, 25, 26, 27, 30.

Cíl 2: Zjistit, zda jsou rodičky spokojeny s vybavením porodních sálů, byl splněn na základě výsledků grafů č. 4, 5, 6, 10, 15, 16, 17, 18, 26, 27, 30. Hypotéza 2: Rodičky jsou spokojeny s vybavením porodních sálů, byla potvrzena na základě výsledků grafů 4, 10, 15, 16, 17, 18, 26, 27, 30.

Cíl 3: Zjistit, jaký prvek je pro rodičky v průběhu porodu nejdůležitější byl splněn na základě grafů 5, 7, 13, 21, 26, 28. Hypotéza 3: Rodičky v průběhu porodu upřednostňují empatický přístup porodních asistentek, byla potvrzena na základě grafů 5, 7, 13, 21, 26, 28.



## 6 Závěr

Téma spokojenost pacientů, obecně, s ošetrovatelskou péčí je v současné době velmi aktuální. Dnešní pacient není již pouze pasivním příjemcem ošetrovatelské péče, nýbrž rovnocenným partnerem, který má touhu a právo aktivně se zapojit do ošetrovatelského procesu a rozhodovat o sobě samém.

Tato práce byla zaměřena konkrétně na rodičí ženy a jejím cílem bylo zjistit spokojenost rodiček s ošetrovatelskou péčí v okresní nemocnici Jindřichův Hradec, a.s., spokojenost s vybavením porodních sálů a především zjistit, co je pro rodičky v průběhu porodu nejdůležitější. Všechny tři cíle práce byly splněny.

Z vyhodnocených dotazníků vyplývá, že rodičky jsou spokojeny jak s ošetrovatelskou péčí, tak s vybavením porodních sálů v Nemocnici Jindřichův Hradec. Jako nejdůležitější prvek rodičí ženy hodnotí empatický přístup porodních asistentek.

Prostřednictvím výzkumného šetření byly ověřovány následující hypotézy. H1: Rodičky jsou spokojeny s ošetrovatelskou péčí na porodních sálech, H2: Rodičky jsou spokojeny s vybavením porodních sálů, H3: Rodičky v průběhu porodu upřednostňují empatický přístup porodních asistentek. Na základě výsledků získaných při vyhodnocování dotazníků lze konstatovat, že se všechny tři hypotézy potvrdily.

Dle Bártlové patří spokojenost pacientů mezi důležité ukazatele kvality zdravotnických služeb. Sledování spokojenosti je v současnosti jedním ze základních předpokladů pro získání akreditace zdravotnických zařízení a jeho výsledky jsou využívány jako zdroj podnětů pro zlepšování kvality péče. Pravidelné zjišťování úrovně spokojenosti pacientů lze využít jako preventivní metodu, která brání vzniku vážných problémů a oprávněných stížností pacientů (1).

Domníváme se, že informace z této práce mohou být zajímavé a motivující pro všechny zdravotnické profese, ať lékařské či nelékařské, které se podílí na zdravotnické a ošetrovatelské péči v rámci uspokojování potřeb pacientů.

S výsledky výzkumného šetření bude seznámeno vedení gynekologicko-porodnického oddělení, na kterém bylo šetření provedeno.

Výstupem tohoto šetření je informační brožura porodnického oddělení Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. pro nastávající maminky (viz příloha 11) Tento informační materiál bude k dispozici ve spádových gynekologických ambulancích.

## 7 Seznam použitých zdrojů

- 1) BÁRTLOVÁ, S. HNILICOVÁ H. *Vybrané metody a techniky výzkumu: Zjišťování spokojenosti pacientů*. Brno: IDV PZ, 2000. 118 s. ISBN 80-7013-311-2
- 2) BÁRTLOVÁ, S. SADÍLEK, P. TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství. 2. přepracované a doplněné vydání* Brno: NCO NZO, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2
- 3) ČECH, E. HÁJEK, Z. MARŠÁL, K. a kol. *Porodnictví. 2. Přepracované a doplněné vydání* Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9
- 4) Český statistický úřad [online]. 5. 5. 2009 [cit. 2011-03-20]. Dostupné z: <[http://www.czso.cz/x/redakce.nsf/i/vek\\_matky\\_pri\\_narozeni\\_ditete\\_se\\_stale\\_zvysuje](http://www.czso.cz/x/redakce.nsf/i/vek_matky_pri_narozeni_ditete_se_stale_zvysuje)>
- 5) DEANSOVÁ, A. *Kniha knih o mateřství. 1. vydání* Praha: Fortuna Print, 2004. 392 s. ISBN 80-7321-117-3
- 6) ELIÁŠOVÁ, A. *Porodná asistencie I: Fyziologie*. Martin: Osveta s.r.o., 2008. 103 s. ISBN 978-80-8036-261-8
- 7) EXNER, L. RAITER, T. STEJSKALOVÁ, D. *Strategický marketing zdravotnických zařízení. 1. vydání* Praha: Professional Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-86419-73-8
- 8) FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Výzkum v ošetrovatelství*. Martin: Osveta s.r.o., 2006. 87 s. ISBN 80-8063-229-4
- 9) HÁJEK, Z. MĚCHUROVÁ, A. VELEBIL P. *Doporučené postupy v perinatologii. Zásady pro poskytování porodní péče v České republice* [online]. [cit. 2011-01-06]. Dostupné z:

[http://www.perinatologie.cz/dokumenty/doc/doporucene-postupy/Doporucene\\_postupy\\_v\\_perinatologii-12pdf](http://www.perinatologie.cz/dokumenty/doc/doporucene-postupy/Doporucene_postupy_v_perinatologii-12pdf)

- 10) KAMENÍKOVÁ, M. Vedení fyziologického porodu porodní asistentkou. *Moderní babictví*, 2005, č. 7, s. 4-10. ISSN 1214-5572
- 11) KOLEKTIV AUTORŮ, *Průvodce porodnicemi České republiky*. 2. aktualizované vydání Praha: Argo, 2004. 237 s. ISBN 80-7203-631-9
- 12) KOUDELKOVÁ, V. OTÁSKOVÁ, J. SÁK, P. a kol. *Standardy ošetrovatelské péče v porodní asistenci*. Nemocnice České Budějovice a.s., 2008. 238 s. ISBN 978-80-254-3774-2
- 13) KŘEMENOVÁ, E. Nejčastější stížnosti při poskytování zdravotní péče a jejich řešení. *Sestra*. Praha: 2006, roč. 16, č. 4, s. 15-16. ISSN 1210-0404.
- 14) LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing a.s., 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7
- 15) LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně: Pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vydání Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5
- 16) MALÝ, Z. GOGELA, J. *Co je alternativní porodnictví* [online]. 4.9.200 [cit. 2011-01-08]. Dostupné z: <[http://www.rodina.cz/clanek\\_896.htm](http://www.rodina.cz/clanek_896.htm)>
- 17) MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3
- 18) MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství*. 1. vydání Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 2002. 160 s. ISBN 80-246-0429-0

- 19) MAŠKOVÁ, J. *Spokojenost rodiček s ošetrovatelskou péčí na porodním sále*. České Budějovice, 2007. 90 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.
- 20) MIKULANDOVÁ, M. *Těhotenství, porod a šestinedělí*. Brno: Computer Press a.s., 2007. 136 s. ISBN 978-80-251-1470-4
- 21) PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3. vydání Praha: Galén, 2008. 685 s. ISBN 978-80-7262-594-9
- 22) PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 2. vydání Praha: Galén, 2005. 414 s. ISBN 80-7262-411-3
- 23) PAŘÍZEK, A. Porodnická analgezie. *Moderní babičtví*, 2004, č. 3, s. 20 – 29. ISSN 1214-5572
- 24) PAŘÍZEK, A. a kol. *Porodnická analgezie a anestezie*. Praha: Grada Publishing a.s., 2002. 535 s. ISBN 80-7169-969-1
- 25) PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vydání Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
- 26) RAITER, T. *Měření kvality zdravotní péče prostřednictvím spokojenosti pacientů*. [online]. [cit. 2011-01-14 ].  
Dostupné z: <[http://www.mzcr/KvalitaOdbornik/obsah/mereni-kvality-zdravotni-pecce-prostrednictvim-spokojenosti-pacintu\\_1849\\_15.html](http://www.mzcr/KvalitaOdbornik/obsah/mereni-kvality-zdravotni-pecce-prostrednictvim-spokojenosti-pacintu_1849_15.html)>
- 27) RASTISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier AREA s.r.o., 2008.105 s. ISBN 978-80-254-2186-4
- 28) ROZTOČIL, A. Indukce a provokace porodu. *Gynekolog: časopis ženských lékařů* [online]. 2007, č. 3 [cit. 2011-03-08].  
Dostupné z: <<http://www.gyne.cz/clanky/2007/307c12.htm> >

- 29) ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2
- 30) SIMKINOVÁ, P. *Partner u porodu*. Praha: Argo, 2000. 245 s. ISBN 80-7203-308-5
- 31) SÍBKOVÁ, Z. Fyziologický porod vedený asistentkou s pomocí bylin. *Moderní babictví*, 2005, č. 7, s. 11 – 13. ISSN 1214-5572
- 32) SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing a.s., 2011, 269 s. ISBN 978-80-247-3373-9
- 33) STEINEROVÁ, P. Dula u porodu. In: *Sborník konference Zdravé rodičovství na téma porod*. Brno: Centrum naděje a pomoci, 2005. s. 53 – 55.
- 34) TOMÁŠ, S. *Bezbolestný porod*. Martin: Osveta, 2000. 104 s. ISBN 80-8063-040-2
- 35) TÓTHOVÁ, V. a kol. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Praha: Triton, 2009. 157 s. ISBN 978-80-737-286-1
- 36) TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO, 2003 186 s. ISBN 80-7013-324-4
- 37) TROUPOVÁ, J. HANZL, M. a kol. *Standardy ošetrovatelské péče v neonatologii*. 1. vydání: Nemocnice České Budějovice, a.s., 2010. 232 s. ISBN 978-80-254-8982-6
- 38) VRÁNOVÁ, V. Porodní asistence v České republice. *Kontakt*, 2008, ročník 10, č. 1, s. 38-44. ISSN 1212-4117

- 39) Vyhláška MZČR o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení. Vyhláška č. 221/2010 Sb., 1 [online]. [cit. 2010-12-18 ]. Dostupné z: <<http://www.mzcr.cz/soubor/sbirka-zakonu-dokumenty-Sb075-10-pdf.aspx>>
- 40) ZWINGER, A. a kol. *Porodnictví*. Praha: Galén, 2004. 532 s. ISBN 80-7262-257-9

## **8 Klíčová slova**

Bolest

Ošetrovatelská péče

Porod

Porodní asistentka

Spokojenost



## **9 Přílohy**

### ***9.1 Seznam příloh***

- Příloha 1 Podmínky pro podání epidurální analgezie
- Příloha 2 Definice porodní asistentky
- Příloha 3 Informace pro maminky. Co s sebou do porodnice?
- Příloha 4 Ukázka porodního plánu porodních sálů v Jindřichově Hradci
- Příloha 5 Fotografie sterilního stolku a pomůcek k porodu
- Příloha 6 Fotografie porodních sálů Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.
- Příloha 7 Povinné vybavení porodního sálu dle vyhlášky č. 221/2010 Sb.
- Příloha 8 Nejčastější ošetrovatelské diagnózy na porodním sále
- Příloha 9 Dotazník spokojenosti pacientů v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s.
- Příloha 10 Dotazník
- Příloha 11 Informační brožura pro nastávající maminky

### **Příloha 1: Podmínky pro podání epidurální analgezie**

Před zavedením epidurální analgezie by měla být rodička o analgezii řádně informována a musí podepsat informovaný souhlas. Další podmínkou je vaginální nález u prvorodičky branka 3-4 cm, u vícerodičky 2-3 cm a vedoucí část plodu by měla být vstoupá ve vchodu pánevním, jinak se zvyšuje riziko vzniku abnormální rotace. Rovněž by měl být brán zřetel na časový odstup od dirupce vaku blan. Analgezie by se neměla provádět méně než 20 min před a 20 min po amniotomii.

Rodička by neměla zaujímat v I. ani ve II. době porodní polohu vleže na zádech, naopak jsou doporučovány různé alternativní polohy. Výjimkou je porod ve vodě, z důvodu rizika vstupu infekce do těla matky podél katétru. V rámci prevence rozvoje hypotenze je nutná dehydratace, zejména u rodiček s omezeným pitným režimem.

Převzato z:

PAŘÍZEK, A. a kol. *Porodnická analgezie a anestezie*. Praha: Grada Publishing a.s., 2002. 535 s. ISBN 80-7169-969-1

## **Příloha 2: Definice porodní asistentky**

„Porodní asistentka je osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky uznávaného v dané zemi, která úspěšně ukončila daný vzdělávací program pro porodní asistentky a získala tak požadovanou kvalifikaci a registraci pro výkon povolání porodní asistentky (37, s. 41)“.

Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník. Znamená to, že pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou zodpovědnost a poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku.

Dále definice popisuje, že tato práce zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci.

„Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotnickém poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit (37, s. 41)“.

Dle definice by tato práce měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě.

Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně prostředí domácího, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik nebo zdravotnických středisek.

„Tato definice byla přijata na zasedání Mezinárodního výboru porodních asistentek 19. července 2005, a nahrazuje Definici porodní asistentky přijatou v roce 1972 a doplněnou v roce 1990 (37, s. 41).“

Převzato z:

VRÁNOVÁ, V. Porodní asistence v České republice. *Kontakt*, 2008, ročník 10, č. 1, s. 38-44. ISSN 1212-4117

### **Příloha 3: Informace pro maminky. Co s sebou do porodnice?**

## **Milé maminky,**

do porodnice v J. Hradci si s sebou vezměte:

#### **DOKLADY:**

1. občanský průkaz
2. průkaz ZP
3. těhotenskou průkazku
4. oddací list – originál
5. u svobodných matek vyjádření o jménu dítěte vystavené matrikou  
( to v případě, že chcete, aby mělo dítě hned po porodu otcovo příjmení)

#### **VĚCI OSOBNÍ POTŘEBY:**

ručník 2x, mýdlo, toaletní papír  
vložky (asi 30 ks), vložky do podprsenky - bavlněné  
noční košili, event. župan  
kalhotky (síťované na jedno použití)  
pantofle (nejlépe omyvatelné)  
plenkové kalhotky pro vaše miminko (asi 30 ks)  
hygienické ubrousky na zadeček miminka  
kartáček na vlásy  
klobouček ke kojení (u plochých nebo vpáčených bradavek)  
žínku na otírání obličeje v I. době porodní

**Nabízíme Vám služby, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Patří mezi ně:**

1. **Doprovod u porodu 500 Kč** – otec dítěte nebo blízká osoba
2. **Nadstandard speciál 600Kč/1 den** – samostatný jednolůžkový pokoj s vlastním sociálním zařízením pro matku s dítětem s možností přistýlky pro člena rodiny **za 200Kč/den**. Člen rodiny má možnost si objednat stravu, která se účtuje zvlášť.
3. **Nadstandard 500 Kč /1 den** – samostatný jednolůžkový pokoj pro matku s dítětem
4. **Aromaterapie** – možnost zakoupit aromaterapeutickou sadu k porodu za 200 Kč, která obsahuje olej na masáž zad, citrónovou vodu na osvěžení obličeje a olej do koupele
5. **Hydromasážní trakt** – speciální vana se 3 vzájemně kombinovatelnými režimy masáže

Z hygienických důvodů nelze půjčovat odsávačky mléka. V případě potřeby je lze zakoupit v lékárně nebo ve zdravotnické prodejně „Zelená hvězda“.

Podrobnější informace o naší nové porodnici najdete na našich internetových stránkách [www.hospitaljh.cz](http://www.hospitaljh.cz), Telefon na porodní sál je **384 376 309**.

Na setkání s Vámi se těší personál gynekologicko porodnického oddělení.  
**staniční sestra Jitka Machová**  
**prim. MUDr. Pavel Dejmal**

Převzato z: Zdroj Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

**Příloha 4: Ukázka porodního plánu porodních sálů v Jindřichově Hradci**

**Porodní plán**

Jména rodičů : .....

Adresa : .....

Kontaktní telefon : .....

Zdrav.pojišťovna : ..... Termín porodu : .....

Těhotná jsem : ..... Rodit budu po : .....

Zdrav. diagnóza matky, užívané léky, diéta :

.....

.....

**U porodu bude přítomen :**

.....

**1. Preferuji porod :**

S porodní asistentkou      S lékařem      Ponechám na personálu

.....

**2. Lékařské zásahy před a během porodu :**

Chci konzultovat a zvážit      Ponechám na personálu

.....

**3. Způsob vyprázdnění :**

Klystýr      YAL      Bez vyprázdnění

.....

**4. Holení :**

ANO      NE      Jsem již oholena

.....

**5. Při porodu bych ráda využila :**

a. míč      c. vanu      e. epidurál. analgezií  
b. sprchu      d. hudbu      f. pomůcky, které jsem si sama donesla

.....

**6. Nástřih hráze :**

ANO NE Ponechám na personálu

---

**7. Miminko těsně po porodu :**

Položit na břicho Nepokládat

---

**8. Pupečník :**

Přestříhne otec Nechat dotepat Přestříhnout ihned

---

**9. Darování pupečnickové krve :**

Ano, podepsala jsem již souhlas NE

---

**10. Je něco, s čím potřebujete pomoci ?**

ANO .....

NE

---

**11. Přiložení dítěte do 30 min po porodu :**

ANO NE

---

**12. Odnést dítě po porodu na novorozenecké oddělení :**

ANO NE Pouze v případě nutnosti

---

**13 . Dokrmování umělým mlékem :**

ANO Ano pouze v případě nutnosti NE, chci plně kojit

---

Jiné : .....

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

Tento porodní plán je pouze orientační. Může se měnit dle průběhu porodu nebo Vašeho přání.

Pokud máte zájem o bližší informace, kontaktujte se na porodním sále  
tel : 384 376 309

Na setkání s Vámi se těší porodní asistentky.

**Příloha 5: Fotografie sterilního stolku a pomůcek k porodu**



Převzato z: Vlastní zdroj

**Příloha 6:** Fotografie porodních sálů Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.



*Pavilon B, vchod do budovy*



*Vchod na porodní sály*





*Vyšetřovna*



*Čekatelský pokoj*



*Porodní box č. 1*



*Porodní box č. 2*



*Porodní box č. 3 (pokoj pro matky s doprovodem u porodu)*



*Hydromasážní vana*

Převzato z:  
Vlastní zdroj

**Příloha 7: Povinné vybavení porodního sálu dle vyhlášky č. 221/2010 Sb.**

Povinné vybavení porodního sálu je stanoveno vyhláškou č. 221/2010 Sb. O požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení a o změně vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 51/1995 Sb., kterou se mění a doplňuje vyhláška MZČR č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení.

Plocha porodního sálu musí mít minimální rozlohu 18 m<sup>2</sup>.

Součástí porodního sálu musí být: porodní lůžko pro porodní místo nebo jiné vhodné zařízení pro vedení fyziologického porodu; operační svítidlo u porodního místa; kardiokotograf, alespoň jeden i pro snímání dvojčat; sonograf; stolky na nástroje; anesteziologický přístroj; zdroj medicínálního kyslíku a tlakový vzduch; monitor vitálních funkcí (EKG/RESP, NIBP, SpO<sub>2</sub>); lehátko; přebalovací stůl pro novorozence a novorozenecký box.

Povinné vybavení novorozeneckého boxu na porodním sále: vyhřívané resuscitační lůžko nebo lůžko; laryngoskop; instrumentarium pro kanylaci pupečnickové žíly; přístroj pro resuscitaci novorozence s definovanými hodnotami inspiračních tlaků nebo novorozenecký samorozpínací vak s maskou; pulzní oxymetr; odsávačka dýchacích cest; váha pro novorozence a měřidlo délky.

*Vybrané zásady pro poskytování porodní péče v ČR dle doporučených postupů v perinatologii stanovují:*

- 1) Pracoviště musí splňovat základní technické a hygienické podmínky podle příslušných předpisů.
- 2) Pracoviště musí být schopno zajišťovat péči v následujících situacích:
  - a) Dohled nad fyziologickým porodem ve všech aspektech této péče,
  - b) Screening stavů rizikových, patologických a jejich včasné odeslání na vyšší pracoviště,
  - c) Řešení akutních stavů v průběhu těhotenství, za porodu a v šestinedělí, jejichž povaha neumožňuje překlady a transfer na pracoviště vyššího typu.
- 3) Materiálně - technické vybavení musí umožnit včasnou diagnostiku urgentních stavů (sonograf, monitor, základní laboratoř).



- 4) Materiálně – technické vybavení musí v naléhavých případech umožnit vykonání akutního císařského řezu se zahájením operace do 15 min od vzniku indikace. Současně musí být zabezpečena možnost výkonu urgentní porodnické operace v případě ohrožení plodu či rodičky nebo operace gynekologická v poporodním období.
- 5) Technické zázemí musí disponovat nezbytným lůžkovým fondem.
- 6) Personální vybavení musí zabezpečovat kvalifikovanou asistenci při každém fyziologickém porodu (lékař, PA).

Převzato z:

Vyhláška MZČR o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení.

Vyhláška č. 221/2010 Sb., 1 [online]. [cit. 2010-12-18 ]. Dostupné z:

<http://www.mzcr.cz/soubor/sbirka-zakonu-dokumenty-Sb075-10-pdf.aspx>

## **Příloha 8:** *Nejčastější ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*

00004 **Riziko infekce** je standardizovaný název problému člověka, který je ve zvýšené míře ohrožen vstupem patogenních organizmů do těla. Doména 11 (Bezpečnost – ochrana).

00023 **Retence moči** je standardizovaný název problému člověka s nedostatečným vyprazdňováním močového měchýře. Doména 3 (Vylučování a výměna).

00027 **Deficit tělesných tekutin** je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s nedostatečným objemem tekutin intravaskulárních, intersticiálních nebo intracelulárních. Doména 2 (Výživa).

00030 **Porušená výměna plynů** je standardizovaný název pro ošetrovatelský problém člověka s nadměrným nebo nedostatečným okysličováním krve či s nedostatečným vylučováním oxidu uhličitého skrze alveokapilární membránu. Doména 3 (Vylučování a výměna).

00044 **Porušená tkáňová integrita** je standardizovaný název pro ošetrovatelský problém člověka, který má poškozenou sliznici, rohovku, kožní systém nebo podkožní vrstvu. Doména 11 (Bezpečnost – ochrana).

00050 **Porušená energie** je standardizovaný název pro ošetrovatelský problém člověka s rozkolem energie, který navozuje disharmonii těla a duševních schopností. Doména 4 (Aktivita – odpočinek).

00051 **Zhoršená verbální komunikace** je standardizovaný název pro ošetrovatelský problém člověka, který má sníženou, zpomalenou nebo chybějící schopnost přijímat, zpracovávat a používat systém verbálních symbolů. Doména 5 (Vnímání – poznávání).

00069 **Neefektivní zvládnání zátěže** je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který není schopen správně odhadnout stresory a vhodně na ně reagovat. Doména 9 (Zvládnání zátěže – odolnost vůči stresu).

00093 **Únava** je standardizovaný název pro ošetrovatelský problém člověka s nepřekonatelným a stálým pocitem vyčerpání a se sníženou schopností vykonávat tělesnou i duševní práci. Doména 4 (Aktivita – odpočinek).

00096 **Spánková deprivace** je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který delší období přetrvává ve stavu bdělosti bez přirozeného spánku. Doména 4 (Aktivita – odpočinek).

00132 **Akutní bolest** je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s nepříjemnou bolestí, která má intenzitu od střední k silné, má náhlý nebo pozvolný nástup a má předpoklad vymizení do 6 měsíců. Doména 12 (Komfort).

00134 **Nauzea** je standardizovaný název pro ošetrovatelský problém člověka, u kterého je přítomen soubor subjektivně nepříjemných pocitů v hrdle, epigastriu nebo břichu, které mohou vést k naléhavé potřebě zvracet. Doména 12 (Komfort).

00148 **Strach** je reakcí člověka na hrozbu, kterou vnímá a chápe jako nebezpečí. Doména 9 (Zvládání zátěže – odolnost vůči stresu).

00152 **Riziko bezmocnosti** je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který je ohrožen vznikem pocitu nedostatečné kontroly nad situací nebo pocitu nedostatečné schopnosti ovlivnit výsledky situace. Doména 6 (Vnímání sebe sama).

Převzato z:

MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3

## Příloha 9: Dotazník spokojenosti pacientů v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s.

34	Nemocnice
001	Jindřichův Hradec, a.s.
951	U Nemocnice 360/III, 377 98 Tel. 334 373 111 odb. 6H3 POPODNICE

### ANONYMNÍ DOTAZNÍK Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

Vážený kliente,

prosím Vás o laskavé vyplnění předloženého dotazníku, a tím o pomoc při zlepšování kvality péče. Rádi bychom proti Vašemu trápení a bolestem, způsobených nemocí, postavili alespoň pocit pohody a bezpečí při pobytu v naší nemocnici. K tomu nám pomůže i Vámi vyplněný dotazník.

Na číselné ose jsou body **od 0 do 5** (odpovídající známkám jako ve škole):

- 0** znamená, že jste se s danou otázkou nesetkal(a), nebo na ni nemáte názor
  - 1** znamená, že jste velmi spokojen(a)
  - 5** znamená, že jste nespokojen(a)
- Nejvhodnější odpověď zaškrtněte.

Vyplněný dotazník, prosím, vhodte do schránky umístěné u vchodu odd. označené „DOTAZNÍK“.

Předem Vám co nejsrdečněji děkujeme.

Ing. Jan Mičák, MBA, v.r.  
předseda představenstva

Pohlaví: muž  žena

Věk: 15 - 20  21 - 40  41 - 60  61 a více

Název oddělení, kde jste byl(a) hospitalizován(a)? \_\_\_\_\_

1. Informoval Vás lékař dostatečně o Vaší nemoci a léčbě?  
velmi spokojen(a) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen(a)
2. Jak jste byl(a) spokojen(a) s informacemi získanými od lékaře o tom, jak se chovat po propuštění z nemocnice  
velmi spokojen(a) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen(a)
3. Měl(a) jste dostatek času pohovořit si s lékařem podrobněji o svém onemocnění?  
velmi spokojen(a) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen(a)
4. Jaký jste získal(a) pocit jistoty a důvěry při pobytu v naší nemocnici?  
velmi spokojen(a) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen(a)
5. Bylo jednání a vystupování sester vlídné a ochotné?  
velmi spokojen(a) 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 nespokojen(a)

2065.2



6. Byl(a) jste od sestry informován(a) o denním režimu oddělení?  
*velmi spokojen(a)*      0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5      *nespokojen(a)*
7. Byl na oddělení dodržován noční klid:(mimo akutní příjmy), tzn. od 22:00 do 6:30 hodin?  
*velmi spokojen(a)*      0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5      *nespokojen(a)*
8. Jak hodnotíte stravu v naší nemocnici?  
*velmi spokojen(a)*      0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5      *nespokojen(a)*
9. Pociťoval(a) jste zájem a porozumění sester k Vaším obtížím a problémům?  
*velmi spokojen(a)*      0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5      *nespokojen(a)*
10. Bylo jednání a vystupování lékařů vlídné a ochotné?  
*velmi spokojen(a)*      0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5      *nespokojen(a)*
11. Jak hodnotíte z Vašeho pohledu celkovou péči, která Vám byla poskytnuta v naší nemocnici?  
*velmi spokojen(a)*      0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5      *nespokojen(a)*

**Chcete nám něco sdělit?**

---

---

---

---

## **Příloha 10: Dotazník**

Milá maminko,

nejprve mi dovoluji, abych Vám pogratalovala k narození Vašeho miminka. Obracím se na Vás zároveň s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je zaměřený na Vaši spokojenost s ošetrovatelskou péčí na porodním sále. Vaše odpovědi a připomínky jsou pro nás velmi důležité a budou podnětem pro zkvalitnění ošetrovatelské péče v průběhu porodu.

Dotazník je **anonymní**, všechny Vámi poskytnuté údaje budou využity pouze ke zpracování mé bakalářské práce.

U jednotlivých otázek, prosím, vždy označte variantu, která nejvíce vystihuje Vaši odpověď, nebo tuto odpověď doplňte.

**Předem děkuji za Vaši ochotu a čas, strávený při vyplňování dotazníku.**

Anna Peroutková, DiS.

Studentka ZSF JCU ,  
obor porodní asistentka.

### **1. Jste žena ve věku:**

- a) 16-20 let
- b) 21-30 let
- c) 31-40 let
- d) 41 let a více

### **2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) Základní, i neukončené
- b) Střední odborné (vyučena)
- c) Středoškolské
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

**3. Po kolikáté jste rodila?**

- a) Poprvé
- b) Podruhé
- c) Potřetí
- d) Počtvrté a více

**4. Tuto porodnici jste si vybrala na základě: (Můžete označit více odpovědí)**

- a) Předchozí zkušenosti
- b) Časové dostupnosti
- c) Doporučení kamarádek a známých
- d) Hodnocení na internetu
- e) Prostředí a vybavení porodního sálu
- f) Jiné (doplňte):.....

**5. Využila jste v období před porodem možnosti prohlídky porodních sálů?**

**Pokud ne, přejděte na otázku č. 7.**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Chtěla jsem, ale nebyla mi umožněna

**6. Jak jste byla spokojena s chováním a přístupem porodních asistentek během této prohlídky?**

- a) Velmi spokojena
- b) Spokojena
- c) Nespokojena
- d) Velmi nespokojena

**7. Jak jste byla spokojena s chováním (přístupem) porodních asistentek během příjmu?**

- a) Velmi spokojena
- b) Spokojena
- c) Nespokojena
- d) Velmi nespokojena

**8. Měla jste předem připravený porodní plán? Pokud odpovíte ne, přejděte na otázku č. 10.**

- a) Ano
- b) Ne

**9. Postupoval personál porodního sálu podle Vašeho porodního plánu?**

- a) Ano, zcela
- b) Ano, částečně
- c) Ne, z důvodu komplikací
- d) Ne, personál můj porodní plán nerespektoval

**10. Informace poskytnuté porodními asistentkami v průběhu porodu pro Vás byly: (Můžete označit více odpovědí)**

- a) Velmi podstatné
- b) Dostačující
- c) Srozumitelné
- d) Nepodstatné
- e) Nedostačující
- f) Nesrozumitelné
- g) Nedostala jsem žádné informace

**11. Jak jste byla spokojena s tím, jak Vám porodní asistentky vysvětlily důvody různých výkonů a vyšetření, které Vám prováděly? (Např. injekce, infúze, odběry, holení, klyzma aj.).**

- a) Velmi spokojena
- b) Spokojena
- c) Nespokojena
- d) Velmi nespokojena
- e) Nevysvětlily mi nic

**12. Přístup porodních asistentek, které o Vás na porodním sále pečovaly, byste hodnotila jako: (Označte pouze 1 odpověď)**

- a) Empatický – soucítící, vnímavý
- b) Necitlivý
- c) Příjemný
- d) Nepříjemný
- e) Povzbuzující
- f) Odtažitý
- g) Direktivní – příkazující
- h) Ponižující
- i) Jiný (doplňte):.....

**13. Čas, který Vám porodní asistentky věnovaly, byl pro Vás:**

- a) Porodní asistentky se mi věnovaly zbytečně moc
- b) Velmi dostatečný
- c) Dostatečný
- d) Nedostatečný
- e) Velmi nedostatečný

**14. Bylo Vám na porodním sále zajištěno dostatek soukromí?**

- a) Ano
- b) Ne

**15. Byla jste spokojena s možnostmi a pomůckami nefarmakologického tlumení bolestí, tzn. metody bez použití léků? (např. volný pohyb, sprcha, hydromasážní vana, aromaterapie, aj.).**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nemožu posoudit, neměla jsem o jejich využití zájem

**16. Postrádala jste nějaké pomůcky či možnosti nefarmakologického tlumení bolestí?**

- a) Ano, prosím vypište:.....  
.....
- b) Ne

**17. Jak jste byla spokojena s prostředím porodního sálu?**

- a) Velmi spokojena
- b) Spokojena
- c) Nespokojena
- d) Velmi nespokojena

**18. Jak jste byla celkově spokojena s poskytovanou péčí ze strany porodních asistentek?**

- a) Velmi spokojena
- b) Spokojena
- c) Nespokojena
- d) Velmi nespokojena

**19. Jak jste byla celkově spokojena s chováním (přístupem) porodních asistentek k Vaší osobě?**

- a) Velmi spokojena
- b) Spokojena
- c) Nespokojena
- d) Velmi nespokojena

**20. Způsob komunikace porodních asistentek s Vámi, příp. s Vaším doprovodem byl: (Označte pouze 1 odpověď)**

- a) Povzbuzující
- b) Direktivní – příkazující
- c) Empatický – soucítící, vnímavý
- d) Odtahitý
- e) Pomáhající
- f) Nadřazený
- g) Minimální
- h) Jiný (doplňte):.....

**21. Zůstalo s Vámi miminko po porodu po celou dobu na porodním sále?**

- a) Ano
- b) Ne (doplňte z jakého důvodu):.....  
.....

**22. Kdy Vám bylo miminko poprvé přiloženo k prsu?**

- a) Ihned po porodu
- b) Do 30 minut po porodu
- c) Do 2 hodin po porodu (během pobytu na porodním sále)
- d) Bylo přiloženo až na oddělení šestinedělí

**23. Jak jste byla spokojena s chováním (přístupem) dětských sester na porodním sále?**

- a) Velmi spokojena
- b) Spokojena
- c) Nespokojena
- d) Velmi nespokojena

**24. Pokud budete ještě někdy v budoucnu rodit, rozhodnete se opět pro tuto porodnici?**

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Určitě ne
- e) Nevím

**25. Doporučila byste tuto porodnici svým blízkým či přátelům?**

- a) Určitě ano
- b) Spíše ano
- c) Určitě ne
- d) Spíše ne
- e) Nevím

**26. Co pro Vás mělo v průběhu porodu největší význam? Označte pouze 1 odpověď.**

- a) Citlivý přístup porodních asistentek
- b) Blízká osoba u porodu
- c) Prostředí porodního sálu
- d) Volný pohyb během porodu
- e) Jiné (napíšte):.....  
.....



**27. Co pro Vás bylo nejpodstatnější při poskytování ošetrovatelské péče porodními asistentkami? Zvolte prosím nejvíce 3 možnosti a označte je dle důležitosti číslem 1 – 3 (č. 1 je nejdůležitější, č. 2 důležité a č. 3 méně důležité). Porodní asistentka:**

- Byla neustále se mnou
- Byla trpělivá
- Naslouchala mi
- Vysvětlovala mi
- Respektovala mé stesky
- Povzbuzovala mě
- Držela mě za ruku
- Dotýkala se mě
- Měla zájem o mé obavy
- Zahrnula do péče i přítomnou blízkou osobu

**28. Máte nějaké další připomínky k ošetrovatelské péči nebo k vybavení porodního sálu, o kterých jsme se v dotazníku nezmínily, a chtěla byste nám je sdělit?**

- a) Ano
- b) Ne

**29. Pokud jste v předchozí otázce odpověděla ano, prosím vypište:**

.....

.....

.....

.....

**Příloha 11:** *Informační brožura pro nastávající maminky*

**PŘEDSTAVUJEME VÁM NAŠE PORODNICKÉ ODDĚLENÍ...**

**NEMOCNICE JINDŘICHŮV HRADEC, A.S.**



**PRAKTICKÉ INFORMACE PRO NASTÁVAJÍCÍ MAMINKY**

### ***Kde nás najdete?***

*Porodnické oddělení se nachází v pavilonu B, který byl v roce 2007 nově zrekonstruován. Porodní sály najdete ve 2. patře, oddělení šestinedělí ve 3. patře této budovy.*

### ***Kdy nás začít navštěvovat?***

*V období cca 14 dní před termínem porodu, nejpozději však v termínu porodu byste měla být předána z péče Vašeho gynekologa do péče naší porodnické ambulance. Pokud jste v minulosti rodila císařským řezem, je výhodné začít s návštěvami u nás již 3 týdny před termínem porodu.*

*Na první kontrolu není třeba se objednávat. Na další kontroly jsou maminky individuálně zvány dle nálezu na porodních cestách a výsledků vyšetření.*

*Ambulance porodního sálu je v provozu každý všední den od 7.00 do 14.00 hodin.*

### ***Předporodní kurzy***

*Maminky mají možnost navštěvovat kurzy předporodní přípravy, které zajišťuje naše porodní asistentka Lucie Hantová, DiS. Celý kurz tvoří 7 lekcí nebo může proběhnout formou jednorázové přednášky. Dozvíte se zde informace o těhotenství, porodu, kojení a šestinedělí. Bližší informace získáte na tel. č. 725 727 123 (PO-PÁ 10-19 hod.) nebo na [www.studiotehulka.cz](http://www.studiotehulka.cz).*

### ***Oddělení porodních sálů***

*Na oddělení porodních sálů se nachází 1 dvoulůžkový čekatelský pokoj, tzv. odpočívárna a 3 samostatně oddělené porodní boxy. Pokud se maminka rozhodne pro porod s blízkou osobou, je jim k dispozici box s televizorem a dvoulůžkem, na kterém lze i porodit.*





*V období před porodem je možná po předchozí domluvě prohlídka porodních sálů, včetně oddělení šestinedělí.*

### ***Doprovod při porodu***

*Ženu může k porodu doprovázet max. 1 osoba. Osoba může být přítomna po celou dobu porodu za poplatek 500,- Kč. Doprovod není možný při porodu císařským řezem.*

### ***Porodní plán***

*Naše porodnice pracuje s porodním plánem. Porodní plán je písemně zpracovaná představa a přání rodičky o průběhu porodu. V období před porodem si můžete sestavit svůj porodní plán sama nebo můžete požádat naše porodní asistentky o tiskopis „Porodní plán“. Pokud budou Vaše požadavky reálné a nevyskytnou se neočekávané komplikace, budeme se snažit vyjít Vám maximálně vstříc.*

### ***První doba porodní***

*V průběhu I. doby porodní preferujeme alternativní přístup. Maminky mohou využívat různé relaxační pomůcky a techniky (např. gymnastické míče, masážní pomůcky, žíněčky, teplou lázeň, poslech hudby, aromaterapii). Předností porodních sálů je možnost hydroanalgezie.*



*Relaxační koupel v hydromasážní vaně má výrazný vliv na zmírnění porodních bolestí, zkrácení celého porodu a snížení podávání léků proti bolesti.*

*V indikovaných případech podáváme epidurální analgezi.*

### ***Druhá doba porodní***

*Vlastní porod probíhá na polohovatelném porodním lůžku v poloze klasické, vleže, pololeže či polosedě bez připevněných dolních končetin.*

### ***Péče o novorozence***

*Bezprostředně po porodu je miminko na přání maminky, nejsou-li komplikace, pokládáno na její břicho. Přerušování pupečníku může dle přání provést otec dítěte. Novorozenec je ošetřen a označen ve vyhřevném lůžku v přítomnosti obou rodičů. Miminko je do 30 minut přiloženo k prsu matky. Maminka s dítětem a doprovodem zůstává na porodním sále ještě cca 2 hodiny po porodu. Rodiče mohou mít u porodu fotoaparát i videokameru.*

### ***Porodnické oddělení***

*Porodnické oddělení disponuje dvou-, tří- a čtyřlůžkovými standardními pokoji a třemi pokoji nadstandardními, z nichž 1 je nadstandard „speciál“. Součástí pokojů je sociální zařízení a přebalovací místnost zařízená pro koupání miminek. Všechny pokoje jsou rooming-in.*



*Návštěvy jsou povoleny denně od 10.00 do 18.00 hod ve vyhrazených prostorách. Návštěvy na pokojích jsou možné pouze na nadstandardních pokojích. U vlastních dětí maminek po porodu není věkové omezení, ostatní návštěvy dětí jsou povoleny od 10 let věku.*

*Nejsou-li komplikace, maminky po spontánním porodu propouštíme 4. den po porodu. Po nekomplikovaném císařském řezu propouštíme 5. pooperační den.*

***Dále nabízíme....***

- Možnost zakoupení aromaterapeutické sady k porodu (cena 200,- Kč).
- Odběr pupečnickové krve pro uchování kmenových buněk ve spolupráci s firmou CORD BLOOD CENTER. Veškeré informace Vám budou poskytnuty na bezplatné lince 800 900 138 (PO-PÁ 8-18 hod). Odběr není hrazen ze zdravotního pojištění.
- Laktační poradenství certifikovanou laktační poradkyní Lucií Hantovou, DiS. (kontakt viz předporodní kurzy).
- Zapůjčení odsávaček mateřského mléka po dobu hospitalizace zdarma.

***Prostřednictvím dětského oddělení:***

- Zapůjčení novorozenecké pojízdné postýlky (cena 500,- Kč/měsíc).
- Zapůjčení dechového monitoru Baby Sense II (cena 900,- Kč/6 měsíců).
- „Píchnutí oušek“ (cena 250,- Kč).



*Podrobnější informace o naší porodnici naleznete na internetových stránkách nemocnice [www.hospitaljh.cz](http://www.hospitaljh.cz). V případě jakýchkoliv dotazů nás neváhejte kontaktovat na tel. č. 384 376 309.*

***Na setkání s Vámi se těší personál porodnického oddělení.***

