

Kvalita péče o ženu a dítě bezprostředně po porodu

Soňa Šefčíková

Bakalářská práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav porodní asistence

akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Soňa ŠEFČÍKOVÁ**

Studijní program: **B 5349 Porodní asistence**

Studijní obor: **Porodní asistentka**

Téma práce: **Kvalita péče o matku a dítě bezprostředně po porodu**

Zásady pro vypracování:

Přípravná část bakalářské práce: stanovení cílů a hypotéz.

Teoretická část práce: sběr dat, a vytvoření souboru informací o poporodní péči o ženu a dítě bezprostředně po porodu z dostupné možné literatury.

Praktická část práce: vytvoření podkladů pro výzkumné šetření, se zaměřením na spokojenost s kvalitou péče o matku a dítě bezprostředně po porodu.

Praktická aplikace výsledků: zpracování a vyhodnocení získaných údajů, vytvoření ideálního standardu ošetrovatelských postupů.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ČECH, Evžen a kol. Porodnictví. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006, 544 s. ISBN 80-247-1303-9.

ZÁČEKOVÁ, Mária, SIMOČKOVÁ, Viera a kol. Štandardy v pôrodnej asistencii. 1.vyd. Martin: Osveta, 2006, 120 s. ISBN 80-8063-221-9.

GLADKIJ, Ivan a kol. Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování. 1.vyd. Brno, 1999, 183 s. ISBN 80-7013-272-8.

NOVOTNÁ, Helena a kol. Standardy péče o ženu na gyn.-por. odd. KNTB a.s. Zlín, 1998.

KUČÍKOVÁ, Naděžda a kol. Standardy péče o novorozence na novorozeneckém odd. KNTB a.s. Zlín, 2008.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jana Křemenová

Ústav porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce:

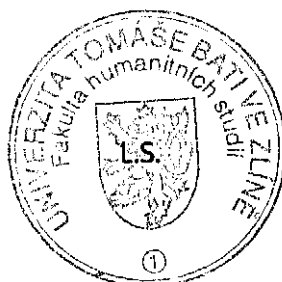
15. ledna 2010

Termín odevzdání bakalářské práce:

4. června 2010

Ve Zlíně dne 15. ledna 2010

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Helena Fremlová
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 14.2.2010

.....
Győrfi János

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Teoretická část závěrečné bakalářské práce je zaměřena na kvalitu péče o matku a dítě bezprostředně po porodu. V souvislosti s porodem se zaměřuje na potřeby člověka a na bonding – možnost matky mít dítě po porodu dlouhou dobu u sebe, bez rutinního odnášení novorozence na standardní výkony (měření, vážení, koupání). Také se zabývá standardy ošetrovatelské péče, péčí o fyziologicky rodící ženu a fyziologického novorozence. V praktické části bakalářské práce je cílem zjištění spokojenosti s kvalitou zdravotní péče o matku i novorozence ve zlínské porodnici, zjištění nedostatků v ošetrovatelské péči o rodičku během porodu i bezprostředně po porodu a analýza výsledků.

Klíčová slova: kvalita, spokojenost, porod, poporodní péče, bonding, novorozenec, ošetrovatelské standardy, potřeby.

ABSTRACT

The theoretical part of the final thesis focuses on the quality of care for mother and baby immediately after birth. In connection with the delivery addresses the needs of humans and the bonding - the possibility of mothers having a child after birth for a long time together, without being carried away routine newborn to standard procedures (measuring, weighing, bathing). It also deals with the standards of nursing care, care for his wife and infant physiological saline newborn. The practical part of this work is to determine satisfaction with the quality of health care for both mother and newborn in a maternity hospital in Zlín, deficiencies in nursing care of mother during childbirth and immediately after birth and analysis of results.

Keywords: quality, satisfaction, childbirth, postpartum care, bonding, newborn, nursing standards, needs.

Poděkování

Tímto chci poděkovat paní Mgr. Janě Křemenové za cenné rady a připomínky při odborném vedení mé bakalářské práce. Dále mě poděkování patří Mgr. Michaele Mrowetz, za poskytnutý rozhovor na téma bonding. Také děkuji všem, kteří se jakýmkoliv způsobem podíleli na vzniku této práce.

Motto: „*Jen tak dál, jen tak na dálku a pak bez času býti déle ve tvé blízkosti.*“

Édouard Victor Antoine Lalo

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně a veškerou použitou literaturu jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Šefčíková Soňa

Ve Zlíně dne 15. 5. 2010

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD | 11 |
| I TEORETICKÁ ČÁST | 12 |
| 1 KVALITA | 13 |
| 1.1 KVALITA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE..... | 13 |
| 1.1.1 Systém zajišťování kvality ošetrovatelské péče | 14 |
| 1.1.2 Metodika vytváření systému zajištění kvality | 14 |
| 1.1.3 Přínos zajišťování kvality a jeho podmínky | 15 |
| 1.2 OŠETŘOVATELSKÉ STANDARDY..... | 15 |
| 1.2.1 Význam ošetrovatelských standardů | 16 |
| 1.2.2 Typy standardů | 16 |
| 1.3 OŠETŘOVATELSKÝ AUDIT | 17 |
| 1.3.1 Metody ošetrovatelského auditu..... | 17 |
| 2 POTŘEBY | 18 |
| 2.1 DEFINICE POTŘEBY | 18 |
| 2.1.1 Význam pojmu potřeba | 18 |
| 2.1.2 Vztah motivace a potřeb..... | 18 |
| 2.1.3 Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa..... | 19 |
| 2.1.4 Hodnocení Maslowovy hierarchie..... | 20 |
| 2.2 POTŘEBY ŽENY BĚHEM PORODU A PO PORODU | 20 |
| 3 POROD (PARTUS) | 23 |
| 3.1 MECHANISMUS PORODU | 23 |
| 3.1.1 Poporodní období | 23 |
| 3.1.2 Klinická péče v raném šestinedělí..... | 23 |
| 3.1.3 Kvalita péče u porodu a v poporodním období..... | 24 |
| 3.2 BONDING..... | 24 |
| 3.2.1 Výhody bondingu | 25 |
| 3.2.2 Důsledky nedostatečného bondingu | 26 |
| 3.2.3 Historie bondingu..... | 27 |
| 3.2.4 Jak má probíhat správný bonding..... | 28 |
| 4 NOVOROZENEK | 31 |
| 4.1 FYZIOLOGICKÝ NOVOROZENEK..... | 31 |
| 4.1.1 Poporodní adaptace | 31 |
| 4.2 ZÁSADY PRVNÍHO OŠETŘENÍ NOVOROZENCE NA PORODNÍM SÁLE..... | 32 |
| 4.2.1 První koupel novorozence | 33 |
| 4.2.2 Systém práce na oddělení rooming-in | 34 |
| 4.3 ZAJIŠTĚNÍ KOMFORTU PRO NOVOROZENCE | 35 |
| 4.4 POTŘEBY NOVOROZENCE..... | 36 |
| 4.4.1 Tišení hluku..... | 36 |
| 4.4.2 Světlo..... | 36 |
| 4.4.3 Šetrná manipulace | 36 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 4.4.4 | Tišení bolesti | 36 |
| 4.5 | JAK TO TAKÉ JDE V PÉČI O NOVOROZENCE | 37 |
| 4.5.1 | Klokánkování (kangarooing)..... | 37 |
| 4.5.2 | Masáže miminek | 37 |
| 4.5.3 | Nošení dětí v šátku | 38 |
| II | PRAKTICKÁ ČÁST | 39 |
| 5 | METODOLOGIE VÝZKUMU..... | 40 |
| 5.1 | CÍLE A HYPOTÉZY | 40 |
| 5.2 | DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ..... | 41 |
| 5.2.1 | Dotazník určený pro ženy bezprostředně po porodu | 41 |
| 5.2.2 | Výsledky výzkumu | 42 |
| 6 | VYHODNOCENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ..... | 68 |
| | ZÁVĚR | 73 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY..... | 75 |
| | SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK | 78 |
| | SEZNAM TABULEK..... | 79 |
| | SEZNAM GRAFŮ | 80 |
| | SEZNAM PŘÍLOH..... | 81 |

ÚVOD

Téma „Kvalita péče o matku a dítě bezprostředně po porodu“ jsem si zvolila, protože je to v dnešní době diskutované téma, a jako budoucí porodní asistentku mě uvedené téma velmi zajímá. V průběhu mé odborné praxe při studiích jsem si vždy přála, aby každá žena považovala porod svého dítěte za jednu z nejdůležitějších životních událostí. Žena má potřebu pečovat o své dítě, a to podle svých představ. Představy ženy ale závisí na informovanosti každé z nich. V rámci teoretické části bakalářské práce se věnuji rozsahu poskytování péče o ženu a dítě bezprostředně po porodu dle platných standardů ošetrovatelské péče.

Do kvality péče po porodu je zahrnuta i péče o fyziologického novorozence, ke které má porodní asistentka také kompetence. Tématem práce je také možnost matky mít dítě po porodu u sebe v bezprostřední blízkosti, v nepřetržitém kontaktu tzv. bonding. Z pohledu porodní asistentky se domnívám, že v dnešní praxi se zbytečně provádějí rutinní zákroky, jako je klyzma, holení před porodem, a u dítěte vážení a měření ihned po porodu, a taktéž koupel po porodu. Také myslím, že by nemělo být narušeno mateřské pouto mezi matkou a dítětem.

V praktické části bakalářské práce řeším úroveň spokojenosti s kvalitou péče o matku a dítě bezprostředně po porodu pomocí dotazníkového šetření.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 KVALITA

Pojem kvalita (jakost) je definována jako: „Celkový souhrn znaků entity, které ovlivňují schopnost uspokojovat stanovené a předpokládané potřeby“. (Madar, 2004, s. 33). Požadavky klienta na službu jsou hlavní hodnotitelé kvality.

1.1 Kvalita ošetrovatelské péče

Definice kvality péče dle WHO z roku 1966 popisuje kvalitu péče jako: „Souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určený potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe“. (Madar, 2004, s. 33). Definice kvality péče dle WHO z roku 1982: „Stupeň dokonalosti poskytované péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje“. (Gladkij, 2003, s. 292).

Gladkij definuje systém kvality ve zdravotnictví jako: „Souhrn struktury organizace, jednotlivých odpovědností, procedur, procesů a zdrojů, které jsou potřebné k soustavnému zlepšování kvality poskytovaných zdravotnických služeb, jejichž konečným cílem je zlepšování zdravotního stavu, zvyšování kvality života a spokojenosti obyvatel, o něž pečují“. (2003, s. 289).

Jak uvádí Gladkij, kvalita zdravotní péče patří mezi nejpřednější tradiční hodnoty zdravotní péče. V důsledku netušeného rozvoje nových medicínských technologií a v důsledku univerzálnosti zdravotní péče nabývá tato hodnota nové rysy a rozměry. S růstem nových atributů narůstají ovšem i finanční náklady zdravotní péče. V dnešní době přispívá ke kvalitě zdravotní péče zpracovávání ošetrovatelských standardů. (1999).

Podle Dejmkové je kvalitní ošetrovatelská péče charakterizována těmito znaky:

- Existuje jasná koncepce ošetrovatelství v dané zemi
- Péče je poskytována prostřednictvím ošetrovatelského procesu
- Péče je zaměřená na potřeby klienta
- Práce ošetrovatelského personálu je týmová
- Ošetrovatelský personál je odborně připravený a motivovaný
- Ošetrovatelský tým má stanovené reálné cíle
- Ošetrovatelský personál dodržuje Etický kodex

- Klienti jsou aktivně zapojeni do ošetrovatelské péče
- Existuje mezioborová spolupráce

1.1.1 Systém zajišťování kvality ošetrovatelské péče

„Zajišťování kvality znamená proces monitorování a intervencí pro zabezpečení co možná nejlepší dosažitelné úrovně poskytované péče“. (Gladkij, 1999, s. 33). Jak uvádí Dejmková, kvalitní péče lze dosáhnout pouze za předpokladu, že bude vytvořen určitý systém, jehož bezprostředním a dlouhodobým cílem bude neustálé zlepšování poskytované péče, pomocí lepší organizace práce sester, vybavenosti pracovišť a vzdělávání personálu. Tento systém zahrnuje tři nejvýznamnější kroky:

1. Monitorovat skutečnou praxi a popř. průběžně odstraňovat problémy tak, aby praxe byla v souladu s dohodnutou normou
2. Stanovit konkrétní kroky v systému zajištění kvality péče – patří sem metody hodnocení kvality péče (ošetrovatelský audit)
3. Vytvářet specifické ošetrovatelské standardy, tj. určit, co je cílem kvalitní péče, jak má být dosaženo cílů a jak se může změřit, že ho skutečně bylo dosaženo. (1998).

1.1.2 Metodika vytváření systému zajištění kvality

Při vytváření systému zajištění kvality péče by měla postupovat vedoucí sestra zdravotnického zařízení následovně:

1. Identifikace klíčových oblastí – zaměření se na ty oblasti ošetrovatelské péče, které jsou na nejnižší úrovni, a které je potřeba zlepšit.
2. Písemné stanovení úrovně kvality konkrétní ošetrovatelské činnosti – vytvoření standardů ošetrovatelské péče.
3. Určení kritérií pro hodnocení a měření kvality ošetrovatelské péče – kritéria by měla být stanovena tak, aby jasně vyjádřila požadovanou úroveň péče.
4. Porovnání současné praxe s dohodnutými kritérii kvality – důležité určit, kdy, kým a jak se bude praxe hodnotit.
5. Hledání příčiny rozporů mezi praxí a standardy

6. Zajištění nápravy – někdy standardy neodpovídají danému prostředí, nebo charakteru práce.
7. Zhodnocení předchozích fází – v pravidelných intervalech (jednou ročně), musí být způsoby měření kvality zdravotní péče (audity) a používané standardy celkově zhodnoceny, aby se zjistila účinnost péče.

1.1.3 Přínos zajišťování kvality a jeho podmínky

Zajišťování kvality slibuje:

- poskytování nejlepší péče nejlepším možným využitím, které je dostupné, prostřednictvím současných vědeckých poznatků
- zmenšení příležitostí pro poskytování nevhodné či nedbalé léčby a péče
- zvýšení významu výchovy a dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků i lékařů
- větší informovanost a odpovědnost občanů a pacientů v péči o zdraví
- větší odpovědnost vztahů mezi těmi, kteří péči poskytují a těmi, kteří ji financují
- příležitost k poskytování odpovídajících hodnot za vynaložené peníze
- redukci nákladů (omezením zbytečných výdajů)
- větší důvěryhodnost zdravotnických organizací

1.2 Ošetřovatelské standardy

Dle Pochylé: „Ošetřovatelský standard je platná všeobecně přijatá úroveň kvality určitého aspektu ošetřovatelské péče. Stanoví kritéria, podle nichž může být kvalita hodnocena.“ Ošetřovatelským standardem se tedy rozumí dohodnutá profesní úroveň kvality. (2005, s. 38). A jak praví Gladkij: „Standardy jsou vlastně ukazatelé úspěšnosti realizace procesu zajišťování kvality. Nejsou fixní, protože se mění s pokrokem medicíny a se zlepšováním péče.“ (1999, s. 32).

Porovnáním s těmito standardy je posuzována a hodnocena současná ošetřovatelská péče, a zda je ošetřovatelská praxe na požadované úrovni. První ošetřovatelské standardy vznikly v USA v 70. letech. Každá země vychází při tvorbě standardů z vlastních podmínek, a téměř ve všech zemích s vyspělým ošetřovatelstvím jsou společné normy pro poskytování

individualizované péče, prostřednictvím ošetrovatelského procesu a ošetrovatelské dokumentace.

1.2.1 Význam ošetrovatelských standardů

Ošetrovatelské standardy mají klíčový význam pro zvyšování kvality péče, protože vymezují rozsah péče, která má být minimálně poskytnuta. A není-li standard dodržen, je ohrožen zdravotní stav pacienta.

Ošetrovatelské standardy také poskytují pocit bezpečí nemocným, protože ti si mohou být jisti, že se jim dostane minimálně standard ošetrovatelské péče. Zároveň chrání sestry před neoprávněným obviněním, jelikož mohou prokázat, že uvedený standard dodržely. (Dejmková a kol., 1998).

1.2.2 Typy standardů

1. *Strukturální standardy* – obsahují technické, hygienické a organizační prostředky. Jsou propojeny s ošetrovatelskou praxí a zahrnují organizaci ošetrovatelských služeb, výběr pracovníků, a vybavení budov.
2. *Procesuální standardy* – tzv. standardy ošetrovatelské péče – určují kvalitu ošetrovatelské péče. Dělí se do 2 oblastí:
 - Standardy ošetrovatelských postupů
 - Standardy ošetrovatelských činností (mohou být specifikovány na jednotlivé ošetrovatelské problémy, nebo vycházející z jednotlivých onemocnění).
3. *Standardy hodnocení výsledků* – týkají se celkového hodnocení kvality péče v daném zařízení.
4. *Centrální standardy* – jsou vydávány Ministerstvem zdravotnictví a jsou to doporučené podklady pro tvorbu lokálních standardů. (hygienické předpisy, etický kodex).
5. *Lokální standardy* – jsou vytvořené v konkrétním zdravotnickém zařízení, nebo na konkrétním pracovišti. Nesmějí být v rozporu s centrálními standardy, a každý zdravotnický pracovník by je měl dodržovat.

1.3 Ošetrovatelský audit

„Systematické a nezávislé zkoumání, jehož cílem je stanovit, zda činnosti v oblasti kvality a s nimi spojené výsledky jsou v souladu s plánovanými záměry a zda se tyto záměry realizují efektivně a jsou vhodné pro dosažení cílů“. (Madar, 2004, s. 36).

Česky toto slovo znamená „vyhodnocení“. Již při formulaci standardů je potřeba stanovit způsob hodnocení. Audit se zaměřuje na objektivně měřitelné stránky kvality ošetrovatelské péče. Používají se objektivní měřicí techniky, které existují. Složitější je hodnocení subjektivních hledisek kvality (např. spokojenost nemocného, a vztah mezi personálem a klienty). Také se zaměřuje na plnění jednotlivých standardů a nejdůležitějším ukazatelem kvality jsou pokaždé splněné cíle.

1.3.1 Metody ošetrovatelského auditu

Kromě dodržování standardů je potřeba monitorovat a také hodnotit celkovou kvalitu ošetrovatelské péče a to pomocí těchto metod:

- pozorovat porodní asistentky při práci
- kontrolovat ošetrovatelskou dokumentaci
- sbírat statistické údaje
- zjistit, jak je péče hodnocena spolupracovníky
- zjistit, jak porodní asistentka hodnotí vlastní práci
- sledovat, jakým způsobem si porodní asistentky předávají službu
- měřit účinnost péče např. podle délky jejího trvání nebo podle frekvence častosti kontaktu mezi porodní asistentkou a klientkou
- provádět inspekční kontroly, např. zástupci Ministerstva zdravotnictví

2 POTŘEBY

2.1 Definice potřeby

H. Murray (in Plháková, 2003), definuje potřebu jako: „Konstrukt označující sílu (jejíž fyzikálně chemická povaha je neznámá) v oblasti mozku, která organizuje vnímání, myšlení, snažení a jednání v určitém směru, s cílem změnit existující neuspokojivou situaci.“ (2003, s. 366). Murray také rozdělil potřeby na *primární (viscerogenní)* a na *sekundární (psychogenní)*. Primární potřeby jsou uspokojovány pomocí fyziologických procesů, patří k nim potřeba vody, kyslíku, potravy, vyhýbání se horku a chladu. Sekundární potřeby jsou zafixovány v psychickém či povahovém uzpůsobení a tvoří podstatu osobnosti. (Plháková, 2003). Dle Trachtové se každý zdravotnický pracovník musí zabývat člověkem jako celkem – z pohledu bio-psycho-sociálního, a bytostí holistickou. Porucha jedné z částí bio-psycho-sociálního modelu člověka vede zákonitě k poruše jiné části, nebo celého systému. Každý člověk je individuální a má své jedinečné potřeby. Potřeba je projev nedostatku, a je něčím, co člověk potřebuje ke svému vývoji a životu. Potřeby mohou být uspokojovány žádoucím, nebo nežádoucím způsobem. Žádoucí způsoby jsou ty, které neškodí ani nám, ani jiným, jsou ve shodě se sociálně kulturními hodnotami člověka a jejich uspokojování je v mezích zákona. Nežádoucí způsoby jsou ty, které mohou škodit dané osobě, nebo jiným a přesahují meze zákona. (2006).

2.1.1 Význam pojmu potřeba

1. biologický – potřeba vyjadřuje narušenou rovnováhu organismu (homeostázu).
2. ekonomický – potřeby vyjadřují nutnost vlastnit a užívat určitý objekt.
3. psychologický – odráží psychický stav, vyjadřující nějaký nedostatek.

2.1.2 Vztah motivace a potřeb

„Potřeba jako projev nedostatku vyjadřuje stav organismu, který startuje proces motivace. Motivaci můžeme popsat jako proces, který určuje směr, sílu a trvání určitého chování a jednání“. (Trachtová, 2006, s. 11). Svě potřeby se učíme uspokojovat již od dětství, a pokud se to nenaučíme, tak trpíme. Člověk, který se v dětství nenaučí přijímat a dávat

lásku, může strávit zbytek života neúspěšnými pokusy milovat. Žena může například prožít řadu nešťastných milostných vztahů, kde používá sex jako nerealistický pokus dát a získat lásku. Teprve až se naučí, že existují i lepší způsoby, zanechá svého neuspokojujícího chování. (Glasser, 2001).

2.1.3 Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa

„Americký psycholog Abraham H. Maslow (1908 – 1970) byl organizátorem a prvním prezidentem Společnosti pro humanistickou psychologii. Vytvořil teorii motivace, ze které vychází jeho hierarchická teorie potřeb. Zdůrazňuje v ní těsné propojení filozofie a psychologie a navrhuje, aby se předmětem zájmu psychologů stala též filozofie hodnot.“ (Trachtová, 2006, s. 13). Dle Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který má hierarchické uspořádání, protože některý z motivů je silnější než jiné. Hierarchie obsahuje potřeby filozofické, potřeby bezpečí, afiliace, uznání a také seberealizace. Teprve je-li nižší potřeba uspokojena, může se člověk zabývat vyšší potřebou. U novorozence převládají potřeby fyziologické – hlad, žízeň, bezpečí.

Potřeby dle Maslowa:

1. Fyziologické potřeby – objevují se při poruše homeostázy a slouží k přežití. (výživa, pohyb, spánek apod.)
2. Potřeba jistoty a bezpečí – vyjadřují touhu po spolehlivosti, důvěře, stabilitě. Objevují se v situaci, kdy člověk ztratí pocit životní jistoty.
3. Potřeba lásky a sounáležitosti – potřeba afiliační, je to potřeba milovat a být milován. Objevuje se v situacích, kdy je člověk osamocen a opuštěn.
4. Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty – je to tzv. touha po respektu druhých, prestiž uvnitř sociální skupiny, a projevuje se snahou získat zpět ztracené sociální hodnoty.
5. Potřeba seberealizace a sebeaktualizace – objevuje se jako tendence realizovat své schopnosti i záměry, a člověk chce být tím, kterým podle svého mínění může být. Člověk si musí být jistý, že danou činnost dělá dobře.
6. Potřeby vědění, porozumění a estetické potřeby.

K těmto vyšším potřebám řadí Maslow tzv. metapotřeby (in Trachtová, 2006) – potřeby růstu, které objasňují specifické tendence osoby, která se chce seberealizovat. (potřeby

poznání, porozumění, spontaneity, individuality, smysluplnosti a hravosti aj.) Tyto metapotřeby jsou ve srovnání se základními potřebami, potřeby méně důležité, ale jejich uspokojování vede k vyššímu štěstí a radosti.

2.1.4 Hodnocení Maslowovy hierarchie

Jak uvádí Lahey (in Plháková, 2003), hierarchie potřeb ukazuje, proč se člověk s prázdným žaludkem nevěnuje lásce či filosofickým problémům. Také umožňuje porozumět tomu, proč se někteří lidé vzdají náročného povolání – jelikož jim hrozí ztráta rodinného zázemí.

2.2 Potřeby ženy během porodu a po porodu

Jelikož je potřeb velmi mnoho, rozhodla jsem se zaměřit jen na potřeby ženy během a po porodu.

1. *Potřeba intimacy* – americký psycholog McAdams (in Plháková, 2003), začal zkoumat potřebu, která směřuje k potvrzení osobní identity. Tato potřeba se projevuje přáním komunikovat velmi důvěrně s jinou osobou a prožívat k ní blízkost a vřelost. Dle McAdamse: „Je to touha po splnutí duší, po tom, aby se naše já prolínalo s já jiné osoby.“ (2003, s. 378). Důležitou součástí důvěrných kontaktů je také *sebeodhalení*. Intimita zahrnuje jak sebeodhalení, tak odhalení partnera. Jak praví Pragerová (in Plháková, 2003) Jsou různá rizika intimacy, např.: pocit zahanbení, obava ze zneužití důvěrných informací, strach ze ztráty sebekontroly (mnozí lidé mají pocit, že se musí stále ovládat, a tlumí své emoce).
2. *Potřeba soukromí* – někteří lidé poskytují ostatním velmi omezené množství informací o svojí osobě, a snahu o proniknutí do své privátní složky berou jako dotěrnost.
3. *Fyziologické potřeby – Hlad* – člověk ho začne pociťovat již po několika hodinách bez jídla. Hlad člověka dožene, k tzv. alimentárnímu (potravnímu) chování, které se dělí na fáze *apetence a konzumace*. Apetenční fáze – pocity hladu a chuti, které iniciují vyhledávání potravy. Konzumace spočívá v příjmu potravy, ze které si lidské tělo vezme potřebné minerály a živiny, a končí pocitem nasycení. Dále pak *Žízeň* – lidské tělo potřebuje k přežití neustálý příjem tekutin, protože vylučuje vodu prostřednictvím urinace, defekace a dýchání. Žízeň je mnohem nebezpečnější

než hlad, protože člověk může žít bez jídla několik týdnů, ale bez vody jen několik dní. (Plháčková, 2003). Podle Trachtové je potřeba *vyprazdňování* fyziologickou funkcí organismu, a základní biologickou potřebou člověka. Tato potřeba vyměšování je často tabuizována a spojena se studem a intimitou, a lidé mají zábrany o problémech s vyprazdňováním komunikovat. Potřeba vyprazdňování se je u každého člověka individuální, někomu stačit se vyprázdnit jednou za 2-3 dny a u někoho dvakrát denně. Každý člověk má nárok na respektování studu a intimity při vyprazdňování. Dále potřeba *spánku*, *odpočinku* nezbytná potřeba k udržení fyzické i duševní rovnováhy, spánek má regenerační význam. Potřeba spánku je u každého individuální, závisí na denní aktivitě člověka, na fyziologickém stavu organismu. Opakem spánku je bdělost. Odpočinek je relaxace bez emočního stresu, předpokladem pro odpočinek je:

- pocit, že je vše pod kontrolou
 - pochopení ostatních lidí
 - pocit, že vím, co se děje se mnou a kolem mě
 - klid, pohoda (uspokojení ostatních fyziologických potřeb)
 - vím, že když budu potřebovat, někdo mi pomůže
 - účelná činnost - něco jsem dnes zvládl (2006).
4. *Sexuální potřeby* – koitus, těhotenství, porod i kojení jsou tělesné procesy regulované a podporované vrozenými hormonálními a nervovými procesy. Dle Freuda (in Plháčková, 2003), lze sexuální chování rozdělit na fázi – **apetence** a **konzumace**. V apetenční fázi se sexuální pohnutky projevují tužbami, fantaziemi a vzrušením, kdežto fázi konzumace tvoří vlastní sexuální aktivity, které směřují k dosažení orgasmu, po kterém následuje uvolnění ze sexuálního napětí.
5. *Potřeba rodičovské role* – vztahy mezi matkou, otcem a dítětem se utvářejí již v prvním roce života dítěte. Rodičovské a mateřské chování ovlivňuje hormon *prolaktin*, *estrogen* a *progesteron*, z čehož prolaktin odpovídá v hypofýze za tvorbu mateřského mléka. K formování rodičovské role také velmi přispívá samotný porod, který provázejí extrémní emoční zážitky. To, že ženu stál porod obrovské úsilí, vede k tomu, že se novorozenec stane milovanou bytostí a k něžným

a ochranným pudům přispívá také jeho zranitelnost a křehkost. V prvních týdnech po porodu ženy vloží veškerou energii do toho, aby péči o dítě zvládly. (2003).

3 POROD (PARTUS)

Definice:

„Porodem nazýváme každé ukončení těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec o minimální hmotnosti 500 g, nebo přežije-li novorozenec i s menší hmotností alespoň 24 hodin.“ (Čech, 2006, s. 121).

3.1 Mechanismus porodu

- I. Porodní doba – otevírací
- II. Porodní doba – vypuzovací
- III. Porodní doba – porod lůžka a plodových blan

3.1.1 Poporodní období

Až po porodu placenty společně s plodovými obaly se děloha kompletně retrahuje. Toto období trvá 2 hodiny a patří již do raného šestinedělí. Celkové krevní ztráty po fyziologickém porodu by neměly přesahovat 300 ml.

3.1.2 Klinická péče v raném šestinedělí

V organismu ženy po porodu nastávají velmi důležité fyzické i psychické změny. Matka pociťuje úlevu a radost. Bezprostředně po porodu by se měl matce dopřát klid a po dvou hodinách po porodu, pokud se nenaskytne nějaké komplikace, je matka i s dítětem převezena na oddělení šestinedělí. Porodní asistentka zkontroluje výšku děložního fundu, zevní krvácení, a změří opět fyziologické funkce, které byly matce měřeny i na porodním sále. Dále se přesvědčí porodní asistentka o tom, zda se žena vymočila před převozem z porodního sálu a poučí ji o hygienickém režimu oddělení. To znamená nutnost častého sprchování, kvůli dobrému hojení případných porodních poranění, čistotě rukou a používání sterilních vložek, které jsou na oddělení k dispozici. Dále se preferuje velmi brzké vstávání, zpravidla do 6 hodin po porodu, které je prevencí trombembolické nemoci a usnadňuje odchod očístků a involuci dělohy. V posledních letech se zavádí nový poporodní režim matka-dítě, tzv. rooming-in, kdy jsou oba společně na stejném pokoji. Roaming-in má navodit pevné vztahy mezi matkou a dítětem, a také naučit ženu péči o dítě

bezprostředně po porodu – krmit, přebalovat, koupat. Samozřejmě, že jak matka, tak dítě jsou pod kontrolou jak porodní asistentky, tak dětské sestry.

3.1.3 Kvalita péče u porodu a v poporodním období

Je sporné, kdo z lékařského týmu má péči poskytovat, zda je etické, aby byl u porodu medik či porodní asistentka. Proto by se měl respektovat princip, že každý člověk má právo na to, aby mu v daném čase a místě byla poskytnuta ta nejprofesionálnější péče. (Čech, 2006). Jednou z věcí, které mají na průběh porodu velký vliv, je postoj porodní asistentky k samotnému porodu. Porodní asistentka má na porodním sále určité kompetence – stará se o ženu s fyziologickým těhotenstvím, vede porod. Úkolem porodní asistentky je včas a jasně rozeznat komplikace a přivolat lékařskou pomoc. Po porodu se porodní asistentka stará o fyziologického novorozence, pomáhá ženě při kojení, eventuálně sleduje stav porodního poranění a stav dělohy. Také sleduje psychický stav ženy v raném šestinedělí. Porodní asistentka je poradce během porodu, společnicí a oporou. Většina žen přistupuje k porodu s velkými obavami a nepopsatelným strachem, proto by porodní asistentka neměla podceňovat strach a bolest ženy. Měla by tyto obavy respektovat a naslouchat ženě, a najít nejlepší způsob péče o ni. Je také velmi důležité, aby žena porodní asistentce svěřila své přání, co se týká průběhu porodu – navodit si pocit vzájemné důvěry. (Pražanová, 2004, Síbková, 2005).

3.2 Bonding

Jak uvádí Mrowetz: „Bonding můžeme z angličtiny přeložit jako lepení nebo připoutání. Bonding můžeme chápat jako podporu při vytváření nejdůležitějšího vztahu na světě. Vztahu mezi maminkou a jejím dítětem. Aby se tento vztah mohl od začátku dobře rozvíjet, je nesmírně důležité poskytnout mamince a jejímu miminku ihned od narození možnost nepřetržitého kontaktu“. (Mrowetz, příloha č. 1). Byl popsán již v 70. letech minulého století dvěma pediatry Marschalem Klausem a Johnem Kennelem, kteří popsali význam prvního kontaktu matky s dítětem, tento kontakt nazvali „bonding“. Toto období začíná ihned po porodu a trvá asi 12 hodin. Během těchto hodin buduje jak matka, tak novorozenec základy svých emočních vazeb. (Mrowetz, www.jinyporod.cz, 22. 2. 2010). Dle Marka: Zvyk z dnešní praxe je oddělení matky a dítěte hned po porodu, navzdory všemu tomu, co dnes již víme. Mnozí porodníci vášnivě dokazují, že matka i dítě

si potřebují po vyčerpávajícím porodu odpočinout, jenže porodníci nikdy nerodili, a nikdy nepocítili onu endorfinovou a adrenalinovou sprchu, kterou zažívají matky při spontánním porodu. Všechny nejnovější výzkumy o vazbě mezi rodičem a dítětem ukazují, že žena po porodu nepotřebuje nehnutě ležet a odpočívat. To, co matka v těchto okamžicích nejvíce potřebuje je přivinout a obejmout dítě, dívat se na sebe a naslouchat. (2002). Jak praví Rheinwaldová (in Marek, 2002): „Děti chtějí být u matky, nechťejí být váženy, myty, baleny, dávány do inkubátorů, píchány do patiček, obřezávány. Přechod z bezpečí lůna do studeného prostředí, kde je vše tvrdé, bolestivé, cizí a traumatizující, je příliš rychlý.“ (2002, s. 77). Během mé odborné praxe při studiích jsem se s úplnou podporou bondingu nesetkala ani jednou, a pokud to stav matky i dítěte dovoľoval, setkala jsem se pouze s těmito podporami bondingu – přikládáním dítěte na břicho matky ihned po vybavení novorozence, a ponechání pupečníku, ať spontánně dotepe. Také jsem se téměř pokaždé setkávala s tím, že dítě bylo přiloženo k prsu matky do 30 minut po porodu, tedy tak, jak to má být, aby se nastartovala fyziologická laktace co nejdříve. Co bylo rutinní, je odnášení dítěte od matky na vážení, měření a koupání, které by určitě nějakou dobu po porodu počkalo. Další věc, se kterou jsem se během mé odborné praxe při studiích setkala velmi často, je odnášení novorozence při noční službě na oddělení rooming-in, bez možnosti dlouhodobějšího kontaktu matky s dítětem, během 2 hodin po porodu na porodním sále. Tato skutečnost je matkám odůvodněna tak, že není sestra na noční službě přímo pro porodní sál. Z toho postupu vyplývá, že matka, která by si přála bonding, v této situaci neuspěje.

3.2.1 Výhody bondingu

Dítě má těsně po porodu potenciál, který mu umožňuje navázat vztah s matkou. Také pro matku je těch několik hodin po porodu velmi důležité období, jelikož si celých devět měsíců vytvářela imaginární obraz dítěte a nyní má možnost nasytit se pohledem na své dítě. Jak uvádí Mrowetz: „Je vyzpozorováno, že matka se k novorozenci chová velmi otevřeně a citlivě, pokud má možnost s ním zůstat po porodu o samotě.“ (www.jinyporod.cz, 22. 2. 2010). Dle výzkumu mají bradavky matky stejný pach jako plodová voda, a dítě si dokáže samo aktivně vyhledat bradavku, nejsou-li mu kladeny nějaké překážky (mýdlo, pach desinfekce, gumové rukavice personálu, látka mezi novorozencem a matkou, a také nepřirozená poloha na matce, drží-li dítě další osoba).

Bonding je také důležitý pro to, aby motivoval matku starat se o naprosto bezbranného tvora, který je na ní zcela závislý. Během prvních hodin po porodu se v krvi matky a dítěte vyskytuje vysoké množství endorfinu, a díky jeho účinku je matka schopna i přes poporodní únavu obnovit své síly a radovat se z prvního setkání se svým potomkem.

Výzkumy také ukazují, že matky, kterým byl umožněn bonding mají tendenci se déle starat o novorozence, jsou tolerantnější a lépe zvládají stres spojený s mateřstvím.

3.2.2 Důsledky nedostatečného bondingu

Bonding jako takový nikdy nechybí, jde spíše o to, neochudit matku a dítě o ten dárek, být po porodu stále spolu, budovat základy emočních vazeb, a také jsou v prvních dvou hodinách po porodu hormonální hladiny u dítěte i matky vyplavovány takovým způsobem, že se matka díky „opatrovatelské připravenosti“ na dítě naladí a pak lépe a snáz identifikuje jeho potřeby. Tato hormonální hladina je zvýšená i v dalších hodinách po porodu, proto je důležité zajistit kontakt matky a dítěte od raného porodu dítěte, a to na nejdelší dobu, jak je to jen možné. Matku, která v klidu a snadno identifikuje potřeby svého dítěte, si zaslouží každé narozené dítě. Proces budování vazeb mezi matkou a dítětem vzniká přirozeně, pokud v něm není zabráněno. Mohou být překážky dvojího druhu:

1. fyzická separace matky a dítěte

- standardní odnášení novorozenců ihned po porodu do jiné místnosti k provedení rutinních vyšetření
- standardní ukládání novorozenců na vyhřevné lůžko
- standardní odnášení dítěte od matky hodinu či dvě po porodu na tzv. první noc a odpočínutí matky
- předávání dětí matkám pouze ke kojení

2. emoční separace

Příčinou jsou stavy, kdy matka nemusí být připravena navázat první vazby k dítěti. Správně probíhající bonding má význam nejen pro fyziologii matky a dítěte, ale také má zásadní psychologické důsledky, se kterými se mohou matky s dětmi potýkat v dalších obdobích života, u dítěte např.:

- separační úzkost (panický strach z odloučení od matky v dětském věku)
- neurotické poruchy
- border-line poruchy osobnosti s narušeným vztahem k mateřskému objektu

U matek např.:

- poporodní deprese (prohlubuje ji ztráta kontroly nad porodním procesem i ztráta kontroly nad dítětem)
- posttraumatická stresová porucha (když matka lituje, že po porodu nebyla v kontaktu s dítětem)
- porucha výchovné kompetence (např. paradoxní pevná až patologická vazba k dítěti, nebo naopak rozvolněná vazba k dítěti). (Mrowetz, www.jiny porod.cz, 22.2.2010).

Následky nedostatečného bondingu mohou, ale nemusejí být viditelné. Některé matky, které své dítě po porodu neviděly, jsou velmi často úzkostné. Nedostatečný bonding může také způsobit problémy s dýcháním a děti se mohou hůře přisávat při kojení. V mnoha českých porodnicích je zvykem, že je dítě ihned po porodu položeno na břicho matky. To je pozitivní změna v systému péče, ale nelze mluvit o podpoře bondingu, protože dítě je pak zase od matky odneseno na rutinní vyšetření. V baby-friendly nemocnicích sice proběhne první přiložení k prsu do třiceti minut, ale pak je dítě umístěno do vyhřívaného lůžka, možná poblíž postele matky, avšak daleko od její hřejivé náruče. „Skutečná podpora bondingu jsou ošetrovatelské postupy, které zajišťují kontakt matky a dítěte kůži na kůži. Tento kontakt dítě podporuje v adaptaci, podporuje jeho dýchání. Maminka takto poskytne miminku dostatečný tepelný komfort.“ (Mrowetz, příloha č. 1).

3.2.3 Historie bondingu

Historie bondingu sahá k prvnímu porodu na světě a vývoji všech druhů vedoucích k vývoji člověka. Dle Odenta (in Marek, 2002), je třeba neodnímat novorozence matkám, a jak prokázaly studie, novorozenec dokáže rozlišit pach své matky od ostatních pachů. A také, že by to měly být potřeby dítěte, co určují četnost kojení, a ne nemocniční režim. Jak tvrdí Leboyer (in Marek, 2002), je dobré zatemnit místnost, s dětmi zacházet pomalu a něžně, nechat dotepat pupeční šňůru, položit dítě na matku a čekat, až si samo nejde prs.

Později dítě vykoupat ve vodě s teplotou podobnou jako v děloze. Člověk v novodobé historii začal podporu bondingu ze strachu narušovat. Strach o zdraví dětí i matek v poválečné době a převedení porodu do zdravotnických zařízení vedl k historicky největšímu plošnému separování dětí od matek. Emoční stránka šla v této době stranou. Výzkum také ukázal, že ženy, které mají možnost okamžitě po porodu cítit své dítě na svém těle, vždy hovořily velmi pozitivně. Leboyer také praví, že po porodu je dítě zmateno bolestí, najednou jeho páteř nic nepodpírá a hlavička se klátí volně v prostoru, v tomto okamžiku je velmi důležité, pro uklidnění té paniky, opětné přiblížení k matce a sblížení. Naopak je pro dítě děsivé, když ho položí na studený kovový povrch váhy, což ho ještě více rozpláče, ale matce to přijde roztomilé, a říká si „to pláče moje dítě“, ale neví, že pro dítě je to utrpení. Pro matku je někdy velmi těžké dotýkat se svého dítěte, něčeho teplého a lepkavého co leží na jejím břiše a stará zásada jí velí „nedotýkat se toho, není to pěkné, není to čisté“ a proto je někdy třeba vzít její ruce a položit je na dítě, a jakmile překoná tzv. odpor, a udělá první krok, je naplněna nepopsatelnou radostí. (Leboyer, 1974). Jak uvádí Mrowetz: „V sedmdesátých letech minulého století si američtí pediatři Kennel a Klaus začali všimnout toho, že děti matek, které měly nerušený kontakt s matkou po porodu, se projevují trochu jinak. Začali tedy zkoumat tento fakt a došli k závěru, že matky, které měly možnost být nerušeně po porodu se svým děťátkem, se chovaly trpělivěji, déle s dítětem vyhledávaly oční kontakt a ještě rok po porodu reagovaly rychleji a ochotněji na potřeby dítěte.“ (Mrowetz, příloha č. 1). Kennel a Klaus také udělali výzkum, kdy matku s dítětem nechali po porodu v absolutní intimitě se speciálními lampami, aby spolu mohli navázat vzájemný kontakt. Tyto matky našly ke svým dětem hluboký vztah velmi snadněji, než matky, které byly od svého dítěte odpoutány. V té době se v USA začaly ošetrovatelské postupy po porodu plošně vracet k podpoře bondingu a dnes již v těchto zemích nikdo ze zdravotnického personálu nezpochybňuje pozitivní dopady společného kontaktu dětí a matek po porodu.

3.2.4 Jak má probíhat správný bonding

Jedná se o podporu tzv. čtvrté doby porodní, tedy v době po porodu dítěte i placenty. Dítě by mělo být hned přiloženo na matčinu hrud' a mělo by být pouze osušeno, nikoliv vykoupáno. Také by z jeho rukou neměla být smyta plodová voda, jelikož matčiny bradavky chutnají stejně jako plodová voda, a novorozenec si aktivně dokáže vyhledat

bradavku sám. Pohled matky a dítěte z očí do očí výrazně podporuje iniciální vazbu. Zajistíme dítěti tepelný komfort přikrytím dekou, a přikryjeme současně i matku, aniž bychom narušili kontakt kůže na kůži. V tuto chvíli může zdravotnický personál vyšetřit pohledem dítě, zda dýchá, nemodrá a zda má svalový tonus, tzv. Apgar score (viz. tab. č. 1). Běžné ošetření dítěte lze odložit požadavkům matky i dítěte. Dokonce i po medicínsky vedeném porodu lze požadavkům bondingu vyhovět, přestože dítě nemá hned sílu sát, jelikož může být utlumeno léky, ale chce to dát mu čas, ať se u matky adaptuje po náročném porodu. I po porodech císařským řezem lze podpořit bonding a to tak, že osušené, neumyté dítě přiložíme k obličejí matky, která ho může stimulovat svými láskyplnými doteky a polibky. Pokud je matka v celkové anestezii, lze přiložit dítě k obličejí spící matky. Navíc může roli matky zastoupit otec dítěte, který bude mít dítě na svém těle, dokud se matka neprobudí a nebude schopná se přivítat s dítětem. Následné ošetření by měla probíhat na matčině těle. Každá matka, která je po porodu se svým dítětem, může být v bdělém stavu, kdy je bdělé dítě. „Výzkumy prokázaly, že matky po porodu spí stejně lehce, když jsou od dětí odděleny, jako ty, které jsou se svým děťátkem. Takže ten známý argument zdravotníků: musíte se po porodu vyspat, je neplatný. Jsem přesvědčena, že dítě by nemělo být vůbec odděleno od matky minimálně po dobu 72 hodin, krom těch soukromých chvil, které maminka potřebuje na svou hygienu (v tu chvíli ji může zastoupit otec). I světová zdravotnická organizace popisuje oddělování matek od dětí jako škodlivé.“ (Mrowetz, příloha č. 1). Již Leboyer říká, že je velmi důležité přiložení dítěte ihned po porodu na matčino břicho, ovšem tak, aby dítě leželo na bříšku a nikdy ne na zádech, protože by se mohla napnout páteř dítěte, která byla v děloze tak dlouho ohnutá. Pro dítě je po porodu přirozená poloha tzv. do klubíčka. A jak bychom měli správně držet novorozence? Především musíme myslet na to, že pro dítě je všechno neznámé a nové a může je to vyděsit. Proto se snažíme dělat jen věci, které jsou mu důvěrně známé, tedy dítě položíme po porodu na matčino břicho a masírováním zádiček mu připomínáme děložní kontrakce, takové, které nebyly součástí porodu, ale které byly přítomny měsíc před porodem, a svíraly dítě pomalu a něžně. Masáž musí být důkladná a pomalá. Napomůže nám to zmírnit pocit strachu a bolesti z náhlých změn, kterými dítě prochází. Dítě pozná, zda jsou tyto ruce neklidné, neohrabané, nebo dokonce hrubé. V citlivých rukou se dítě uvolní a otevře. A k tomuto všemu potřebujeme ještě ticho, šero a klid. (1974).

Tab. č. 1 Apgar score

| | | |
|---------------------------------|--|--------|
| <u>Barva</u> | Tělo a končetiny jsou růžové. | 2 body |
| | Tělo je růžové, dlaně a chodidla cyanotická. | 1 bod |
| | Tělo a končetiny jsou cyanotické. | 0 bodů |
| <u>Srdeční frekvence</u> | Nad 100 úderů za minutu. | 2 body |
| | 99 a méně úderů za minutu. | 1 bod |
| | Žádný úder. | 0 bodů |
| <u>Respirační úsilí</u> | Silný křik, pravidelné dýchání. | 2 body |
| | Pomalé, mělké, lapavé dýchání | 1 bod |
| | Žádné projevy dýchání. | 0 bodů |
| <u>Svalové napětí</u> | Normální tonus, flexe končetin, při pokusu o natažení klade odpor. | 2 body |
| | Tonus chabý, semiflexe končetin, odpor vůči natažení končetin je slabý. | 1 bod |
| | Žádný tonus, končetiny bez flexe, dítě neklade odpor při natažení končetin. | 0 bodů |
| | | |
| <u>Reakce</u> | Reakce na manipulaci křikem a pohybem. | 2 body |
| | Reakce grimasou, nebo nevýrazným pohybem. | 1 bod |
| | Žádná reakce. | 0 bodů |

Toto hodnocení zavedla již v roce 1952 Virginia Apgarová. Znamky poporodní adaptace se hodnotí v první, páté a desáté minutě po porodu, každý projev je hodnocen na stupnici 0-2 body, kdy nejvyšší počet je 10 bodů a nejnižší 0 bodů. Fyziologický novorozenec má mít 7 – 10 bodů a dítě s počtem pod 7 bodů, lze považovat za rizikové. (Kantor in Borek 2007).

4 NOVOROZENEC

4.1 Fyziologický novorozenec

Zdravý, zralý, eutrofický, narozený v termínu (38. - 42. týden gestace), jeho hmotnost se pohybuje mezi 2 500 – 4 500 g, průměrně 3 500, délka 48 – 55 cm, průměrně 50 cm. Obvod hlavy je 32 – 37 cm, průměrně 33-35 cm a obvod hrudníku bývá o 1 – 2 cm méně než obvod hlavy. Tělesná teplota v axile by se měla pohybovat v rozmezí 36,4 – 36,8 °C, v rektu 36,6 – 37,2 °C. Frekvence dýchání je 30 – 60 dechů/min., průměrně 40 dechů/min., tepová frekvence 110 – 160 tepů/min., průměrně 120 – 140 tepů/min., tlak krve v rozmezí 50 – 75/30 – 45 mm Hg.

Kůže fyziologického novorozence je růžová, někdy pokrytá mázkem především v kožních záhybech, na zádech mohou být zbytky lanuga (ochlupení, které měl plod v děloze, a před porodem většina vypadá). Na nose mohou být milia (retenční cystičky mazových žláz), ušní boltce mají dobře vyvinutou elastickou chrupavku, nehty přesahují konce prstů a rýhování plosek nohou je dobře patrné. Končetiny drží novorozenec ve flexi ve všech kloubech, symetricky. Při tahu do sedu hlava padá vzad, a postavením na podložku se opře chodidly a vzpřímí se. Na bříšku krátce zvedne hlavu, a zvládne přitáhnout končetiny k tělu. Chlapci mají sestouplá varlata ve skrótu a děvčátkům kryjí labia majora labia minora.

4.1.1 Poporodní adaptace

Porodem se dostává novorozenec do zcela odlišného prostředí, než bylo v děloze. Postnatální adaptace novorozence je výsledkem vzájemné souhry oběhového systému, dýchacího ústrojí a regulační činnosti centrální nervové soustavy. Při dobrém stupni zralosti novorozence, nepřítomnosti asfyxie, vrozených vývojových vad, či poškození plodu, probíhá poporodní adaptace velmi fyziologicky a rychle, a je dokončována v průběhu prvního dne. Proto je velmi důležité, během následující observace novorozence, rozlišit fyziologické jevy poporodní adaptace, od patologických, které mohou nastat. Bezprostředně po porodu je dítě většinou aktivní, čilé, s vyšší srdeční a dechovou frekvencí, má dobře výbavný sací reflex, a snadno se přisaje k prsu. Pokles tělesné teploty nesmí nastat, popř. jen minimální. Během první hodiny po porodu usíná, normalizuje se srdeční i dechová frekvence, a má dobře prokrvenou periferii. Po fázi spánku je opět

bdělé, začíná močit a odchází smolka, pokud k tomu již nedošlo dříve. Nyní je schopno přijímat stravu a je předurčeno ke společné existenci s matkou v systému rooming-in. (Borek, 2001).

4.2 Zásady prvního ošetření novorozence na porodním sále

Před každým porodem musí sestra připravit vše nezbytné a potřebné. Zapnout výhřevné zařízení nad lůžkem pro novorozence, zkontrolovat kyslíkové zařízení, odsávačku, osvětlení, překontrolovat pomůcky i léky k resuscitaci a nakonec nahřát plenu.

Při porodu fyziologického novorozence je první ošetření zcela v rukou porodní asistentky, nebo dětské sestry.

1. Po vybavení novorozence je prvním úkolem zabránit tepelným ztrátám. Novorozenec se umístí pod tepelný zářič, šetrně se osuší nahřátými plenami a nesmíme zapomenout odstranit mokré pleny. Box, ve kterém je dítě ošetřováno, by měl mít alespoň 25°C.
2. Toaleta dýchacích cest - jak uvádí Mydlilová (in Fendrychová, 2007), odsávají se nejprve ústa, pak hltan a na závěr nos. Proto výkon nepovažujeme za standardní, jelikož může způsobovat komplikace (opoždění sacích pohybů, vagové dráždění, poranění sliznice).
3. Taktilní stimulace – je-li třeba prohloubit dýchání, provádí se masáž zad, nebo chodidel.
4. Péče o pupeční pahýl - ošetření pupečníku zabraňuje krvácení, musí se dodržet asepse, aby nevznikla infekce. Provádí se buď sterilní tkanicí, nebo plastovou svorkou. Dnes se upouští od standardního používání desinfekce na pupeční pahýl. Jak praví Gfatter (in Fendrychová): „Americká asociace porodních asistentek a neonatálních sester (AWHONN) doporučuje pouze omytí pupečního pahýlu běžným mycím prostředkem a následné pečlivé opláchnutí sterilní vodou při první koupeli novorozence“ (2007, s. 46).
5. Identifikace novorozence, vážení, měření - označení totožnosti dítěte musí být co nejspolehlivější jako prevence záměny. V současné době lze označení odložit až po adaptaci dítěte. Při vážení se dítě pokládá na plenu jako prevenci prochlazení na studené ploše, a při měření se natahují dolní končetiny pouze v kolenu, nikoli

v nártch. Také je velmi důležité změřit tělesnou teplotu novorozence, která se měří v rektu. Současně se zjišťuje průchodnost anu a rekta. Jak uvádí Paulová (in Fendrychová, 2007), identifikace se zajistí plastovým náramkem, na který se napíšou tyto údaje: jméno a příjmení dítěte, číslo porodu (od začátku roku, v měsíci podle zvyklosti oddělení), datum narození včetně hodiny a minuty, pohlaví a jméno matky (často se jmenuje jinak). Stejný náramek dostane matka, a nesmí spadnout matce ani dítěti. Identifikaci novorozence je nutné provádět pouze v přítomnosti matky nebo otce.

6. Kredeizace – laváž spojivkových vaků, prevence gonorhoické infekce očí. Oko se otevře pomocí dvou mulových čtverců, vkápne se Ophthalmo-Septonex a musí se zabránit vtečení kapky z jednoho oka do druhého.
7. Prevence krvácivé choroby novorozenců - podle Mydlilové (in Fendrychová, 2007), zpravidla ještě na porodním sále se podává u fyziologického novorozence 2 gtt. Kanavitu per os, a v dalších měsících 1 mg per os měsíčně, a to po dobu kojení.
8. Přiložení dítěte k matce - pokud to stav obou dovoluje, podpoříme bonding – kontakt matky s dítětem (přiložení k prsu, které by mělo nastat do 30 minut po porodu a které upevní citovou vazbu a podpoří laktaci). První přisátí stimuluje také produkci oxytocinu a rychlejší zavinování dělohy. Novorozence matce alespoň ještě ukážeme před transportem na oddělení rooming-in. (Fendrychová, Borek, 2001, 2007). Během mé odborné praxe při studiích se provádělo první ošetření novorozence téměř přesně podle tohoto postupu, pouze s tím rozdílem, že se neprovádí rutinní odsávání hlenu z dýchacích cest.

4.2.1 První koupel novorozence

Jak uvádí Fendrychová (in Borek, 2007), první koupel novorozence se má provádět až poté, co je stav dítěte stabilizovaný, a když je schopno si po dobu 2 - 4 hodin po porodu udržet tělesnou teplotu. Abychom zabránili kontaminaci pupečního pahýlu, je dobré zvolit koupel sprchováním. Začneme nejprve opláchnutím obličeje dítěte teplou vodou – bez mýdla, a poté si naředíme trochu mýdla a opláchneme i vlásy, namydlenou rukou přejdeme i na krk a ramena dítěte, pokračujeme na trupu, horních končetinách, dolních končetinách, a nakonec se věnujeme genitálu a zadečku. Nikdy se rukou nevracíme z genitálu zpět na obličej. Poté dítě pečlivě opláchneme a osušíme. Mokrou osušku musíme

vyměnit za suchou plenu, aby dítě neleželo v mokrém, zkontrolujeme stav dítěte, vatovou tyčinkou vyčistíme ušní boltce, vytřeme nos, vyčešeme z vlásků případný mázek, prohlédneme kožní záhyby, zda se v nich také nenachází zbytek mázku. Nadměrný mázek lze jednoduše odstranit pomocí slunečnicového oleje. Je ale třeba dbát na to, abychom nadměrným třením nepoškodili kůži dítěte. Při ošetřování genitálu nezapomeneme u děvčátek oddálit od sebe labia minora a odstraníme mázek i odtud. U chlapečků nikdy nepřetahujeme předkožku přes žalud. V průběhu mé odborné praxi při studiích jsem se setkala s podobným postupem při první koupeli novorozence, pouze s tím rozdílem, že novorozence nejprve oblečeme do suchého oblečení, a až poté mu čistíme vlásky od mázku, čistíme ouška, či zakapáváme oči Ophthalmo - Septonexem. Především dbáme na to, aby dítě nebylo v průvanu a aby byla dostatečně vyhřátá místnost, kde budeme dítě koupat. Dle Fendrychové (2007) je užíván tento doporučený postup, ovšem dle Mrowetz by bylo velmi dobré upustit od rutinního sprchování novorozenců, když se jim mnohem více líbí koupat ve vaničce, kde nejsou tolik traumatizovány, a někdy se dokážou i uklidnit. Taktéž dle Mrowetz není důležité zbavit dítě co nejrychleji mázku na kůži, dostačující je omýt dítě od krvavých hlenů, protože část mázku se vstřebá přirozeně sám. Také není důležité dítě po dvou hodinách po porodu oblékat do dupáček, když by se mu mnohem více líbilo, kdyby bylo zabalené do nějaké příjemné měkké tkaniny a ponecháno nepřetržitě u matky (www.jinyporod.cz, 22. 2. 2010).

4.2.2 Systém práce na oddělení rooming-in

U nás se tento systém začal používat začátkem osmdesátých let, a lze ho přeložit jako „stále v místnosti“. Jedná se o novorozenecké jednotky, které matkám umožňují co nejtěsnější kontakt s dítětem již po porodu a také během celého pobytu v porodnici, pokud to není z nějakého patologického důvodu kontraindikováno. Při odchodu domů jsou matky schopny se o své dítě postarat ve všech směrech – přebalit, nakojit, zvážit, vykoupat, uchopit do rukou, a také dokážou mnohem dříve svému dítěti porozumět, naučí se rozeznat pláč hladového dítěte od pláče nespokojeného dítěte. Dochází mezi nimi k pevnému svazku, a dítě je neustále tam kde má být – u své matky. Důležitou roli na takovýchto odděleních mají dětské sestry, které matky naučí této péči o dítě, a kterým tyto povinnosti začínají již na porodním sále a to narozením dítěte. Jejím úkolem je kromě prvního ošetření dítěte, také sledování projevů tzv. „hledání“, kdy dítě hledá matčinu bradavku.

Projevuje se to tak, že dítě zeširoka otevírá ústa, natáčí hlavičku ke straně a dává si prsty do úst. Jakmile takto dítě začne hledat, je to znamení pro dětskou sestru, že ho má matce přiložit k prsu. Čím častější je přikládání k matčinu prsu, tím je větší pravděpodobnost k úspěšnému kojení, neboť největší efekt má přiložení dítěte během prvních dvou hodin po porodu a dále dle chuti novorozence. Po převezení matky na oddělení rooming-in, je jí dítě doneseno a sestra jí nejdříve vysvětlí péči o dítě teoreticky a poté s ní ještě vše procvičí i prakticky. Dětská sestra má rovněž na starosti dohlížet na správné kojení, péči o novorozence a eventuelně pomůže tam, kde je to potřeba. Musí si být vědoma, že matky po porodu jsou mnohem vnímavější a citlivější než jiné ženy. (Borek, Fendrychová, 2001).

4.3 Zajištění komfortu pro novorozence

Jak praví Leboyer: „Obávám se, že nikdo se nezabývá tím, zda porod je méně bolestivý pro dítě, než pro matku, soudě podle toho, jak málo pozornosti věnujeme dítěti, když se narodí. Je to tragedie, že si všichni myslíme, že tato „věc“ nemůže slyšet, vidět, ani cítit.“ (1974, s. 6). Abychom pochopili chování každého dítěte, musíme začít porozuměním tomu, proč novorozenec strádá. Smysly dítěte byly vyvinuty dávno před tím, než se narodilo, např. zrak dítěte je vyvinut tak, že vnímá světlo, proto je velmi důležité nepoužívat lampy a nesvítit mu přímo do obličeje, i když je to pro lékařský personál velmi pohodlné. Dítě je na světlo tak citlivé, že na něj reaguje ještě v době svého intrauterinního života. Pokud je žena vystavena slunečnímu záření, vnímá dítě v děloze zlatavou záři. Pokud se budeme zabývat sluchem, tak v době, kdy dítě přichází na svět, tak jim fungují orgány sluchu, dokonce i v děloze již vnímají zvuky z matčina trávicího traktu, tlukot matčina srdce, ale také její hlas, který se navždy vstřípí do mysli dítěte. Při porodu vnímá velmi silné zvukové vjemy, najednou zmizí bariéra matčina břicha a plodové vody, a sluch dítěte je nesmírně zranitelný. Proto bychom se měli alespoň snažit tlumit své zvukové projevy. A jak je to s hmatem? Jeho kůže je slabá, jemná a velmi citlivá, před narozením přijde tělo dítěte do kontaktu pouze s jemným povrchem placenty a po narození je zabaleno do hrubých tkanin. (Leboyer, 1974). Během mé odborné praxe při studiích se dopřával novorozenci co nejpřirozenější příchod na svět, především co se týká poporodní adaptace, tlumení hluku, světla, dostatečné teplo v místnosti. Co se týká hmatu, tak se dnes novorozenec ihned po porodu otírá jemnou tkaninou tzv. perlan, a poté je zabaleno do

hrubých plen, místo toho aby se nechalo matce na bříše, kde by mu bylo nejlépe. I když je tam dítě chvíli ponecháno, nikdy to není déle než 5 minut.

4.4 Potřeby novorozence

4.4.1 Tišení hluku

Musíme tlumit své projevy, smích, křik, hraní rádia, psaní na stroji v blízkosti dítěte. Dítě reaguje na hluk přerušáním spánku, úlekem, pohybem a křikem, poklesem okysličení krve, zvýšením dechové frekvence a srdeční činnosti a také zvýšením intrakraniálního tlaku.

4.4.2 Světlo

Ostré světlo dítě vyrušuje, a působí změny v jeho spánku a bdění. Jestliže se na dítě neustále svítí, leží se zavřenýma očima, spíše v polospánku, a není tedy připraveno na sociální kontakt. Měli bychom používat lampy se stínidly, nesvítíme přímo na dítě.

4.4.3 Šetrná manipulace

Je velmi nezbytná v péči o novorozence. Nestrkáme do postýlek a neopíráme se o ně, protože i sebemenší pohyb dítě vyruší. Pohodlí dítěti zajistíme oblečením, čepičkou, a zavinovačkou, do které dítě zabalíme a dodáme mu pocit bezpečí. Důležité je také polohování. Poloha na bříše je pro novorozence mnohem vhodnější než na zádech, jelikož je dítě jistější a stabilnější, vhodná je také poloha do klubíčka, které docílíme pomocí pleny, nebo dečky, kterou dítě podložíme. Dáváme také pozor při přebalování dětí, a nikdy nezvedáme zadeček nad úroveň hlavy, protože u dětí s gastroezofageálním refluxem bychom mohli způsobit návrat žaludečního obsahu do jícnu. Sestry, ale i rodiče, by měli umět rozeznat, kdy je dítě unavené a potřebuje spánek, a kdy naopak vyžaduje sociální kontakt.

4.4.4 Tišení bolesti

Novorozenec je hned po porodu schopen zažít bolest. Jelikož nám ale nemůže sdělit, co ho trápí, je na nás, abychom to včas rozpoznali. Jak uvádí Fendrychová (in Borek 2007): „Novorozenec reaguje na bolest změnami fyziologických funkcí (alterací srdečních ozev, zvýšením krevního tlaku a frekvence dýchání, sníženou oxygenací), křikem a změnou

polohy – zvláště u bolesti dlouhotrvající.“ (s. 272). Během traumatizující procedury udržujeme dítě v teple a v pohodlné pozici. (Borek, Fendrychová, 2001, 2007).

4.5 Jak to také jde v péči o novorozence

4.5.1 Klokánkování (kangarooing)

Již počátkem 80. let děti umíraly na infekci, měly dýchací problémy, ale také trpěly nedostatečnou péčí ze strany rodičů. Matky začaly nosit předčasně narozené děti na svém těle, dvacet čtyři hodin denně, dokonce s nimi i spaly a přes den je nosily pod šaty – tak jako v klokaní kapse. Lékaři zaznamenali okamžitý pokles úmrtnosti a děti začaly prospívat. Dnes se to provádí způsobem, že jsou děti, kromě plenky, úplně nahé a jsou dvě až tři hodiny denně nošeny matkou či otcem na hrudi ve vzpřímené poloze. Je třeba dítěti přikrýt zádička, ať neztrácí tělesné teplo. První věc, ke které při této péči dochází, je úprava tělesné teploty dítěte v závislosti na teplotě matčina těla. Ukázalo se také, že oproti dětem, kterým se v inkubátorech chaoticky zrychluje a zpomaluje tep, se dětem nošeným jako klokánci během několika minut synchronizuje dech se srdečním tepem. Tento proces se může využívat nejen u nedonošených dětí, ale také u dětí, které nepřibývají na váze, nebo mají-li nějaké svalové nebo vývojové problémy.

Výhody klokaní péče jsou – děti mají pravidelnou srdeční akci, pravidelné dýchání, nemají teplotní šoky, déle spí, rychleji se jim vyvíjí mozek, méně pláčou a snadněji se krmí. Rodiče si k dítěti vytvoří daleko hlubší vztah, narůstá v nich pocit sebedůvěry, že se o dítě dokážou postarat a převládá v nich pocit, že mají vše pod kontrolou.

4.5.2 Masáže miminek

Dnes již víme, že mnohé maminky i u nás, zbavily své děti právě masáží velmi závažných vývojových vad. Tyto masáže lze použít již od prvních dnů po narození a optimální je zařadit je do večerních rituálů. Někdy se používá k prohloubení účinků i aromaterapie vonnými oleji, ovšem do půl roku věku dítěte se používá pouze čistý olej bez vonných esencí, důležitější je vůně matky. Masáže prohlubují vztah a důvěru mezi rodiči a dětmi, rodiče a děti budou lépe spolupracovat a zlepší se jim spánkový rytmus. Také budou odolnější vůči nemocem a škodlivým vlivům prostředí. Masáž stimuluje a zlepšuje krevní oběh, což ovlivňuje rozvoj a činnost vnitřních orgánů, zlepšuje dýchání, posiluje správné

držení těla a ovlivňuje koordinaci pohybů. Tělo dítěte se před narozením připravuje na porodní stres. Jak praví Marek: „Pro právě narozené dítě je kontakt dotekem, očima a naslouchání tlukotu matčina srdce důležitým signálem.“ (2002, s. 216). Děti v nemocnici měly vysokou hladinu adrenokortikotropního hormonu, který je produkován při prožívání stresu, ještě dva až tři týdny po narození, zatímco děti narozené doma v přirozeném prostředí, které nebyly odděleny od matky, snížily tuto vysokou hladinu již za dvacet čtyři hodin. Masážní technikou můžeme u dětí odstranit poporodní trauma.

4.5.3 Nošení dětí v šátku

Vztah nošení mezi matkou a dítětem začíná již v těhotenství. Dítě vnímá jednak matčiny nálady, a jednak mu rytmus kolébavých pohybů dodává pocit jistoty. Když pak po porodu žena nosí své dítě nadále na těle, nošené dítě se cítí v bezpečí a v blízkosti. Míra blízkosti k matce či otci určuje tempo jeho fyzického ale i psychického rozvoje. Psychologický efekt tohoto nošení spočívá v tom, že přispívá k niternému citovému vztahu mezi rodiči a dítětem, a také k rozvoji inteligence dítěte. Je to vlastní uspokojování tělesných a duševních potřeb dítěte. Zahraniční pediatři doporučují nošení dítěte také z důvodu, že dítě vidí více ze svého okolí a umožňuje mu to lepší rozvoj mozku, dále že díky matčiným pohybům se stimulují orgány pohybu a koordinace u dítěte. Také je zajištěn intenzivní tělesný a vizuální kontakt s matkou či otcem a navozuje to pocit bezpečí. A v neposlední řadě jsou nožičky dítěte, které sedí v šátku, přesně anatomicky v pozici, která je optimální pro zdravý vývoj kyčlí. (Marek, 2002).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

Ve své bakalářské práci jsem k získání požadovaných informací použila metodu dotazníkového šetření. Vypracovala jsem dotazník, který byl určen pro matky bezprostředně po porodu, a rozdala jsem ho na oddělení šestinedělí ve Zlíně. Výzkum probíhal v období prosinec 2009 – březen 2010. Dotazníky byly anonymní a rozdány v tištěné formě. Oslovila jsem 100 žen na oddělení šestinedělí, které byly po spontánním porodu. Návratnost dotazníků byla 100%.

5.1 Cíle a hypotézy

Cíl 1: Zmapovat, jaké ošetrovatelské postupy péče o matku a dítě po porodu se ve zlínské porodnici používají.

Hypotéza 1.1: Předpokládám, že se ve zlínské porodnici určité specifické ošetrovatelské postupy péče o matku a dítě po porodu používají.

Cíl 2: Zjistit spokojenost rodiček s kvalitou péče po porodu na porodním sále ve zlínské porodnici.

Hypotéza 2.1: Domnívám se, že více než 70 % rodiček bude spokojeno s kvalitou úrovně komunikace s porodními asistentkami.

Hypotéza 2.2: Předpokládám, že více než 40 % rodiček bude spokojeno s kvalitou úrovně komunikace s dětskými lékaři.

Hypotéza 2.3: Domnívám se, že více než 50 % rodiček bude spokojeno s kvalitou úrovně komunikace s lékaři – porodníky.

Hypotéza 2.4: Předpokládám, že více než 50 % rodiček bude spokojeno s kvalitou úrovně komunikace s dětskými sestrami.

Hypotéza 2.5: Domnívám se, že více než 60 % rodiček bude porodní pokoj připadat útulný a vybavený.

Hypotéza 2.6: Předpokládám, že více než 70 % rodiček bude nabídnuta alternativa tišení porodních bolesti v průběhu I. a II. doby porodní.

Hypotéza 2.7: Domnívám se, že více než 40 % rodiček bude spokojeno se saturací stravovacích a hydratačních potřeb v průběhu porodu.

Hypotéza 2.8: Předpokládám, že více než 30 % rodiček bude spokojeno se saturací spánkových potřeb po porodu.

Hypotéza 2.9: Domnívám se, že u více než 50 % rodiček bude první přiložení dítěte k prsu do 30 minut po porodu.

Hypotéza 2.10: Předpokládám, že více než 60 % rodiček bude spokojeno s celkovou péčí o jejich osobu a dítě ve zlínské porodnici.

Cíl 3: praktický cíl – Vytvořit ideální standard ošetrovatelských postupů, které by se, dle mého názoru, měly dodržovat na porodním sále ve Zlíně.

5.2 Dotazníkové šetření

5.2.1 Dotazník určený pro ženy bezprostředně po porodu

Dotazník, který jsem vypracovala, byl určen ženám po porodu. Dotazník obsahuje 24 otázek, které jsem vytvořila na základě stanovených cílů a hypotéz. U většiny otázek je možnost pouze jedné odpovědi, pouze otázka č. 24 je otevřená, a žena mohla napsat volně svoji odpověď. Úvodní otázky 1 – 4 jsou zaměřeny na všeobecné údaje o ženě, věková skupina, dosažené vzdělání, bydliště ženy a počet porodů. V otázkách 5 – 18 se dotazuji žen na jejich spokojenost s kvalitou péče porodních asistentek, ale i dětských sester a lékařů neonatologů i porodníků. Z toho otázky 10 – 15, 17, 19, 20, a 23 žena vyjádřila svou spokojenost na číselné stupnici od 1 do 10, kdy 1 znamenalo výborné a 10 špatné. Otázky 19 – 24 se zaměřují na saturaci fyziologických potřeb ženy, a na spokojenost s celkovou péčí o ženu bezprostředně po porodu na porodním sále. Všechny otázky v dotazníku jsou uzavřené, pouze otázky č. 2, 9, 18, 21 jsou polozavřené, a otázka č. 24 je otevřená. Oslovených žen, které vyplnily dotazník, je 100. Návratnost dotazníků je 100 %. Dotazník je součástí příloh.

5.2.2 Výsledky výzkumu

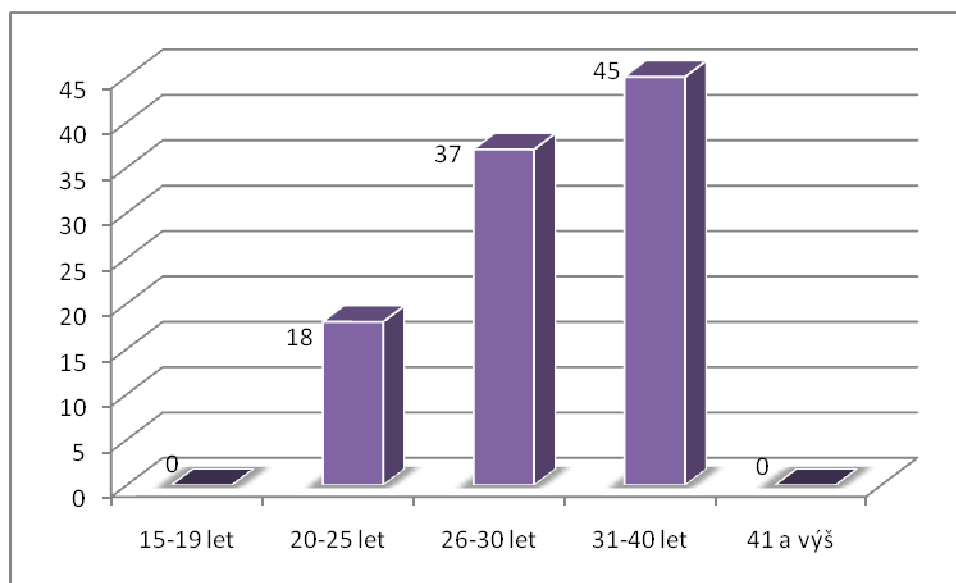
Dotazník určený pro ženy bezprostředně po porodu

Otázka č. 1: Do jaké věkové kategorie patříte?

Tab. č. 2 Věková kategorie respondentek

| Odpověď | Počet žen | Procenta |
|----------------|------------------|-----------------|
| 15-19 let | 0 | 0 |
| 20-25 let | 18 | 18 |
| 26-30 let | 37 | 37 |
| 31-40 let | 45 | 45 |
| 41 a výš | 0 | 0 |
| Celkem | 100 | 100 |

Graf č. 1 Věková kategorie respondentek



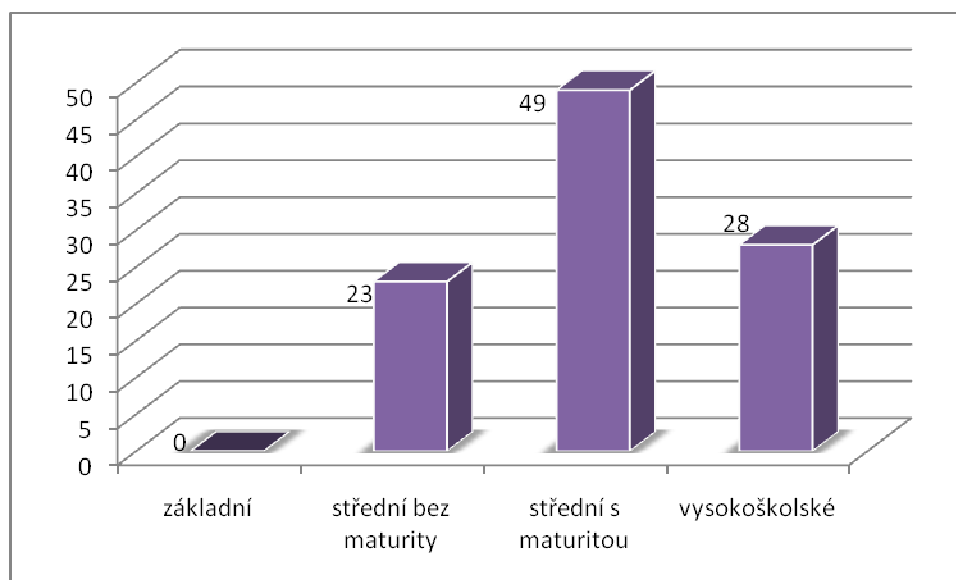
Nejčastější věkovou skupinou dotazovaných žen bylo v rozmezí 31 – 40 let. Tyto respondentky zaujímaly 45 %. Věk 26 – 30 let byl zastoupen 37 ženami (37 %), 18 žen (18 %), bylo ve věku 20 – 25 let a 0 žen (0 %), bylo ve věkovém rozmezí 15-19 let a 41 let a výš.

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

Tab. č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

| Odpověď | Počet žen | Procenta |
|----------------------|------------|------------|
| základní | 0 | 0 |
| střední bez maturity | 23 | 23 |
| střední s maturitou | 49 | 49 |
| vysokoškolské | 28 | 28 |
| Celkem | 100 | 100 |

Graf č. 2 Nejvyšší dosažené vzdělání



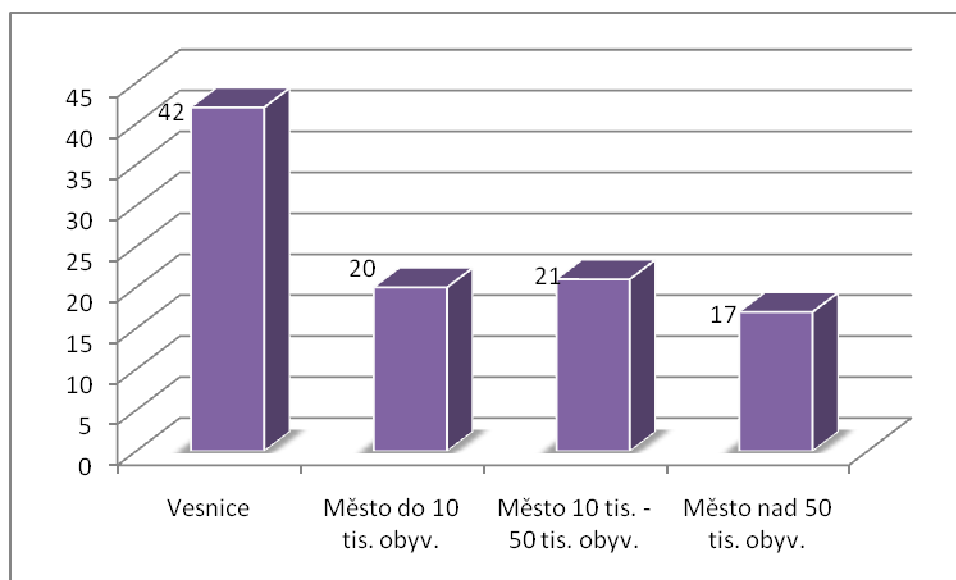
Nejpočetnější skupina dotazovaných žen 49 (49 %) má středoškolské vzdělání s maturitou. 28 (28 %) žen má vysokoškolské vzdělání, 23 (23 %) žen uvedlo, že jejich vzdělání je střední bez maturity a 0 (0 %) žen má vzdělání základní.

Otázka č. 3: Místo bydliště

Tab. č. 4 Místo bydliště

| Odpověď | Počet žen | Procenta |
|-------------------------------|------------|------------|
| Vesnice | 42 | 42 |
| Město do 10 tis. obyv. | 20 | 20 |
| Město 10 tis. - 50 tis. obyv. | 21 | 21 |
| Město nad 50 tis. obyv. | 17 | 17 |
| Celkem | 100 | 100 |

Graf č. 3 Místo bydliště



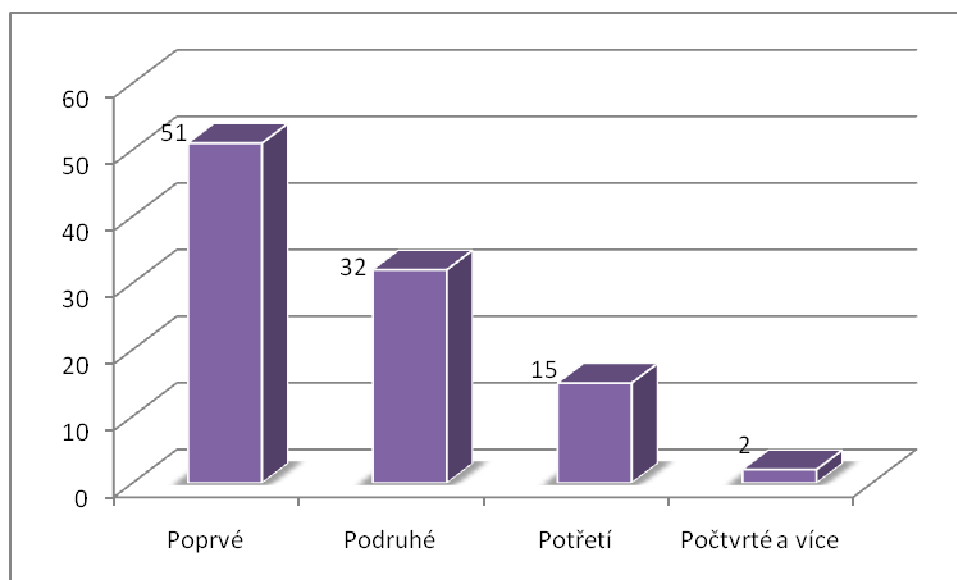
Otázkou číslo 3 jsem se dotazovala žen na místo jejich bydliště. Nejčastější skupinou byly ženy z vesnice 42 (42 %), druhou nejpočetnější skupinou byly ženy z města 10 000 – 50 000 obyvatel a to 21 (21 %) žen. 20 (20 % žen) uvedlo bydliště ve městě do 10 000 obyvatel, a pouze 17 žen (17 %) uvedlo místo svého bydliště ve městě nad 50 000 obyvatel.

Otázka č. 4: Po kolikáté jste rodila?

Tab. č. 5 Po kolikáté žena rodila

| Odpověď | Počet žen | Procenta |
|-----------------|------------|------------|
| Poprvé | 51 | 51 |
| Podruhé | 32 | 32 |
| Potřetí | 15 | 15 |
| Počtvrté a více | 2 | 2 |
| Celkem | 100 | 100 |

Graf č. 4 Po kolikáté žena rodila



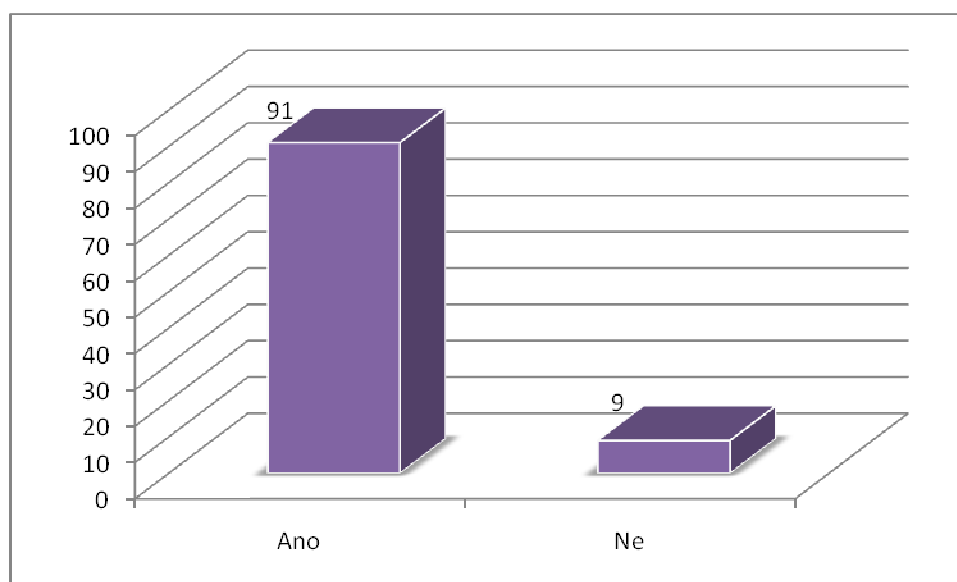
Největší skupinu respondentek tvořily ženy, které rodily poprvé - 51 (51 %) žen, druhou nejpočetnější skupinou byly druhorodičky 32 (32 %). 15 (15 % žen) rodilo potřetí, a pouze 2 (2 %) žen rodilo počtvrté a více.

Otázka č. 5: Představila se Vám porodní asistentka, která o Vás na porodním sále pečovala?

Tab. č. 6 Představila se porodní asistentka?

| Odpověď | Počet žen | Procenta |
|---------------|------------|------------|
| Ano | 91 | 91 |
| Ne | 9 | 9 |
| Celkem | 100 | 100 |

Graf č. 5 Představila se porodní asistentka?



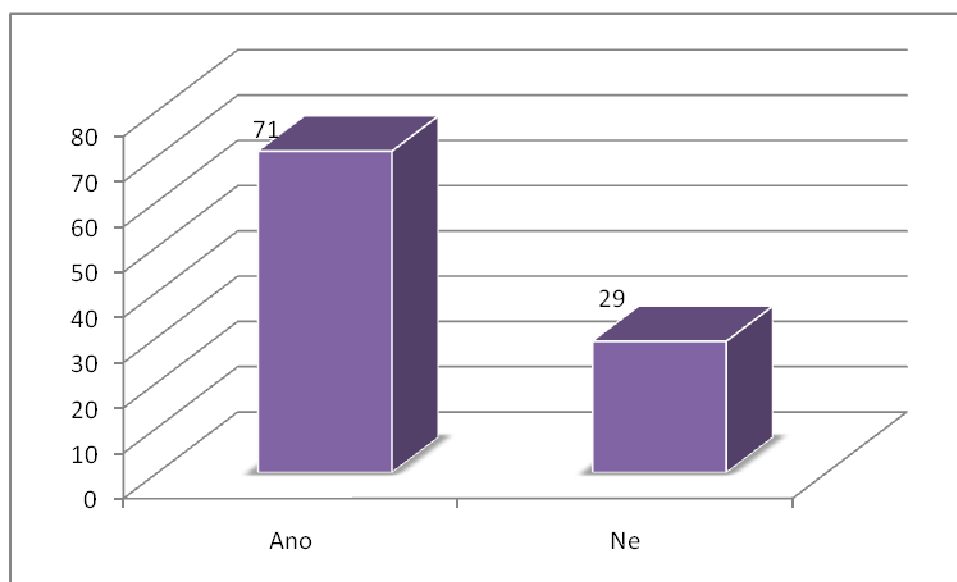
Cílem této otázky bylo zjistit, zda se ženě porodní asistentka představila, či ne. Téměř všechny dotazované ženy 91 (91 %), zodpověděly na tuto otázku „Ano“, a pouze 9 (9 %) žen zodpovědělo „Ne“.

Otázka č. 6: Představil se Vám lékař na porodním sále, který o Vás pečoval?

Tab. č. 7 Představil se lékař?

| Odpověď | Počet žen | Procenta |
|---------------|------------|------------|
| Ano | 71 | 71 |
| Ne | 29 | 29 |
| Celkem | 100 | 100 |

Graf č. 6 Představil se lékař?



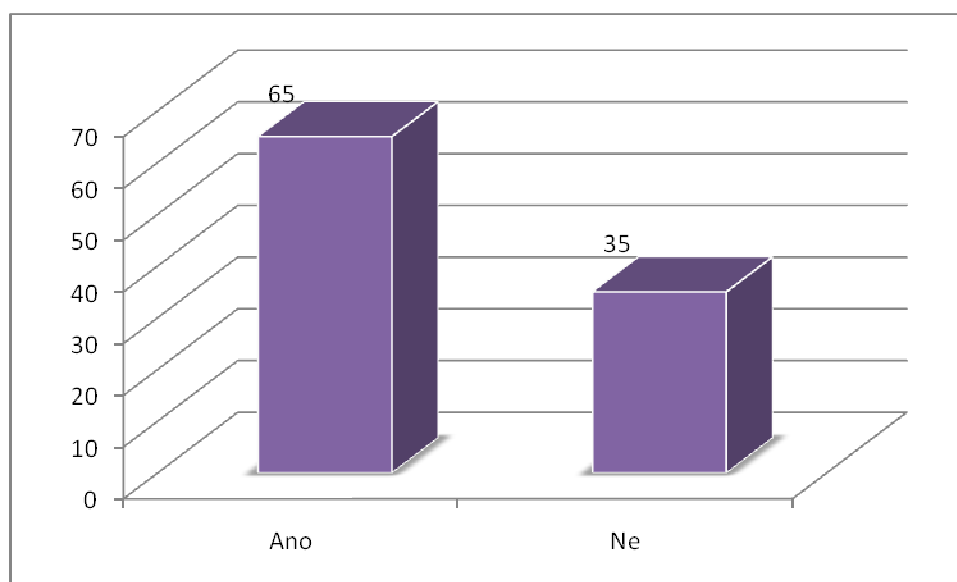
Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda se ženám představil lékař na porodním sále. Ze sta dotazovaných žen zodpověděla více než polovina 71 (71 %) na tuto otázku „Ano“ a odpověď „Ne“ označilo 29 (29 %) žen.

Otázka č. 7: Představila se Vám dětská sestra, která se bezprostředně po porodu starala o Vaše dítě?

Tab. č. 8 Představila se dětská sestra?

| Odpověď | Počet žen | Procenta |
|---------------|------------|------------|
| Ano | 65 | 65 |
| Ne | 35 | 35 |
| Celkem | 100 | 100 |

Graf č. 7 Představila se dětská sestra?



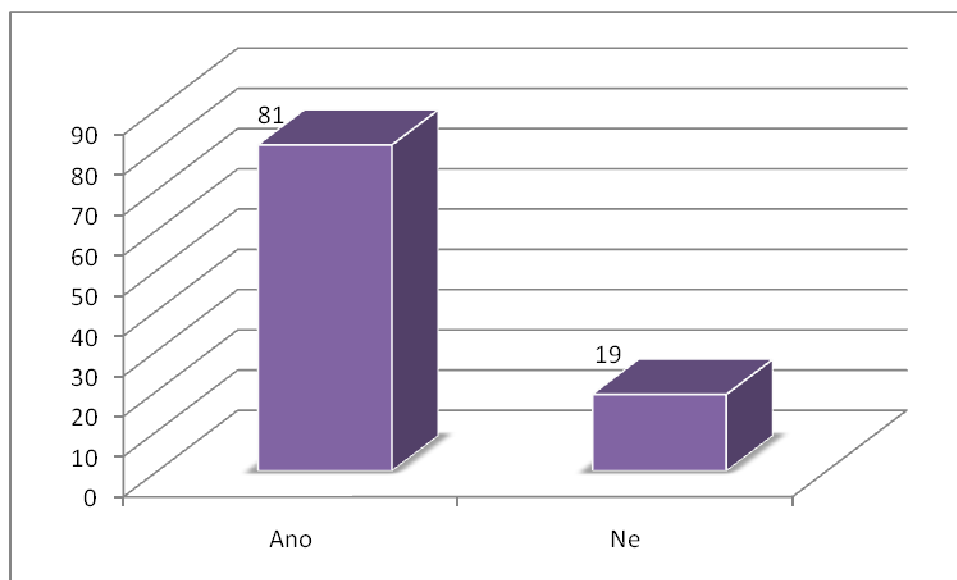
65 (65 %) respondentek odpovědělo, že se jim dětská sestra představila a 35 (35 %) respondentek odpovědělo, že se jim dětská sestra nepředstavila.

Otázka č. 8: Dokázala jste na porodním sále rozeznat dětskou sestru od porodní asistentky?

Tab. č. 9 Dokázala rozeznat DS od PA?

| Odpověď | Počet žen | Procenta |
|----------------|------------------|-----------------|
| Ano | 81 | 81 |
| Ne | 19 | 19 |
| Celkem | 100 | 100 |

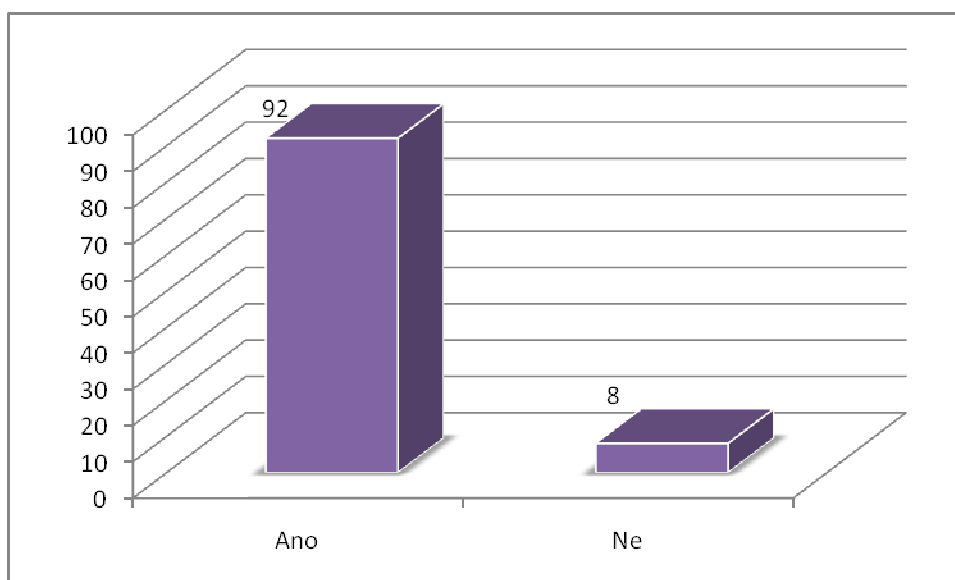
Graf č. 8 Dokázala rozeznat DS od PA?



81 (81 %) žen dokázalo rozeznat porodní asistentku od dětské sestry a 19 žen (19 %) označily, že to nedokázaly.

Otázka č. 9: Ptala se Vás porodní asistentka na Vaše pocity během porodu?*Tab. č. 10 Ptala se PA na pocity při porodu?*

| Odpověď | Počet žen | Procenta |
|---------------|------------|------------|
| Ano | 92 | 92 |
| Ne | 8 | 8 |
| Celkem | 100 | 100 |

Graf č. 9 Ptala se PA na pocity při porodu?

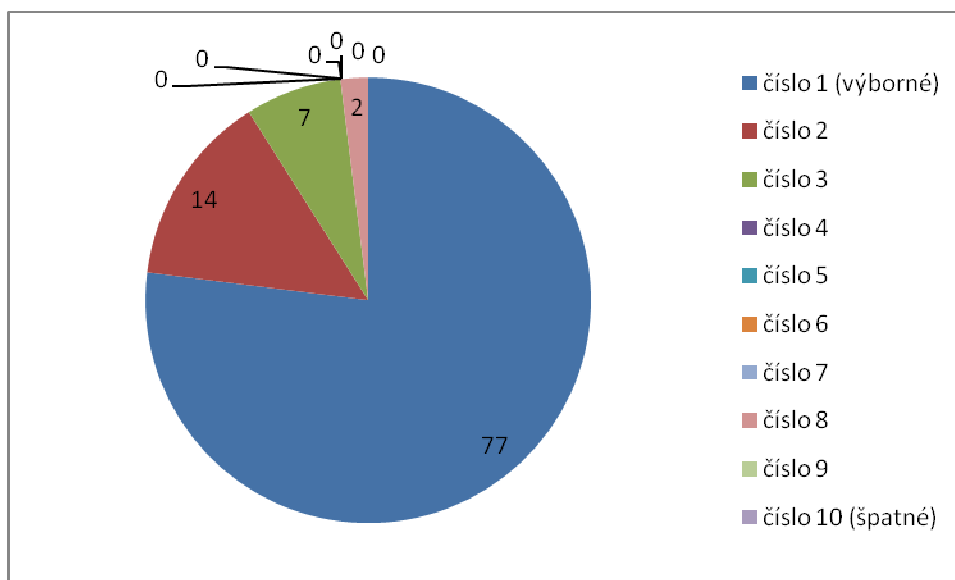
Naprostá většina respondentek - 92 (92 %) zodpovědělo na tuto otázku „Ano“ a zbylých 8 (8 %) žen zodpovědělo na tuto otázku „Ne“. Co se týká volné odpovědi na tuto otázku a to „Pokud jste měla pocit, že Vám porozuměla, dokázala Vám ve vaší situaci pomoci?“ tak ženy nejčastěji vyjadřovaly své odpovědi jako – PA naslouchala, vysvětlila vše, proč tomu tak je, odvedla myšlenky, poskytla oporu, pohlazení, stisk ruky.

Otázka č. 10: Jak jste byla spokojena s komunikací s porodní asistentkou, která o Vás při porodu pečovala?

Tab. č. 11 Spokojenost s komunikací PA

| Odpověď | Počet žen | Procenta |
|-------------------|------------|------------|
| číslo 1 (výborné) | 77 | 77 |
| číslo 2 | 14 | 14 |
| číslo 3 | 7 | 7 |
| číslo 4 | 0 | 0 |
| číslo 5 | 0 | 0 |
| číslo 6 | 0 | 0 |
| číslo 7 | 0 | 0 |
| číslo 8 | 2 | 2 |
| číslo 9 | 0 | 0 |
| číslo 10 (špatné) | 0 | 0 |
| Celkem | 100 | 100 |

Graf č. 10 Spokojenost s komunikací PA



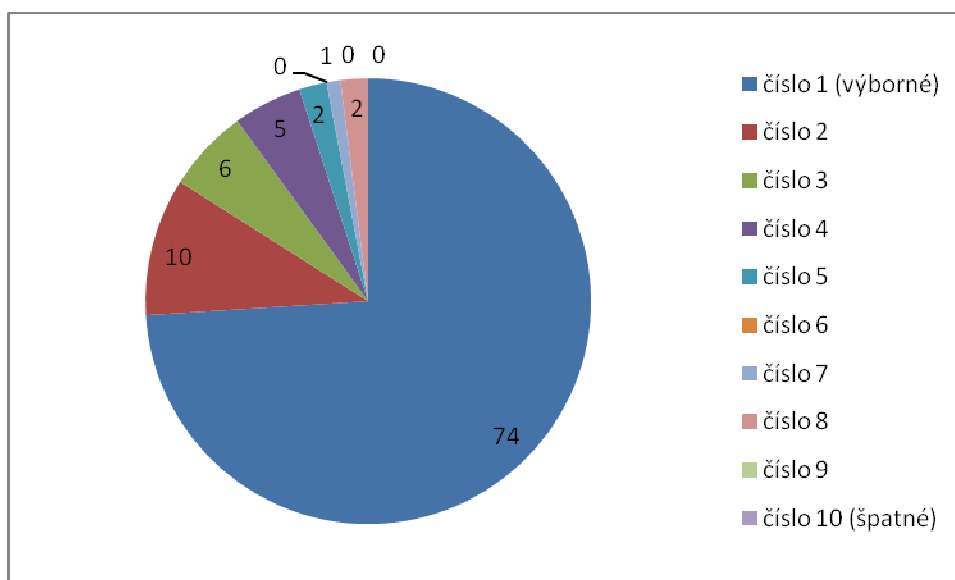
Touto otázkou jsem chtěla zjistit, jakou mírou byly ženy spokojené s péčí porodní asistentky všeobecně. 77 (77 %) respondentek uvedlo spokojenost číslem 1 = výborné. 14 (14 %) žen uvedlo svou odpověď číslem 2, dále 7 (7 %) žen uvedlo spokojenost s komunikací PA číslem 3 a pouhé 2 (2 %) respondentek uvedlo odpověď na tuto otázku číslem 8. 0 (0 %) žen označilo odpověď číslo 4, 5, 6, 7, 9 a 10.

Otázka č. 11: Jak jste byla spokojená s komunikací s lékaři – porodníky na porodním sále?

Tab. č. 12 Spokojenost s komunikací s lékaři-porodníky

| Odpověď | Počet žen | Procenta |
|-------------------|------------|------------|
| číslo 1 (výborné) | 74 | 74 |
| číslo 2 | 10 | 10 |
| číslo 3 | 6 | 6 |
| číslo 4 | 5 | 5 |
| číslo 5 | 2 | 2 |
| číslo 6 | 0 | 0 |
| číslo 7 | 1 | 1 |
| číslo 8 | 2 | 2 |
| číslo 9 | 0 | 0 |
| číslo 10 (špatné) | 0 | 0 |
| Celkem | 100 | 100 |

Graf č. 11 Spokojenost s komunikací s lékaři - porodníky



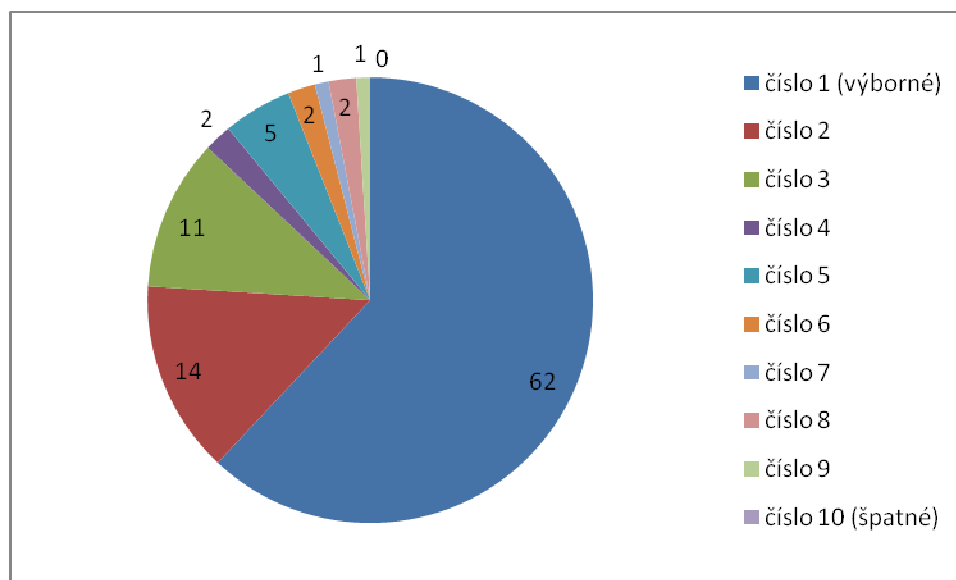
Cílem této otázky bylo zjištění spokojenosti žen s komunikací s lékaři – porodníky. 74 (74 %) žen uvedlo v dotazníku svou spokojenost číslem 1 = výborné. 10 (10 %) respondentek označilo odpověď číslem 2, 6 (6 %) žen odpovědělo číslem 3, dále 5 (5%) žen označilo jako odpověď číslo 4, jen 2 (2 %) žen uvedlo číslo 5, 1 (1 %) žena číslo 7 a 2 ženy (2 %) uvedly číslo 8. 0 (0 %) žen označily jako odpověď číslo 6, 9 a 10.

Otázka č. 12: Jak jste byla spokojená s komunikací s dětskými lékaři na porodním sále?

Tab. č. 13 Spokojenost s komunikací s dětskými lékaři

| Odpověď | Počet žen | Procenta |
|-------------------|------------|------------|
| číslo 1 (výborné) | 62 | 62 |
| číslo 2 | 14 | 14 |
| číslo 3 | 11 | 11 |
| číslo 4 | 2 | 2 |
| číslo 5 | 5 | 5 |
| číslo 6 | 2 | 2 |
| číslo 7 | 1 | 1 |
| číslo 8 | 2 | 2 |
| číslo 9 | 1 | 1 |
| číslo 10 (špatné) | 0 | 0 |
| Celkem | 100 | 100 |

Graf č. 12 Spokojenost s komunikací s dětskými lékaři



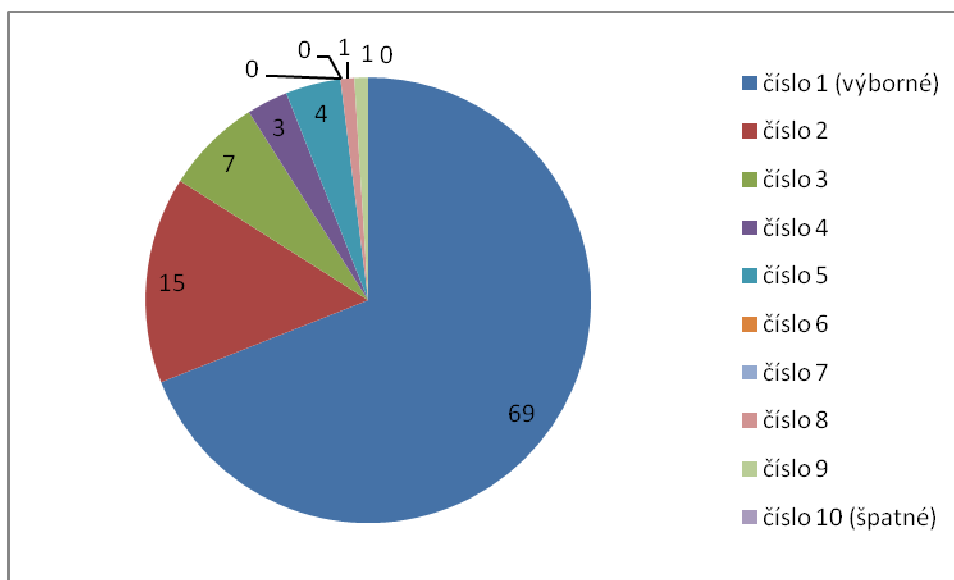
V této otázce jsem se dotazovala žen na spokojenost s komunikací s dětskými lékaři. 62 (62 %) respondentek uvedlo svou odpověď číslem 1 = výborné, 14 (14 %) žen odpovědělo číslem 2, 11 (11 %) žen uvedlo jako odpověď číslo 3, 2 ženy (2 %) uvedly svou odpověď číslem 4. Dále 5 žen (5 %) ze sta respondentek uvedlo odpověď číslem 5, 2 ženy (2 %) uvedly odpověď číslo 6, pouze 1 žena (1 %) odpověděly číslem 7, také 1 žena (1 %) uvedla číslo 9. 2 respondentky (2 %) z žen uvedly číslo 8. 0 (0 %) žen uvedlo odpověď číslo 10.

Otázka č. 13: Jak jste byla spokojená s komunikací s dětskou sestrou, která se po porodu starala o Vaše dítě?

Tab. č. 14 Spokojenost s komunikací s DS

| Odpověď | Počet žen | Procenta |
|-------------------|------------|------------|
| číslo 1 (výborné) | 69 | 69 |
| číslo 2 | 15 | 15 |
| číslo 3 | 7 | 7 |
| číslo 4 | 3 | 3 |
| číslo 5 | 4 | 4 |
| číslo 6 | 0 | 0 |
| číslo 7 | 0 | 0 |
| číslo 8 | 1 | 1 |
| číslo 9 | 1 | 1 |
| číslo 10 (špatné) | 0 | 0 |
| Celkem | 100 | 100 |

Graf č. 13 Spokojenost s komunikací s DS



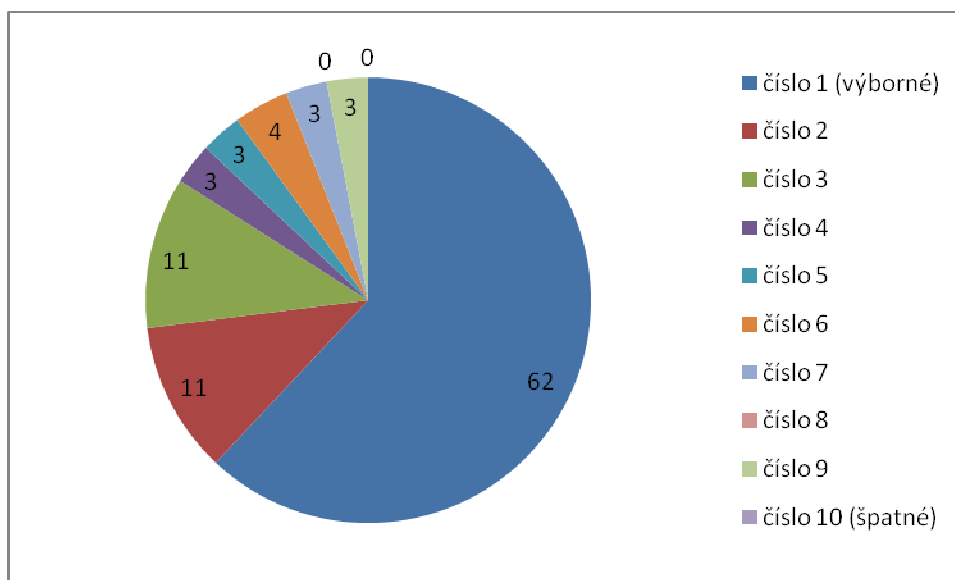
Prostřednictvím této otázky jsem chtěla zjistit, jak jsou ženy spokojené s komunikací s dětskou sestrou na porodním sále. 69 (69 %) respondentek ze sta uvedlo odpověď na otázku číslem 1 = výborné, 15 (15 %) žen odpovědělo číslem 2. 7 (7 %) žen označilo odpověď číslo 3, 3 ženy (3 %) zakroužkovaly odpověď číslo 4. Dále 4 ženy (4 %) označilo odpověď číslem 5 na stupnici a pouhá 1 žena (1 %) označila odpověď číslo 8 i 9. 0 (0 %) žen označilo odpověď číslo 6, 7 a 10.

Otázka č. 14: Byla jste spokojená s množstvím podaných informací o Vašem dítěti, prostřednictvím dětské sestry?

Tab. č. 15 Spokojenost s informacemi o dítěti od DS

| Odpověď | Počet žen | Procenta |
|-------------------|------------|------------|
| číslo 1 (výborné) | 62 | 62 |
| číslo 2 | 11 | 11 |
| číslo 3 | 11 | 11 |
| číslo 4 | 3 | 3 |
| číslo 5 | 3 | 3 |
| číslo 6 | 4 | 4 |
| číslo 7 | 3 | 3 |
| číslo 8 | 0 | 0 |
| číslo 9 | 3 | 3 |
| číslo 10 (špatné) | 0 | 0 |
| Celkem | 100 | 100 |

Graf č. 14 Spokojenost s informacemi o dítěti od DS



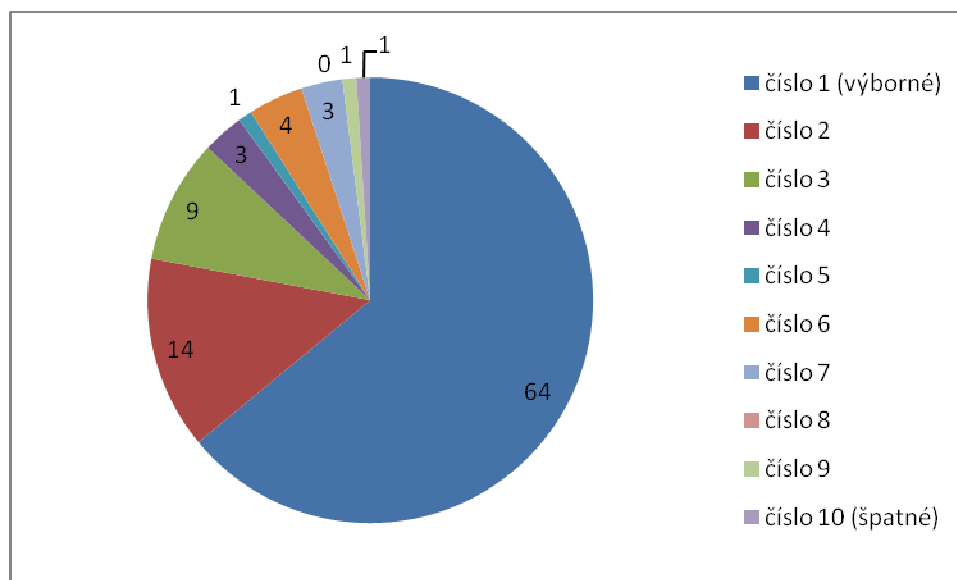
Mým cílem v této otázce bylo zjistit spokojenost s informacemi o dítěti, prostřednictvím dětské sestry. 62 (62 %) respondentek označilo jako odpověď číslo 1 = výborné, 11 (11 %) respondentek označilo jako odpověď číslo 2 a 3. Dále 3 ženy (3 %) uvedly jako odpověď číslo 4, 5, 7 a 9. 4 ženy (4 %) označilo odpověď 6 a 0 (0 %) žen uvedlo odpověď číslo 8 a 10.

Otázka č. 15: Byla jste spokojená s množstvím podaných informací o vašem dítěti, prostřednictvím dětských lékařů?

Tab. č. 16 Spokojenost s informacemi o dítěti od dětských lékařů

| Odpověď | Počet žen | Procenta |
|-------------------|------------|------------|
| číslo 1 (výborné) | 64 | 64 |
| číslo 2 | 14 | 14 |
| číslo 3 | 9 | 9 |
| číslo 4 | 3 | 3 |
| číslo 5 | 1 | 1 |
| číslo 6 | 4 | 4 |
| číslo 7 | 3 | 3 |
| číslo 8 | 0 | 0 |
| číslo 9 | 1 | 1 |
| číslo 10 (špatné) | 1 | 1 |
| Celkem | 100 | 100 |

Graf č. 15 Spokojenost s informacemi o dítěti od dětských lékařů



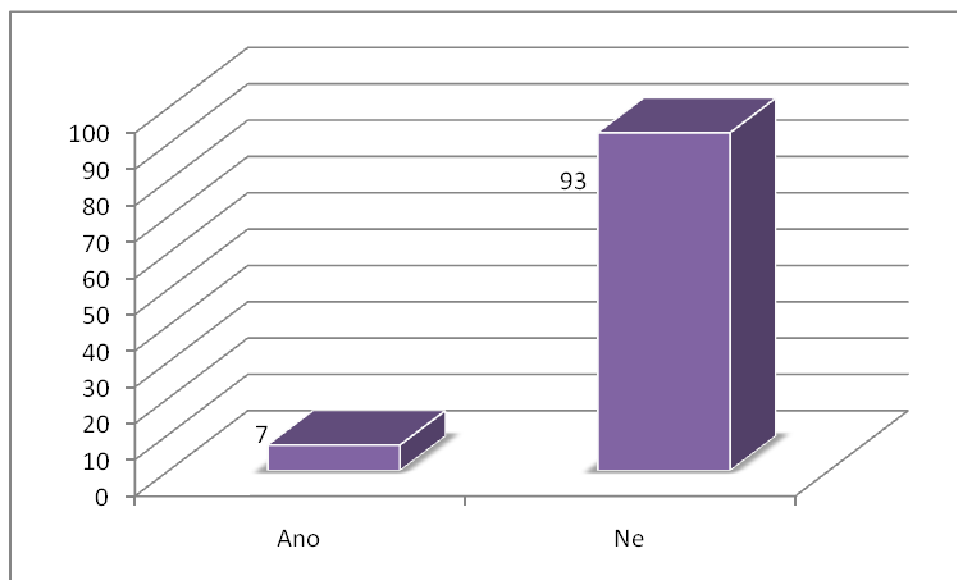
Zde jsem chtěla zjistit, jak jsou ženy po porodu spokojeny s množstvím informací o dítěti, prostřednictvím dětských lékařů. 64 (64 %) žen odpovědělo v dotazníku číslem 1 = výborné, 14 žen (14 %) označilo číslo 2, 9 (9 %) žen odpovědělo číslem 3. Další 3 ženy (3 %) odpověděly číslem 4 a také 7. Pouhá 1 žena označila odpověď číslem 5, ale i 9 a 10. Dále 4 respondentky (4 %) odpověděly číslem 6, a 0 (0 %) žen označilo odpověď číslo 8.

Otázka č. 16: Bála jste se o své dítě, když bylo v péči dětské sestry na porodním sále?

Tab. č. 17 Strach o dítě, v péči DS

| Odpověď | Počet žen | Procenta |
|---------------|------------|------------|
| Ano | 7 | 7 |
| Ne | 93 | 93 |
| Celkem | 100 | 100 |

Graf č. 16 Strach o dítě, v péči DS



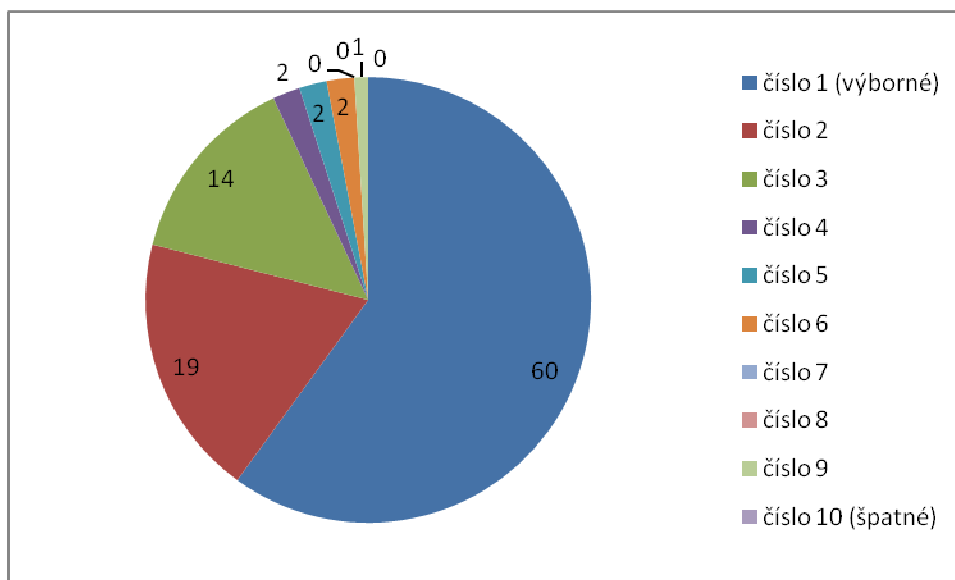
Většina žen 93 (93 %) odpověděly na tuto otázku, že se o své dítě v péči dětské sestry na porodním sále nebály a pouhých 7 žen (7 %) odpovědělo, že se o své dítě, které bylo v rukou dětské sestry, bály.

Otázka č. 17: Jak na Vás působil porodní pokoj z pohledu útulnosti a vybavenosti?

Tab. č. 18 Porodní pokoj z pohledu útulnosti a vybavenosti

| Odpověď | Počet žen | Procenta |
|-------------------|------------|------------|
| číslo 1 (výborné) | 60 | 60 |
| číslo 2 | 19 | 19 |
| číslo 3 | 14 | 14 |
| číslo 4 | 2 | 2 |
| číslo 5 | 2 | 2 |
| číslo 6 | 2 | 2 |
| číslo 7 | 0 | 0 |
| číslo 8 | 0 | 0 |
| číslo 9 | 1 | 1 |
| číslo 10 (špatné) | 0 | 0 |
| Celkem | 100 | 100 |

Graf č. 17 Porodní pokoj z pohledu útulnosti a vybavenosti



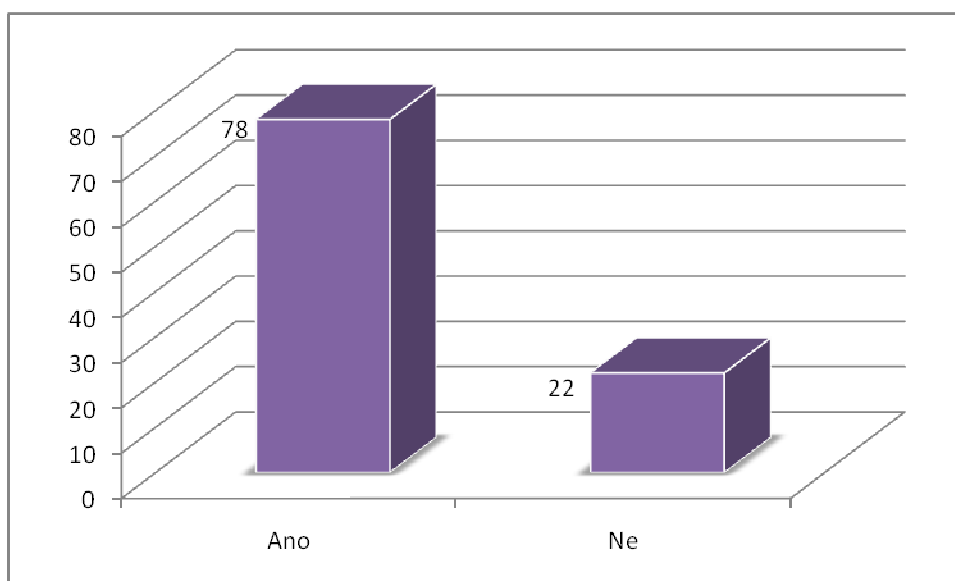
V této otázce jsem se pokoušela zjistit, jak na ženy působí porodní pokoj z pohledu útulnosti a vybavenosti. 60 (60 %) žen odpovědělo na otázku číslem 1 = výborné, 19 žen (19 %) označilo číslo 2, 14 respondentek (14 %) označilo číslo 3, dále pouze 2 ženy (2 %) odpověděly číslem 4, 5 a 6. Pak už pouze 1 žena (1 %) označila odpověď číslo 9. Ostatní čísla 7, 8 a 10 označilo 0 (0 %) respondentek ze sta.

Otázka č. 18: Byla Vám nabídnuta možnost tišení porodních bolestí?

Tab. č. 19 A Možnost tišení porodních bolestí

| Odpověď | Počet žen | Procenta |
|---------------|------------|------------|
| Ano | 78 | 78 |
| Ne | 22 | 22 |
| Celkem | 100 | 100 |

Graf č. 18 A Možnost tišení porodních bolestí

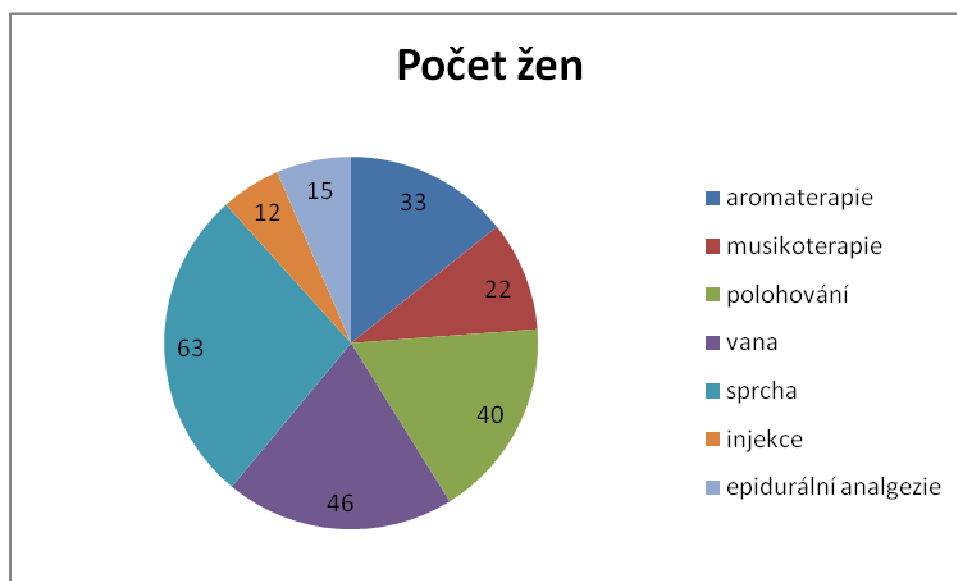


78 (78 %) žen odpovědělo, že jim byla nabídnuta možnost tišení porodních bolestí a 22 (22 %) žen uvedlo, že jim tato možnost nabídnuta nebyla, a to z důvodu, že to nebylo potřeba.

Tab. č. 19 B Druhy tišení porodních bolestí

| Odpověď | Počet žen | Procenta |
|----------------------|-----------|----------|
| aromaterapie | 33 | 33 |
| musikoterapie | 22 | 22 |
| polohování | 40 | 40 |
| vana | 46 | 46 |
| sprcha | 63 | 63 |
| injekce | 12 | 12 |
| epidurální analgezie | 15 | 15 |

Graf č. 18 B Druhy tišení porodních bolestí



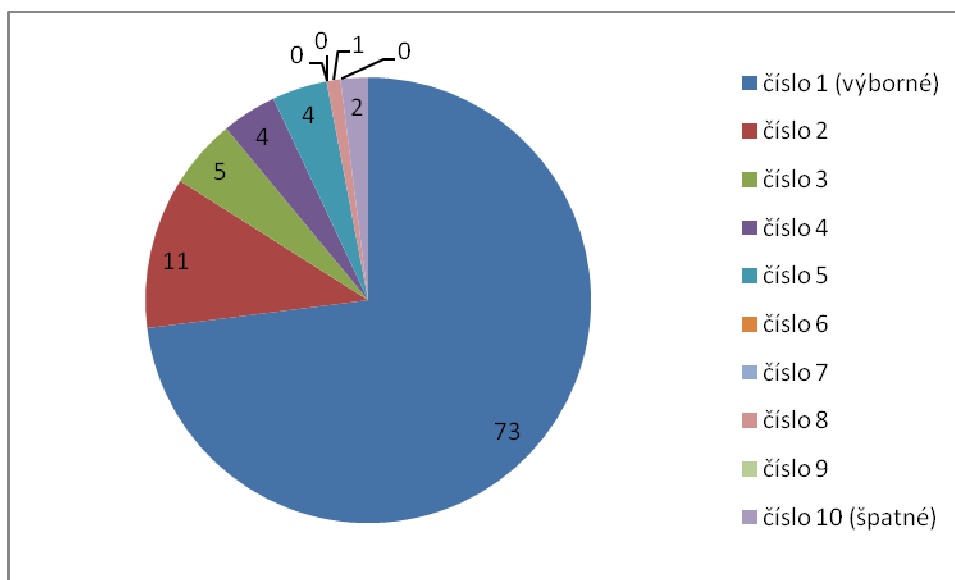
Součástí otázky č. 18 byly druhy tišení porodních bolestí, které se v označených odpovědích v dotazníku nejčastěji vyskytovaly. 63krát bylo uvedeno využití sprchy k tišení porodních bolestí, 46krát využití vany, 40krát polohování, 33krát aromaterapie, dalších 22 označených možností tvořila muzikoterapie, v 15- ti případech byla označena epidurální analgezie, a nakonec pouze ve 12- ti případech injekce.

Otázka č. 19: Byly uspokojeny Vaše potřeby, co se týká přijímání stravy a tekutin v průběhu porodu?

Tab. č. 20 Uspokojení potřeb stravy a tekutin v průběhu porodu

| Odpověď | Počet žen | Procenta |
|-------------------|------------|------------|
| číslo 1 (výborné) | 73 | 73 |
| číslo 2 | 11 | 11 |
| číslo 3 | 5 | 5 |
| číslo 4 | 4 | 4 |
| číslo 5 | 4 | 4 |
| číslo 6 | 0 | 0 |
| číslo 7 | 0 | 0 |
| číslo 8 | 1 | 1 |
| číslo 9 | 0 | 0 |
| číslo 10 (špatné) | 2 | 2 |
| Celkem | 100 | 100 |

Graf č. 19 Uspokojení potřeb stravy a tekutin v průběhu porodu



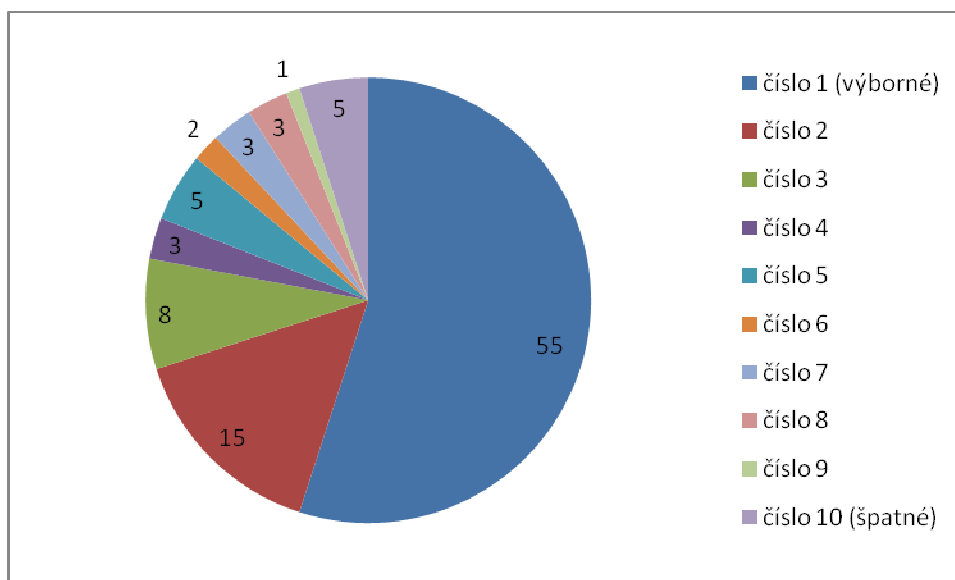
V této otázce jsem se pokusila zjistit, zda u žen byly uspokojeny potřeby stravy a tekutin v průběhu porodu. 73 (73 %) žen označilo odpověď číslo 1 = výborné, 11 (11 %) žen odpovědělo číslem 2, 5 žen (5 %) číslem 3, dále 4 ženy (4 %) odpověděly číslem 4 a 5. 1 žena (1 %) označila odpověď číslo 8 a 2 ženy (2 %) označily odpověď číslo 10 = špatné. Zde určitě hrála roli individualita každé ženy a její zvyky. 0 (0 %) žen označilo odpověď číslo 6, 7 a 9.

Otázka č. 20: Měla jste možnost dostatečného spánku, během prvních deseti hodin po porodu?

Tab. č. 21 Možnost spánku po porodu

| Odpověď | Počet žen | Procenta |
|-------------------|------------|------------|
| číslo 1 (výborné) | 55 | 55 |
| číslo 2 | 15 | 15 |
| číslo 3 | 8 | 8 |
| číslo 4 | 3 | 3 |
| číslo 5 | 5 | 5 |
| číslo 6 | 2 | 2 |
| číslo 7 | 3 | 3 |
| číslo 8 | 3 | 3 |
| číslo 9 | 1 | 1 |
| číslo 10 (špatné) | 5 | 5 |
| Celkem | 100 | 100 |

Graf č. 20 Možnost spánku po porodu



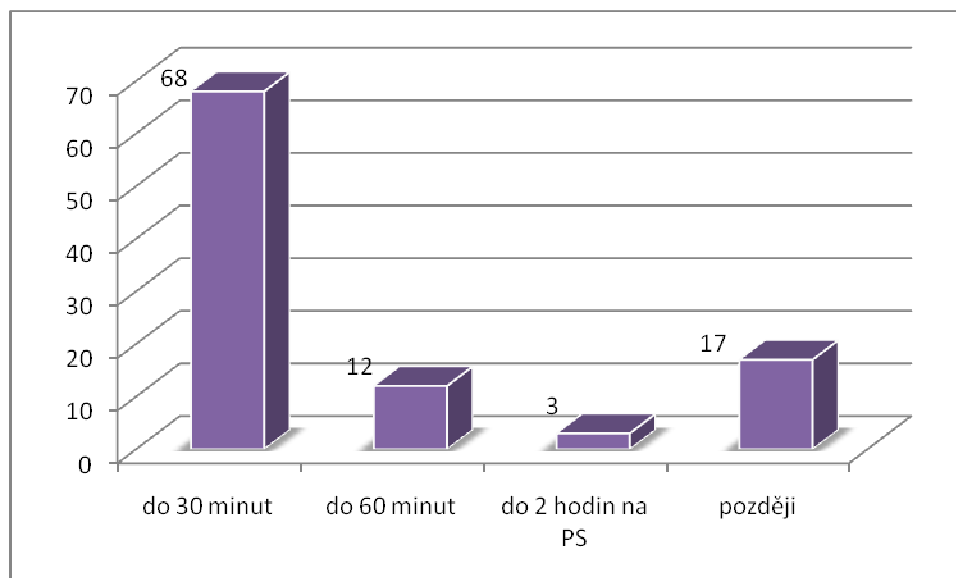
U této otázky bylo mým cílem zjistit, zda ženy měly možnost dostatečného spánku v prvních 10 hodinách po porodu. 55 (55 %) respondentek označilo odpověď na tuto otázku číslem 1 = výborné. 15 žen (15 %) odpovědělo číslem 2, dále 8 žen (8 %) označilo odpověď číslo 3. Celkem 3 respondentky (3 %) označily odpověď číslo 4, 7 i 8. Dále 5 (5 %) žen číslo 5 a 10, a pouze 2 ženy (2 %) číslo 6. 1 žena (1 %) označila číslo 9.

Otázka č. 21: Kdy bylo Vaše dítě poprvé přiloženo k prsu?

Tab. č. 22 Kdy bylo dítě přiloženo k prsu?

| Odpověď | Počet žen | Procenta |
|------------------|------------|------------|
| do 30 minut | 68 | 68 |
| do 60 minut | 12 | 12 |
| do 2 hodin na PS | 3 | 3 |
| později | 17 | 17 |
| Celkem | 100 | 100 |

Graf č. 21 Kdy bylo dítě přiloženo k prsu?



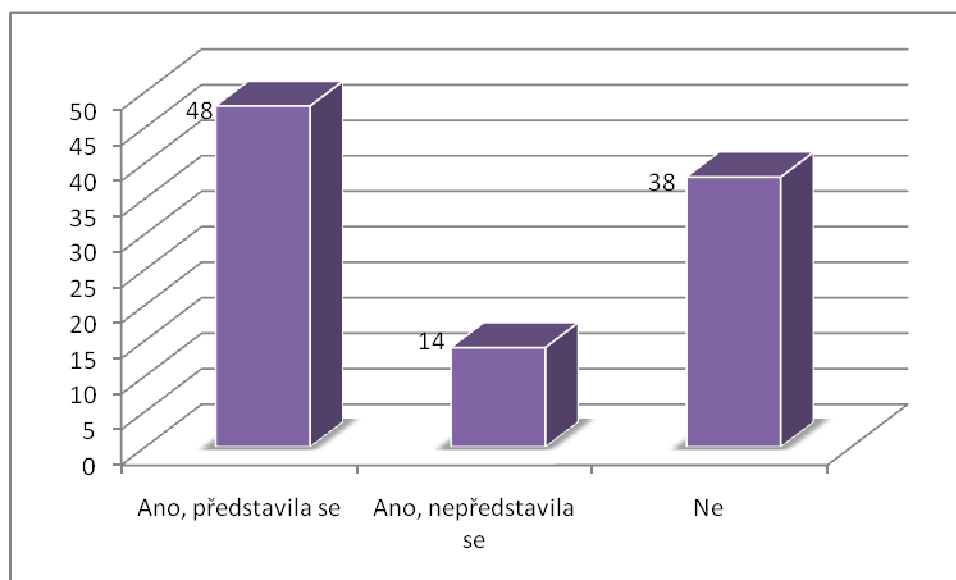
V této otázce jsem chtěla zjistit, kdy bylo dítě poprvé přiloženo k matčinu prsu. 68 (68 %) respondentek označilo odpověď do 30 minut, dalších 12 žen (12 %) označilo, že jejich dítě bylo k prsu přiloženo do 60 minut, pouze 3 ženy (3 %) uvedly, že do 2 hodin na porodním sálem a 17 žen (17 %) později, a to nejčastěji z důvodu předčasného porodu, nebo špatné poporodní adaptace dítěte (nízká tělesná teplota, nutnost pobytu v inkubátoru, umístění novorozence na JIP).

Otázka č. 22: Byla u Vašeho porodu přítomna studentka porodní asistence? (Pokud ano, představila se Vám)?

Tab. č. 23 Přítomnost studentky u porodu

| Odpověď | Počet žen | Procenta |
|-----------------------|------------|------------|
| Ano, představila se | 48 | 48 |
| Ano, nepředstavila se | 14 | 14 |
| Ne | 38 | 38 |
| Celkem | 100 | 100 |

Graf č. 22 Přítomnost studentky u porodu



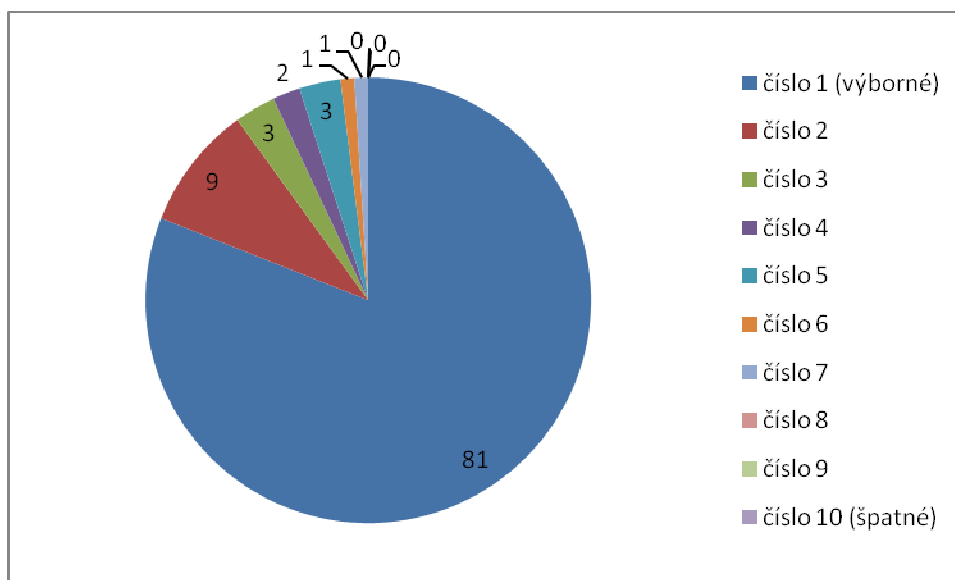
Zde 48 (48 %) žen odpovědělo, že byla u porodu studentka přítomna, a představila se. Dále 14 (14 %) žen uvedlo, že studentka přítomna byla, ale nepředstavila se, a zbývajících 38 (38 %) žen uvedlo, že studentka porodní asistence vůbec u jejich porodu přítomna nebyla.

Otázka č. 23: Jak moc jste byla spokojená s péčí o Vás, která se odehrávala na porodním sále?

Tab. č. 24 Celková spokojenost s péčí na porodním sále

| Odpověď | Počet žen | Procenta |
|-------------------|------------|------------|
| číslo 1 (výborné) | 81 | 81 |
| číslo 2 | 9 | 9 |
| číslo 3 | 3 | 3 |
| číslo 4 | 2 | 2 |
| číslo 5 | 3 | 3 |
| číslo 6 | 1 | 1 |
| číslo 7 | 1 | 1 |
| číslo 8 | 0 | 0 |
| číslo 9 | 0 | 0 |
| číslo 10 (špatné) | 0 | 0 |
| Celkem | 100 | 100 |

Graf č. 23 Celková spokojenost s péčí na porodním sále



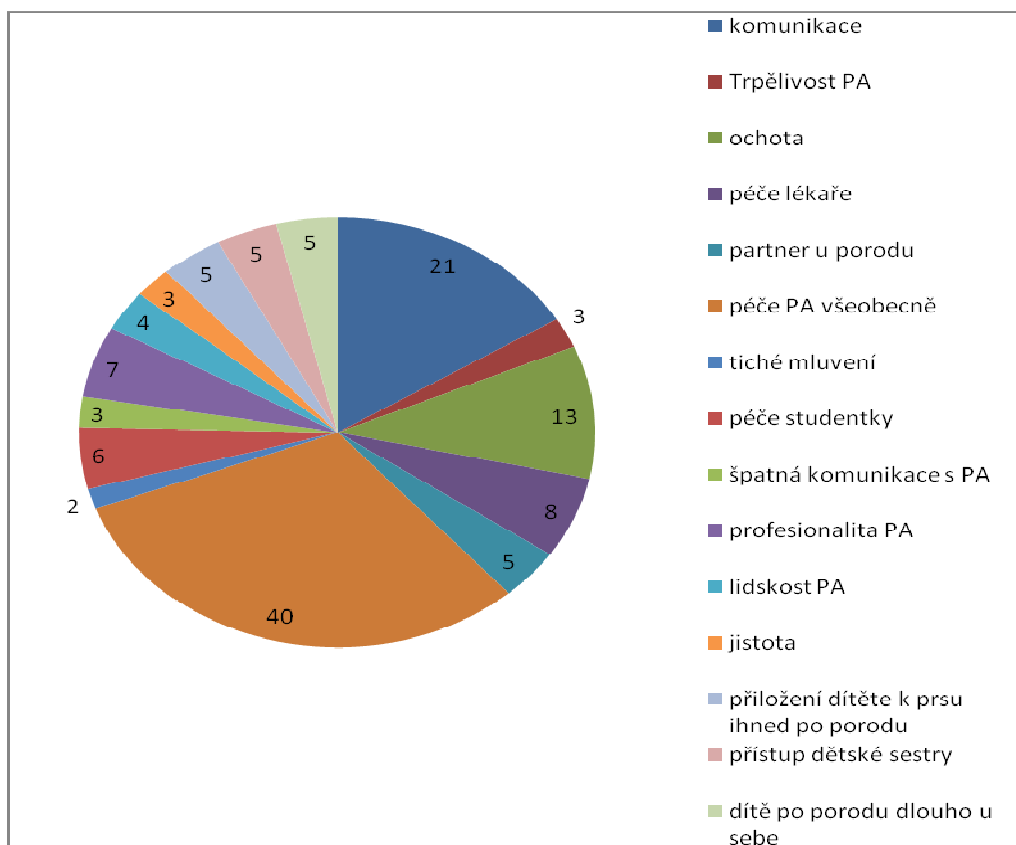
V této otázce jsem chtěla zjistit celkovou spokojenost žen s péčí o jejich osobu na porodním sále. 81 (81 %) respondentek označilo číslo 1 = výborné, 9 (9 %) žen číslo 2, 3 ženy (3 %) číslo 3 a 5, 2 ženy (2 %) označily číslo 4, dále 1 žena (1 %) označila odpověď číslem 6 a 7. A zbývající čísla 8, 9 a 10 označilo 0 (0 %) žen.

Otázka č. 24: Co se Vám na péči o Vás a Vaše dítě líbilo - nebo nelíbilo?

Tab. č. 25 Co se Vám na péči o Vás a Vaše dítě líbilo, nebo nelíbilo?

| Odpověď | Počet žen | Procenta |
|---|-----------|----------|
| komunikace | 21 | 21 |
| trpělivost PA | 3 | 3 |
| ochota | 13 | 13 |
| péče lékaře | 8 | 8 |
| partner u porodu | 5 | 5 |
| péče PA všeobecně | 40 | 40 |
| tiché mluvení | 2 | 2 |
| péče studentky | 6 | 6 |
| špatná komunikace s PA | 3 | 3 |
| profesionalita PA | 7 | 7 |
| lidskost PA | 4 | 4 |
| jistota | 3 | 3 |
| přiložení dítěte k prsu ihned po porodu | 5 | 5 |
| přístup dětské sestry | 5 | 5 |
| dítě po porodu dlouho u sebe | 5 | 5 |

Graf č. 24 Co se Vám na péči o Vás a Vaše dítě líbilo, nebo nelíbilo?



V poslední otázce v mém dotazníku, jsem požádala ženy, o volnou odpověď na otázku, co se jim na péči o ně samotné a jejich děti líbilo, nebo nelíbilo. Ne všechny ženy se věnovaly odpovědi na tuto otázku, bohužel u některých dotazníků zůstala tato otázka nevyplněná. Proto ji nelze zpracovat v procentech, a přikládám ji jako součást praktické části spíše pro zajímavost. 40 žen odpovědělo, že byly spokojeny s celkovou péčí PA, 21 žen uvedlo, že byly spokojeny s komunikací se zdravotnickým týmem, 13 žen obdivovaly ochotu, 8 žen ocenila péči lékařů, 7 žen uvedlo, že se jim líbila profesionalita PA, 6 žen uvedly spokojenost s péčí studentky, a dalších 5 žen ocenily možnost přítomnosti partnera u porodu, přiložení dítěte k prsu ihned po porodu, přístup dětské sestry a také možnost, mít dítě po porodu u sebe. Dále 4 ženy ocenily lidskost PA, 3 ženy trpělivost PA a jistotu, a 2 ženy uvedly, že se jim líbilo tiché mluvení na porodním boxu.

Z negativních ohlasů, které se prostřednictvím volných odpovědí žen také vyskytovaly, jsem se rozhodla uvést jich jen pár nejzajímavějších, a nazařazovala jsem je ani do grafu. Např.: 1 žena se vyjádřila, že jí byla zima na porodním sále, 1 žena uvedla, že nebyla spokojena s opakovanými vaginálními vyšetřeními, 2 ženy uvedly, že na porodním sále byl příliš rušný personál, 1 žena postrádala tlačítko přivolání porodní asistentky, když ji potřebovala, 1 žena namítla, že jí při tlačení nebyla nabídnuta opora, a pouze 1 žena uvedla, že nebyla spokojena s tím, že jí ihned po porodu odnesli dítě a donesli ho pouze k přiložení k prsu – žena si stěžovala na nedovolený bonding, který si velmi přála.

6 VYHODNOCENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ

Cíl 1: Zmapovat, jaké ošetrovatelské postupy péče o matku a dítě v poporodní péči se ve zlínské porodnici používají.

Na zjištění tohoto cíle jsem použila svou vlastní aspekci a pozorovací schopnost, ale také zkušenosti z mé odborné praxe při studiích. Ošetrovatelské postupy, které jsou dány ošetrovatelskými standardy, se podle toho, co jsem vypožorovala, dodržují v plné šíři.

Hypotéza 1.1: Předpokládám, že se ve zlínské porodnici určité specifické ošetrovatelské postupy péče o matku a dítě po porodu používají.

K ověření této hypotézy jsem použila metodu pozorování ošetrovatelských postupů přímo na porodním sále.

Hypotéza 1.1 se potvrdila

Cíl 2: Zjistit spokojenost rodiček s kvalitou péče po porodu na porodním sále ve zlínské porodnici.

Hypotéza 2.1: Domnívám se, že více než 70 % rodiček bude spokojeno s kvalitou úrovně komunikace s porodními asistentkami.

Tato hypotéza je ověřena v otázkách číslo 5, 9, 10. V otázce číslo 5 se dotazuji žen, zda se jim představila porodní asistentka na porodním sále, která o ně pečovala. Z toho 91 % žen odpovědělo, že ano. V další otázce číslo 9 jsem se pokoušela pomocí dotazníku zjistit, zda se porodní asistentka dotazovala ženy na její pocity během porodu, a 92 % rodiček odpovědělo, že ano. A v otázce číslo 10 jsem se dotazovala žen na jejich celkovou spokojenost s komunikací s porodní asistentkou na porodním sále, a ze sta dotazových žen jich 77 % označilo odpověď číslo 1 = výborné.

Hypotéza 2.1 se potvrdila

Hypotéza 2.2: Předpokládám, že více než 40 % rodiček bude spokojeno s kvalitou úrovně komunikace s dětskými lékaři.

Daná hypotéza je ověřena v otázkách číslo 12 a 15. V otázce číslo 12 se dotazuji žen, zda byly spokojeny s komunikací s dětskými lékaři na porodním sále. 62 % žen ze sta označily odpověď číslo 1 = výborné. Otázka číslo 15 je zaměřená na spokojenost matek

s informacemi o jejich dítěti prostřednictvím dětských lékařů. 64 % žen ze sta oslovených odpovědělo číslem 1 = výborné.

Hypotéza 2.2 se potvrdila

Hypotéza 2.3: Domnívám se, že více než 50 % rodiček bude spokojeno s kvalitou úrovně komunikace s lékaři – porodníky.

Tuto hypotézu ověřuji v otázkách číslo 6 a 11. V otázce číslo 6 se dotazuji žen, zda se jim představil lékař – porodník na porodním sále, který o ně pečoval. 71 % žen odpovědělo, že se jim tento lékař představil, a 29 % žen odpovědělo, že nepředstavil. Otázka číslo 11 je zaměřená na spokojenost rodiček s celkovou komunikací s lékaři – porodníky na porodním sále. 74 % žen označilo odpověď číslo 1 = výborné.

Hypotéza 2.3 se potvrdila

Hypotéza 2.4: Předpokládám, že více než 50 % rodiček bude spokojeno s kvalitou úrovně komunikace s dětskými sestrami.

Daná hypotéza je ověřena v otázkách číslo 7, 8, 13, 14, a 16. V otázce číslo 7 se ptám žen, zda se jim představila dětská sestra, která se po porodu starala o jejich dítě. 65 % žen označilo odpověď „Ano“, a 35 % žen odpověď „Ne“. Myslím, že tato situace je ovlivněna hlavně tím, že dětská sestra, která přijde k porodu, aby mohla ošetřit novorozence, tam mnohdy přispěchá na poslední chvíli, a matce se ani představit nestihne. Proto si myslím, že návrh řešení této situace je jasný – dětská sestra by se měla rodičkám na porodním sále představit, hned jak přijde do služby. V otázce číslo 8 se dotazuji žen, zda rozeznaly porodní asistentku od dětské sestry na porodním sále. 81 % žen odpovědělo, že je dokázaly rozeznat, a 19 % žen označilo, že je rozeznat nedokázaly. K vyřešení tohoto problému bych určitě navrhovala odlišné oděvy porodních asistentek a dětských sester, ale také to, aby hlavní roli hrála komunikace mezi ženou a všemi členy zdravotnického týmu. Otázka číslo 13 je zaměřena na celkovou spokojenost žen s komunikací s dětskou sestrou na porodním sále, která pečovala o jejich dítě. 69 % žen označilo odpověď číslo 1 = výborné. V otázce číslo 14 se dotazuji žen, zda byly spokojené s množstvím podaných informací prostřednictvím dětské sestry na porodním sále. Z toho 62 % žen označilo odpověď číslo 1 = výborné. A v otázce číslo 16 se zaměřuji na to, zda se žena bála o své dítě, když bylo v péči dětské sestry na porodním sále. 93 % žen odpovědělo, že se o své dítě nebálo, a 7 % žen označilo, že se o své dítě bálo.

Hypotéza 2.4 se potvrdila

Hypotéza 2.5: Domnívám se, že více než 65 % rodiček bude porodní pokoj připadat útulný a vybavený.

Tato hypotéza je ověřena v otázce číslo 17. Zde se dotazuji žen, jak na ně působil porodní pokoj z pohledu útulnosti a vybavenosti. 60 % rodiček uvedlo odpověď číslo 1 = výborné.

Hypotéza 2.5 se nepotvrdila

Hypotéza 2.6: Předpokládám, že více než 70 % rodiček bude nabídnuta alternativa tišení porodních bolestí v průběhu I. a II. doby porodní.

Tuto hypotézu ověřuji v otázce číslo 18, kde se dotazuji žen, zda jim byla nabídnuta možnost tišení porodních bolestí. 78 % žen odpovědělo, že jim byla nabídnuta alternativa tišení porodních bolestí, a 22 % žen odpovědělo, že jim tato možnost nabídnuta nebyla, a to převážně z důvodu, že to nebylo potřeba a ani to nevyžadovaly. Co se týká jednotlivých alternativ tišení porodních bolestí, tak 33 žen odpovědělo, že jim napomohla aromaterapie, 22 žen označilo muzikoterapii, 40 žen označilo, že jim napomohlo k tišení porodních bolestí polohování, 46 žen pomohlo využití vany, 63 žen využilo k tišení porodních bolestí sprchu, 12 žen injekce, a 15 žen uvedlo, že jim byla nabídnuta k tišení porodních bolestí epidurální analgezie.

Hypotéza 2.6 se potvrdila

Hypotéza 2.7: Domnívám se, že více než 40 % rodiček bude spokojeno se saturací stravovacích a hydratačních potřeb v průběhu porodu.

Tato hypotéza je ověřena v otázce číslo 19. 73 % žen odpovědělo číslem 1 = výborné, ale 2 ženy označily odpověď číslo 10 = špatné. Myslím, že tato otázka byla velmi individuální, zaměřená na potřeby každé ženy, které jsou vždy jiné.

Hypotéza 2.7 se potvrdila

Hypotéza 2.8: Předpokládám, že více než 30 % rodiček bude spokojeno se saturací spánkových potřeb po porodu.

Touto hypotézou se zabývám v otázce číslo 20. 55 % žen označilo odpověď číslo 1 = výborné, ale také 5 žen odpovědělo číslem 10 = špatné. Tato otázka je také velmi individuální, závislá na potřebách každé ženy.

Hypotéza 2.8 se potvrdila

Hypotéza 2.9: Domnívám se, že u více než 50 % rodiček bude první přiložení dítěte k prsu do 30 minut po porodu.

Tuto hypotézu ověřuji v otázce číslo 21. 68 % žen označilo, že jejich dítě bylo poprvé přiloženo k prsu do 30 minut po porodu.

Hypotéza 2.9 se potvrdila

Hypotéza 2.10: Předpokládám, že více než 60 % rodiček bude spokojeno s celkovou péčí o jejich osobu a dítě ve zlínské porodnici.

Tato hypotéza je ověřena v otázce číslo 23. 81 % žen označilo odpověď číslo 1 = výborné.

Hypotéza 2.10 se potvrdila

Cíl 3: praktický cíl – Vytvořit ideální standard ošetrovatelských postupů, které by se, dle mého názoru, měly dodržovat na porodním sále ve Zlíně.

PRAKTICKÝ CÍL – IDEÁLNÍ STANDARD OŠETŘOVATELSKÝCH POSTUPŮ
OŠETŘOVATELSKÝ STANDARD - PÉČE O ŽENU BEZPROSTŘEDNĚ PO
PORODU

Cíl:

- **Porozumět potřebám každé ženy**
- **Respektovat přání každé ženy**
- **Pokud to stav matky i dítěte dovolí, odložit rutinní vyšetření dítěte, a dopřát jim nerušený bonding**
- **Zlepšit úroveň komunikace porodní asistentky s rodičkou**

Provedení:

- Během jednotlivých dob porodních se zaměřit na potřeby každé klientky, neprovádět rutinní výkony (holení, klyzma) před porodem, pokud si to klientka nepřeje.
- Snažit se zvýšit úroveň komunikace mezi porodní asistentkou a klientkou, pokusit se respektovat všechna přání ženy.
- Bezprostředně po porodu odložit rutinní výkony (vážení, měření, koupání dítěte), a pokud to stav matky i dítěte dovoluje – dopřát jim nerušený bonding.
- Po uložení rodičky do čistého a suchého lůžka ukázat matce včas (do 30 minut po porodu) první přiložení dítěte k prsu a zodpovědět všechny případné dotazy.
- Zajistit, aby se rodičce vždy představila dětská sestra, která bude pečovat o její dítě, a také aby se dětská sestra, která má noční službu, věnovala matce po porodu stejně, jako během denní služby, a aby určitě novorozence neodnášela na rooming-in.
- Zajistit, aby porodní asistentka a dětská sestra nosily odlišný oděv, aby byly pro matku lépe rozpoznatelné.
- Matce a dítěti zajistit tepelný komfort.
- Po dvou hodinách po porodu zajistit, aby matka absolvovala převoz na oddělení rooming-in společně se svým dítětem, nikoli aby jí bylo odebráno za účelem koupání.

ZÁVĚR

Období bezprostředně po porodu je krásným, ale také velmi náročným obdobím. Žena prožívá radostné období - porodila své dítě. Může být i náročné, protože si žena uvědomí, že již nic není tak, jako tomu bývalo předtím. Z pohledu porodní asistentky, je pro mě velmi důležité, aby pro každou ženu byl porod jejího dítěte zážitkem, a zejména dobrou zkušeností. Mým cílem do budoucna je, aby každá žena mohla v dobrém vzpomínat na svůj porod, a péči, která byla poskytována jí, i jejímu dítěti.

Cílem práce bylo přiblížit problematiku období během porodu, i bezprostředně po porodu, a především také standardy ošetrovatelské péče, kterými se ošetrovatelský personál v péči o ženu a novorozence řídí. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsem vycházela z fyziologie porodu, poporodního období, také jsem se věnovala ošetrovatelským standardům péče na porodním sále, utřídila jsem si vědomosti, které se týkají kvality péče, a pojmu kvalita. Jelikož kompetence porodní asistentky zasahují i do péče o fyziologického novorozence, zabývala jsem se také péčí o novorozence bezprostředně po porodu. Velkou část práce jsem věnovala možnosti nepřetržitého kontaktu matky a dítěte po porodu – tzv. bonding. V dnešní porodní asistenci je toto téma velmi aktuálním a myslím, že každá žena by měla vědět, co je pro ni a její dítě to nejlepší. Jako předsevzetí do mojí budoucí praxe bych chtěla podporovat informovanost žen o tématu bonding. Dále jsem se věnovala lidským potřebám, ale zejména potřebám ženy, které jsou třeba saturovat při porodu i v poporodním období. Praktická část byla zaměřena na zjištění míry spokojenosti žen s kvalitou péče po porodu. V rámci průzkumu jsem získala informace pomocí dotazníkového šetření. Výsledky výzkumu jsem poté zanalyzovala. Z výsledků průzkumu vyplývá, že více než polovina žen byla spokojena s kvalitou péče o její osobu i o čerstvě narozené dítě. Po vyhodnocení dotazníku, jsem zjistila, že některé matky si velmi přály bonding po porodu, ale nebylo jim vyhověno v celé šíři (nepřetržitý kontakt s dítětem byl narušen z důvodu rutinního vyšetření dítěte). V tomto případě by bylo velmi vhodné – pokud to stav matky i dítěte vyhovuje – upuštění od rutiny, a umožnění matce mít své dítě u sebe.

Problémem se může v budoucnu jevit neochota personálu ke změnám v zaběhnutém systému poskytování zdravotní péče, a tím zavrnutí této alternativy poporodní péče. Jako budoucí porodní asistentka si myslím, že je důležité, aby matka a dítě měly základ

pro budoucí společný vztah a to tím, že jim poskytneme nepřetržitý kontakt co nejdříve po porodu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

[1] BOREK, I. a kol. *Intenzivní péče o novorozence*. Brno: NCO NZO 2007. 404 s.

ISBN-80-7013-447-4.

[2] BOREK, I. a kol. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. Brno: NCO

NZO 2001. 327 s. ISBN 80-7013-338-4.

[3] ČECH, E. *Porodnictví*. Praha: Grada 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.

[4] DEJMKOVÁ, J. a kol. *Zajištění kvality ošetrovatelské péče, etický kodex sester*. Brno:

NCO NZO 1998. 47 s. ISBN 80-7013-270-1.

[5] GLADKIJ, I. a kol. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*.

Brno: NCO NZO 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8.

[6] GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. Brno: NCO NZO 2003. 384 s. ISBN

80-7226-996-8.

[7] GLASSER, W. *Terapie realitou*. Praha: Portál 2001. 192 s. ISBN 80-7178-4931.

[8] GROHAR- MURRAY, M. E. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*.

Praha: Grada 2003. ISBN 80-85839-45-8.

[9] KOŘENĚK, J. *Lékařská etika*. Praha: Triton 2002. 280 s. ISBN 80-7254-235-4.

[10] LEBOYER, F. *Porod bez násilí*. Praha: Stratos 1995. 56 s. ISBN 80-859-6204-7.

[11] MADAR, J. *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. Praha : Grada, 2004.

ISBN 80-7169-422-3.

[12] MAREK, V. *Nová doba porodní*. Praha: Eminent 2002. 263 s. ISBN 80-7281-090-1.

[13] MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství*. Praha: Karolinum 2002. 187 s. ISBN

80-246-0429-9.

[14] MATĚJČEK, Z., LANGMEIER, J. *Počátky našeho duševního života*. Praha:

Panorama 1986. 365 s.

- [15] PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia 2007. 472 s. ISBN 80-200-1499-3.
- [16] POCHYLÁ, K. *Koncepce českého ošetrovatelství – základní terminologie*. Brno: NCO NZO 2005. 49 s. ISBN 80-7013-420-8.
- [17] PRAŽANOVÁ, D. *Porodní asistentky*. Miminko. Anthea Praha 2004, ročník 2., č. 11, s. 40-42.
- [18] SÍBKOVÁ, Z. *Pomocná ruka v těžké hodině*. Betyňka. Burda Praha 2005, ročník 6., č. 8, s. 18-20.
- [19] TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: NCO NZO 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
- [20] ZÁČEKOVÁ, M. a kol. *Štandardy v pôrodnej asistencii*. Martin: Osveta 2006. 120 s. ISBN 80-8063-221-9.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

[1] JINÝ POROD [online]. c2005 – 2009, 22. 2. 2010 [cit. 2010-02-22]. Dostupný z WWW: <<http://www.jinyporod.cz/clanky/porod/bonding>>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod. a podobně

cm centimetr

g gram

gtt. (guttae) = kapky

kol. kolektiv

min. minuta

např. například

tab. tabulka

tzv. takzvaný

WHO (World health organization) = Světová zdravotnická organizace

SEZNAM TABULEK

| | |
|--|----|
| <i>Tab. č. 1 Apgar score</i> | 30 |
| <i>Tab. č. 2 Věková kategorie respondentek</i> | 42 |
| <i>Tab. č. 3 Nejvyšší dosažené vzdělání</i> | 43 |
| <i>Tab. č. 4 Místo bydliště</i> | 44 |
| <i>Tab. č. 5 Po kolikáté žena rodila</i> | 45 |
| <i>Tab. č. 6 Představila se porodní asistentka?</i> | 46 |
| <i>Tab. č. 7 Představil se lékař?</i> | 47 |
| <i>Tab. č. 8 Představila se dětská sestra?</i> | 48 |
| <i>Tab. č. 9 Dokázala rozeznat DS od PA?</i> | 49 |
| <i>Tab. č. 10 Ptala se PA na pocity při porodu?</i> | 50 |
| <i>Tab. č. 11 Spokojenost s komunikací PA</i> | 51 |
| <i>Tab. č. 12 Spokojenost s komunikací s lékaři-porodníky</i> | 52 |
| <i>Tab. č. 13 Spokojenost s komunikací s dětskými lékaři</i> | 53 |
| <i>Tab. č. 14 Spokojenost s komunikací s DS</i> | 54 |
| <i>Tab. č. 15 Spokojenost s informacemi o dítěti od DS</i> | 55 |
| <i>Tab. č. 16 Spokojenost s informacemi o dítěti od dětských lékařů</i> | 56 |
| <i>Tab. č. 17 Strach o dítě, v péči DS</i> | 57 |
| <i>Tab. č. 18 Porodní pokoj z pohledu útulnosti a vybavenosti</i> | 58 |
| <i>Tab. č. 19 A Možnost tišení porodních bolestí</i> | 59 |
| <i>Tab. č. 20 Uspokojení potřeb stravy a tekutin v průběhu porodu</i> | 61 |
| <i>Tab. č. 21 Možnost spánku po porodu</i> | 62 |
| <i>Tab. č. 22 Kdy bylo dítě přiloženo k prsu?</i> | 63 |
| <i>Tab. č. 23 Přítomnost studentky u porodu</i> | 64 |
| <i>Tab. č. 24 Celková spokojenost s péčí na porodním sále</i> | 65 |
| <i>Tab. č. 25 Co se Vám na péči o Vás a Vaše dítě líbilo, nebo nelíbilo?</i> | 66 |

SEZNAM GRAFŮ

| | |
|--|----|
| <i>Graf č. 1 Věková kategorie respondentek</i> | 42 |
| <i>Graf č. 2 Nejvyšší dosažené vzdělání</i> | 43 |
| <i>Graf č. 3 Místo bydliště</i> | 44 |
| <i>Graf č. 4 Po kolikáté žena rodila</i> | 45 |
| <i>Graf č. 5 Představila se porodní asistentka?</i> | 46 |
| <i>Graf č. 6 Představil se lékař?</i> | 47 |
| <i>Graf č. 7 Představila se dětská sestra?</i> | 48 |
| <i>Graf č. 8 Dokázala rozeznat DS od PA?</i> | 49 |
| <i>Graf č. 9 Ptala se PA na pocity při porodu?</i> | 50 |
| <i>Graf č. 10 Spokojenost s komunikací PA</i> | 51 |
| <i>Graf č. 11 Spokojenost s komunikací s lékaři - porodníky</i> | 52 |
| <i>Graf č. 12 Spokojenost s komunikací s dětskými lékaři</i> | 53 |
| <i>Graf č. 13 Spokojenost s komunikací s DS</i> | 54 |
| <i>Graf č. 14 Spokojenost s informacemi o dítěti od DS</i> | 55 |
| <i>Graf č. 15 Spokojenost s informacemi o dítěti od dětských lékařů</i> | 56 |
| <i>Graf č. 16 Strach o dítě, v péči DS</i> | 57 |
| <i>Graf č. 17 Porodní pokoj z pohledu útulnosti a vybavenosti</i> | 58 |
| <i>Graf č. 18 A Možnost tišení porodních bolestí</i> | 59 |
| <i>Graf č. 19 Uspokojení potřeb stravy a tekutin v průběhu porodu</i> | 61 |
| <i>Graf č. 20 Možnost spánku po porodu</i> | 62 |
| <i>Graf č. 21 Kdy bylo dítě přiloženo k prsu?</i> | 63 |
| <i>Graf č. 22 Přítomnost studentky u porodu</i> | 64 |
| <i>Graf č. 23 Celková spokojenost s péčí na porodním sále</i> | 65 |
| <i>Graf č. 24 Co se Vám na péči o Vás a Vaše dítě líbilo, nebo nelíbilo?</i> | 66 |

SEZNAM PŘÍLOH

| | |
|---|-----------|
| PŘÍLOHA Č. 1: ROZHOVOR S MGR. MICHAELOU MROWETZ NA TÉMA: BONDING..... | 82 |
| PŘÍLOHA Č. 2: VYPLNĚNÝ DOTAZNÍK PRO MATKY PO PORODU | 89 |
| PŘÍLOHA Č. 3: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ | 92 |
| PŘÍLOHA Č. 4: POTVRZENÍ Z KONFERENCE NA TÉMA - BONDING..... | 93 |
| PŘÍLOHA Č. 5: OŠETŘOVATELSKÝ STANDARD – OŠETŘOVÁNÍ PUPEČNÍKU | 94 |
| PŘÍLOHA Č. 6: OŠETŘOVATELSKÝ STANDARD – PRVNÍ OŠETŘENÍ NOVOROZENCE PO PORODU | 95 |
| PŘÍLOHA Č. 7: OŠETŘOVATELSKÝ STANDARD – PÉČE O ŽENU VE IV. DOBĚ PORODNÍ..... | 97 |
| PŘÍLOHA Č. 8: OŠETŘOVATELSKÝ STANDARD - PÉČE O ŽENU PO SPONTÁNNÍM PORODU | 99 |

PŘÍLOHA Č. 1: ROZHOVOR S MGR. MICHAELOU MROWETZ NA TÉMA: BONDING

S laskavým dovolením paní Mgr. Mrowetz, jsem se rozhodla uvést rozhovor v plném znění.

1. Co je bonding? Vyrovná se svým významem rooming-in?

Bonding můžeme z angličtiny přeložit jako lepení nebo připoutání. Bonding můžeme chápat jako podporu při vytváření nejdůležitějšího vztahu na světě. Vztahu mezi maminkou a jejím dítětem. Aby se tento vztah mohl od začátku dobře rozvíjet, je nesmírně důležité poskytnout mamince a jejímu miminku ihned od narození možnost nepřetržitého kontaktu.

Rooming-in s podporou bondingu souvisí jen okrajově. Rooming-in je systém péče o matku a dítě, kdy jsou po porodu v jednom pokoji v porodnici. Tomu ovšem ve většině porodnic předchází rutinní ošetření rodičky i miminka, které proces bondingu spíše narušují. I v rooming-in systému je zcela běžné, že jsou děti od matek odnášeny na ošetření a vyšetření a děti leží v postýlkách vedle postelí matek, nikoliv v maminčině těsné blízkosti.

V mnoha českých porodnicích je zvykem, že je miminko ihned po narození položeno na břicho maminky. To je pozitivní změna v systému péče, ale nemůžeme bohužel mluvit o podpoře bondingu, protože miminko je pak zase od matky odneseno na vyšetření. V baby-friendly nemocnicích sice proběhne do třiceti minut přiložení miminka k prsu, ale pak je dítě umístěno do vyhřívaného lůžka, možná poblíž postele maminky, avšak daleko od její hřejivé náruče.

Skutečná podpora bondingu jsou ošetrovatelské postupy, které zajišťují kontakt matky a dítěte kůži na kůži. Tento kontakt dítě podporuje v adaptaci, podporuje jeho dýchání. Maminka takto poskytne miminku dostatečný tepelný komfort.

2. V čem spočívá Vaše práce? Jakou pomoc poskytujete matkám?

Jsem klinická psycholožka, psychoterapeutka a soudní znalkyně. V kontextu problematiky podpory bondingu má práce spočívá v psychoterapeutické práci s maminkami, které vyhledávají moji péči. Tyto klientky většinou trpí posttraumatickou stresovou poruchou po porodu, na jejíž rozvoj má oddělení dítěte od matky dle mého odborného pozorování silný vliv. I traumatizující porod zvládne psychicky lépe zpracovat maminka, která je po

porodu s dítětem v nerušeném kontaktu. Nedávno jedna žena plakala po šesti letech po porodu, kdy poprvé otevřela téma, že v porodnici omylem nakojila cizí dítě. Dodnes tuto situaci nemůže zpracovat a trpí silnými výčitkami svědomí. K jejímu pocitu viny bohužel přispěl i přístup personálu, který po odhalení záměny kojeného miminka reagoval velmi necitlivě. A toto je pouze jeden z velmi mála případů dopadů rutinního oddělování dětí od matek v porodnici.

V oblasti klinické psychologie vedu přednášky na téma podpory bondingu a zajištění podpory rané vazby mezi matkou a dítětem a zajištění přístupu k matce a dítěti po porodu jako jedné ošetřovatelské jednotce. Přednášky jsou určeny jak pro laiky, tak pro zdravotníky.

Zdravotníkům, obzvláště pracujícím v porodnictví poskytují supervizi, emoční podporu a možnost zpracování jejich frustrace. Supervize je velmi účinná preventivní metoda vyhoření. V oblasti soudního znaleství se zabývám popisem dopadů posttraumatické stresové poruchy po porodu na psychiku matky v soudních kauzách. K představě může posloužit známá kauza záměny dětí. Oddělování dětí od matek v porodnici může vést až k takto fatálním následkům.

V internetové poradně: <http://www.klinickapsycholozka.cz/poradna/> konzultuji s maminkami jejich porodní zážitky a hledáme společně cestu k jejich zpracování tak, aby dále nerušily jejich následující život. Maminkám tedy poskytují pomoc v psychoterapii a také v kurzech psychologické přípravy na porod anebo v individuální přípravě maminky anebo celé rodiny na porod. Dobře zvládnuté psychické procesy v těhotenství, při porodu a v šestinedělí mají velký vliv na dynamiku celé rodiny a na pocity sebevědomí všech zúčastněných. A v tom se snažím budoucí maminky hodně podpořit.

3. Jakou roli hraje bonding ve vztahu mezi matkou a jejím dítětem?

Bonding hraje zcela zásadní roli. Pokud by nedošlo k vyplavování těch správných hormonů, odpovědných za to, že se matka o dítě po porodu stará, chce se zabývat jenom a pouze svým dítětem, nemohlo by lidstvo jako živočišný druh vůbec přežít.

4. Kdo je zakladatel bondingu?

Zakladatel bondingu je sama příroda. Příroda dala všem matkám sílu, aby po těžkém výkonu, kterým porod je, měly energii a chuť a hlavně lásku k tomu, aby o své narozené dítě pečovaly a milovaly jej.

5. Jaká je jeho historie? Je to záležitost zcela nová, nebo má své kořeny již v minulosti?

Historie bondingu tedy sahá k prvnímu porodu na světě a vývoji všech druhů vedoucích k vývoji člověka. Člověk bohužel v novodobé historii začal podporu bondingu ze strachu narušovat. Strach o zdraví dětí i matek v poválečné době, institucionalizace porodu a převedení porodu do zdravotnických zařízení vedl k historicky největšímu plošnému separování dětí od matek. Je to pochopitelné, po válce měli lidé strach o holý život a přežití dítěte po porodu bylo to nejdůležitější a emoční potřeby šly stranou. Nicméně v sedmdesátých letech minulého století si američtí pediatři Kennel a Klaus začali všimnout toho, že děti matek, které měly nerušený kontakt po porodu, se projevují trochu jinak. Začali zkoumat tento fakt a došli k závěru, že matky, které měly možnost být nerušeně po porodu se svým děťátkem, se chovaly trpělivěji, déle s dítětem vyhledávaly oční kontakt a ještě rok po porodu reagovaly rychleji a ochotněji na potřeby dítěte. V té době se taky ve státech, kde nevládla komunistická totalita, začaly ošetrovatelské postupy po porodu plošně k podpoře bondingu vracet a dnes již v těchto zemích nikdo ze zdravotnického personálu nezpochybnuje pozitivní dopady společného kontaktu matek a dětí po porodu.

Další výzkumy v oblasti péče nejen o nedonošence také nesčetněkrát potvrdily to, že děti se zvýšeným kontaktem se svými matkami (a to je i hlazení dětí v inkubátoru, či zajištění čichového kontaktu s matkou po porodu) prospívaly lépe, měly menší poruchy dýchání a méně neurologických potíží. Některé výzkumy také potvrdily závěry, že hlazené nedonošené děti rychleji rostly.

6. Jaké následky mohou nastat při absenci bondingu po porodu dítěte?

Bonding jako takový nikdy nechybí, každá maminka a dítě své emoční vazby vybudují, jde jenom o to neochudit je o ten dárek, který jim příroda poskytla tím, že v prvních dvou hodinách po porodu jsou hormonální hladiny u dítěte i matky vyplavovány takovým způsobem, že se díky „opatrovatelské připravenosti“ matka na dítě naladí a pak snáz identifikuje jeho potřeby. Tato hormonální hladina je zvýšená i v dalších hodinách po porodu, proto je důležité zajistit kontakt matky a dítěte od samého porodu dítěte co nejdéle. A maminku, která v klidu a snadno identifikuje potřeby svého dítěte, si zaslouží každé narozené miminko.

Následky absence podpory bondingu mohou a nemusejí být viditelné. Některé maminky v konfrontaci s tím, že své dítě po porodu neviděly, reagují velmi úzkostlivě a popírají jakékoliv dopady. To je právě jeden z následků, kterým může být jejich vztah s dítětem narušován. Všichni víme, že pro miminko je nejpřirozenější mateřská náruč a miminko se v ní cítí nejlépe. Maminky, které si uvědomí, že byly od svého dítěte po porodu odděleny, a litují toho, mohou být ohroženy posttraumatickou stresovou poruchou anebo pouze výčitkami svědomí. I to pak může mít vliv na jejich vztah k dítěti, například v narušení výchovné péče o dítě buď částečným odmítáním dítěte anebo neadekvátním hyperprotektivním pečováním anebo střídáním těchto dvou poloh směrem k dítěti. Všechno popsané je pro dítě velmi matoucí, a neblaze se promítá do vývoje jeho osobnosti.

Děti oddělované od matek po porodu mohou mít problémy s dýcháním, mohou se hůře přisávat při kojení, proto má separace dětí od matek také negativní vliv na rozvoj laktace. Děti, které jsou po porodu odnesené od matek, pláčou, jsou v jakési křeči, volají maminku, ale protože se rychle unaví, moc dlouho svou nespokojenost nevydrží projevovat a upadají do apatie a usínají, jsou celkově spavější. Takže spánek u oddělených dětí není projevem jejich spokojenosti, ale naopak nespokojenosti, je to jediný způsob, jak se miminka mohou vyrovnat se stresovou situací.

7. Jak má „správný“ bonding probíhat?

Jde o podporu tzv. čtvrté doby porodní, tedy po vypuzení dítěte. Miminko by mělo být ihned přiloženo na matčinu hrud'. Mělo by být pouze osušeno, nikoliv umyto. Je velmi důležité, aby z jeho rukou nebyla smyta plodová voda, protože matčiny bradavky mají stejnou chuť i vůni jako plodová voda. Novorozenec si instinktivně strká pěstičky do pusy a pomáhá si tak podle stejné vůně a chuti hledat maminčinu bradavku. Měli bychom mamince zajistit vizuální kontakt s miminkem. Pohled z očí do očí velmi zásadně podporuje iniciální vazbu. Tepelný komfort zajistíme tak, že maminku s miminkem přikryjeme dekou, aniž bychom přitom omezili jejich kontakt skin to skin (kůže na kůži). V tuto chvíli může zdravotnický personál pohledem vyšetřit dítě a zjistit, zda se toto projevuje adekvátně, čili zda dýchá, nemodrá a hýbe se – má svalový tonus, tzv. skóre dle Apgarové. Nic pak nebrání k nerušenému dalšímu kontaktu maminky a dítěte. Běžné ošetřování lze požadavku nerušeného kontaktu mámy a miminka přizpůsobit. Po medicínsky vedených porodech lze postupovat stejně, přestože miminko třeba nemá hned sílu k sání, neboť může být ovlivněno medikací, kterou dostala matka u porodu.

I v takovém případě je velmi žádoucí dát mu čas a právě stimulací kůže na kůži, čichovými vjemy dítěte (čich je nejstarší a nejsilnější vjem, který dítě stimuluje k aktivitě) mu pomoci se rychleji adaptovat a odpočinout si u matky po náročném porodu. Dokonce i po porodech císařským řezem lze zajistit podporu bondingu. Neumyté, pouze osušené dítě přiložíme k tváři maminky a maminka ho může pozdravit a stimulovat láskyplnými dotyky a líbáním. Pokud je matka v plné narkóze, můžeme miminko přikládat k obličejí spící matky. Navíc může roli maminky velmi dobře zastoupit tatínek nebo jiná blízká osoba, třeba babička, která bude mít miminko na svém těle, dokud se maminka neprobudí a nebude schopná se přivítat se svým děťátkem.

Následně všechna ošetření a vyšetření by měla probíhat na matčině těle, matka by měla být podporována v tom, že dítě má spát na její hrudi. Žádný monitor dechu nezajistí miminku to, co zajistí jeho vlastní maminka. Každá maminka, která je po porodu se svým miminkem, může být bdělá ve chvílích, kdy je bdělé dítě. Spánek čerstvých matek příroda zařídila proto tak lehký, aby mohly hlídat své miminko a kontrolovat, jak se mu daří. Výzkumy prokázaly, že matky po porodu spí stejně lehce, když jsou od dětí odděleny, jako ty, které jsou se svým děťátkem. Takže ten známý argument zdravotníků: musíte se po porodu vyspat, je neplatný.

Jsem přesvědčena, že dítě by nemělo být vůbec odděleno od matky minimálně po dobu 72 hodin, krom těch soukromých chvil, které maminka potřebuje na svou hygienu (v tu chvíli ji může zastoupit otec).

I světová zdravotnická organizace popisuje oddělování matek od dětí jako škodlivé.

8. Jsou naše porodnice připravené na poskytnutí podmínek k bondingu?

V porodnicích se za posledních 30 let učinily kroky k systému rooming-in, což ale není v plném smyslu podpora bondingu. Zdravotnický personál je dosud často motivován strachem o rodičku i dítě a tímto strachem vyvolává nevyžádané zásahy do péče o matku a dítě. Stále je v českých porodnicích zvykem matky a děti od sebe oddělovat, byť jen na dvouhodinové zahřátí po porodu, anebo na ošetření mimo dosah matky. Jde o zvyk, rutinu a hlavně strach a přebírání odpovědnosti za zdraví dítěte a matky. Pokud zdravotnický personál bude stále sám sebe zastrašovat a nepřijme rodiče dítěte jako rovnocenné partnery, povede to k vytváření nejistých a částečně nezodpovědných scénářů v chování rodičů, kdy tato nejistota bude řešena předáváním zodpovědnosti za své zdraví

zdravotníkům. Je to začarovaný kruh, ze kterého je nutno vyjít přerušení rutinních ošetrovatelských postupů zdravotníků a sebevědomým chováním rodičů. Je nutné docílit spolupráce rodičů a zdravotníků při podpoře rané vazby mezi matkou, potažmo rodiči a dětmi po porodu.

9. Co na bonding říkají statistiky?

U nás neznám žádné statistiky, krom mého výzkumu, které by se podporou bondingu zabývaly. Profesor Matějček ve své knize „Počátky našeho duševního života“ v r. 1986 popisuje výhody kontaktu dítěte s maminkou po porodu.

Z mého výzkumu vychází to, že i po bezproblémových vaginálních porodech jsou děti v české republice rutinně oddělovány od matek. Dle sdělení neonatoložky MUDr. Weberové je pouze 10% porodů rizikových. Nicméně dvě hodiny po porodu je v nepřetržitém kontaktu se svým dítětem pouze třetina českých matek, méně než třetina je v přerušovaném kontaktu (dítě odneseno na ošetření, umytí, zvážení atd.) a více než třetina nemá první dvě hodiny žádný kontakt se svým dítětem (do svého výzkumu jsem zahrnula celkem 1340 porodů). Paradoxně z mého výzkumu vyšlo, že oddělení dětí od matek se zvyšuje během prvních 12 hodin po porodu, takže místo, aby děti byly po ošetření matkám vráceny, jdou oddělovány a ukládány na vyhřívané lůžko nebo tzv. observační body.

U porodů českých matek v zahraničí, kde je oddělování po porodu minimální, tak po prvních dvou a dalších hodinách oddělení klesá, čili matky jsou v kontaktu s dětmi podporovány a kontakt je jim zajišťován i po porodech císařským řezem. V Česku je zcela rutinní oddělování dětí od matek po císařských řezech. Je to paradox. Maminky a děti by po náročném porodu měly být podporovány v kontaktu, nikoliv oddělovány. Více než dvě třetiny matek po SC v Česku nemá první dvě hodiny žádný kontakt se svým dítětem, pouze 2% matek z mého výzkumu měly po porodu císařem nepřerušovaný kontakt se svým dítětem v prvních dvou hodinách po porodu. Češky rodící v zahraničí mají po vaginálním porodu ve více než dvou třetinách nepřerušovaný kontakt se svým dítětem (to odpovídá téměř 10% rizikových porodů). Také nerušená podpora bondingu je nejsilnější motiv matek rozhodujících se plánovaně v České republice porodit mimo zdravotnické zařízení.

Zahraníční výzkumy docházejí vždy ke stejným závěrům a to, že podpora bondingu má pozitivní vliv na zdraví dětí i matek a na jejich vzájemnou schopnost podporujícího kontaktu.

PŘÍLOHA Č. 2: VYPLNĚNÝ DOTAZNÍK PRO MATKY PO PORODU

Kvalita péče o ženu a novorozence bezprostředně po porodu

Vážená maminko,
jmenuji se Soňa Šeřčíková a třetím rokem studuji na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně,
studijní program Porodní asistence.

V závěru studia píší bakalářskou práci - zaměřenou na kvalitu péče o matku a novorozence bezprostředně po porodu u skupiny mátek čerstvě po porodu.

Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění anonymního dotazníku. Uvedené údaje nebudou nijak zneužity. Po zpracování dat - budou všechny vyplněné dotazníky znehodnoceny.

Děkuji za Váš čas.

1. Do jaké věkové kategorie patříte?

- a) 15-19 let
- b) 20-25 let
- c) 26-30 let
- d) 31-40 let
- e) 40 let a výše

2. Jaké je vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- a) Základní
- b) Střední odborné - bez maturity – zaměřený
(doplňte)..... *střední odborné - bez maturity - zaměřený*
- c) Střední - s maturitou - zaměřený
(doplňte).....
- d) Vysokoškolské – zaměřený
(doplňte).....

3. Bydlíte:

- a) Na vesnici
- b) Ve městě do 10 000 obyvatel
- c) Ve městě 10 000 – 50 000 obyvatel
- d) Ve městě nad 50 000 obyvatel

4. Po kolikáté jste rodila?

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

5. Představila se Vám porodní asistentka, která o vás na porodním sále pečovala?

- a) Ano
- b) Ne

6. Představil se Vám lékař na porodním sále, který o Vás pečoval?

- a) Ano
- b) Ne

7. Představila se Vám dětská sestra, která se bezprostředně po porodu starala o Vaše dítě na porodním sále?

- a) Ano
- b) Ne

8. Dokázala jste na porodním sále rozeznat dětskou sestru od porodní asistentky?

- a) Ano
- b) Ne

9. Ptala se Vás porodní asistentka na Vaše pocity během porodu?

- a) Ano
- b) Pokud ano, měla jste pocit, že Vám dokázala ve Vaší situaci pomoci?

*porodní asistentka NE, porodní asistentka a studentka ANO
(byla i sestra)*

10. Jak jste byla spokojená s komunikací s porodní asistentkou, která o Vás při porodu pečovala?

(označte prosím na stupnici 1-10, 1=výborné, 10=špatné)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Jak jste byla spokojená s komunikací s lékaři-porodníky na porodním sále?

(označte prosím na stupnici 1-10)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Jak jste byla spokojená s komunikací s dětskými lékaři na porodním sále?

(označte prosím na stupnici 1-10)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Jak jste byla spokojená s komunikací s dětskou sestrou, která se po porodu starala o Vaše dítě?

(označte prosím na stupnici 1-10)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Byla jste spokojená s množstvím podaných informací o Vašem dítěti, prostřednictvím dětské sestry?

(označte prosím na stupnici 1-10)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Byla jste spokojená s množstvím podaných informací o Vašem dítěti, prostřednictvím dětských lékařů?

(označte prosím na stupnici 1-10)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. Bála jste se o své dítě, když bylo v péči dětské sestry na porodním sále?

a) Ano

b) Ne

17. Jak na Vás působil porodní pokoj z pohledu útulnosti a vybavenosti?

(označte prosím na stupnici 1-10)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. Byla Vám nabídnuta možnost tišení porodních bolestí? (aromaterapie, muzikoterapie, polohování, vana, sprcha, injekce, epidurální analgezie...)

a) Ano – (doplňte, prosím, co)..... *žolo nované, rana, vprcka*

b) ne

19. Byly uspokojeny Vaše potřeby, co se týká přijímání stravy a tekutin v průběhu porodu?

(označte prosím na stupnici 1-10)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. Měla jste možnost dostatečného spánku, během prvních 10 hodin po porodu?

(označte prosím na stupnici 1-10)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. Kdy bylo Vaše dítě poprvé přiloženo k prsu?

a) Do 30 minut

b) Do 60 minut

c) Do 2 hodin pobytu na porodním sále

d) Pokud později, napište prosím, z jakého

důvodu.....
.....

22. Byla u vašeho porodu přítomna studentka porodní asistence? - (pokud ano, představila se Vám?)

- a) Ano, představila se
- b) Ano, nepředstavila se
- c) Ne

23. Jak moc jste byla spokojená s péčí o Vás, která se odehrávala na porodním sále?

(označte prosím na stupnici 1-10)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

24. Co se Vám na péči o Vás a Vaše dítě líbilo - nebo nelíbilo? Pokuste se zaměřit na dobu porodu a 2 hodiny po porodu. (prosím, napište vlastními slovy).


líbilo -
potřebuji při práci - pomáhala mi to
vládnout jsem měla po porodu u sebe dostatečně dlouho

Děkuji za vyplnění a přeji mnoho zdraví Vám i Vašemu miminku!!!! ☺

Soňa Šefčíková, BPA3

Tel.: 721816089

PŘÍLOHA Č. 3: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.

| | |
|---------------------------|--|
| Jméno a příjmení studenta | SONA ŠEFŮKOVÁ |
| Téma bakalářské práce | KVALITA PÉČE O MATKU A DÍTE BEZPROSTR. PO PORODU |
| Skupina respondentů | MATKY PO PORODU |
| Pracoviště | ŠESTINEDEĚL 3. ETÁŽ, ŠESTINEDEĚL 4. ETÁŽ, KNTB G. S. |

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 1.12.2009


Mgr. Helena Fremlová
pověřená ředitelka Ústavu porodní asistence

Mgr. Zdeněk Adamík, Ph.D.
Přednosta gyn.-por. oddělení
rajská nemocnice T. Bati a.s. Zlín
tel.: 577 552 810

Razítko a podpis zástupce zařízení


Bc. Helena Novotná

PŘÍLOHA Č. 4: POTVRZENÍ Z KONFERENCE NA TÉMA - BONDING

Pořadatel: paní Eva Zemková
Štěpnická 1163, 686 06 Uherské Hradiště

vydává

Potvrzení

pro pan/paní

.....*Sonny Šepetkové*.....

nar. *21. 5. 1988*

o absolvování **semináře**

Bonding

dne 11.11.2009 v Uherském Hradišti
v délce 2 hodin

Podpis pořadatele.....*Eva Zemková*.....

Souhlasné stanovisko k akci: UNIPA pod č. UNIPA-S-08-09 dle vyhlášky MZ ČR
č.423/2004 Sb. (odpovídá 1 kreditu) a je určena pro porodní asistentky.

PŘÍLOHA Č. 5: OŠETŘOVATELSKÝ STANDARD – OŠETŘOVÁNÍ PUPEČNÍKU

| | | |
|------------------------------|---|-------------------------|
| Platnost od 1.11.1998 | Krajská nemocnice T. Bati, a. s. Ošetrovatelský standard | č. |
| Aktualizace: 1x za 2 roky | Předmět/Výkon/ Procedura OŠETŘOVÁNÍ PUPEČNÍKU | Strana procedury 1/1 |

Definice

Pupeční šňůra /pupečník/ umožňuje intrauterinní propojení plodu a matky prostřednictvím placenty. Průtok krve pupeční šňůrou zajišťuje okysličování krve plodu a jeho výživu.

Cíl nedojde k infekci, pupek se dobře zhojí

Kompetence lékař příslušného oddělení
dle zákona č.96/2004 sb., a vyhlášky č.424/2004 sb.,
ZPBD se specializací, ZPBD, ZPOD, ZPOD bez maturity.

Informace informuj matku o způsobu ošetření

Pomůcky, nástroje

- 70% alkohol
- sterilní nůžky, pinzeta, 3 tampóny
- emitní misky
- leukopor

Pracovní postup

a) Ošetření pupečního pahýlu po přijetí novorozence z porodního sálu

- zdezinfikujete úpon a pupeční pahýl
- nepřekrývejte pupeční pahýl jednorázovou plenou
- asistujte lékaři při výkonu

b) Ošetřování pupečníku po snesení pupečního pahýlu

- připravte si všechny pomůcky na přebalovací pult
- kryjte plenou genitál
- podržte novorozence za dolní končetiny a horní končetiny
- lékař provede snesení pupečního pahýlu - odstřížením
- přelepte pupečník sterilním tampónem
- poučte matku o eventuelních komplikacích o intenzivní kontrole po odstřížení po dobu
 - V den odstřížení - NEKROUPAT !
- poučte matku o hygienickém režimu do úplného zhojení pupečníku
- uklidte pomůcky
- za 10 hodin po snesení pupečního pahýlu odstraňte krytí
- lepení odstraníme šetrně za pomoci benzínu
- dezinfikujte pupek sterilní štětičkou
- dezinfikujte okolí pupečníku sterilním čtverečkem
- nechte volně uschnout dezinfekci na pupečníku

Možné komplikace

- krvácení z pupečního pahýlu při nedostatečném podvázání na porodním sále
- zarudnutí v okolí úponu pupečního pahýlu, eventuelně následná infekční onemocnění
- krvácení z pupečníku po snesení pupečního pahýlu

Zapamatujte si

- je nutno pracovat se sterilním obvazovým materiálem a pomůckami
- ruce personálu musí být vždy dokonale zdezinfikovány
- je důležité informovat matku o výkonu u dítěte
- sestra předvede matce následné ošetřování pupečníku

Předpokládaný výsledek dobře zhojený pupek

PŘÍLOHA Č. 6: OŠETŘOVATELSKÝ STANDARD – PRVNÍ OŠETŘENÍ NOVOROZENCE PO PORODU

| | | |
|------------------------------|---|-------------------------|
| Platnost od 1.1.1998 | Krajská nemocnice T. Bati, a. s. Ošetrovatelský standard | č. |
| Aktualizace: 1x za 2 roky | Předmět/Výkon/ Procedura PRVNÍ OŠETŘENÍ NOVOROZENCE PO PORODU | Strana procedury 1/2 |

Definice

V prvních okamžicích života se dítě adaptuje na podmínky mimoděložního prostředí. Způsob, jakým se o novorozence ihned po porodu postaráme, přímo ovlivňuje kvalitu jeho života a může být příčinou pozdních následků pro celý jeho další život.

Cíl

- správná technika ošetření dle zdravotního stavu novorozence

Kompetence

lékař příslušného oddělení
dle zákona č.96/2004 sb., a vyhlášky č.424/2004 sb.,
ZPBD se specializací, ZPBD, ZPOD, ZPOD bez maturity.

Informace

poučení matky o průběhu prvního ošetření

Pomůcky, přístroje:

a) box pro fyziologického novorozence

- přebalovací stůl se zdrojem tepla
- zdroj kyslíku, kyslíková maska
- funkční odsávačka
- váha, centimetr pro změření délky novorozence.
- sterilní cévky k odsávání z HDC
- sterilní pleny a roušky
- sterilní guma k ošetření pupečního pahýlu
- sterilní nůžky
- identifikační páska k označení novorozence, dvojice shodných čísel k označení novorozence i matky
- sterilní tampóny, rukavice
- zavinovačka

b) resuscitační box pro rizikové novorozence

- vyhřívané lůžko, funkční odsávačka
- centrální přívod vzduchu a kyslíku
- ambuvak a obličejová maska
- fonendoskop
- laryngoskop
- ETC různých velikostí
- ETC zavaděč
- Mesocain gel
- odsávací cévky různých velikostí
- nastřížená náplast k fixaci ET kanyly
- léky k resuscitaci
- dezinfekce

Pracovní postup

- připravte si všechny potřebné pomůcky
- zapněte vyhřívací zařízení nad přebalovacím pultem
- nasadte si jednorázové rukavice a zdezinfikujte se
- zhodnoťte stav dítěte a dle stavu, buď položte dítě na břicho matky nebo převezměte dítě od porodní asistentky
- překryjte dítě suchou zahřátou plenou
- označte dítě:

a) plastovým náramkem umístěným na zápěstí kde bude uvedeno:

jméno a příjmení dítěte, datum narození, včetně hodiny a minuty, pohlaví, příjmení matky

b) kovovou známku na tkanici umístěnou na zápěstí horní končetiny nebo kotníku dolní končetiny. Číslo dítěte, vyražené na známce, se bude shodovat s číslem na známce matky

- nechte zkontrolovat označení dítěte rodiči
- umístěte dítě pod zdroj tepla
- podvažte pupeční pahýl sterilní gumou 1 – 2 cm nad kožním úponem, ustříhněte 1 cm za gumou
- dezinfikujte pupeční pahýl
- opakovaně zhodnoťte stav dítěte
- zabalte dítě do plen
- přiložte dítě k prsu matky
- v křísícím boxu dítě zvažte a změřte jeho délku, změřte TT a aplikujte Kanavit 2 gtt. p.o.
- nahlaste míru, hmotnost dítěte a jméno ošetřující sestry do příslušné dokumentace
- uložte dítě do postýlky v porodním boxu
- za 1,5 hodiny nebo dle zdravotního stavu dítě okoupejte
- přeložte dítě za 2 hodiny po narození na příslušné oddělení
- pomůcky na boxu pro fyziologické novorozence uklízí dětská sestra
- předejte informace o dítěti matce a nebo otci
- noční služba: dítě po ošetření a přiložení k prsu odnese na příslušné oddělení a další kojení následuje po převozu matky na oddělení šestinedělí

Možné komplikace

- hypoxie
- tachypnoe
- bradyapnoe
- apnoe
- tachykardie
- bradykardie
- aspirace plodové vody

Zapamatujte si

- je nutno zajistit standardní postup při prvním ošetření dítěte
- je nutno zajistit dostatečné množství pomůcek k fyziologickému i patologickému porodu
- je nutno informovat rodiče o zdravotním stavu dítěte (lékař)

Předpokládaný výsledek

- dítě bude v dobrém zdravotním stavu

PŘÍLOHA Č. 7: OŠETŘOVATELSKÝ STANDARD – PÉČE O ŽENU VE IV. DOBĚ PORODNÍ

| | | |
|-------------------------------|--|----------------------------|
| Platnost od 1.1.1998 | Krajská nemocnice T.Bati, a.s. Ošetrovateľský standard | SOP č.15 |
| Aktualizace : 1x za 2 roky | Předmět/Výkon/Procedura IV. DOBA PORODNÍ PŘI FYZIOLOGICKÉM PORODU | Strana procedury 1/2 |

Cíl

- Ovlivnit způsob práce PA s rodičkou , její chování a úroveň péče
- Péče o rodičku po dobu 2 hodin po porodu, prevence poporodního krvácení

Definice

IV. DP je časový úsek v délce trvání 2 hodin po porodu. Tuto dobu žena tráví na porodním sále, kdy kontrolujeme její krvácení, výšku fundu, základní fyziologické funkce apod.

Kompetence dle zákona č.96/2004 Sb., a vyhlášky č.424/2004 Sb.

- ZPBD se specializací PA
- ZPPD - PA

Pomůcky

- balíček k ošetření porodního poranění
- desinfekce dle rozpisu
- šicí materiál
- léky (např. XYLOCAINE, TRAUMACEL apod.)
- vložky
- tonometr
- teploměr

Provedení

- po porodu placenty zkontrolují, zda došlo k porodnímu poranění
- pokud došlo k porodnímu poranění přichystám lékaři připravený materiál k jeho ošetření + šicí materiál + analgetika
- po ošetření porodního poranění :
 - omyji ženu v místech, kde v průběhu porodu a šití došlo k potřísnění krví apod.
 - uložím ženu do čistého a suchého lůžka
 - kontroluji krvácení v pravidelných intervalech a dle potřeby (měním vložky i prádlo dle potřeby), kontroluji výšku děložního fundu
 - sleduji celkový stav ženy; základní fyziol.funkce
- pokud je stav ženy v průběhu těchto 2 hodin uspokojivý, před přeložením na oddělení šestinedělí mohu nedělcce nabídnout tekutiny a potravu
- nedělkku překládám na oddělení šestinedělí s dobře vyplněnou překladovou zprávou; dokumentací

Pamatuj

- ve IV. DP může nastat celá řada komplikací, při jejich výskytu ihned informovat lékaře a svědomitě plnit jeho ordinace
- žena má tuto dobu trávit v čistotě, teple a v klidu

- pokud se porodu účastnil i partner , je potřeba zajistit oběma intimitu prostředí. Po týdnech očekávání mohou rodiče konečně pohladit a obejmout nového člena rodiny. A TAKOVÉ OKAMŽIKY JSOU POSVÁTNE.

Kontrola

- Staniční sestra – každý den
- Vrchní sestra - průběžně

PŘÍLOHA Č. 8: OŠETŘOVATELSKÝ STANDARD - PÉČE O ŽENU PO SPONTÁNNÍM PORODU

| | | |
|-------------------------------|--|-------------------------|
| Platnost od 1.1.1998 | Krajská nemocnice T.Bati, a.s. Ošetrovatelský standard | SOP č.2 |
| Aktualizace : 1x za 2 roky | Předmět/Výkon/Procedura PÉČE O ŽENU PO SPONTÁNNÍM PORODU | Strana procedury 1/2 |

Cíl

- Změnit roli porodní asistentky v péči o rodičku
- Změnit koncepci v přístupu k rodičkám , vycházet z aktivního vyhledávání jejich potřeb
- Ovlivnit způsob práce porodní asistentky s rodičkou, její chování i úroveň péče
- Zvýšit aktivitu , zodpovědnost a samostatnost PA při poskytování individualizované oš.péče.

Definice

Spontánní porod je děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce z těla matky působením přirozených porodních mechanismů bez zásahu personálu porodního sálu.

Kompetence dle zákona č.96/2004 Sb., a vyhlášky č.424/2004 Sb.

- ZPBD se specializací PA

Pomůcky

- k měření fyziologických funkcí
TK (fonendoskop, tonometr)
P (hodinky s vteřinovou ručičkou)
TT (teploměr)
- pomůcky k aplikaci injekcí , infúzí, k zajištění žilních vstupů (při komplikacích)
- k zajištění hygieny
rukavice na jedno použití, irigátor, čisté porodnické vložky, T pásek, podložka (Molinea), čisté prádlo, pískový sáček, led
- dokumentace

Provedení

- pacientku při překladu z porodního sálu zkontrolujeme – zavinování dělohy, krvácení (hojnost očístků), event. přeměříme TK, TT, P.
- poučíme ji o zvýšeném pitném režimu a nutnosti spontánního pravidelného močení
- pravidelného přikládání dítěte k prsu.
- na první vstávání z lůžka s pomocí sestry
- kontrola množství moče
- oplach

Komplikace

- hypotonie (zátěž na fundus – pískový sáček, event. OXYTOCIN, METERGIN – pouze na ordinaci lékaře)
- možnost vzniku hemoragického šoku
- otok měkkých částí
- trhlínky (obtížné spontánní močení)
- poporodní zpáteční bolesti
- zvýšená TT

Důležité

- psychická podpora personálu - vše řádně vysvětlit

Kontrola pracovníků

- vrchní sestra – průběžně
- staniční sestra – každý den