

**VLIV PSYCHICKÉ A FYZICKÉ INTRAPARTÁLNÍ ZÁTĚŽE NA
SUBJEKTIVNÍ HODNOCENÍ PORODU**

Bakalářská práce

Kamila ZÁBORCOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S V PRAZE

Školitel:

as. MUDr. David PAVLIŠTA, Ph.D.

Gynekologicko-porodnická klinika 1.LF UK a VFN v Praze

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Studijní obor: Porodní asistence

Datum odevzdání práce: 2008-03-31

Datum obhajoby:

Praha 2008

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu.

Souhlasím s tím, aby moje bakalářská práce byla půjčována ke studijním účelům.

V Praze dne 31. března 2008

.....

Kamila Záborcová

ABSTRAKT

ZÁBORCOVÁ, Kamila: Vliv psychické a fyzické intrapartální zátěže na subjektivní hodnocení porodu. (Bakalářská práce) – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v porodní asistenci.

Školitel: as. MUDr. David Pavlišta, Ph.D., Gynekologicko-porodnická klinika 1.LF UK a VFN v Praze

Vysoká škola zdravotnická, Praha 2008.

Hlavním tématem bakalářské práce je vliv zátěžových situací působících na ženu během těhotenství, při porodu a v časném šestinedělí, které se následně projevují i na subjektivním prožívání mateřství. Teoretická část se zabývá patofyziologií fyzických i psychických zátěží a jejich následným působením nejen na organismus ženy, ale i plodu, a sleduje také důsledky, které z těchto vlivů vyplývají. Druhou částí práce je výzkumné šetření pomocí dotazníků, které je zaměřeno přímo na pocity ženy a především na prožitek samotného porodu. Cílem výzkumu bylo zjistit změnu postoje žen k porodu po jeho prožití. Výsledek dotazníkového šetření ukázal a přinesl poznání toho, jak se mění úhel pohledu získáním nových zkušeností.

Klíčová slova: Stres, porod, psychická a fyzická intrapartální zátěž.

RESUMEE

ZÁBORCOVÁ, Kamila: Der Einfluss der psychischen und physischen intrapartalen Belastung auf subjektive Bewertung der Geburt. (Die Bachelor-Arbeit) – Medizinische Fachhochschule, o.p.s. in Prag.

Gestrebte Qualifikation: Bachelor in Midwifery.

Der Berater: as.MUDr. David Pavlišta, Ph.D., Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, 1.LF UK und VFN in Prag

Medizinische Fachhochschule, o.p.s., Prag 2008.

Das Hauptthema der Bachelor-Arbeit ist der Einfluss der belastenden Situationen, die auf die Frau innerhalb der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett wirken, und die dann auch subjektives Empfinden der Mutterschaft beeinflussen. Der theoretische Teil beschäftigt sich mit der Pathologie und Physiologie der psychischen und physischen Belastung und ihrer Einwirkung nicht nur auf den mütterlichen Organismus, sondern auch auf den Fötus. Man untersucht auch die Folgerungen, die sich daraus ergeben. Der praktische Teil ist die Forschung durch Frageböden. Sie konzentriert sich auf die subjektiven Empfindungen der Frau und auch auf ihr eigenes Erlebnis bei der Geburt. Das Forschungsziel war die Änderungen in der Einstellung zu Geburt bei Frauen nach eigenem Erleben der Geburt festzustellen. Die Ergebnisse der Fragebögen zeigen uns, wie sich der Blick aufgrund neuer Erfahrungen ändert.

Die Schlüsselwörter: der Stress, die Geburt, psychische und physische Belastung.

PŘEDMLUVA

Těhotenství a porod již přestává být v současné době ve společnosti třináctou komnatou, o které se nemluví. Naopak stává se otevřeným tématem nejrůznějších diskuzí všech věkových kategorií ženské populace. Ženy chtějí být informovány a seznámeny se stavem, který se jich bezprostředně týká, nebo v budoucnu týkat bude, tak aby nemusely pouze pasivně přijímat určitou formu péče, ale aby se i samy mohly podílet na zdárném průběhu svého těhotenství a mateřství.

Hlavním motivem vzniku této práce byla snaha objasnit formy pozitivních i negativních vlivů, které působí na těhotné ženy v 21. století. Neméně významným tématem této práce je osvětlení postojů žen k těhotenství, porodu a mateřství, jejich subjektivních pocitů a představ. Zejména tato část práce se snaží přispět k bližšímu poznání myšlení a úvah těhotných žen a tím i poukázat na nutnost individuálního přístupu v péči, která je v době těhotenství ženě poskytována.

Ke zvolení tohoto tématu mi bylo hlavním podnětem absolvování odborné praxe na klinických pracovištích pražských porodnic, kde jsem měla možnost seznamovat se s porodnictvím zejména z pohledu porodní asistentky. Touto prací jsem chtěla poznat své budoucí povolání také z druhé strany, tedy z pohledu těhotné ženy. Pro získání těchto informací bylo použito dotazníkového šetření, které každé ženě zaručovalo anonymitu a umožňovalo tak volnější vyjadřování na každou z položených otázek.

Tato práce je určena nejen studentům oboru porodní asistentka a ošetrovatelství, ale i porodním asistentkám z praxe, které mají zájem získávat stále nové poznatky.

Materiál k teoretické části jsem čerpala jak z knižních, tak i časopiseckých publikací, s doplněním o nejnovější poznatky z elektronických zdrojů.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1. Intrapartální psychická zátěž	9
1.1 Definice stresu	9
1.2 Působení stresu v organismu	10
1.3 Reakce organismu na stres	10
1.4 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení	11
1.5 Antepartální stres	11
1.6 Intrapartální stres.....	13
1.7 Stres po porodu	15
2. Intrapartální fyzická zátěž	17
2.1 Definice zátěže.....	17
2.2 Reakce organismu na zatížení.....	17
2.3 Reakce systémů na zátěž	18
2.3.1 Reakce endokrinního systému na působení zátěže	19
2.3.2 Reakce dýchacího systému na působení zátěže	19
2.3.3 Reakce krve na působení zátěže.....	20
2.3.4 Reakce oběhového systému na působení zátěže	21
2.4 Fyzická zátěž v těhotenství.....	22
2.4.1 Sport v těhotenství.....	23
2.4.2 Indikace a kontraindikace cvičení v těhotenství	24
VÝZKUMNÁ ČÁST	25
1. Námět a výzkumný problém	25
1.1 Cíle výzkumu	25
1.2 Hypotézy.....	25
2. Výzkumný soubor.....	26
3. Metodika.....	26
4. Vyhodnocení dotazníkového šetření.....	28
4.1 Vyhodnocení odpovědí před porodem	28
Tabulka č.1 – Vyhodnocení odpovědí před porodem.....	30

Tabulka č.1 (pokračování) – Vyhodnocení odpovědí před porodem.....	31
4.2 Vyhodnocení odpovědí po porodu.....	32
Tabulka č.2 – Vyhodnocení odpovědí po porodu.....	34
Tabulka č.2 (pokračování) – Vyhodnocení odpovědí po porodu	35
Graf č.1 – Zobrazení odpovědí před porodem a po porodu	36
4.3. Vyhodnocení grafu č.1	37
4.4 Vyhodnocení rozdílů hodnot před a po porodu	38
Tabulka č.3 – Rozdíl průměrných hodnot z odpovědí před a po porodu.....	40
Graf č.2 – Zobrazení rozdílných hodnot z odpovědí před a po porodu	41
4.5 Vyhodnocení grafu č.2	42
4.6. Diskuze	43
5. Vyhodnocení cílů a hypotéz.....	48
6. Závěr výzkumného šetření	50
ZÁVĚR	51
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	52
SEZNAM PŘÍLOH	54
PŘÍLOHY	55

ÚVOD

Těhotenství a porod je významnou událostí v životě každé ženy a její nejbližší rodiny. Tak jako je každý člověk jedinečný, je i prožívání těchto situací u každé ženy jiné. Stejně jako adaptace na působení řady vlivů z nejrůznějších sfér naší společnosti. Zvláště působením těchto vlivů a jejich důsledky se zabývá velká část této práce, jejíž cílem je objasnění a bližší poznání těchto stavů. K těm nejvýznamnějším vlivům, které na ženu působí během těhotenství a zejména za porodu, patří fyzická a psychická zátěž vlastního porodu. Obava, zda-li porod a porodní bolesti „dobře“ zvládnou je umocněna nejen tlakem médií, ale i obavou o zdraví dítěte. Díky pokroku dnešní medicíny jsou tyto zátěžové faktory u těhotných žen brány na zřetel více než v minulém století. Přesto ještě v porodnictví zůstávají oblasti, kde by si těhotné a rodičky přály určité změny. A právě svou výzkumnou částí chce tato práce vyjádřit subjektivní představy žen o vlastním porodu. Snaží se jejich pojetí co nejvíce ozřejmit a přiblížit tak, aby umožnila i druhé straně zastoupené porodními asistentkami pochopit jejich náhled na vlastní porod. Pevně věřím, že tato práce přispěje do budoucna k ještě většímu rozvoji individualizované péči v našich porodnicích.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Intrapartální psychická zátěž

Lidský organismus se chová a reaguje jako sladěný celek. Je schopen života a rozvoje za určitých zevních a vnitřních podmínek a v určitých mezích svých funkcí. Je proto vybaven mnohočetnými zajišťovacími a vyvažovacími kompenzačními mechanismy a schopnostmi, jak přiměřené pásmo vyvážené činnosti (homeostázu) udržet v běžných situacích i za zvýšených a mimořádných nároků. Zvýšený nárok na organismus, ať už psychický, fyzický nebo kombinovaný, představuje zátěž-stres. Aktivuje centrální nervovou soustavu a celou osu pochodů hypotalamus-hypofýza-nadledvinky. Součástí stresové reakce je i uvolnění látek, které se podílí na celkové reakci organismu. Lidský organismus má na rozdíl od zvířat vysoce vyvinutou funkci mozku a II. signální soustavy. Lidský stres má mnoho společného se stresem nejvýše postavených obratlovců, liší se však typicky lidskou psychicko-emocionální složkou. (2.)

1.1 Definice stresu

V současné době existuje nespočet definic, které objasňují, co vlastně stres je. Již v době před druhou světovou válkou začal formulovat definici stresu zakladatel nauky o stresu maďarsko-německo-kanadský fyziolog Hans Selye. Od té doby mnoho lékařů a vědců tuto definici upravovalo nebo měnilo. Dnes můžeme říci, že stres je jakýkoli vliv životního prostředí (fyzikální, chemický, sociální, politický, psychologický), který ohrožuje zdraví citlivých jedinců. Stres je skutečným biologickým fenoménem, který se může podílet na vyvolávání nebo zhoršování nemocí, stejně tak jako omezování důsledků stresu nebo zmírnění jeho subjektivního vnímání může jedinci významně pomoci. (10.)

Působení stresu zahrnuje soubor regulačních mechanismů nastupujících při ohrožení vnitřní homeostázy organismu. Většinou se stresovou reakcí rozumí situace na hranici patologického stavu. Často se také stresová situace uvádí reakcí poplachovou. Optimálním výsledkem vyrovnání se organismu se stresovou zátěží je úplná restituce funkce, opačným stavem je zhroucení a smrt organismu. Nejčastěji však dochází k adaptaci, takže při opakování situace se odpověď snižuje. (9.)

1.2 Působení stresu v organismu

V organismu první v pořadí reaguje nervově-hormonální složka. V návaznosti se připojují změny v metabolismu. Mění se rovnováha krvácivosti a srážlivosti krve-fluidokoagulační rovnováha. Nespecifická i specifická odolnost organismu přechodně klesá. Životní funkce, zejména dýchání a krevní oběh, zvyšují výkonnost. Mobilizují se snadno dostupné energetické rezervy jako glykogen z jater. Škodlivé zplodiny z tkání, poškozených poraněním nebo hypoxií, se vychytávají v plicích a retikulo-endotelu jater a sleziny. Trpí prokrvení trávicí trubice, zhorší se či přímo zastaví funkce vstřebávání a ochrana před vniknutím mikrobů střevní stěnou do krevního oběhu. Snižuje se prokrvení ledvin, klesá diuréza, zhoršují se možnosti vyloučit všechny nahromaděné rozpadové a toxické látky. Stoupá počet leukocytů a klesá počet lymfocytů. Nadledviny zvýšeně vytvářejí a vyplavují kortikosteroidy. (2.)

Negativní emoce vyvolají sekreci katecholaminu (adrenalinu a noradrenalinu), které uvedou do pohotovosti pohybový i oběhový systém a tím umožní organismu zajistit potřebnou energii pro odpověď na stres. V další fázi zvládnutí stresové situace nastupuje systém schopný zajistit trvalejší a úspornější získávání i přidělování energie. Tento mechanismus je spouštěn z předního laloku hypofýzy a vede ke zvýšenému vylučování hormonu nadledvinkové kůry-kortisolu. Vylučují se i další látky, které šetří glukózu jako zdroj energie pro buňky mozku a pro játra. Tím se zajistí, že ostatní tělesné orgány čerpají energii z tukových zásob, kterých je v organismu podstatně více než samotné glukózy. Hormony, které se uplatňují v řízení stresové reakce, fungují jako prostředník v systému, který účelně přiděluje energii jednotlivým orgánům a tkáním podle potřeby v kritické situaci. Někde i na úkor funkce tkání a orgánů, které jsou v dané situaci ohrožení méně důležité. (13.)

1.3 Reakce organismu na stres

Zejména dlouhodobější působení stresu má za následky systémové změny v celém organismu. V oblasti kardiovaskulární je to zvyšování sklonu k hypertenzi, v oblasti metabolické zvyšování glykémie a sklonu k diabetu stejně jako i zhoršování diabetu samotného. V oblasti psychosomatické dochází ke vzniku funkčních somatických poruch, ale i ovlivnění organických onemocnění stresovanou lidskou myslí například sklon ke vzteku a zlosti s následným zhoršením ischemické choroby srdeční. Než byl

objeven *Helicobacter pylori* byl žaludeční vřed běžně považován za stresovou nemoc. Nejzávažnější jsou asi údaje o trvalých morfologických změnách v mozku po stresu. Má to patrně vztahy k paměti, k psychice vůbec a při stoupajícím výskytu stresu v moderní společnosti by to mohlo mít pro další vývoj lidstva nedozírné důsledky. (12.)

1.4 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení

Skupina těchto poruch je přímým důsledkem závažných zážitků nebo životních změn.

Akutní reakce na stres je odpovědí na těžce traumatizující zážitek s vážným ohrožením jedince nebo jemu blízkých osob. Postižený má zúžené vědomí, je desorientovaný. Tento stav se buď prohloubí (stupor) nebo se přesmykne do hyperaktivity. Tato reakce odeznívá rychle, většinou do několika minut, maximálně do tří dnů.

Posttraumatická stresová porucha vzniká jako zpožděná nebo protrahovaná odpověď na těžce traumatizující zážitek. Po určité latenci od traumatu se do 6 měsíců postiženému opakovaně do mysli vrací prožitek, mívá úzkost s vegetativním doprovodem, deprese, neopodstatněné výčitky, poruchy spánku, citovou zploštělost, někdy suicidiální myšlenky či agresivní sklony.

Poruchy přizpůsobení se vznikají do 1 měsíce v období adaptace na závažnou životní změnu. Důležitou roli hraje individuální dispozice a zranitelnost osobnosti. Porucha přizpůsobení se může projevovat úzkostmi, poklesy nálad, obavami, narušením schopnosti plánovat řešení situace, někdy i asociálním chováním. (8.)

1.5 Antepartální stres

Prenatální psychologie (např. práce Petra Fedora-Fereyberga a Thomase Vernyho) jednoznačně prokázala, že nejdůležitější příčinou problematického těhotenství, a následných traumatických porodů je dlouhodobý stres. Například sklon k agresivitě není něco genetického, ale spoluvytváří se již v době těhotenství. Takže psychika těhotné ženy je to, co ze značné části určuje psychickou vyrovnanost nebo labilitu budoucího člověka. U malých dětí depresivních matek, se začne odchýlně chovat kůra čelních

laloků mozku - křížovatky mechanismů pozornosti, emocí a sociálních vztahů. Dlouhodobější stres v těhotenství vede přímo k poruchám chování, depresím, agresivitě a celé dlouhé řadě obtíží a chorob. Přímý vztah mezi psychikou těhotné a jejího budoucího dítěte prokázal už profesor Matějček v 60. letech, kdy zjistil, že komplikace v těhotenství a při porodu vedou k násilnému chování, a dochází k nim tehdy, má-li matka k těhotenství negativní postoj. (15.)

Negativní postoj se vyskytuje zejména u žen s nechtěným těhotenstvím. Při nežádoucím těhotenství dochází k nejistotě a napětí, případně i k neurotizaci. I když zákon o umělém ukončení těhotenství dává ženě možnost, aby o své graviditě svobodně rozhodla, znamená to pro ni zvýšenou osobní odpovědnost. Situace se komplikuje věkem ženy, vztahem k partnerovi, rodinnými a příbuzenskými poměry nebo úvahami o perspektivě svobodné matky. (8.)

Následkem tohoto stresu a napětí bývají zejména v prvních třech měsících těhotenství poruchy obvykle psychogenního rázu. Mohou to být již zmíněné deprese nebo anxiózní stavy, případně nauzeozní stavy až anorexie. Výjimkou nejsou ani suicidiální tendence, které nemusejí být pouze vyhrožováním, ale mohou být míněny i vážně. V těhotenství často propukají endogenní psychózy, jak maniodepresivita, tak i schizofrenie. (5.)

Podle nejnovějších výzkumů ovlivňuje stres matky její hormonální rovnováhu, což negativně působí na vyvíjející se plod. V pozdějším věku je u dětí, které byly tomuto zvýšenému riziku v prenatálním období vystaveny, vyšší pravděpodobnost vzniku schizofrenie, poruch chování, deprese i dalších obtíží a chorob. Výzkum se zabýval vlivem prostředí embrya (lidského i zvířecího) v těle matky na pozdější psychopatologii. Jak u lidí, tak u pokusných hlodavců byla opakovaně zjištěna souvislost mezi stresem matky v období gravidity a psychopatologií potomků v pozdějším věku. Nebyl však prokázán jednoznačný mechanismus, který je za tuto souvislost zodpovědný. Vystavení mateřskému stresu může být spojeno s abnormalitami ve vývoji mozku. Tyto odchylky mohou významně působit na pozdější chování dítěte. Autoři výzkumu se domnívají, že prenatální stres matky není spojen s rizikem vzniku jedné konkrétní duševní poruchy. Tuto teorii však zastává řada jiných vědců. Ti se nejčastěji domnívají, že prenatální stres podmiňuje pozdější riziko vzniku schizofrenie. Rozhodující jsou přitom zejména počáteční fáze těhotenství (první a druhý

trimestr), kdy probíhají klíčové fáze vývoje mozku dítěte. Mezi vědci panuje shoda v tom, že stres matky působí na plod hormonálními mechanismy. Jeden takový mechanismus byl objeven během výzkumů na zvířatech. Klíčovou roli v něm hraje hypotalamo-hypofyzární-nadledvinová osa. Dlouhodobá aktivace tohoto systému u matek může vést k jeho dysregulaci – u dítěte pak může docházet k poruchám v regulaci stresových hormonů. To má za následek poruchy v emoční sféře a obtíže při zvládnání stresových situací. U zvířat bylo prokázáno, že nadměrné vystavování plodu působení stresových hormonů před narozením vede k poklesu počtu receptorů citlivých na stresové hormony v hippocampu. Tato oblast mozku hraje důležitou roli při stresových reakcích. K podobnému snížení citlivosti hippocampu by mohlo docházet i u lidí, k ověření této hypotézy však bude nutný další výzkum. (11.)

Působením stresu na těhotnou ženu a plod se zabývali i američtí vědci, kteří ovšem došli k jiným závěrům. Mírný stres těhotných žen totiž může mít nečekané pozitivní účinky. Dosud se předpokládalo, že může ublížit ještě nenarozeným dětem, ale nemusí tomu tak být vždy. Matčín stres má na vývoj potomka i pozitivní vliv. Výsledky výzkumu ukazují, že děti matek, které se během těhotenství "nervovaly", se rychleji vyvíjejí. Tyto závěry se objevily jen náhodou. Původně se vědci domnívali, že jejich bádání jim poskytne důkaz o tom, že mateřský stres může vést k výrazným poruchám v chování dítěte. Odborníci věří, že pozitivní účinky stresu na ještě nenarozené dítě má hormon kortisol - stresový hormon. Jeho dopady sice nejsou dobré, ale zároveň ho každý orgán potřebuje k řádnému vývoji a může vést k lepšímu vývoji orgánů u lidského plodu. Za pozitivním vlivem stresu ovšem zřejmě stojí i osobnost matky, která má k těhotenství kladný vztah a bere ho jako výzvu. (14.)

1.6 Intrapartální stres

Porod dítěte a pobyt v nemocnici je sociálně a psychologicky stresujícím zážitkem, během něhož žena prožívá bolest a nejistotu. Veškeré emocionální reakce je třeba považovat za logické. Velmi málo žen se cítí skvěle, zvláště pokud je jejich porod protrahovaný nebo komplikovaný. Porod je v každém případě bolestivý a stresující bez ohledu na výsledek. Ženy se dostanou do porodních bolestí obvykle po devíti měsících

rozrušení, nejistoty a starosti o dítě. Málo žen si myslí, že je porod snadný, i když většina z nich optimisticky očekává, že proces dobře zvládnou. (6.)

Působení stresu na ženu začíná již prvními kontrakcemi a celkově začátkem všech porodních mechanismů. Zejména u primipar se nástupem bolestivých kontrakcí začíná roztáčet kolotoč úzkosti ze vstupu do „neznáma“, napětí z ochromující bolesti či strachu a obav o zdraví své i svého dítěte. Na negativním působení na rodičku se poslední dobou podílí i porodnice samy. Vzestupem porodnosti se často, zejména ve větších městech, stává, že rodička přichází na porodní sál do nemocnice, kam chodila v těhotenství do prenatální poradny nebo na psychoprofylaktické kurzy, ale z důvodu zaplněné kapacity je odkázána na porodnici jinou. Tato situace působí na rodičku spolu s faktory uvedenými výše více než negativně a i proto by se ženě mělo dostat ze strany personálu dostatek pochopení, podpory a profesionálního přístupu.

Prvním negativem je dlouhé čekání na vyšetření, zvuky na chodbách, anonymní personál, chybná komunikace, nepodání informací. Výsledkem je pocit strachu. Při příjmu na porodní sál je důležitý první dojem. Představení se, chování personálu, komunikace a podání informací, a to i rodinným příslušníkům. Je nutné vystupovat jako tým. Rodička přichází na pracoviště, kde lidé žijí „ve svém světě“, ale pohled zvenčí může být jiný...

Samotný průběh porodu může negativně ovlivnit, když personál nerespektuje zásady a informace, které rodička získala v předporodních kurzech. Nenabídne jí jiné možnosti, chybí mu trpělivost, bagatelizuje bolest rodičky. Nevhodné chování a hovory personálu mohou vést až k poškození rodičky. Komunikačními problémy jsou protichůdné informace, řešení rozdílného názoru zdravotníků před rodičkou, kritizování a zesměšňování porodních plánů, porušení intimity, anonymita a střídání personálu. Je to i nervózní, emocím propadající či nekomunikativní porodní asistentka, neschopná navázat s rodičkou vztah či absence snahy nebo chuti vyjít rodičce vstříc vzhledem k jejímu přání. Umět komunikovat je vysoce důležité, protože komunikací lze předejít mnoha nedorozuměním a stížnostem. Prostředí a atmosféra významně ovlivňuje děložní činnost. Stresovaná rodička se neuvolní, potřebné hormony se nevyplaví... Ne vždy je však možné, aby porodní sál nepřipomínal nemocnici, když je v nemocnici, ale i přesto nemusí chybět uklidňující teplé barvy, relaxační pomůcky na pokojích (míče, žíněny, stoličky, žebřiny, vana nebo sprchy), hudba nebo možnost intimního osvětlení. Rodička

musí mít od první chvíle pocit důvěry a profesionality. Ovlivnit se dá i probíhající porod. Důležité a limitující je určení jeho začátku a aktivní části. Velký pozor by se měl dávat na zásahy do průběhu porodu, často je přílišná snaha být aktivní (předčasná dirupce, nepodání jídla a tekutin, předčasné a nesprávné tlačení rodičky, zbytečná epeiziotomie). Naopak je nutné učit se nezasahovat. Je dobré omezit zásahy na minimum a pokud vznikne překážka nebo porucha, zasáhnout jen tolik, aby se problém odstranil a porod pokračoval normálně. Za prioritu se považuje bezpečnost maminky a dítěte.

Negativně může porod ovlivnit velký počet lidí v jeho závěru (rodičce nikdo nic nevysvětlil a ani se jí nezeptal, zda tam tito lidé mohou být). Při porodu neustále někdo mluví, nemůže si odpočinout ani mezi kontrakcemi. Pověly v závěru porodu přicházejí od více lidí a ona neví, koho poslouchat. Problémem bývá i to, že personálu chybí trpělivost a má snahu rodičku pořád „zachraňovat“. Pokud se vychází vstříc přáním a požadavkům ženy, podpoří se tak i pozitivní emoce a usnadní se jí porodit beze strachu a stresu. Je mnoho faktorů, způsobů a okolností, které se na porodu podílejí. Lidský faktor je ten nejdůležitější. Kromě dobrého průběhu porodu a zdravého miminka je ovlivněno i to, jak rodička bude na porod vzpomínat i po letech. (3.)

1.7 Stres po porodu

Narození dítěte a nová mateřská role nejsou pro ženy stejným druhem prožitku. Každé dítě, které žena má, je jinou zkušeností za jiné situace. Není to jen kvůli situaci spojené s porodem, ale také proto, že každé dítě přijde do jiného období v životě ženy. Narození dítěte není navíc jediným, co se jí v tuto dobu přihodí. Porod není nezávislým faktorem, kterým by se mohly řídit ostatní faktory. Přejchod do mateřství je hluboce usazen v životní zkušenosti ženy a její konkrétní situaci. Přejchod do mateřství je průsečíkem psychologického, sociálního, biologického a časového hlediska.

Až 80% novopečených matek prožije během prvních dnů a měsíců po porodu určitý stupeň deprese či plačivosti, 10% je někde mezi tím a trpí delší dobu emoční poruchou, která však není tak závažná, aby vyžadovala hospitalizaci, a pouze 0,2% žen je postiženo poporodní psychózou vyžadující hospitalizaci. (6.)

Poporodní psychózy jsou častější než poruchy v těhotenství zřejmě proto, že těhotenské změny v organismu se vyvíjejí pozvolna, takže se může postupně přizpůsobit. Naproti tomu porod je náhlá změna s velkou fyziologickou zátěží, se ztrátou krve a psychickým vypětím a často vystupňovanými obavami o stav narozeného dítěte.

Amentní nebo delirantní psychózy vznikají krátce po porodu většinou ještě na porodnických odděleních, kde by měl být personál o možné poruše dostatečně informován, tak aby se včas předešlo poškození zdraví nebo suicidii. Pozdní poporodní psychózy mají buď obraz amence (méně často deliria) nebo obraz podobný schizofrenii či afektivní poruše. Pokud jde o typickou poporodní psychózu, mizí příznaky ještě v poporodním období a jindy se neobjevují. Poporodní stres však může vyprovokovat schizofrenii nebo afektivní poruchu, která pak probíhá dále nebo recidivuje mimo porodní období. (8.)

Závažné jsou poporodní deprese. Mluvíme o nich tehdy, když žena dříve netrpěla projevy maniodepresivního onemocnění (jinak je deprese považována za novou fázi vyprovokovanou porodem). I tak mnohdy jde o první fázi maniodepresivity. Poporodní deprese je charakterizována stejnými příznaky jako deprese jiného endogenního původu. Objevuje se zpomalenost, nerozhodnost, pocity nedostatečnosti, může přistoupit i bludná symptomatologie – insuficienční bludy. Bývají centrovány na problémy tohoto období – žena je například přesvědčena, že se nedoveďe o dítě postarat. Jako u každé jiné deprese je i zde riziko suicidia, mnohdy chce žena uchránit své dítě „před světem“ tím, že ho „vezme s sebou“. Je proto důležité příznaky tohoto onemocnění včas rozpoznat a léčit.

Poporodní schizoformní (eventuelně paranoidní) psychóza je vlastně analogií předešlého v oblasti schizofrenního okruhu. Může však jít i o počínající schizofrenii, příznaky tomuto onemocnění odpovídají. Matka pozoruje různé změny na sobě, ale velmi často i na dítěti, což nepozoruje nikdo z jejího okolí. Mohou se prakticky vyskytovat všechny projevy popisované u schizofrenie. Poporodní schizoformní psychóza by měla mít dobrou prognózu, neměla by tedy vytvářet defekt, ani při eventuelním opakování po dalším porodu. K opakování dojít může, ale nemusí. Přesto je vhodné doporučit ženě s dalším těhotenstvím vyčkat, aby byl větší prostor pro posouzení, zda nejde o začátek endogenní psychózy. (5.)

2. Intrapartální fyzická zátěž

Bezprostřední odpovědí řady orgánových systémů na svalovou práci je reakce. Ta závisí na druhu, intenzitě a délce trvání zátěže. Vlivem schopností orgánových systémů funkčně i morfologicky se přizpůsobovat mnohonásobně opakovaným, dlouhodobým působením dochází ke vzniku adaptace. Opakování zátěží vede k postupnému slábnutí odpovědi na ně. Má-li být odpověď dostatečně velká, musí se i intenzita podnětů postupně zvyšovat. Výsledkem je potom zvýšení výkonnosti. Také adaptace je závislá na druhu, frekvenci, intenzitě a době působení fyzické aktivity. Naopak vynecháním či oslabením pravidelných podnětů je podmíněn vznik dezadaptace. Tato skutečnost vede k poklesu či vymizení projevů adaptace. Důsledkem neadekvátní, dlouhotrvající nadměrné zátěže, která může vést ke strukturálním změnám i funkčním poruchám je rozvoj maladaptace. (7.)

2.1 Definice zátěže

Zátěž je souhrn vnějších podmínek a požadavků v pracovním systému, které působí rušivě na fyziologický a psychický stav člověka. Účinek zátěže na člověka se rozvíjí s ohledem na individuální vlastnosti a schopnosti. Výsledek vzniká ze vzájemného působení dvou faktorů: souboru vnějších podmínek a nároků, kladených na člověka, pro něž je typická nečekanost, neobvyklost nebo intenzita a trvání, a vlastností osobnosti člověka zvládat tyto nároky. Zátěž může být optimální, přiměřená, škodlivá. Obecně lze každou pracovní i jinou činnost považovat za zátěž lidského organismu. (16.)

2.2 Reakce organismu na zatížení

Funkční reakce organismu na zatížení zajišťují regulační mechanismy. Současně s podnětem z mozkové kůry k zahájení pohybové činnosti iradiují motorické podněty jdoucí do periférie k pohybovému systému také cestou hypotalamu do hypofýzy. Touto cestou se aktivuje celý systém žláz s vnitřní sekrecí. Nervové podněty také současně prostřednictvím vegetativního nervového systému vyvolávají sekreci hormonů v nadledvině. Jsou to jak hormony typu mineralokortikoidy, které zajišťují hospodaření s minerálními látkami a s vodou, tak glukokortikoidů, zajišťujících hospodaření

s makroergními substráty. Velmi rychlá produkce hormonů dřeně nadledvin (katecholaminů) zajišťuje vhodnou reakci v oběhovém systému ihned na počátku zátěže. Navíc potom podněty vycházející přímo z buněk pohybového systému, kde nastává narušení homeostázy vnitřního prostředí, vedou k tomu, že organismus zpětnými vazbami rychle zajišťuje (nervově) vhodné prokrvení rozšířením cév a vazokonstrikcí v nečinných oblastech. Současně dochází také cestou thalamu a hypothalamu k zajištění trvalejších změn ve funkcích prostřednictvím humorální (endokrinní) soustavy. Potom ještě nervovými zpětnými vazbami, počínaje míchou a konče mozkovou kůrou, se zajišťují vhodná a správná provádění pohybových činností v prostoru a čase i v potřebné kvantitě a kvalitě. Podobně koncentrací jednotlivých metabolicky působících hormonů v krvi je zpětnovazebně ovlivňována jejich produkce ve žlázách s vnitřní sekrecí. Svůj význam mají kromě zmíněných samozřejmě i různé další hormony, především jodové thyroniny štítné žlázy, glukagon a inzulin pankreatu podílející se na endokrinním zajištění výkonu a hypofyzární růstový hormon.

Při reakci organismu na zatížení dochází bezprostředně po začátku působení podnětu k vyplavování mineralokortikoidů, čímž se podporuje retence sodných iontů a exkrece iontů draselných. V této skupině hormonů jsou nejdůležitější aldosteron a deoxykortikosteron. Další skupinou jsou glukokortikoidy, které umožňují zvýšení koncentrace cukru v krvi; z nejdůležitějších jsou hormony kortison a kortisol. V oblasti dřeně nadledvin jsou rychle vyplavovány do krve katecholaminy, adrenalin a noradrenalin, které také zvyšují látkovou přeměnu a zasahují především do řízení činnosti srdeční a oběhové soustavy, zvyšují její činnost, zvyšují tonus svalstva a aktivují celou endokrinní soustavu. K popsaným reakcím dochází nejen při zatížení fyzickou prací, ale také emočními stresy jako je bolest, strach, celkové vzrušení nebo i při zvýšeném působení tepla či chladu. (4.)

2.3 Reakce systému na zátěž

Při tělesné zátěži musí proběhnout v jednotlivých etapách transportního systému (transport dýchacích plynů s výsledkem koordinované funkce dýchacího a oběhového systému) řada komplexních změn podle druhu, intenzity a trvání zátěže, které jsou

výsledkem složitých regulačních mechanismů, jejichž cílem je splnit zvýšené metabolické nároky. (4.)

2.3.1 Reakce endokrinního systému na působení zátěže

Ve dřeni nadledvin jsou produkovány katecholaminy (adrenalin a noradrenalin). V klidu v minimálním množství. V kůře nadledvin pak mineralokortikoidy (aldosteron) a glukokortikoidy (kortizol).

Vyplavování katecholaminů do krve se výrazně zvyšuje v podmínkách psychických a fyzických zátěžových situací. Hlavním úkolem katecholaminů je dodat zvýšeně činným svalům dostatek „paliva“ zvýšeným využíváním zásobní chemické energie (glukózy a mastných kyselin) z glykogenu a tukové tkáně. Zvyšují intenzitu a frekvenci stahu srdeční svaloviny, srdeční objem, a tím i minutový objem srdeční. Zvyšují krevní tlak. Prokrvení žaludku, střev i kůže snižují ve prospěch pracujících svalů. Zvyšuje se sekrece kortikotropinu (ACTH), a tím i glukokortikoidů z kůry nadledvin. Kortizol dále zvyšuje koncentraci glukózy („paliva“) v krvi, která se tvoří i z aminokyselin (za cenu odbourávání bílkovin). Zvýšená hladina mineralokortikoidů (aldosteron), zvyšuje hladinu sodíku a vody v organismu.

Zátěží indukovaná vyšší hladina tyreotropinu (TSH) vede ke zvýšené produkci hormonů štítné žlázy. Tyto zvyšují aktivitu oxidačních mitochondriálních enzymů a zvyšují a zrychlují uvolňování energie.

Při zátěži hladina inzulínu klesá úměrně s intenzitou aerobní práce. Při anaerobním charakteru zátěže bývá jeho sekrece zvýšená. Významnou roli má inzulín ve fázi zotavení, kdy stimuluje ukládání zásobních látek včetně tvorby bílkovin – má anabolické účinky.(13.)

2.3.2 Reakce dýchacího systému na působení zátěže

Vzhledem k tomu, že výměna plynů mezi vzduchem a krví probíhá jen na úrovni alveolo-kapilární membrány, je z anatomie patrné, že existuje část dýchacích cest, kde žádná výměna plynů neprobíhá (nos, ústa, průdušnice, průdušky). Tento anatomický mrtvý prostor má objem kolem 150 ml. Protože však v klidu nejsou všechny plicní

sklípky účinné při výměně plynů mezi vzduchem a krví plicních kapilár, existuje také fyziologický (funkční) mrtvý prostor a jeho ventilace je označována termínem ventilace funkčního mrtvého prostoru. Zbylá ventilace je označována termínem efektivní alveolární ventilace. (13.)

V oblasti dýchání lze pozorovat při dlouhodobé zátěži mírný, ale zřetelný vzestup hodnot minutové ventilace, který je větší než vzestup příjmu kyslíku. Zhoršuje se tedy poněkud ventilační účinnost. Bylo také prokázáno zvyšování ventilace mrtvého prostoru při nezměněné alveolární ventilaci. Dechová frekvence a dechový objem nevykazují jednoznačný trend, jejich změny jsou dosti variabilní. Nelze říci, že by plynule stoupala dechová frekvence. Její hodnoty se při zvyšování ventilace mění spíše skokem a jsou vždy v určitém poměru k pracovnímu rytmu. Princip hospodárnosti v regulaci typu dýchání, tj. jeho frekvenci a hloubce, je modifikován rytmem konané zátěže. (4.)

2.3.3 Reakce krve na působení zátěže

V důsledku hormonálních podnětů dochází na začátku zátěže ke zvýšení počtu červených krvinek při jejich vyplavení z kostní dřeně. Při déletrvajícím zátěži provázené ztrátou tekutin dochází k relativnímu zvýšení počtu červených krvinek dané hemokoncentrací. Zhoršují se podmínky pro proudění krve, průvodním znakem je zvýšení srážlivosti. Také počet bílých krvinek při tělesné zátěži stoupá (leukocytóza) a jejich množství se zvyšuje se zvyšující se intenzitou zátěže. Změny mohou být obdobné jako u infekčních chorob.

Po přerušení zátěže se změny počtu krevních elementů vrací v krátkém časovém intervalu k výchozím hodnotám. Při nadměrném fyzickém, psychickém i emočním zatížení byly pozorovány změny funkce bílých krvinek a také snížení množství protilátek v krvi. Toto nepříznivé ovlivnění imunitního systému může vést k poklesu odolnosti proti onemocněním. (13.)

2.3.4 Reakce oběhového systému na působení zátěže

V oběhovém systému se započatá tělesná aktivita projevuje zvětšováním minutového objemu srdečního (složka centrální) a změnami v distribuci krevního proudu (složka periferní).

Minutový objem srdeční vzrůstá v prvních fázích svalové práce poměrně rychle, již za prvních 60 sekund práce dosáhne asi 85% své konečné hodnoty při práci menší intenzity, při těžší práci je vzestup pomalejší. Minutový objem srdeční závisí na srdeční frekvenci a tepovém objemu. Zvětšení minutového objemu v souvislosti s tělesnou prací závisí především na urychlení srdeční frekvence, jejíž konečná hodnota je úměrná intenzitě konané práce. V začátku tělesné práce se srdeční frekvence rychle zvyšuje a to více než minutový objem srdeční. Velikost tepového objemu je dána především velikostí srdce a podmínkami plnění srdce, tedy venózním návratem.

Krevní tlak, především jeho systolická hodnota, vzrůstá stoupajícím minutovým objemem srdečním, ale tlak diastolický se při dynamické svalové práci zvyšuje jen málo.

V oběhových ukazatelích není dosud shody o změnách minutového objemu srdečního v průběhu dlouhodobé zátěže. Soudí se, že minutový objem srdeční zůstává při dlouhodobé zátěži konstantní, nebo jen málo vzrůstá. Srdeční frekvence se během dlouhodobé práce plynule mírně urychluje a systolický objem se zmenšuje. Srdeční frekvence se urychluje cca o 5 až 10 tepů za minutu po hodině konstantní fyzické zátěže. Zmenšování systolického objemu svědčí pro zhoršování účinnosti srdeční práce. Příčiny toho mohou být v samotném srdci (myokardu) nebo ve změně hemodynamických poměrů.

V začátku svalové práce v rámci celkové redistribuce krve dochází k vazokonstrikci v kůži, později však kožní cévy dilatují podle potřeb výdeje nadbytečného tepla vznikajícího při svalové práci. Tento přesun krve do kožních oblastí může ovlivnit venózní návrat a zhoršovat podmínky plnění srdce a tím i velikost systolického objemu. Ke zhoršení venózního návratu může přispívat i úbytek vazomotorického tonusu, zasahující i venózní řečiště – kapacitní cévy. Pokles vazomotorického tonu je průvodním jevem dlouhotrvající fyzické zátěže a má ještě další hemodynamické

důsledky, jako pokles středního arteriálního tlaku jak v tělovém, tak v plicním oběhu. Také systolická hodnota krevního tlaku se během dlouhotrvající zátěže snižuje.

Z výzkumů vyplývá, že tělesné zatížení, pokud jeho intenzita odpovídá hemodynamické zdatnosti srdce, zlepšuje cirkulační poměry, snižuje srdeční práci, kyslíkovou spotřebu myokardu a má pro všechny tyto důsledky příznivý vliv nejen na tělesný, ale i na duševní stav člověka.(4.)

2.4 Fyzická zátěž v těhotenství

Již samotným těhotenstvím jsou kladeny na tělo ženy zvýšené nároky, které se organismus snaží v závislosti na postupném růstu plodu kompenzovat. Z tělesných změn se fyziologicky zvyšuje množství obíhající krve proti stavu před otěhotněním o 30-35%. Přibývá zejména krevní plazma a červené krvinky. Roste klidová tepová frekvence o 7-16 tepů za minutu. Zvyšuje se minutový objem srdeční, nejvíce se to projeví ve 32. týdnu gravidity, kdy se zvýší o 30-50%. Zrychluje se krevní oběh, protože stoupá práce levé srdeční komory. Krevní tlak se může snižovat, systolický se zpravidla nemění, diastolický může klesat. Cévní řečiště se rozšiřuje o nově vznikající cévy v rodidlech, děloze a mléčných žlázách. Na dechové ústrojí se také kladou větší nároky. Bránice je vytlačována do výše, proto se zvyšuje frekvence dýchání asi o 10 dechů za minutu, dechový minutový objem se do konce těhotenství může zvýšit o 40-60%. Tímto je snížena vitální kapacita plic a ještě více zbytkový výdechový objem plic. Díky zrychlenému dýchání se do krve dostává více kyslíku než oxidu uhličitého. Spotřeba kyslíku se zvyšuje o 40ml za minutu, což je asi o 20% oproti netěhotným. Zásobuje se jím hlavně plod, placenta, ledviny a srdce. (1.)

I přesto, že jsou změny vlivem těhotenské zátěže kompenzovány fyziologickými mechanismy, měla by i žena sama přispět k tomu, aby se její organismus s přibývajícím zátěží na těhotenství adaptoval co nejpříznivěji. Cílem jakékoliv tělesné aktivity v těhotenství není zvyšování výkonnosti, ale udržení optimální kondice organismu.

Veškerá fyzická aktivita provozovaná v průběhu gravidity musí být schválena gynekologem, který dokáže nejlépe posoudit toleranci organismu vůči zátěži. Je nutné brát v úvahu aktuální zdravotní stav jak budoucí matky, tak i plodu, pokročilost

těhotenství, druh a intenzitu zamýšlené sportovní činnosti, předchází trénovanost. Je nutné i zvážit možná rizika a výhody plynoucí z vybraného druhu tělesné aktivity, stejně jako je důležité brát ohledy na ženu subjektivně vnímaný aktuální zdravotní, fyzický i psychický stav. (1.)

2.4.1 Sport v těhotenství

Je prokázáno, že všeobecně má sport na člověka pozitivní vliv. Pravidelná tělesná aktivita kladně působí zejména na kardiovaskulární systém a dýchací soustavu, čímž působí jako prevence proti mnoha onemocněním srdce, oběhu, ovlivňuje hladinu LDL cholesterolu v krvi, udržuje člověka v dobré kondici často až do pozdního věku.

Sport v těhotenství je velmi specifický a každá žena k němu musí přistupovat jinak. Byl prokázán pozitivní vliv cvičení na ženu, ale nejsou důkazy o vlivu na hmotnost či donošenost plodu. Vždy nejvíce záleží na aktuálním zdravotním stavu a subjektivním pocitu těhotné ženy, její předešlé sportovní aktivitě a trénovanosti. Těhotenství rozhodně není vhodná doba na zahájení pravidelného cvičení v posilovně nebo usilovného běhání za účelem zlepšení fyzické kondice. Naopak životní tempo se v tomto období zmírňuje vzhledem ke zvýšeným nárokům na organismus i v klidu.

Obecně se těhotným ženám doporučuje provádět cvičení pod odborným dohledem porodní asistentky nebo školené cvičitelky, která sestavuje cvičební plán s ohledem na fyzické možnosti ženy i na pokročilost těhotenství. Zároveň také dodržuje zásady sportování v těhotenství. Mezi ty hlavní patří: necvičit do úplného vyčerpání; předejít přehřátí (tělesná teplota při fyzické aktivitě nesmí být vyšší než 38°C); sportovní výkon nesmí vyvolat oběhové selhání; nesmí se provozovat cvičení, která na delší dobu zvyšují nitrobřišní tlak (dochází k zhoršenému zásobení plodu kyslíkem), ze stejného důvodu je nutné se vyvarovat cviků se zadržováním dechu; důležité je také neprovozovat sporty, při kterých hrozí zranění, pády, srážky, nárazy, nebo kde by hrozilo pohmoždění břicha. (1.)

2.4.2 Indikace a kontraindikace cvičení v těhotenství

Během těhotenství se více uvolňují vazy a svaly. zvyšuje se kloubní pohyblivost, což usnadňuje a zrychluje porod. Na druhé straně při sportu a cvičení to může vést k rychlejší možnosti poškození právě vazů a svalů. Je to způsobeno zvýšenou hladinou hormonů estrogeneru a relaxinu. Z tohoto důvodu jsou také nevhodná veškerá švihová cvičení a protahování do hyperextenze. Těhotné mají také často hypotenzi, a proto nejsou vhodné rychlé změny poloh, které jsou těžko snášeny a mohou způsobit závratě. Ty se mohou projevit i při lehu na zádech, kdy již po 3. měsíci gravidity se díky zvětšenému objemu dělohy při této poloze utlačuje dolní dutá žíla, může to vést až ke ztrátě vědomí.

Dochází ke zvyšování spotřeby kyslíku, což způsobuje s postupem těhotenství problémy při vytrvalostním charakteru zátěže. Kvůli zvýšeným nárokům na dýchací soustavu se snižuje schopnost výdrže bez dechu. Díky vyšší hladině progesteronu je snížena tolerance oxidu uhličitého v prodloužené míše, což způsobuje sklon k hyperventilaci a dušnosti již při střední zátěži. Vysoká intenzita zátěže omezuje přísun kyslíku k plodu, a proto je nepříznivá. Snižuje se krevní zásobení dělohy, protože jsou kyslíkem zásobeny aktivní části těla. (1.)

VÝZKUMNÁ ČÁST

1. Námět a výzkumný problém

Těhotenství a porod se v současné době dostává do popředí zájmu široké veřejnosti a často v diskusích na tato témata dochází k názorové nejednotnosti mezi laickou a odbornou veřejností. Zatímco po odborné medicínské stránce je těhotenství i porod zpracován v mnoha publikacích, o subjektivním vnímání tohoto období není příliš známo. Proto se tento výzkum snaží přiblížit jaké jsou ideály, očekávání a jejich konfrontace s realitou během nejnáročnějšího období těhotné ženy, tedy během porodu.

1.1 Cíle výzkumu

C1: Zjistit, jaké mají v současné společnosti těhotné ženy představy o průběhu svého porodu.

C2: Zjistit jak a jestli vůbec se tyto představy po prožití porodu změní.

C3: Zjistit, jak jsou rodičky spokojené či nespokojené se současnou péčí v porodnici, a případně také poukázat na to, co by si ženy přály v péči ve zdravotnickém zařízení zlepšit nebo změnit.

1.2 Hypotézy

H1: Domnívám se, že těhotné ženy jsou v současné společnosti díky velké dostupnosti předporodních kurzů a přednášek s nejrůznějším zaměřením na porod velmi dobře připravené, a proto předpokládám, že i jejich představy budou jasné, konkrétní a reálné.

H2: Soudím, že i díky vysoké informovanosti nebudou v pohledu na porod před a po jeho prožití rozdíly průměrných hodnot vyšší než o 1 stupeň na uvedené hodnotící stupnici.

H3: Předpokládám, že největší nárůst důležitosti po porodu se bude týkat otázek zaměřených na bolest a její tlumení při porodu.

H4: Předpokládám, že v odpovědích na doplňující otázky druhého dotazníku se budou ženy vyjadřovat hlavně k alternativním polohám při porodu a budou si přát jejich častější využívání.

2. Výzkumný soubor

Výzkumné šetření probíhalo v době od 12. listopadu 2007 do 29. února 2008 v prenatální ambulanci a na oddělení rizikového těhotenství Gynekologicko-porodnické kliniky 1.LF UK a VFN v Praha 2.

Bylo osloveno 50 těhotných žen od 36. týdne gravidity, stejných 50 žen odpovídalo na otázky také po porodu. Do souboru byly zahrnuty jen ženy s fyziologickým průběhem těhotenství a ženy, které porodily spontánně.

Původně byly do výzkumného souboru zahrnuty pouze prvorodičky, ale vzhledem k nízké návratnosti, zejména dotazníků po porodu, byly do výzkumného šetření zahrnuty i vícerodičky. Z celkového počtu dotázaných žen, které vyplnily první i druhý dotazník, bylo 38% primipar, 43% sekundipar a 19% terciipar.

3. Metodika

Byla použita metoda dotazníkového šetření, formou dvou dotazníků.

Dotazník č. 1 (příloha č.1), byl vyplňován před porodem a obsahoval 30 uzavřených otázek, u kterých ženy podle pokynů uvedených v úvodu dotazníku zaškrtovaly míru důležitosti podle předepsané stupnice: nejdůležitější – zásadní - velmi důležité – významné - méně důležité – vedlejší - nedůležité. Na začátku tohoto dotazníku ženy vypisovaly kolikátý v pořadí pro ně tento porod bude.

Dotazník č.2 (příloha č.2), byl vypisovaný po porodu, obsahoval stejných 30 otázek i stejný způsob jejich označování. Navíc byly 2 doplňující otázky. Ty zodpovídaly ženy vlastními slovy, kde samy dopisovaly, s čím byly v péči spokojeny, a co by si případně přály zlepšit.

Návratnost dotazníků byla 42%.

Výsledky dotazníkového šetření jsou přehledně uvedeny ve dvou tabulkách (tabulka č.1, tabulka č.2), které číselně znázorňují odpovědi na každý z bodů v dotazníku vyplňovaném před porodem a v dotazníku vyplňovaném po porodu. Číselná řada od 0 do 6 byla přiřazena ke stupnici, podle které ženy vyjadřovaly míru důležitosti (od nedůležité-0 po nejdůležitější-6) v jednotlivých položkách dotazníku. Výsledná hodnota každé otázky byla stanovena aritmetickým průměrem, se zaokrouhlením na jednu desetinu. K oběma tabulkám se vztahuje graf (graf č.1), který je vypracovaný pro lepší znázornění průměrných hodnot uvedených v předcházejících tabulkách. Tabulka č.3 zobrazuje rozdílnost hodnot vyplývajících z dotazníků vyplněných před porodem a po porodu. Pro vyjádření stoupající nebo klesající důležitosti jsou tyto rozdíly vyjádřeny i grafickou formou (graf č.2).

4. Vyhodnocení dotazníkového šetření

4.1 Vyhodnocení odpovědí před porodem

Odpovědi žen před porodem znázorňuje tabulka č.1. Výrazně označené jsou položky, které ženy považovaly za zásadní anebo velmi důležité, nebo naopak za méně důležité až vedlejší. Ani v jednom bodu dotazníku nevyšla průměrná hodnota menší než 2. Pro přehlednější znázornění a porovnání jsou odpovědi před porodem a po porodu vyjádřeny také grafickou formou (graf č.1)

Jedinou položkou, na kterou odpověděly všechny respondentky stejně, byla otázka týkající se zdraví dítěte. Tato skutečnost byla všemi hodnocena jako nejdůležitější, proto i výsledná průměrná hodnota zůstává na nejvyšším bodu stupnice.

Další údaje, kterým dotazované přisuzovaly větší význam, se týkaly informovanosti. A to zejména informovanosti o vyšetřeních a výkonech, které jsou v průběhu porodu prováděny, a také o možných rizicích, která z nich vyplývají. Hodnoty těchto odpovědí se pohybují v průměru mezi 5,6 - 5,5 tedy v rozmezí významu zásadního až nejdůležitějšího.

Stejně vysokou důležitost ženy přisoudily i tomu, aby jim zdravotnický personál odpovídal na všechny dotazy - zde je průměrná hodnota 5,5. A také, aby personál hovořil takovým způsobem, kterému žena rozumí. Tato skutečnost má pro ženy význam pouze o tři desetiny nižší než v předcházejícím údaji.

Za zásadní je těhotnými považována i přítomnost partnera u porodu. Pouze pro jednu z dotazovaných byla tato položka vedlejší, ostatními byla hodnocena jako velmi důležitá až nejdůležitější. S téměř stejným průměrným výsledkem (5,2) vyšla i otázka důležitosti na možnost dotýkat se dítěte ihned po porodu. Více než polovinou respondentek byla označena jako nejdůležitější. Pro ostatní byl tento fakt pouze významný nebo i méně důležitý.

Poslední z položek, jejíž význam vyšel jako zásadní, se týká dotazování personálu na pocity a potřeby ženy během porodu. Pouze jedna z dotazovaných ohodnotila tuto otázku jako méně důležitou.

Naopak menší důležitost připisovaly ženy tomu, aby je personál oslovoval tak, jak si přejí. Tato skutečnost pro ně byla pouze významná. Stejně jako fyzický kontakt

s personálem (např. držení za ruku) při porodu. Průměrná hodnota této položky se pohybuje kolem 2,8. Méně důležitý byl pro ženy i fakt, zda jejich dítě porodí medik nebo žákyně. V této otázce byla jednou z velmi častých odpovědí hodnota 0, tedy nedůležité.

Průměrný údaj v rozmezí 2,6 – 2,2 byla přisuzována i možnosti jídla a pití při porodu, stejně jako mít při porodu k dispozici více prostředků k rozptýlení (televize, rádio). Obě tyto otázky ženy hodnotily zejména jako nedůležité až významné, event. velmi důležité. Velmi zřídka se zde objevovala odpověď nejdůležitější.

otázka dotazník č.	porod	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	1.	3	2	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	4	5	3	4	3
2	2.	3	4	5	6	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	6	4	0
3	1.	3	5	5	6	6	5	5	5	4	3	2	3	4	3	6	6	2	4	3
4	2.	5	4	6	6	6	6	6	6	6	0	3	3	3	4	4	4	2	5	3
5	2.	3	3	4	5	6	3	6	5	5	3	6	6	6	4	5	5	4	4	4
6	2.	3	4	6	6	6	6	6	6	6	4	5	5	5	6	6	6	5	6	4
7	3.	3	1	5	6	6	5	6	5	4	2	4	4	4	5	5	5	5	6	2
8	1.	3	2	6	6	5	5	5	6	5	3	4	4	4	3	5	5	2	6	6
9	3.	2	3	6	6	6	3	6	6	3	6	6	6	6	3	6	6	6	6	3
10	1.	1	1	5	4	4	5	5	5	2	2	0	1	0	4	0	0	0	0	0
11	2.	3	4	6	6	6	5	6	6	3	2	2	4	1	0	6	6	6	2	0
12	1.	5	5	5	4	5	5	5	5	3	2	2	1	4	0	5	5	2	3	3
13	2.	3	3	5	5	5	5	5	5	3	3	4	4	4	4	3	3	3	4	4
14	2.	4	1	5	5	4	5	5	5	4	2	3	4	4	2	2	3	2	2	2
15	1.	5	4	6	6	5	4	6	6	5	4	4	4	4	4	5	5	2	4	1
16	2.	1	2	4	4	4	3	5	5	4	3	2	3	4	3	2	3	1	2	1
17	3.	5	6	6	6	6	6	6	6	3	3	2	2	3	4	6	6	0	4	2
18	1.	0	0	5	5	1	1	5	6	5	3	3	4	4	2	3	5	0	1	6
19	2.	2	2	4	6	4	4	6	6	4	3	4	5	4	2	1	1	2	4	2
20	1.	2	2	4	6	4	4	6	6	4	3	4	5	4	2	1	1	2	4	2
21	3.	5	2	6	6	6	5	6	4	5	3	5	2	3	5	4	3	3	2	3
Ø hodnota		3	2,9	5,2	5,5	5	4,6	5,6	5,5	4,3	3,1	3,7	3,9	4	3,4	4	4,2	2,8	3,7	2,6

Tabulka č.1 – Vyhodnocení odpovědí před porodem

otázka dotazník č.	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	4	6	2	6	6	4	4	6	6	6	6
2	0	6	6	6	6	4	3	5	5	6	6
3	3	6	6	3	4	4	3	2	2	6	6
4	4	6	6	4	3	3	2	5	5	6	6
5	4	6	3	5	5	4	2	4	6	6	6
6	4	6	6	6	4	4	0	6	6	6	6
7	2	5	4	5	5	3	4	4	5	6	6
8	6	6	0	6	5	5	6	4	6	6	6
9	3	6	6	6	6	6	3	3	6	6	6
10	0	6	6	4	4	2	0	4	2	4	6
11	1	6	6	6	6	1	6	1	1	2	6
12	3	6	4	1	1	2	0	3	3	5	6
13	3	1	1	3	5	0	0	0	3	5	6
14	2	5	0	5	5	4	0	3	4	5	6
15	3	4	4	5	5	5	5	5	6	6	6
16	3	5	4	5	2	2	3	1	3	5	6
17	0	4	0	0	0	4	3	4	3	6	6
18	0	6	0	2	6	0	0	1	6	2	6
19	0	6	1	6	4	4	3	1	4	6	6
20	0	6	1	6	4	4	3	1	4	6	6
21	2	4	4	6	4	3	2	2	6	3	6
Ø hodnota	2,2	5,3	3,3	4,6	4,3	3,2	2,5	3,1	4,4	5,2	6

nejdůležitější	6
zásadní	5
velmi důležité	4
významné	3
méně důležité	2
vedlejší	1
nedůležité	0

Tabulka č.1 (pokračování) – Vyhodnocení odpovědí před porodem

4.2 Vyhodnocení odpovědí po porodu

Číselné výsledky odpovědí žen v druhém dotazníku znázorňuje tabulka č.2. Také zde jsou barevně zvýrazněny položky, které byly pro ženy zásadní až nejdůležitější nebo naopak méně důležité až vedlejší. Ani u těchto dotazníků se výsledná průměrná hodnota u žádné z otázek neobjevila pod hranicí čísla 2. Také s touto tabulkou souvisí graf č.1.

I po porodu byla od všech žen jednoznačná odpověď opět pouze u údaje týkajícího se zdraví dítěte, a i zde je tato hodnota nejdůležitější.

Blíže k hranici nejdůležitějšího jsou i dvě položky se shodným průměrným výsledkem 5,6. Týkají se informovanosti o výkonech a vyšetřeních před jejich provedením, a také zodpovídání všech otázek zdravotnickým personálem.

O tři desetiny nižší průměrná hodnota důležitosti (5,3 - tedy zásadní) vyšla i u další otázky týkající se informovanosti, konkrétně informování žen personálem o závažných rizicích invazivních vyšetření.

Na rozhraní mezi zásadním a nejdůležitějším se nachází odpovědi na otázku týkající se toho, aby personál hovořil způsobem, kterému žena rozumí.

Za více než zásadní je označen i fakt, aby byl při porodu přítomen partner. Převážná většina odpovědí na tuto otázku byla označena jako nejdůležitější, pouze pro jednu z žen byla tato skutečnost významná a pro jednu dokonce nedůležitá.

Ženy po porodu považují téměř za zásadní také situaci, aby se mohly dotýkat dítěte bezprostředně po porodu. Tuto otázku označily jako nedůležitou pouze dvě ženy, pro jednu z dotazovaných byla méně důležitá. Proto je průměrné vyčíslení s hodnotou 4,9 na hranici zásadního. Se stejnými čísly na stupnici důležitosti umístily dotazované i odpovědi na otázky č. 5 – personál se ptá na pocity a potřeby ženy během porodu, a č. 6 – personál se před každým výkonem a vyšetřením ženy zeptá, zda s ním souhlasí. Odpovědi v obou těchto otázkách byly podobně vyrovnané a žádná z respondentek tuto položku nezařadila hůře, než do políčka významné.

Poslední z údajů, který se průměrným číslem 4,8 nejvíce blíží hodnotě zásadní, je přání žen, aby jejich dítě porodil lékař. Tento fakt byl téměř pro polovinu dotazovaných označen jako nejdůležitější, jen jedna z žen uvedla jako odpověď důležitost vedlejší, pro jednu byla tato skutečnost přímo nedůležitá.

Na hranici významného byla dotazovanými umístěna otázka týkající se oslovování žen při porodu tak, jak si přejí. Jako nejdůležitější bylo označení provedeno pouze dvěmi z dotazovaných respondentek, pro jednu byla tato položka přímo nedůležitá.

Téměř na středu mezi významným a méně důležitým se s průměrnou hodnotou 2,6 umístila skutečnost, kdy by dítě porodil medik nebo žákyně. Dvě z dotazovaných by s tím rozhodně nesouhlasily.

Nižší důležitost byla přiřazena i možnostem při porodu jíst a pít (hodnota 2,7) nebo mít více možností se rozptýlit např. televizí nebo rádiem. Druhá z otázek byla s průměrným vyčíslením 2,1 zařazena jako vůbec nejméně důležitá věc při porodu. V této položce byla také častěji než v jiných otázkách označovaná odpověď v poli nedůležité. Pro žádnou z žen nebyla tato skutečnost nejdůležitější a pouze pro dvě byla zásadní.

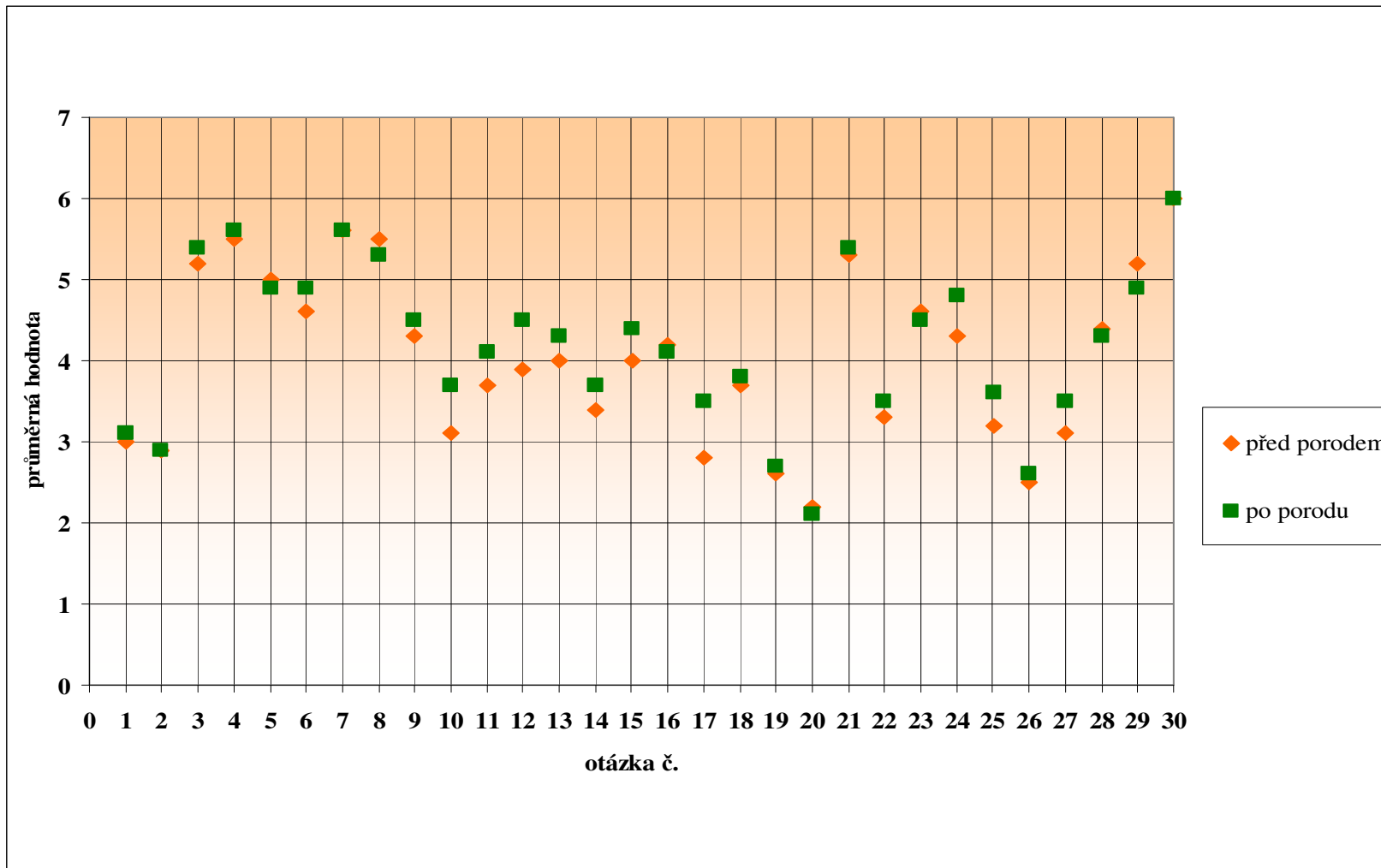
otázka dotazník č.	porod	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	1.	2	2	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	5	5	2	4	5	3
2	2.	6	6	6	6	5	5	6	6	6	4	6	6	6	6	3	6	6	4	1
3	1.	6	5	5	6	6	5	6	5	5	5	4	4	4	5	6	6	3	4	3
4	2.	4	4	6	6	5	6	6	6	6	4	4	3	3	0	4	4	3	4	4
5	2.	3	3	4	5	6	3	6	5	5	3	6	6	6	4	5	5	4	4	4
6	2.	3	4	6	6	6	6	6	6	6	5	5	6	5	6	6	6	5	6	4
7	3.	4	1	6	6	6	6	6	5	5	2	4	4	4	5	5	5	5	6	3
8	1.	4	2	6	6	6	6	6	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
9	3.	2	3	6	6	6	3	6	6	4	6	6	6	6	3	6	6	6	6	3
10	1.	1	1	5	4	4	4	5	5	2	1	0	1	0	4	4	0	0	3	5
11	2.	3	4	6	6	6	5	6	6	3	2	2	4	1	0	6	6	6	2	0
12	1.	1	1	5	4	4	4	5	5	3	0	2	5	5	3	4	0	2	5	5
13	2.	3	3	5	5	3	5	5	5	5	4	5	5	6	3	3	5	5	1	0
14	2.	4	2	5	5	4	5	5	5	5	3	3	5	5	2	1	2	2	1	0
15	1.	4	3	6	6	5	5	6	6	4	5	5	5	5	4	6	6	4	4	4
16	2.	2	2	6	6	4	4	5	4	3	4	3	3	5	3	3	4	2	2	1
17	3.	5	6	6	6	6	6	6	6	4	4	3	4	5	6	6	1	5	5	3
18	1.	0	0	6	6	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	5	5	0	0	0
19	2.	4	4	5	6	5	6	6	6	6	4	5	5	5	4	5	6	4	5	5
20	1.	2	2	4	6	4	5	5	6	4	3	4	4	3	2	3	3	1	6	2
21	3.	3	2	5	4	3	5	5	4	4	4	5	4	3	5	3	4	2	3	3
Ø hodnota		3,1	2,9	5,4	5,6	4,9	4,9	5,6	5,3	4,5	3,7	4,1	4,5	4,3	3,7	4,4	4,1	3,5	3,8	2,7

Tabulka č.2 – Vyhodnocení odpovědí po porodu

otázka dotazník č.	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
1	3	6	2	6	6	5	4	6	6	6	6
2	3	6	6	6	6	4	1	5	5	5	6
3	5	6	6	5	5	5	ne	5	5	6	6
4	2	6	6	4	4	4	2	6	6	6	6
5	4	6	3	5	5	4	2	4	6	6	6
6	4	6	6	6	5	4	ne	6	6	6	6
7	3	6	4	6	6	3	4	4	6	6	6
8	0	6	0	4	4	4	6	3	3	4	6
9	3	6	6	6	6	6	3	6	6	6	6
10	0	6	6	4	4	2	0	1	2	5	6
11	1	6	6	6	6	1	6	1	1	2	6
12	3	6	4	1	1	2	0	3	3	5	6
13	0	0	0	0	6	0	0	0	0	6	6
14	0	5	0	5	5	4	0	1	2	4	6
15	3	5	5	6	5	5	5	6	6	6	6
16	4	6	4	6	5	5	3	2	3	6	6
17	0	5	0	0	0	5	3	5	3	6	6
18	0	6	0	3	6	0	0	0	6	0	6
19	5	6	6	6	6	5	5	5	5	6	6
20	0	6	1	6	6	6	3	2	6	6	6
21	2	3	3	3	4	2	2	3	4	0	6
Ø hodnota	2,1	5,4	3,5	4,5	4,8	3,6	2,6	3,5	4,3	4,9	6

nejdůležitější	6
zásadní	5
velmi důležité	4
významné	3
méně důležité	2
vedlejší	1
nedůležité	0

Tabulka č.2 (pokračování) – Vyhodnocení odpovědí po porodu



Graf č.1 – Zobrazení odpovědí před porodem a po porodu

4.3. Vyhodnocení grafu č.1

Z grafu je patrné, že odpovědi před porodem a po porodu jsou více méně vyrovnané, přesto se určité změny objevily.

V odpovědích po porodu celkově došlo více k vzestupu důležitosti. Zatímco před porodem bylo hodnoceno stupněm významné nebo nižším šest otázek, po porodu pod touto hranicí zůstaly otázky pouze čtyři.

Naopak k poklesu důležitosti došlo jen mírně, a to pouze u pěti položek, z toho jen u dvou je úbytek výraznější

Tři položky se udržely na stejných průměrných hodnotách.

4.4 Vyhodnocení rozdílů hodnot před a po porodu

Pro zobrazení změn v pohledu na porod před a po jeho prožití je vypracovaná tabulka č.3. Pro výraznější znázornění těchto rozdílných hodnot slouží graf č.2.

Již při zběžném posouzení hodnot v tabulce je patné, že rozdíly v průměrných hodnotách nejsou nijak vysoké, u žádné z položek nedošlo k překročení 1 stupně na hodnotící škále.

Největší navýšení o 0,7 se objevilo u otázky číslo 18, týkající se častějšího fyzického kontaktu s personálem ve smyslu např. držení za ruku. Zatímco před porodem se tato položka blížila pouze ke stupni významné, po porodu se hodnota (3,5) ocitá přesně na rozhraní významného až velmi důležitého.

Výraznější vzestup v rozdílu hodnot, o 0,4 až 0,6, se objevil u otázek zaměřených na bolest při porodu. Zatímco před porodem bylo pro ženy pocíťování minimální nebo žádné bolesti pouze významné, po porodu se důležitost této skutečnosti posouvá téměř na pozici velmi důležitého. Ještě výše vystoupal význam prostředků na tlumení bolesti, které jsou při porodu dostupné. Již před porodem se tato položka objevila téměř na stupni velmi důležité, po porodu se ale hodnotou 4,5 blíží až k ohodnocení jako zásadní. O něco menší, ale přesto vzestup se objevuje opět u otázky týkající se bolesti, konkrétně dotazování personálem na druh pocíťované bolesti. Tento fakt byl pro ženy po porodu velmi důležitý.

Další průměrné hodnoty se vzestupnými tendencemi důležitosti se týkají zdravotnického personálu, tedy porodních asistentek a lékařů. Už pro ženy před porodem bylo velmi důležité, aby se o ně po celou dobu porodu starala pouze jedna porodní asistentka. Po prožití porodu byl tento údaj s hodnotou 4,4 respondentkami posunut ještě blíže ke hranici stupně zásadního. Za téměř zásadní byla ohodnocena také skutečnost, aby dítě porodil lékař. Nárůst o 0,5 stupně potvrzuje, že rodičky stále považují lékaře za hlavní autoritu při porodu. V rozporu s touto hodnotou je ovšem další údaj, důležitost, aby dítě porodila porodní asistentka. Nárůstem také téměř o půl stupně se tato položka s průměrnou hodnotou řadí k velmi důležitému.

Jako poslední údaj s největším nárůstem důležitosti, byl dotazovanými uveden porod bez epiziotomie. Ještě před porodem byla tato otázka ohodnocena jako významná, po prožití porodu se důležitost dostává přesně na střed mezi významné a velmi důležité.

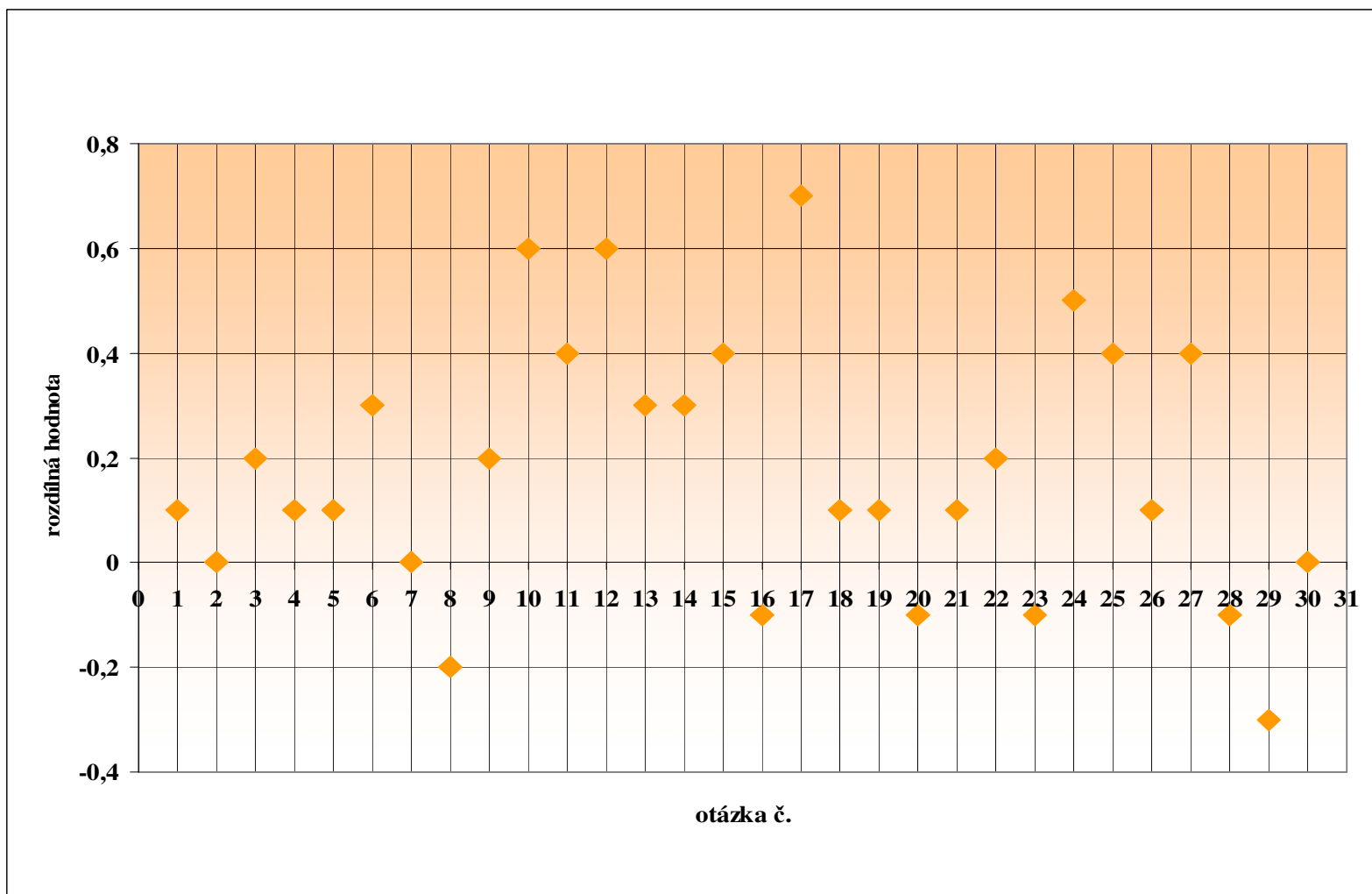
Naopak údajů s pokleslými tendencemi je velmi málo a ve vyčíslených hodnotách se vždy jedná pouze o několik desetin. Významnější pokles o tři desetiny se objevil u otázky č.29, týkající se kontaktu s dítětem bezprostředně po porodu. Ale i přes tento malý pokles lze průměrnou hodnotu stále přiřadit k položkám zásadním.

Druhé snížení důležitosti s úbytkem dvou desetin se objevuje u otázky informovanosti o závažných rizicích invazivních vyšetření. Přestože těhotné ženy řadily tuto položku téměř k nejdůležitějším, ani po snížení důležitosti v době po porodu nedošlo k ohodnocení menšímu než jako zásadní.

otázka č.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
před porodem	3	2,9	5,2	5,5	5	4,6	5,6	5,5	4,3	3,1	3,7	3,9	4	3,4	4	4,2	2,8	3,7	2,6
po porodu	3,1	2,9	5,4	5,6	4,9	4,9	5,6	5,3	4,5	3,7	4,1	4,5	4,3	3,7	4,4	4,1	3,5	3,8	2,7
rozdíl hodnot	0,1	0	0,2	0,1	0,1	0,3	0	-0,2	0,2	0,6	0,4	0,6	0,3	0,3	0,4	-0,1	0,7	0,1	0,1

otázka č.	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
před porodem	2,2	5,3	3,3	4,6	4,3	3,2	2,5	3,1	4,4	5,2	6
po porodu	2,1	5,4	3,5	4,5	4,8	3,6	2,6	3,5	4,3	4,9	6
rozdíl hodnot	-0,1	0,1	0,2	-0,1	0,5	0,4	0,1	0,4	-0,1	-0,3	0

Tabulka č.3 – Rozdíl průměrných hodnot z odpovědí před a po porodu



Graf č.2 – Zobrazení rozdílných hodnot z odpovědí před a po porodu

4.5 Vyhodnocení grafu č.2

Graf č. 2 zobrazuje výsledné rozdílné hodnoty z odpovědí uvedených v dotaznících před porodem a po porodu. K poklesu důležitosti došlo jen u šesti položek, žádná hodnota ale neklesla o více než tři desetiny. Tři hodnoty vyšly se stejnou průměrnou hodnotou jak před porodem, tak i po porodu, a proto i rozdíly jsou u těchto otázek nulové. U ostatních položek došlo z hlediska důležitosti k většímu či menšímu vzestupu.

4.6 Diskuse

Z uvedených odpovědí a průměrných údajů v jednotlivých položkách dotazníků nevyplynuly nové skutečnosti, přesto mají určitou výpovědní hodnotu o pohledu současných žen na porod.

Položky označené největší důležitostí (ať již před porodem, nebo po porodu - rozdílové hodnoty jsou minimální) se týkají otázek ohledně informovanosti (otázky č.3-8). Ani menší pokles v rozdílu u jediné otázky nesnižuje důležitost těchto údajů. V současné společnosti nechce být pacient pouze pasivním příjemcem péče, ale chce se i sám do ošetřování zapojovat. V porodnictví platí tato skutečnost dvojnásobně i proto, že v případě porodu se nejedná o nemoc. Zřejmě i tím jsou umocněny pocity žen v tom, že by se měly spolupodílet na rozhodování o zákrocích působících nejen na ně, ale i na dítě. Svým způsobem je tímto přístupem zdravotnický personál nucen více s ženou komunikovat a brát ji jako partnera při cestě za společným cílem, tedy porodem zdravého dítěte. Že byl tento fakt hodnocen svorně všemi ženami jako nejdůležitější, jistě není nic překvapujícího, a ani zdravotníci by nepochybně u této otázky nepoužili jiného hodnocení.

Další z vysoko hodnocených položek byla důležitost přítomnosti partnera u porodu. Přestože je ale tato skutečnost pro většinu žen zásadní, vyžadují rodičky více fyzický kontakt, jako např. držení za ruku, od zdravotnického personálu. Tento fakt je možné brát jako potřebu rodiček mít podporu a pochopení nejen od nejbližšího člověka - partnera, který se tedy nachází spíše v roli psychické opory, ale i od odborného personálu, který v danou chvíli představuje dominantnější složku stávající situace. I proto zřejmě ženy vyžadují z jejich strany nejen projev profesionality, ale i lidskosti. Zároveň ale vyžadují u zdravotnického personálu vysokou odbornou úroveň, a to zejména u lékařů, kdy význam, aby dítě porodil právě lékař, pro ženy po porodu velmi stoupá, a je pro převážnou většinu z nich zásadní až nejdůležitější. Ve vzniklém rozporu, kdy stoupá i důležitost, aby dítě porodila porodní asistentka, zřejmě hrají určitou roli zkušenosti, ať již z předcházejícího porodu, nebo z porodu právě prožitého. Pokud má žena pozitivní zkušenosti s péčí od lékaře, jistě nemá důvod, proč se nesvěřit do jeho rukou, podobná situace nastává i v případě porodní asistentky. Naopak v

případě negativních zkušeností z lékařsky vedeného porodu, se potom ženy zřejmě obrací spíše na porodní asistentku.

Výrazný nárůst důležitosti po prožití porodu se objevil také u otázek zabývajících se bolestí. Jistě není zvláštností, když je pro ženy více než významné pociťovat při porodu minimální nebo žádnou bolest. Možná i vlivem připravování se na porod si ženy uvědomují, že úplně bez bolestí porod není nikdy, a i proto tuto položku jako nejdůležitější označily pouze dvě z dotazovaných. Jako více zásadní ovšem ženy řadí to, aby s nimi personál o stávající bolesti mluvil a zejména aby jim sám aktivně nabízel prostředky na tlumení bolesti. V současné době, kdy je dostupná široká řada farmakologických i nefarmakologických prostředků na tišení bolesti, je opět jen na zdravotnickém personálu, jak s ženou komunikuje, a do jaké míry je v tomto směru přístupný. Zajímavý výsledek, související také s bolestí, se objevil u otázky dotazující se na epidurální analgezii. Sice se tato položka s průměrnou hodnotou 4 umístila na hodnotící stupnici jako velmi důležitá, ovšem po porodu její význam stoupl pouze o tři desetiny. Což znamená, že zřejmě nedošlo k příliš velkému nárůstu žen, které epidurální analgezii skutečně podstoupily. Na současnou dobu, kdy pozice využívání epidurální analgezie v porodnictví sílí, může být tento výsledek až překvapivý. Ovšem na druhou stranu vypovídá tento fakt i o skutečnosti, že trend absolvovat porod s co nejmenším počtem zásahů, je velmi aktuální.

S bolestí a způsobem vedení porodu souvisí i otázka týkající se důležitosti porodu bez epiziotomie. Zatímco průměrná hodnota před porodem se pohybuje na úrovni 3,1 tedy významné, po porodu se průměr blíží ke stupni velmi důležité. Jistou váhu tohoto ohodnocení lze přisoudit i skutečnosti, že větší část dotazovaných tvořily primy a sekundipary, u kterých se epiziotomie provádí častěji, než u terciipar, a tedy i porodu bez nástřihu je potom přisuzovaná větší důležitost. Přesto se ale může zdát zejména úroveň průměrné hodnoty před porodem relativně nízká, hlavně pro ještě stále rozšířený názor o provádění preventivních nástřihů v každé situaci. Možná i tento mýtus již mizí z povědomí široké ženské veřejnosti.

Ze záporných hodnot o jisté změně vypovídá hodnota otázky zaměřené na bezprostřední kontakt s dítětem. Přestože výsledná rozdílná hodnota není nijak vysoká, je zajímavé porovnání odpovědí před a po porodu u jednotlivých žen. Jistě upoutá pozornost fakt, že před porodem byla nejnižší použitá hodnota 2, zatímco po porodu

použily dvě z respondentek 0. Také je při porovnání odpovědí z obou dotazníků zřejmé, že u více odpovědí, konkrétně u 6 z dotazovaných, došlo k poklesu důležitosti, a to o 1 až 3 stupně. Vzestup důležitosti můžeme zaznamenat u tří respondentek a tento nárůst nebyl ani u jedné z nich větší než o 1 stupeň. Vysvětlení, proč došlo k tomuto poklesu asi není. Svou roli jistě hrálo mnoho faktorů od délky porodu přes jeho průběh a zakončení. Stejně tak možná i situace životního období ženy, ve kterém prožila těhotenství a porod. Z dotazníků je ovšem patrné, že vliv na toto hodnocení nemá parita, protože nižší důležitost byla označena jak u prvorodiček, tak i u vícerodiček. Jasně důvody a vysvětlení těchto odpovědí by tak asi podaly pouze samy ženy, které tyto dotazníky vyplňovaly.

Přestože je tento výzkum zaměřený hlavně na to co považují ženy před porodem a po porodu za velmi důležité a naopak nedůležité, jsou zajímavé i odpovědi na otázky, jejichž průměrné hodnocení se pohybuje mezi významným a velmi důležitým a ještě zde nebyly zmíněny.

Zajímavou hodnotu poskytuje již první otázka. Aby se rodičkám každý kdo s nimi jedná představil, bylo ohodnoceno jako významné nejen průměrnou částkou, ale i většinou respondentek přímo v dotazníku. To že po porodu stoupl tento údaj pouze o jednu desetinu, i když dvě z dotazovaných označily tuto skutečnost jako nejdůležitější, svědčí buď o tom, že pro ženy opravdu není příliš podstatné, aby se jim každý představoval, nebo je představování se u zdravotnického personálu natolik samozřejmostí, že ani samotné rodičky nemají důvod na důležitost poukazovat.

Další ze zajímavých výsledků vyplývá z 22. otázky. Ta byla směřovaná na přítomnost kamarádky nebo někoho jiného blízkého u porodu. V porovnání s důležitostí přítomnosti partnera u porodu skončila tato otázka o téměř 2 stupně hůře, pouze jako významná. A i když před porodem sedm a po porodu osm respondentek označily tuto situaci za nejdůležitější, stejný počet také před i po porodu označilo naopak tuto otázku jako naprosto nedůležitou nebo vedlejší. Průměrný výsledek se tedy pohybuje kolem hodnoty 3-významné. I když je evidentní, že odpovědi jsou velmi individuální a zřejmě ovlivněné i současným partnerským vztahem těhotné nebo rodičky, stále je partner brán jako důležitější a vhodnější osoba, která by právě při narození nového člena rodiny měla být.

Oproti očekávání skončilo nízko i hodnocení důležitosti, aby byla srdeční akce plodu během porodu nepřetržitě sledovaná. Průměrným hodnocením s číslem 3,3 před porodem a 3,5 po porodu se sice řadí k položkám významným, po porodu až na hranici k velmi důležitým, přesto by se v současné době, kdy je technice v medicíně velmi důvěřováno, dalo očekávat i vyšší ohodnocení. I když se zde objevila řada odpovědí v poli nejdůležitější, více převažovaly hodnoty pod stupeň 4, po porodu dokonce pět respondentek považovalo tuto skutečnost za naprosto nedůležitou. Jako vysvětlení se naskytá možnost, že v těhotenství ženy stále potřebují ujišťování, že jejich dítě je v pořádku, a proto se s důvěrou na lékařskou techniku obrací. Zatímco při porodu mají pocit, že je odborný dohled stále na dosah, takže stálé monitorování plodu není nutné, zejména i proto, že to pro ženu znamená jisté omezení v pohybu. Samozřejmě i zde hraje svou roli jak zkušenost ženy, tak i její postoj k této stránce medicíny.

Z odpovědí žen, které se na tomto výzkumu podílely, stejně jako z výsledných rozdílových hodnot je patrné, že těhotné mají v dnešní době náhled na porod velmi racionální. I to že, se neobjevily žádné výrazné rozpory v odpovědích, svědčí nejen o kvalitní připravenosti na jeden z mezních okamžiků, ale i o realistickém pohledu na porod jako na skutečnost, která sice změní celý dosavadní způsob života, ale na kterou je možné se připravit jak psychicky, tak i fyzicky.

Poslední vyhodnocení, které zbývá, se týká posledních dvou otázek dotazníku po porodu, na které ženy odpovídaly písemně. Vyjadřovaly svou spokojenost, event. nespokojenost s péčí a také přání na zlepšení nebo změny v péči. Odpovědi byly téměř shodné, a to v pozitivním smyslu. Všechny dotazované byly opravdu velmi spokojené s přístupem a profesionalitou zdravotnického personálu, kladně byla hodnocena i možnost přítomnosti partnera u porodu. I v odpovědích na druhou otázku panovala velká shoda, většina žen by nic neměnila, protože byla s péčí velmi spokojena. Jinak se objevilo pouze pár dodatků, které nelze brát ani tak za kritiku, jako spíše poukázání na technické nedostatky. Jedním z nich bylo přání zachování intimnějšího prostředí při porodu, omezení střídání lékařů či menší počet přítomných mediků. Některým z žen chyběl i osobnější přístup a představení se personálu. I tyto detaily je však možné odstranit a ještě více tak zvýšit stávající spokojenost.

Požadavek, aby bylo možné родit v alternativních polohách, se ani u jedné z respondentek neobjevil. Vysvětlením může být to, že alternativní polohy tyto ženy

prostě nevyhledávaly, nebo jim byly personálem umožněny a tím pádem nebyl důvod požadovat v tomto směru nějakou změnu. Každopádně to ukazuje i na fakt, že rodičky byly s polohou, ve které rodily, spokojené. Rozhodně se tedy tato hypotéza nepotvrdila a došlo tak i k vyvrácení mýtu současného porodnictví, že ženy v poslední době vyžadují při porodu různé alternativy „přirozených poloh“.

5. Vyhodnocení cílů a hypotéz

C1: Zjistit, jaké mají v současné společnosti těhotné ženy představy o průběhu svého porodu.

Tento cíl byl splněn. Představy o průběhu porodu jsou výslednými hodnotami znázorněny v tabulkách č.1 a č.2.

C2: Zjistit jak a jestli vůbec se tyto představy po prožití porodu změní.

Tento cíl byl splněn. Tabulky č.3 a graf č.2 ukazují, že k určitým změnám, i když ne příliš výrazným, v pohledu na porod po jeho prožití dochází.

C3: Zjistit, jak jsou rodičky spokojené či nespokojené se současnou péčí v porodnici, a případně také poukázat na to, co by si ženy přály v péči ve zdravotnickém zařízení zlepšit nebo změnit.

Tento cíl byl splněn. Šetření ukázalo, že převážná většina žen se současnou péčí spokojená a případné změny, které by si přály, by se týkaly menších technických nedostatků

H1: Domnívám se, že těhotné ženy jsou v současné společnosti díky velké dostupnosti předporodních kurzů a přednášek s nejrůznějším zaměřením na porod velmi dobře připravené, a proto předpokládám, že i jejich představy budou jasné, konkrétní a reálné. Tato hypotéza se potvrdila.

H2: Soudím, že i díky vysoké informovanosti nebudou v pohledu na porod před a po jeho prožití rozdíly průměrných hodnot vyšší než o 1 stupeň na uvedené hodnotící stupnici.

Tato hypotéza se potvrdila

H3: Předpokládám, že největší nárůst důležitosti po porodu se bude týkat otázek zaměřených na bolest a její tlumení při porodu.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Největší nárůst důležitosti po porodu byl u otázek týkajících se informovanosti.

H4: Předpokládám, že v odpovědích na doplňující otázky druhého dotazníku se budou ženy vyjadřovat hlavně k alternativním polohám při porodu a budou si přát jejich častější využívání.

Tato hypotéza se nepotvrdila. O alternativních polohách při porodu se v dotazníku ani jedna z žen nezmínila.

6. Závěr výzkumného šetření

Na závěr lze pouze potvrdit, že toto šetření prokázalo úvodní tvrzení. Současné ženy opravdu jsou na porod dobře připravené. Rozhodně nemají liché ani přehnaně idealistické představy o porodu a velmi dobře znají způsob, jakým probíhá zdravotnická péče v současném porodnictví. Jedinou nepotvrzenou hypotézou se stalo tvrzení, že budou ženy vyžadovat více alternativních poloh při porodu. To, že se o tomto faktu ani jedna z žen nezmínila, je jistě potěšujícím výsledkem zejména pro zdravotnické zařízení, kde ženy rodily. Protože tím i do jisté míry vyjadřují svou spokojenost se způsobem vedení poslední fáze porodu.

V tomto šetření bylo dosaženo i všech předem stanovených cílů. Výzkum znázornil subjektivní představy ženy o porodu i jejich pohled na situaci po vlastním prožitku. I když se jisté rozdíly objevily, nelze říci, že by měly až příliš zásadní vliv na prožitek, který si ženy z porodu odnesly. Samotné písemné formulace, kterými se ženy vyjadřovaly k současné péči, potom vyzněly velmi pozitivně pro porodnici a její pracovní tým.

ZÁVĚR

Tato práce se snažila spojením dosavadních teoretických poznatků z oblasti zátěže v intrapartálním období a pohledu žen na porod jako na mezní životní situaci podat ucelený obraz objektivních i subjektivních postojů ke stávajícím podmínkám v porodnictví. Objasněním co si pod pojmem intrapartální zátěž, a vůbec zátěž, představit jsem chtěla vyjádřit nutnost zabývat se těhotenstvím a porodem trochu z jiného úhlu pohledu, než je běžné. Protože i když je současný trend považovat těhotenství a porod za stav, který ženu v normálním životě nijak neomezuje, je nutné brát v úvahu, že se stále jedná o „jiný stav“ a je tedy vhodné přistupovat ke každé ženě individuálně a s náležitými ohledy. Ačkoli reprezentovaný vzorek nebyl tak velký, aby bylo možné výsledky tohoto šetření považovat za statisticky významné, přesto mají určitou váhu na poli bližšího poznání a alespoň částečného odhalení pohledu na porod z jiného než medicínského stanoviska. Zároveň jsou jistým podnětem na to, co ještě zlepšit v péči o ženu při porodu. Pokud tyto poznatky alespoň částečně přispějí k novým přístupům v péči o těhotné a rodičky, potom splnila tato práce svůj účel.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. **BEJDÁKOVÁ, Jitka:** *Cvičení a sport v těhotenství*. vydání 1., Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1214-8, stran 136.
2. **MUDr. DRÁBKOVÁ, Jarmila CSc.:** *Teoretické podklady-anatomie, fyziologie a patofyziologie*. INSTITUT pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, pomocný učební text č.19, 1995. V.č.: 678/95, stran 67.
3. **KAMENÍKOVÁ, Miloslava:** *Křehká image pracoviště*. Sestra, 2007, č.12. ISSN 1210-0404 , stran 57.
4. **Prof. MUDr. MÁČEK, Miloš DrSc., MUDr. VÁVRA, Jan CSc.:** *Fyziologie a patofyziologie tělesné zátěže*. vydání 1., Praha: AVICENUM, 1980. ISBN - neuvedeno, stran 196.
5. **Prof. MUDr. MRŇA, Boris DrSc.:** *Základy psychiatrie*. vydání 2. přepracované, Olomouc: Rektorát Univerzity Palackého v Olomouci, 1992. ISBN 80-7067-069-X, stran 134.
6. **NICOLSON, Paula:** *Poporodní deprese*. vydání 1., Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-7169-938-1, stran 148.
7. **PLACHETA, Zdeněk, SIEGLOVÁ, Jarmila, ŠTEJFA, Miloš a kol.:** *Zátěžová diagnostika v ambulantní a klinické praxi*. vydání 1., Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-271-9, stran 286.
8. **RADIMSKÝ, Marek a kol.:** *Psychiatrie I*. vydání 3. přepracované, Brno: INSTITUT pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997. ISBN 80-7013-218-3, stran 176.
9. **Prof. MUDr. SCHREIBER, Vratislav DrSc. a kol.:** *Stres*. vydání 1., Praha: AVICENUM, 1985. ISBN – neuvedeno, stran 384.
10. **Prof. MUDr. SCHREIBER, Vratislav DrSc.:** *Lidský stres*. vydání 2. upravené, Praha: Academia, 2000. ISBN 80-200-0240-5, stran 106.
11. *Stres matky v těhotenství je rizikem pro dítě*. Psychologie DNES, 2004, č.3. ISSN 1211-5886, stran 44.
12. **BERKA, Josef:** *Stres a jeho psychické a fyziologické projevy* [online]. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2005. (citované 31.ledna 2008)

Dostupný z WWW: <http://berka.ic.cz/tvorba/stres.pdf>

13. **JANČÍK, Jiří, ZÁVODNÁ, Eva, NOVOTNÁ Martina:** *Fyziologie tělesné zátěže – vybrané kapitoly* [online]. Brno: Fakulta sportovních studií MU, 2006. (citované 6.prosince 2007)

Dostupný z WWW: <http://is.muni.cz/elportal/estud/fspjs/js07/fyziology/texty/go01.html>

14. *Mírný stres v těhotenství může mít i pozitivní účinky* [online]. Novinky, ČTK, 2006. (citované 28.ledna 2008)

Dostupný z WWW: <http://www.novinky.cz/clanek/85685-mirny-stres-v-tehotenstvi-muze-mit-i-pozitivni-ucinky.html>

15. *Pracovní stres* [online]. Apache Server at ic.cz, 2006. (citované 28.prosince 2007)

Dostupný z WWW: <http://kasin.kx.cz/word/stres.doc>

16. *Terminologický slovník BOZP* [online]. Výzkumný ústav bezpečnosti práce, 2006. (citované 4.února 2008)

Dostupný z WWW: <http://www.bozpinfo.cz/win/slovník>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Dotazník A (před porodem)

Příloha 2 – Dotazník B (po porodu)

PŘÍLOHY

Příloha 1 – Dotazník A (před porodem)

DOTAZNÍK

Milá maminko,
prosím Vás o zodpovězení několika následujících otázek, které umožní bližší poznání Vašich obav a subjektivních představ o porodu. Hlavním cílem dotazníku je zjistit co Vás během těhotenství a porodu zatěžuje, co je pro Vás důležité a co naopak v danou chvíli nepodstatné. Doufám, že tento výzkum přispěje k lepšímu a více individuálnímu přístupu k potřebám těhotných žen a rodiček.

Tento dotazník je anonymní a veškeré údaje budou použity pouze pro studijní účely.

Vyplňte ho dle následujících pokynů: zaškrtněte prosím u každé otázky jedno políčko podle míry důležitosti

(dle stupnice: nejdůležitější – zásadní – velmi důležité – významné – méně důležité – vedlejší – nedůležité).

Děkuji Vám za spolupráci,

Kamila Záborcová – studentka 3. ročníku, obor porodní asistentka
Vysoká školy zdravotnická o.p.s., Duškova 7, Praha 5

Jak jsou pro Vás následující skutečnosti důležité:

Kolikátý je toto Váš porod?

	↓ <i>nejdůležitější</i>							<i>nedůležité</i> ↓
1) Každý, kdo s vámi během porodu jedná, se představí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Personál Vás oslovuje tak, jak si přejete (křestním jménem, příjmením...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Personál s Vámi hovoří způsobem, kterému rozumíte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Personál odpovídá na všechny Vaše otázky.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Personál se Vás ptá na pocity a potřeby během porodu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Personál se Vás před vyšetřením (výkonem) zeptá, zda s ním souhlasíte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Jste informována o vyšetření (výkonu) předtím, než je provedeno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Personál Vás informuje o závažných rizicích invazivních vyšetření (vyšetření porušujících např. celistvost kůže).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Jste předem informovaná, že vyšetření bude nepříjemné.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Pociťujete při porodu minimální nebo žádnou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

bolest.

11) Personál se Vás ptá na druh bolesti, kterou pociťujete.

--	--	--	--	--	--	--	--

12) Personál Vám nabízí prostředky na tlumení bolesti.

--	--	--	--	--	--	--	--

13) Máte možnost využít epidurální analgesie.

--	--	--	--	--	--	--	--

14) Porod je uměle vyvolán, nečeká se na jeho spontánní začátek.

--	--	--	--	--	--	--	--

15) Při porodu o Vás pečuje jedna porodní asistentka

--	--	--	--	--	--	--	--

16) Během porodu Vás vyšetřuje jen jeden lékař.

--	--	--	--	--	--	--	--

17) Personál se Vás během porodu více dotýká (např. držení za ruku).

--	--	--	--	--	--	--	--

18) Můžete jít během porodu do sprchy kdy chcete.

--	--	--	--	--	--	--	--

19) Můžete při porodu jíst i pít.

--	--	--	--	--	--	--	--

20) Máte během porodu více možností se rozptýlit (televize, rádio).

--	--	--	--	--	--	--	--

21) Váš partner je u porodu.

--	--	--	--	--	--	--	--

22) Vaše přítelkyně, nebo jiný blízký je u Vás během porodu.

--	--	--	--	--	--	--	--

23) Srdeční aktivita plodu je během porodu nepřetržitě sledovaná.

--	--	--	--	--	--	--	--

24) Vaše dítě porodí lékař.

--	--	--	--	--	--	--	--

25) Vaše dítě porodí porodní asistentka.

--	--	--	--	--	--	--	--

26) Vaše dítě porodí medik nebo žákyně.

--	--	--	--	--	--	--	--

27) Porod bez epiziotomie (nástříhu).

--	--	--	--	--	--	--	--

28) Porod bez pomoci kleští.

--	--	--	--	--	--	--	--

29) Můžete se dotýkat dítěte bezprostředně po porodu.

--	--	--	--	--	--	--	--

30) Narodí se Vám zdravé dítě.

--	--	--	--	--	--	--	--

Děkují Vám za spolupráci i čas, který jste věnovala tomuto dotazníku.

Příloha 2 – Dotazník B (po porodu)

DOTAZNÍK

Milá maminko,
prosím Vás o zodpovězení několika následujících otázek, které umožní bližší poznání Vašich obav a subjektivních představ o porodu. Hlavním cílem dotazníku je zjistit co Vás během těhotenství a porodu zatěžuje, co je pro Vás důležité a co naopak v danou chvíli nepodstatné. Doufám, že tento výzkum přispěje k lepšímu a více individuálnímu přístupu k potřebám těhotných žen a rodiček.

Tento dotazník je anonymní a veškeré údaje budou použity pouze pro studijní účely.

Vyplňte ho dle následujících pokynů: zaškrtněte prosím u každé otázky jedno políčko podle míry důležitosti
(dle stupnice: nejdůležitější – zásadní – velmi důležité – významné – méně důležité – vedlejší – nedůležité).

Děkuji Vám za spolupráci,

Kamila Záborcová – studentka 3. ročníku, obor porodní asistentka
Vysoká školy zdravotnická o.p.s., Duškova 7, Praha 5

Jak jsou pro Vás následující skutečnosti důležité:

	↓ <i>nejdůležitější</i>	↓ <i>nedůležité</i>
1) Každý, kdo s vámi během porodu jedná, se představí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Personál Vás oslovuje tak, jak si přejete (křestním jménem, příjmením...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Personál s Vámi hovoří způsobem, kterému rozumíte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Personál odpovídá na všechny Vaše otázky.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Personál se Vás ptá na pocity a potřeby během porodu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Personál se Vás před vyšetřením (výkonem) zeptá, zda s ním souhlasíte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Jste informována o vyšetření (výkonu) předtím, než je provedeno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Personál Vás informuje o závažných rizicích invazivních vyšetření (vyšetření porušujících např. celistvost kůže).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Jste předem informovaná, že vyšetření bude nepříjemné.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Pociťujete při porodu minimální nebo žádnou bolest.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 11) Personál se Vás ptá na druh bolesti, kterou pociťujete.

--	--	--	--	--	--	--	--
- 12) Personál Vám nabízí prostředky na tlumení bolesti.

--	--	--	--	--	--	--	--
- 13) Máte možnost využít epidurální analgesie.

--	--	--	--	--	--	--	--
- 14) Porod je uměle vyvolán, nečeká se na jeho spontánní začátek.

--	--	--	--	--	--	--	--
- 15) Při porodu o Vás pečuje jedna porodní asistentka

--	--	--	--	--	--	--	--
- 16) Během porodu Vás vyšetřuje jen jeden lékař.

--	--	--	--	--	--	--	--
- 17) Personál se Vás během porodu více dotýká (např. držení za ruku).

--	--	--	--	--	--	--	--
- 18) Můžete jít během porodu do sprchy kdy chcete.

--	--	--	--	--	--	--	--
- 19) Můžete při porodu jíst i pít.

--	--	--	--	--	--	--	--
- 20) Máte během porodu více možností se rozptýlit (televize, rádio).

--	--	--	--	--	--	--	--
- 21) Váš partner je u porodu.

--	--	--	--	--	--	--	--
- 22) Vaše přítelkyně, nebo jiný blízký je u Vás během porodu.

--	--	--	--	--	--	--	--
- 23) Srdeční aktivita plodu je během porodu nepřetržitě sledovaná.

--	--	--	--	--	--	--	--
- 24) Vaše dítě porodí lékař.

--	--	--	--	--	--	--	--
- 25) Vaše dítě porodí porodní asistentka.

--	--	--	--	--	--	--	--
- 26) Vaše dítě porodí medik nebo žákyně.

--	--	--	--	--	--	--	--
- 27) Porod bez epiziotomie (nástříhu).

--	--	--	--	--	--	--	--
- 28) Porod bez pomoci kleští.

--	--	--	--	--	--	--	--
- 29) Můžete se dotýkat dítěte bezprostředně po porodu.

--	--	--	--	--	--	--	--
- 30) Narodí se Vám zdravé dítě.

--	--	--	--	--	--	--	--

31) Co se Vám líbilo v péči během porodu (s čím jste byla spokojená)?

32) Co byste si přála změnit v péči o rodičky během porodu?

Děkuji Vám za spolupráci i čas, který jste věnovala tomuto dotazníku.