

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**PORODNÍ PLÁN RODIČEK A MOŽNOSTI JEHO APLIKACE NA
PORODNÍM SÁLE**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:

2008

Autor:

PhDr. Vlasta Koudelková

Aneta Mehrabianová

A Woman's in Childbed Birth Plan and Its Possibilities of Application on Delivery Room

In the life of woman, we can consider the birth of child just like an entering the unknown. It is easy to find a lot of informations about labour and birth, but the process is very individual each time and even the woman in childbed herself can hardly estimate her reactions in the face of new experiences. Maybe this is why many women are preparing their birth plan. The purpose of birth plan is to inform the obstetrician and the midwives about woman's wishes and ideas about her labour.

Nowadays, relatively strong disagreement against routine way of childbirth in Czech midwifery is raising and women in childbed are urging to introduce new principles in midwifery and childbirth passing. They want changes not only in rules based in law, but also in ethic rules in maternity facilities. That's why the obstetricians and midwives should respect reasonable wishes of their clients and consider whether their ideas about labour were fulfilled.

A research, which was based on checklist method for purpose of probing of acceptability and applying czech women's birth plans in some of czech maternity clinics was carried out, together with appropriate documentation of reasons and matters which led to not fulfilling the client's birth plan.

In purpose of confirm our hypothesis, that client's birth plans are not applied in labour wards, 102 women were asked to fill in the checklist. Only women which had the birth plan in their childbirthing took part of this research. The questions in the checklist were related to the content of their birth plan and level of fulfilling of their wishes. If those were not fulfilled, women were asked to name main reasons and matters of this. Subjective opinions of women are mentioned in this checklist.

The result of this research displays that birth plan was totally fulfilled to 34 (33,33 %) asked women, 54 (52,94 %) asked women was fulfilled more likely, 13 (12,75 %) asked women was fulfilled less likely and in case of 1 (0,98 %) asked women was their birth plan unfulfilled at all.

Although some of women's requests were not granted, 88 (86,27 %) czech women were generally satisfied with fulfilling of their birth plans. The contentment of

clients is one of the most important indicators of quality of medical and nursing care provided in labour ward, because the satisfying or unsatisfying of client's needs during the labour reflects adequately in the consciousness of the client as subjectively felt satisfaction or dissatisfaction with provided care. Satisfied women in childbed trust much more in their physicians and midwives and moreover they cooperate much better with them during the labour.

I believe that this work will inspire pregnant women to work out their own birth plan, that designing of birth plan is ideal theoretic preparation to a childbirth and maternity and that will lead to creating of different view on women entering the labour ward with their own birth plans.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma “Porodní plán rodiček a možnosti jeho aplikace na porodním sále“ vypracovala samostatně a pouze s využitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

Prohlašuji, že v souladu s § 45 zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nekrácené podobě/ v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 4.5.2008

.....
Podpis studenta

Poděkování:

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Vlastě Koudelkové za odborné vedení a věnovaný čas. Dále bych ráda poděkovala dule Vladce Hejzlarové za podnětné připomínky a za pomoc při hledání žen s porodním plánem. Děkuji také vrchní sestře Haně Voglové a porodním asistentkám porodnice Jindřichův Hradec za povolení využít jimi vytvořený porodní plán ve své práci. Osobní porodní plán rodičky přikládám s vyjádřením díky jeho autorce.

OBSAH

ÚVOD 7

| | |
|--|----|
| 1. SOUČASNÝ STAV | 8 |
| 1.1 Historie vedení porodu | 8 |
| 1.2 Porod | 9 |
| 1.2.1 Lékařské vedení porodu | 9 |
| 1.2.2 Samovolný porod | 10 |
| 1.2.3 Alternativní vedení porodu | 10 |
| 1.3 Porodní plán | 10 |
| 1.3.1 Neoficiální definice porodního plánu | 11 |
| 1.3.2 Forma porodního plánu | 11 |
| 1.3.3 Struktura porodního plánu | 12 |
| 1.3.4 Obsah porodního plánu | 13 |
| 1.3.5 Proč rodičky píší porodní plány | 19 |
| 1.3.6 Pohled na porodní plány v České republice | 20 |
| 1.4 Doporučení WHO | 21 |
| 1.5 Etika versus aplikace porodního plánu | 23 |
| 1.5.1 Mezinárodní etický kodex porodních asistentek | 24 |
| 1.5.2 Ideové základy a obecně závazné předpisy vztahující se k porodní péči | 24 |
| 1.6 Právní vztahy versus aplikace porodního plánu | 26 |
| 1.6.1 Zacházení s informacemi | 27 |
| 1.6.2 Revers | 27 |
| 1.6.3 Povinnosti pracovníků ve zdravotnictví | 27 |
| 1.7 Porodní asistentka versus porodní plán | 28 |
| 1.7.1 Úlohy porodní asistentky | 29 |
| 1.7.2 Ošetřovatelské postupy porodní asistentky | 30 |
| 1.7.3 Holistický přístup porodní asistentky | 30 |
| 2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY | 31 |
| 2.1 Cíle práce | 31 |
| 2.2 Hypotézy | 31 |
| 3. METODIKA | 32 |
| 3.1 Použitá metodika | 32 |
| 3.2 Charakteristika zkoumaného souboru | 32 |
| 4. VÝSLEDKY | 33 |
| 5. DISKUZE | 62 |
| 6. ZÁVĚR | 72 |
| 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ | 74 |
| 8. KLÍČOVÁ SLOVA | 77 |
| 9. PŘÍLOHY | 78 |

„Dnešní ženy potřebují inspiraci. Potřebují podporu vlastního instinktu, který jim napovídá, že rození je hodnotná a produktivní práce, které se nemají vyhýbat.“
(Susanne Arms).

ÚVOD

Porod představuje pro ženu změnu v osobním i sociálním životě. Vzhledem ke klíčovému biologicko-společenskému významu porodu u člověka je nutné poskytovat v tomto období ženám i porozeným dětem nejen odbornou, ale i vlídnou a vstřícnou péči (Příloha 5, Příloha 6).

Při příjmu rodičky do porodnice rozhoduje lékař, zda se porod rozběhl, zda má následovat příprava k porodu nebo půjde-li rodička přímo na porodní sál. Příprava na porod obnáší holení, podává se klyzma a očistná sprcha. Některé ženy odmítají holení jako urážku lidské důstojnosti. Porodní asistentka v některých porodnicích může ženě nabídnout redukované holení stydkých pysků a hráze. Jiné ženy odmítají klyzma, některé ho vyžadují, zda bude ženě vyhověno, záleží na přístupu nemocnice.

Ženy dávají stále více svá přání na vědomí, jedním ze způsobů jak informovat zdravotní personál o výkonech, jenž mají dojít k naplnění během porodu je-li to ku prospěchu rodičce a dítěti, je sepsání porodního plánu. Porodní plán dává ženě pocit uspokojení z možnosti pozitivně ovlivnit průběh porodu (Příloha 4).

Motivujeme ženy k odpovědnosti o své zdraví, ale upíráme rodičkám odpovědnost za to, jak porod prožijí. Rodičky se setkávají s názorem, že „správný postup je, aby těhotná byla před porodem upozorněna na zvyklosti, kterým by se měla podřídit, pokud má k ústavu důvěru.“ S názorem, že příliš mnoho informací o možných komplikacích působí na rodičky spíše negativně (13). Mají rodičky nereálná přání, když chtějí, aby se v porodnici cítily spokojeně, aby v příjemné atmosféře přicházela miminka na svět a jejich první cesta vedly do matčiny náruče? (7)“.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Historie vedení porodu

Přístup k porodům a k aktivní pomoci při nich odpovídá úrovni poznání a základním etickým přístupům dané společnosti (5). Základní potřeby žen při porodu se příliš v čase nemění, nepodléhají rozsahu poznání v medicíně a nemá na ně ani zásadní vliv momentální postavení žen ve společnosti. Naopak se mění přístup k otcům a dalším osobám, jenž se účastní porodu (26). Všem společnostem a kulturám bylo společné, že při porodu pomáhala zkušená žena (5). Při výskytu komplikací, většinou fatálních, poskytl pomoc výjimečně také chirurg. Tento trend se udržel až do vzniku porodnic (5, 8).

Již v 18. století se i u nás specializoval medicínský obor porodnictví a právními předpisy bylo upraveno postavení tehdejších “středních zdravotnických pracovníků” - porodních babiček, pozdějších porodních asistentek. Ty své znalosti a oprávnění k výkonu činnosti získávaly odborným studiem a složením odpovídajících zkoušek. Dovednosti a znalosti porodních asistentek narůstaly zároveň s potlačováním psychosociálních potřeb rodiček. Do 20. století bylo známkou odborné péče odvést nekomplikovaný porod, porodit zdravé dítěte, dobrý zdravotní stav rodiček se stal prioritou (5). Po první světové válce přišel český profesor Ostrčil s lékařsky vedeným porodem. Lékařsky vedený porod byl obhajován vyšší bezpečností rodičky a plodu, bezbolestností porodu, urychlením porodu a psychoosomatickým komfortem rodičky (26). Stále více však zdravotní personál zapomíná na to, jak porod rodičky prožívají.

Ve 20. století vyslovil Odent domněnku, že se žena před porodem a během porodu musí cítit v bezpečí. Předjde se tím mnoha komplikacím, jenž se v nemocničně vedených porodech vyskytují. Pocit bezpečí je dle Odenta také důležitý pro změnu úrovně vědomí, která doprovází fyziologický průběh porodu (17).

Poté co se začalo více dbát na uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb rodiček, začaly být ženy více spokojené s tím, jak porod probíhal a jak ho ony samy vnímaly.

Uvědomění žen, že mají možnost ovlivnit, jak budou porod prožívat, odstartovalo jejich větší odhodlání prožít porod dle svých představ a přání (19).

Jednou z možností, jak informovat zdravotní personál o svých představách, je sepsat porodní plán. Sepisování porodního plánu nutí ženy přemýšlet o porodu, uvědomovat si svou zodpovědnost, svá přání a možnosti. Se shromažďováním informací o porodu dělají ženy praktické kroky ke zdravému, šťastnému těhotenství a hlavně získávají důvěru ve svojí schopnost rodit (20, 22).

V současné době lze zaznamenat rozvoj nových přístupů k porodu, které se projevují nejen v tzv. účasti otců při porodu, ale i větším počtem žen, jenž přicházejí na porodní sál s porodním plánem. Uvedené skutečnosti ovlivňují práci porodních asistentek natolik, že je vhodné více se zabývat porodními plány rodiček a možnostmi jejich aplikace na porodních sálech.

1.2 Porod

Lékaři zasahují do počtů, těhotenství a porodu různou měrou. Tato míra je určena zdravotním stavem rodičovského páru, místem poskytování lékařské péče, ale zejména technickými možnostmi a dovednostmi lékařů. V České republice se mohou klientky setkat s termíny lékařské vedení porodu, samovolný porod a alternativní vedení porodu.

1.2.1 Lékařské vedení porodu

Veškeré zásahy lékaře do průběhu porodu jsou prováděny za účelem vedení optimálního porodu, jak pro matku, tak dítě. Do lékařsky vedeného porodu patří monitorování stavu plodu za využití kardiokografu a snímáním tonusu dělohy. Využití pulzního oxymetru. Nemonitorovaný porod, alespoň intermitentně, by byl postup non lege artis. Dále využití farmakologické porodnické analgezie, farmakologické ovlivnění děložní činnosti. Do lékařského vedení porodu patří i provedení dirupce vaku blan na

začátku aktivní fáze porodu. Ve druhé době porodní je rozšířené provedení epiziotomie. Třetí doba porodní se vede aktivně podáním uterotonik (3, 14).

1.2.2 Samovolný porod

Jedná se o porod, jenž se vede samovolně. I u samovolných porodů musí být dodržovány postupy lege artis (26). Řada komplikací je i u dobře probíhajícího samovolného porodu nepředvídatelných, vymykajících se objektivní diagnóze. Samovolný porod je procesem, který postupuje, nelze ho libovolně trvale zastavit. „Je-li však pro pacientku reálná alternativa lege artis, měl by ji ošetřující lékař doporučit a informovat pacientku též o tom, že existuje ještě jiný postup lege artis a seznámit ji s výhodami a nevýhodami toho nebo onoho postupu....“(26, s.160).

1.2.3 Alternativní vedení porodu

Do skupiny alternativně vedených porodů patří přirozený porod, porod do vody, porod s aktivní účastí rodičky a porod s aktivní asistencí partnera. Výše zmiňované alternativy porodu se liší zejména polohou rodičky v I. a II. době porodní a aktivním přístupem k porodu (21). Většina rodiček nezastává jeden “způsob“ porodu, ale vybere si z každého přístupu to, co jim právě vyhovuje nejvíce. Jejich mínění se zobrazí v obsahu porodních plánů.

V zákonodárství České republiky není alternativní vedení porodu přímo upraveno, ale ani zakázáno (26). „I když řada propagovaných metod je v rozporu se zákonem o péči o zdraví lidu a s oficiálními postoji Lékařské komory, která by měla být garantem profesionality“ (26, s.52).

1.3 Porodní plán

Oficiální definice porodního plánu v České republice ke dni 1.5. 2008 neexistuje. Porod je proces, jenž se nedá naplánovat, snad proto někteří autoři píšou o

porodním přání a nikoliv o porodním plánu (1). Porodní plán může být charakterizován jako soupis přání a požadavků, týkajících se úkonů, jenž mají být vykonány během porodu. Porodní plán by měl do jisté míry řídit práci porodních asistentek a lékařů. V porodním plánu může být zahrnuta první až čtvrtá doba porodní nebo jen některé fáze porodu, vždy podle toho, co rodičovský pár požaduje za důležité (10, 16, 19, 24).

1.3.1 Neoficiální definice porodního plánu

“Porodní plán lze definovat jako soupis představ a požadavků, které mají, nedojde-li k neočekávaným komplikacím, dojít během porodu naplnění“ (13, s.60).

“Porodní plán je vlastně soupis požadavků a přání ženy týkající se péče a okolností porodu“ (1, s.223).

“Jednoduše napsané instrukce o tom, jaký porod si přejete, a zachycuje všechny pro vás důležité problémy“ (6, s.24).

“Porodní plán je dokument, který do jisté míry vyjadřuje váš informovaný souhlas či nesouhlas se zdravotními úkony, tedy pozitivní nebo negativní revers“ (9, s.5).

1.3.2 Forma porodního plánu

V České republice není stanovena formální ani obsahová stránka porodního plánu ke dni 1.5.2008. Porodní plán může být napsán ve formě dopisu nebo seznamu (6). Nejen proto je vhodné psát porodní plán poté, až si rodička řádně rozmyslí, čemu a v jaké míře přikládá důležitost (21). Na začátek porodního plánu je více než vhodné čitelně uvést osobní údaje, zejména příjmení, jméno rodičky a ročník narození. Porodní plán by měl být zakončen podpisem rodičky s datem (10).

Nemocnice sama může nabídnout vzorový porodní plán (Příloha 2). Vzory porodních plánů lze získat na internetu (Příloha 3). Předlohy porodních plánů nabízí některé literatury (21). Zde platí, že „hromadné sdělovací prostředky v tomto smyslu nemají právní odpovědnost za zdraví populace, svobodně publikují nejen názory vlastní,

ale cizích přizvaných osob, jsou však přitom povinny dodávat nezkreslené a neredukované informace o jménech účastných osob...“(26, s.53).

1.3.3 Struktura porodního plánu

Každá matka má jinou představu o tom, jakým způsobem bude porod dítěte probíhat, každý porodní plán je tudíž jedinečný. Obsah porodního plánu a možnost jeho aplikace na porodním sále je ovlivněna mnoha aspekty. Zda porodní plán žena tvořila sama nebo společně s partnerem. Zda před sepsáním porodního plánu měla žena alespoň základní informace o porodu. Zda se žena seznámila s možnostmi vedení porodu ve vybrané porodnici a zda se informovala o možnostech vedení individuálního porodu, ne všechny nemocnice jsou schopny veškeré požadavky uspokojit. Zda žena navštěvovala předporodní kurzy, jakého zaměření a organizace tyto kurzy byly (9, 13, 21). Zda konzultovala obsah porodního plánu s gynekologem, porodní asistentkou nebo s učitelem v kursu pro těhotné (6). Obsah porodního plánu je ovlivněn také tím, zda rodil někdo z ženina blízkého okolí, zkušenost z průběhu samotného porodu je však nejdůležitějším faktorem (1, 21).

Všeobecně se doporučuje mít co nejvíce informací o vedení porodu ve vybrané porodnici. Maximalizuje se tak možnost aplikace porodního plánu (13). Pro případ předčasného porodu je vhodné mít sepsaný porodní plán několik dní před termínem porodu (21). Je vhodné dát sepsaný porodní plán nejpozději měsíc před plánovaným porodem doprovázející osobě při porodu nebo porodníkovi (6, 19).

Do porodního plánu lze zahrnout přípravu na porod, samotný porod, následující dvě hodiny po porodu a vyjádřit se k žádoucím a nežádoucím aktivitám porodních asistentek, lékařů a jiného zdravotního personálu během porodu (6, 21). Porodní plán může být uveden následujícími informacemi.

Osobní údaje. Měly by obsahovat vše co si žena přeje aby o ní zdravotnický personál věděl. Mohou být uvedeny osobní postoje, přesvědčení a obavy z konkrétních věcí. Nakolik si žena přeje být informována o průběhu porodu. Žena může vycházet ze

svých předešlých zkušeností s porodem. Určení vztahu k doprovázející osobě při porodu. Vyjádření k přítomnosti nadpočetných osob u porodu (6, 13, 19).

Vzkaz personálu. Popis toho, co by žena ocenila, jaký typ pomoci si přeje. Nemusí se týkat jen ošetrovatelských postupů. Jaké aspekty “správně” vedeného porodu žena upřednostňuje. Laická i odborná společnost neoficiálně rozlišuje mezi lékařsky vedeným porodem a alternativně vedeným porodem (6, 13, 19).

1.3.4 Obsah porodního plánu

Obsah porodního plánu je různý. Jedná se o individuální vyjádření chápání a nahlížení na průběh porodu a na poskytovanou péči. Rodiče vyjadřují v porodním plánu zejména ta přání, v nichž se bojí, že se budou rozcházet se zdravotním personálem porodnice, ve které přijde jejich dítě na svět aneb “zásadní rozdíl (mezi rodiči dítěte a zdravotním personálem) spočívá v odlišném způsobu chápání péče o ženu a dítě při normálním porodu“ (13, s.10). Rodičky přicházející na české porodní sály s porodními plány jsou přijímány rozpačitě (6, 13). WHO proklamuje názor, že tvoření porodního plánu, „.....který stanoví, kde se porod uskuteční a kdo ho povede, a který je vypracován ve spolupráci s budoucí matkou během těhotenství a je oznámen jejímu manželovi / partnerovi případně i její rodině....“ je prospěšné a mělo by být podporováno (29).

Porodní plán může obsahovat informaci o tom, nakolik si žena přeje být informována o průběhu porodu, zda si přeje znát návrhy na další postupy, nakolik se chce spolupodílet na rozhodování o dalším vedení porodu. Mezi praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné a které by měly být podporovány, dle WHO, patří poskytnutí ženám tolik informací a vysvětlení, kolik si žádají (29).

Rodička může vyjádřit nesouhlas s přítomností studentů medicíny a zdravotních škol během celého porodu nebo jen v některé fázi porodu. Rodička může svůj názor kdykoliv změnit nebo se zcela individuálně rozhodnout až na porodním sále. S tím souvisí žádost o omezení přítomnosti méně nutného zdravotního personálu během I.doby porodní i během samotného porodu. Není neobvyklá žádost o to, aby se o ženu starala jedna porodní asistentka během celého pobytu na porodním sále.

Velké množství žen si přeje doprovod k porodu. Žena si osobu, jenž jí bude k porodu doprovázet určuje sama. Může se jednat o laický doprovod v zastoupení manžela, přítele rodičky, kamarádky, matky nebo jiné osoby, rodiče blízké. Dula a soukromá porodní asistentka představují “profesionální“ doprovod rodičky k porodu. Velká část porodnic za doprovod k porodu vybírá poplatek ve výši 200 až 500 Kč (13). Dle názoru WHO patří respektování ženina výběru společníků při porodu za praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné a které by měly být podporovány (29).

Pro ženu může být důležitý vzhled porodního sálu, jeho útulné vybavení, včetně intenzity světlení. Zda si žena přeje hudbu, zda si přeje mít možnost přinést si a využívat osobní věci, například zda matka upřednostňuje prožít porod ve vlastním oděvu nebo žádá oděv nemocniční. Respektování výběru místa porodu, který žena učinila po náležitém poučení považuje WHO za praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné a které by měly být podporovány (29).

Po příjmu na porodní sál následuje takzvaná příprava k porodu. Zahrnuje oholení pubické části a podání klyzma (klystýru). Rodička si může při fyziologickém porodu vybrat mezi úplným oholením, částečným oholením nebo nebýt oholena vůbec. Důvodem holení se uvádí usnadnění sešití při případném porodním poranění, jeho lepší hojení a všeobecné snížení rizika infekce (3, 7). Dle názoru I. Königsmarkové „pro tuto hypotézu neexistují žádné důkazy. Rutinní užívání může naopak zvýšit pravděpodobnost infekce virem HIV nebo hepatitidou (žloutenka), jak pro poskytovatele péče, tak pro ženu“ (22, s.5). Dle WHO rutinní oholení pubického ochlupení patří do kategorie praktik, které jsou jednoznačně škodlivé nebo neefektivní a které by měly být eliminovány (29).

Při fyziologickém porodu má žena na výběr klasické klyzma (klystýr) nebo klyzma pomocí Yal gelu. Klyzma se aplikuje s předpokladem, že prázdná střeva umožňují lehčí sestup hlavičky dítěte a že klyzma stimuluje děložní stahy (3, 7). Některá literatura uvádí, že snižuje znečištění a tím snižuje riziko infekce matky i dítěte (22). I. Königsmarková píše, že „klystýr je nepříjemný a představuje určité riziko poškození střev. Bez klystýru je případné znečištění většinou jen mírné a snadněji se odstraňuje než znečištění, které nastane po klystýru. Nebyly zjištěny žádné účinky na

délku trvání porodu nebo neonatální infekce, či na infekci vzniklou po poranění hráze“ (22, s.5). WHO rutinní provádění klystýru řadí do praktik, které jsou jednoznačně škodlivé nebo neefektivní a které by měly být eliminovány (29). „Výjimkou může být výskyt zácpy, pokud v rané fázi porodu spontánně neustoupí. V tomto případě však ženě postačí uvolnit malým klyzmatem či k tomu určeným gelem jen anální otvor“ (22, s.5).

Porodní plán může obsahovat informaci o tom, jak si žena představuje, že bude trávit první dobu porodní. Nakolik bude žena vyžadovat volný pohyb, změnu pozic, polehávání v posteli, využití míče, sprchy nebo vany. Podpora jiné polohy než vleže na zádech v I. době porodní patří dle WHO mezi praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné a které by měly být podporovány (29).

Informace zda si žena přeje konzumovat potraviny a přijímat tekutiny v první době porodní, by měla být pro zdravotní personál určující. Důvodem omezování konzumace jídla a pití během porodu v České republice je možné podání celkové anestezie při císařském řezu, které je doprovázeno rizikem aspirace potravy. Dle názoru porodní asistentky I. Königsmarkové „ hladovění nezaručuje, že žaludek bude dostatečně prázdný“ a „celková anestezie se při porodech užívá čím dál méně“ (22, s.5). WHO řadí omezení příjmu potravy a tekutin během porodu mezi praktiky, které se často používají nevhodně (29). Názor WHO: „ Dehydratace a hladovění je pro ženu zdrojem značného nepohodlí a stresu a může nežádoucím způsobem ovlivnit průběh porodu. Odpírání jídla a pití rodičkám nemá opodstatnění a je zbytečnou a neúčelnou praxí“ (22, s.5).

Názor ženy na zevní a vnitřní monitorování plodu v I.době porodní je rozmanitý. Porodní plán vyjadřuje zda klientka upřednostňuje monitorování kontinuální nebo intermitentní. Zda dává přednost monitorování UZ, obyčejným stetoskopem nebo Dopplerovským přístrojem. WHO se k monitorování plodu vyjadřuje takto: „monitorování plodu prostřednictvím periodické auskultace patří mezi praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné a které by měly být podporovány (29). V České republice je postup lege artis poslech ozev plodu a 15 minut a natočení minimálně 20 minutového záznamu CTG po 60 minutách (3,4).

Velké množství žen pociťuje děložní kontrakce při porodu bolestivě, pro jejich ztlumení je možné využít rozmanitého množství prostředků ulevujících od bolesti. Žena může dávat přednost farmakologickému a/nebo nefarmakologickému způsobu tišení bolesti. Mezi nefarmakologické způsoby tišení bolestí patří mimo jiné masáže (7). Masáž, jenž stimuluje uvolnění hormonů a zlepšuje krevní oběh, je v některých státech, například v Indii a Japonsku, očekávanou součástí práce porodní asistentky (2). V českých porodnicích nepatří masáž mezi služby nabízené porodní asistentkou na porodním sále (13). Paní Königsmarková tvrdí „ Porodní bolesti jsou normálním fyziologickým jevem a mají svůj smysl; existuje mnoho přirozených a bezpečných technik, jak utlumit vnímání bolesti při porodu: svobodná volba polohy v I. i II. době porodní, teplá koupel nebo sprcha, masáže, doteky, hypnóza, hudba, užívání technik na odvádění pozornosti (určitý rytmus dýchání, vizualizace aj.)“ (22, s.6). Nefarmakologické metody mírnění bolesti, jako například použití bylinek, ponoření do vody nebo nervová stimulace řadí WHO do praktik, které nelze jednoznačně doporučit, protože neexistuje dostatek důkazů o jejich prospěšnosti a které by měly být aplikovány jen po zralé úvaze až do doby, než je další výzkum objasní, ale neinvazivní, nefarmakologické postupy mírnění porodních bolestí, jako například masáže a relaxační techniky řadí mezi praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné a které by měly být podporovány (29). WHO uvedlo, že: „Mnoho žen tyto přirozené praktiky hodnotí jako užitečné, nemohou ženy poškodit, lze je tedy doporučit. Farmakologické metody by nikdy neměly nahradit osobní pozornost a láskyplnou péči o rodící ženu.“ (22, s.6).

Homeopatie a aromaterapie patří mezi metody, ovlivňující dle názoru jejich uživatelek průběh porodu žádoucím směrem (7). Žena se může vyjádřit k tomu, zda a kdy plánuje během porodu užívat homeopatika a využít homeoterapie. Zda má žena dostatečné vědomosti k jejich užívání nebo zda uvítá radu sestry s oficiálním oprávněním ordinovat homeopatika.

Dirupce vaku blan aneb protržení vaku blan porodnickým nástrojem při porodu je v České republice běžně využívanou metodou. V porodním plánu může žena uvést, zda a za jakých okolností souhlasí s protržením vaku blan porodnickým nástrojem. Literatura uvádí, že dirupce vaku blan urychluje porod, či ho může vyvolat a umožňuje

určit kvalitu plodové vody. Dirupce vaku blan je nezbytná pro zavedení skalповé elektrody. (3, 7). Ivana Königsmarková zastává názor, že „Rutinně prováděná amniotomie má zanedbatelný a těžko odhadnutelný přínos a mnoho potencionálních rizik. Časná amniotomie zvyšuje riziko infekce u matky i dítěte a riziko, že bude porod ukončen císařským řezem, indikovaným pro tíseň plodu. Amniotomie může být příčinou prolapsu (výhřezu) pupečníku.“ (22, s.5). Rutinní provedení časně amniotomie v I. době porodní dle názoru WHO patří mezi praktiky, které nelze jednoznačně doporučit, protože neexistuje dostatek důkazů o jejich prospěšnosti, a které by měly být aplikovány jen po zralé úvaze až do doby, než je další výzkum objasní. Aneb „Amniotomie zkracuje porod o poměrně krátkou dobu a není faktorem, který by měl na délku porodu zásadní vliv. Výzkumy nepotvrdily prospěšnost amniotomie.“(22, s.5, 29).

Při naplněném močovém měchýři rodičky je někdy nutné přistoupit k vycévkování. Žena může v porodním plánu vyjádřit svůj názor na cévkování, zda je pro ní přijatelné při porodu a/nebo po porodu. WHO upozorňuje, že cévkování močového měchýře se často používá nevhodně (29).

Žena může v porodním plánu upozornit na polohy které bude při porodu upřednostňovat. Volnost ve výběru polohy a pohybu během porodu patří mezi praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné a které by měly být podporovány, dle názoru WHO. Naopak „rutinně nařízená poloha vleže na zádech během porodu a s tím související rutinní využití polohy na porodním lůžku s podpěrkami nebo bez nich během porodu“ patří mezi praktiky, které jsou jednoznačně škodlivé nebo neefektivní a které by měly být eliminovány (29). Za alternativní polohy při porodu jsou v České republice považovány všechny polohy mimo porodnické křeslo (13).

Porodní plán může obsahovat vyjádření ženy, jakou techniku tlačení preferuje. Zda upřednostňuje řízené tlačení nebo si přeje tlačit dle svých pocitů a potřeb. WHO se domnívá, že povzbuzování ženy, aby tlačila už od okamžiku, kdy je diagnostikována úplná nebo téměř úplná dilatace děložního hrdla, dříve než žena sama ucítí potřebu tlačit patří mezi praktiky, které se často používají nevhodně (29). Názor WHO je, že „Fyziologický postup spočívá ve vyčkávání, dokud žena sama necítí potřebu tlačit, tj. dokud se reflex tlačení neobjeví spontánně. Tento postup je pro ženu snazší. Nemá ani

žádné nebezpečné následky pro plod nebo výsledek porodu a celkovou dobu tlačení zkracuje. Tlačení řízené personálem porodnice nepřináší žádné výhody“ (22, s.6).

Pokud bude nutno ukončit těhotenství císařským řezem, může se matka vyjádřit k druhu anestezie, jenž by si přála. Zda si žena přeje přítomnost doprovázející osoby u operace, kdy a jak si přeje první kontakt s miminkem po operaci.

Nástřih hráze aneb provedení epiziotomie je jedním z nejvíce diskutovaných témat rodiček v dnešní době. Žena může v porodním plánu uvést, kdy a v jaké situaci si přeje provedení epiziotomie, dále její vyjádření, zda je pro ní přijatelnější natržení hráze nebo provedení epiziotomie. I. Königsmarková se vyjadřuje o epiziotomii (nástřih hráze): „Ve srovnání se spontánně vzniklými trhlinami není méně bolestivý, naopak je mnohem bolestivější. Anální poranění zřídka kdy vznikají jinak než jako samovolné pokračování nástřihu a zvyšují pravděpodobnost fekální inkontinence, vzniku infekce a bolesti při pohlavním styku.“(22, s.6). Liberální nebo rutinní užívání epiziotomie dle vyjádření WHO patří mezi praktiky, které se často používají nevhodně (29). „Neexistují žádné spolehlivé důkazy o tom, že liberální nebo rutinní provádění epiziotomie má příznivé účinky. Existují však jasné důkazy o tom, že může způsobit škodu“ (22, s.6).

Pokud si matka přeje odběr kmenových buněk z pupečnickové krve, odevzdá s porodním plánem vyplněný dotazník od některé z kmenových bank. O samotný odběr pupečnickové krve se postará zdravotní personál po porodu plodu (27).

Samovolný porod placenty nebo aktivní vedení III. doby porodní může být vedeno dle přání rodičky. Dle WHO patří rutinní aplikace ergometrinu parenterálně ve III. době porodní mezi praktiky, které jsou jednoznačně škodlivé nebo neefektivní a které by měly být eliminovány (29). Vydání placenty rodičce v České republice upravuje zákon 256/2001Sb., O pohřebnictví a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Zákon považuje vydání placenty rodičce za protizákonné (28).

Péče o dítě po porodu zahrnuje vyjádření matky k tomu, kdo a kdy má přestřihnout pupeční šňůru dítěte. Zda si matka přeje čerstvě narozené dítě položit na své břicho. Názor na oddělování dítěte od matky po porodu a druh poskytnuté péče dítěti v prvních hodinách života. Speciální přání ohledně místa a způsobu péče a ošetření novorozence po porodu. Zda bude partner přítomen ošetření novorozence. Mezi

praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné a které by měly být podporovány řadí WHO prevence podchlazení u novorozence a časný tělesný kontakt mezi matkou a dítětem. Mezi praktiky, které nelze jednoznačně doporučit, protože neexistuje dostatek důkazů o jejich prospěšnosti, a které by měly být aplikovány jen po zralé úvaze až do doby, než je další výzkum objasní, řadí aktivní manipulace s novorozencem v okamžiku narození a časné zaškrcení pupeční šňůry (29). Názor WHO na blízký kontakt matky a dítěte po porodu: „Tělesný kontakt s matkou je nejlepším prostředkem k udržení tělesné teploty dítěte. Tento kontakt je doporučován i z důvodů psychologických: podněcuje vzájemné seznámení matky a dítěte a poskytuje dítěti důležitý pocit bezpečí. Pro zdravotní stav novorozence je výhodné, když se setkává s bakteriemi na kůži své matky, nikoliv s bakteriemi poskytovatelů péče. Dítě by mělo být v těsné blízkosti své matky ve dne i v noci a mělo by mít neustále neomezeným přístup“ (22, s.7).

Přiložení dítěte k prsu co nejdříve po porodu je dnes velmi podporováno a to nejen v Baby friendly hospital. Porodní plán může obsahovat představu ženy o tom, kdy, kde a za jakých okolností si přeje první přiložení dítěte k prsu za účelem posílení laktace a vztahu (14). Podpora zahájení kojení v první hodině po porodu v souladu s pokyny WHO o kojení považuje za praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné a které by měly být podporovány (29).

Obsáhlejší, podrobnější porodní plány píší ženy, jenž si přejí prožít přirozený porod, porod jenž se sám rozeběhne, pokračuje a také skončí (24). V České republice neexistuje žádný standart na porodní plán, Nemocnice v Jindřichově Hradci, a.s. nabízí “svůj” porodní plán rodičkám (Příloha č.2), vzhledem k tomu, že porodní plán slouží k vyjádření individuálních přání ženy (Příloha č.4) domnívám se, že by ani standart na porodní plán neměl existovat.

1.3.5 Proč rodičky píší porodní plány

Rodičky přistupují k sepsání svých porodních přání z mnoha důvodů. Některé jsou přitahovány myšlenkami na zcela přirozený porod, jiné ženy se domnívají, že jim porodní plán zajistí nekomplikovaný průběh porodu. Jedno však mají všechny ženy píšící porodní plány společné. Tyto ženy chtějí změnit a zlepšit to, co jim zabraňuje

v tom, aby porod na porodním sále probíhal radostnějším a příjemnějším způsobem, jak pro ně samotné, tak pro jejich doprovod a dítě. (1, 21).

1.3.6 Pohled na porodní plány v České republice

Jednou z možností jak seznámit personál porodnic v České republice se svými představami o průběhu porodu je sepsání porodního plánu. Porodní plán většinou píše matka, jenž má zájem o aktivní porod, či moderní přirozený porod (1, 21). Jedná se o matku, jenž chce aktivně určovat průběh fyziologického porodu, vzít na sebe zodpovědnost za porod (1, 21). Některé ženy kromě písemného sdělení jak by si přály porod prožít, zahrnují do porodního plánu jakýsi "strategický" plán nebo seznam věcí a činností, na které by se nemělo zapomenout před porodem. Například seznam telefonních čísel, seznam věcí do porodnice atd. (24). Tento seznam je určen rodičovskému páru a nikoliv zdravotnímu personálu.

Při předložení porodního plánu českým porodním asistentkám a porodníkům se rodičky mohou setkat s rozmanitou měrou přijetí porodního plánu. Nejen proto je dobré, aby rodičky zvážily plusy a mínusy, které obnáší sestavení a aplikace porodního plánu.

Výhodou sepsání porodního plánu je jednoznačné, písemné vyjádření svých přání. Sepisování porodního plánu nutí ženy přemýšlet o porodu, uvědomovat si svou zodpovědnost, svá přání a možnosti (1, 2, 24). Se shromažďováním informací o porodu dělají ženy praktické kroky ke zdravému, šťastnému těhotenství a hlavně získávají důvěru ve svojí schopnost родit (2). Výběr samotné porodnice by měl být ovlivněn sestaveným porodním plánem (24). Při nástupu sester do služby se sestry automaticky seznamují s klientčím porodním plánem. Klientka se vyhne stálému opakování svých přání a vědomí, že je personál seznámen s jejími představami o porodu, může působit na zmírnění úzkostí a obav matky z průběhu porodu (21). Porodní plán je stále přiložen k dokumentaci rodičky. Řádně vypracovaný porodní plán může nejen ošetřující porodní asistence zjednodušit péči o klientku. Sepsaný a odevzdaný porodní plán klientku k ničemu nezavazuje, budoucí maminka může kdykoliv změnit názor na průběh porodu, podání analgetik nebo přítomnost partnera u porodu (21, 26).

Obtíže s kterými se rodička může setkat při sepisování porodního je konfrontace s neobornými, nepřesnými, zjednodušujícími informacemi o průběhu porodu a jeho rizicích. Pokud si rodička není zcela jistá, jaké informace má porodní plán obsahovat, může například využít vzorových porodních plánů volně přístupných na internetu (Příloha 3). Negativní zkušeností může být odmítnutí konzultace o sestavovaném porodním plánu ze strany adekvátních osob. Porodní plán může interferovat se standartní praxí porodnice, což může vést k nátlaku na klientku, ze účelem podvolení se standardním postupům (13, 24). Neadekvátní přístup personálu při nedostatečné profesionalitě ke klientce může být zraňující, klientka ztrácí důvěru k personálu nemocnice a méně ochotně spolupracuje (25).

1.4 Doporučení WHO

V Brazílii ve dnech 22. – 26.4. 1985 pořádal regionální úřad pro Evropu a regionální úřad pro Ameriku Světové zdravotnické organizace (WHO) konferenci, které se účastnilo přibližně 60 účastníků z Severní a Jižní Ameriky a Evropy. Na konferenci byla sepsána doporučení, která vychází z práva ženy na řádnou prenatální péči. Česká republika se zavázala tato doporučení zohlednit při poskytování své péče.

Mezi všeobecná doporučení WHO patří, že „ministerstva zdravotnictví by měla umožnit uskutečňování specifické strategie pro zajištění vhodné a dostatečné péče v rámci trhu zdravotnických služeb. Země by měly vyvinout potenciál k provádění přehledů poskytované předporodní, porodní a poporodní péče. Celá společnost by měla být informována o různých variantách porodní péče tak, aby každá žena si mohla vybrat vhodný typ této péče. Ženské svépomocné spolky hrají podstatnou roli v poskytování podpory a informací, zvláště pokud se jedná o těhotenství a porod. Tradiční neoficiální systémy péče by měly spolupracovat s oficiálními systémy ku prospěchu matky. Rovnocenné partnerství těchto systémů, bez vyvyšování jednoho z nich, může být vysoce efektivní. Kursy pro laiky by měly vést k zvýšení znalostí obyvatelstva o sociálních, kulturních, antropologických a etických aspektech porodu. Společnost by

měla podporovat kursy porodních asistentek. Povinností porodních asistentek je provádět řádnou předporodní, porodní i poporodní péči. Příprava a vypracování doporučených postupů pro péči by měly být multidisciplinární a měly by se jí účastnit všichni, kterých se nějak týká, včetně epidemiologů, sociologů a zdravotnických pracovníků. Ženy, které se budou podrobovat péči by se měly aktivně účastnit plánování i zhodnocování výsledků a všichni účastníci by měli být řádně seznámeni s výsledky. Informace o porodnické péči nemocniční (poměr císařských řezů apod.) by měly být poskytovány široké veřejnosti. Psychologická pohoda budoucí matky musí být zajištěna umožněním přítomnosti blízké osoby u porodu a návštěv v poporodním období. Zdravý novorozenec musí zůstat u matky, pokud to podmínky umožňují. Vyšetřování zdravého novorozence není důvodem k separaci od matky. Okamžité pokusy o kojení by se měly podporovat ještě na porodním sále. Země s nejnižší perinatální mortalitou by měly mít méně než 10 % císařských řezů. V žádné geografické lokalizaci neexistuje důvod k výskytu císařských řezů nad 10-15 %. Neexistuje důkaz, že rutinní elektronický fetální monitoring intrapartum má pozitivní efekt na výsledek porodu. Elektronický fetální monitoring by měl být prováděn jen v lékařsky indukovaných případech (při zvýšeném riziku perinatální mortality) a u indukovaných porodů. Země, kde je dostatek kvalifikovaného personálu a elektronický fetální monitoring je rutinně prováděn, by se měly účastnit výzkumu, jehož cílem je výběr specifických skupin žen, u nichž bude monitoring prospěšný. Do té doby, než budou výsledky takového výzkumu známy, by se národní zdravotnické organizace měly zdržet nákupu takového monitorovacího zařízení. Klystýr (klyzma) a holení pubického ochlupení není indikováno. Těhotné ženy by neměly být nuceny rodit v litotomické poloze (poznámka: V ČR poloha gynekologická vleže s nohama ve třmenech) před porodem nebo během porodu. Doporučen je dostatek volného pohybu před porodem a svobodný výběr polohy při porodu. Všeobecné používání episiotomie není vhodné. Ochrana perinea alternativními metodami by měla být upřednostňována. Porod by neměl být indukován bezdůvodně, indukce je oprávněná ve specifických situacích. V žádné geografické lokalizaci by nemělo procento indukovaných (vyvolávaných) porodů přesáhnout 10 %. Rutinní podávání analgeticko-anestetických přípravků během porodu,

keré není indikováno jako prevence komplikací, by se nemělo provádět. Protržení membrán není vhodné, pokud tak nevyžaduje značně pokročilý nález porodní. Umělé předčasné protržení, rutinně prováděné, není vědecky oprávněné.“ (18).

Realizace doporučení jenž navrhlo WHO je, že „vlády by měly určit, které části ministerstva zdravotnictví a které ústavy budou zodpovědné za řízení programu. Měla by existovat finanční kontrola, bránící zneužití vynakládaných prostředků. Porodnické ústavy, které budou mít věcné připomínky, by měly přispět k vytváření vhodného modelu péče předporodní, porodní a poporodní. Výsledky provedených změn by měly být zveřejněny, aby přispěly ke změně chování profesionálů a daly základ k správnému rozhodování žen. Vláda by měla sledovat vývoj změn a povolit používání nových technologií pouze po adekvátním zhodnocení. Měly by být uspořádány národní a místní konference, které se budou zabývat touto problematikou. Měly by se jí účastnit jak poskytovatelé zdravotní péče, tak její uživatelé, zástupkyně svépomocných ženských spolků a media.“ (18).

Přístup Českého státu k realizaci doporučení ovlivňuje provádění vhodné prenatální péče v českých nemocnicích. V doporučení jsou zahrnuty faktory psychologické, emocionální a sociální. Možnosti aplikace porodního plánu na porodním sále jsou také dány počtem personálu daného porodního sálu, finančními možnostmi každé nemocnice a komunikačními dovednostmi porodních asistentek a lékařů.

1.5. Etika versus aplikace porodního plánu

Etika v sobě nese etickou odpovědnost, ta „může být vyvozena při porušení etických norem, které se vážou k určitému oboru společenské činnosti. V medicíně se může jednat o porušení společenských představ o humánním, ctihodném, čestném chování zdravotníků, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce, se všemi ohledy na důstojnost lidského života. Porušení etické odpovědnosti je např. sdělování některých skutečností, které sice nejsou vázány

lékařským tajemstvím, ale jsou v konkrétní situaci nevhodné, dále např. nerespektování studu žen, či povýšenecký postoj“(26, s.19).

Porodnická etika je profesionální. Laikové se rozhodují, co je dobro, co je zlo, co je správné a co nikoli, dle svého vnitřního etického kodexu. Porodníci a porodní asistentky musí odpovědně realizovat etický požadavek pomoci, etika je u nich propojena se znalostmi toho, co je potřeba vykonat, aby bylo docíleno dobra.

Munzarová (etika od A do Z,) rozděluje dobro na 4 komponenty. „1. Dobro “lékařské“, 2. Dobro vnímané jako dobro nemocným, 3. Dobro člověka, 4. Dobro spirituální“(15, s.52-54). Dobro o něž usilují porodní asistentky definuje mezinárodní etický kodex porodních asistentek (Příloha 6).

1.5.1 Mezinárodní etický kodex porodních asistentek

Mezinárodní etický kodex porodních asistentek z roku 1993 má dvě části, preambuli a kodex.

Preambule vyjadřuje cíl a snahu Mezinárodní konference porodních asistentek. Kodex upravuje vztahy v porodnictví, zásady porodnické praxe, profesní odpovědnost porodních asistentek a vyjádření k pokroku v porodnické teorii a praxi (Příloha 6).

1.5.2 Ideové základy a obecně závazné předpisy vztahující se k porodní péči

Americká Koalice za zlepšení porodních služeb (Coalition for Improving Maternity Services, CIMS) definovala a do dnešních dnů aktivně prosazuje tzv. porodní služby matce přátelské. CIMS definované principy, ideové základy jsou postupně uznávané v Českých porodnicích (11).

Ideové základy péče matce přátelské dotýkající se problematiky porodního plánu jsou: uznání přirozenosti porodního procesu. Porod je normální, přirozený a zdravý proces. Ženy a miminka vnitřně přirozeně vědí, jak má porod probíhat. Miminka jsou v době porodu vědomé, citlivé lidské bytosti. Jako takové mají být respektována a má se s nimi zacházet odpovídajícím způsobem. Kojení novorozencům a kojencům zabezpečuje optimální výživu. Porod může bezpečně probíhat v nemocnici, v porodním centru nebo

v domácím prostředí. Pro většinu žen je v těhotenství a při porodu nejvhodnější typ péče, jakou poskytují porodní asistentky, tedy takový, který podporuje a chrání normální porodní proces. Posílení role ženy. Sebedůvěru ženy a její schopnost porodit dítě a pečovat o něj posiluje nebo snižuje každá osoba, která jí poskytuje péči, stejně jako prostředí, v němž rodí. Během těhotenství, porodu a raného dětství jsou matka s dítětem samostatné a zároveň vzájemně závislé bytosti. Jejich vzájemné propojení je životně důležité a musí být respektováno. Těhotenství, porod a šestinedělí jsou klíčové události v běhu života. Tyto zkušenosti hluboce ovlivňují matky, děti, otce a rodiny, stejně jako se významně a dlouhodobě odrážejí na celé společnosti. (11).

Autonomie-každá žena by měla mít možnost: Sama i spolu se svou rodinou prožít zdravou a radostnou porodní zkušenost, bez ohledu na svůj věk a na okolnosti. Porodit podle svého přání v prostředí, kde se cítí bezpečně, kde o ni pečují a kde respektují její emocionální pohodu, její soukromí a osobní preference. Přístupu k přehledu celé škály péče o těhotenství, porod a o miminka a k přesným informacím o dostupných porodních místech a odbornících, kteří jí péči mohou poskytovat. Získat přesné a aktuální informace o výhodách a riziku všech procedur, léků a testů doporučených v těhotenství, při porodu a v šestinedělí. Měla by být informována o právu na informovaný souhlas a informované odmítnutí. Získat podporu pro informované rozhodování o tom, co je pro ni a pro její dítě nejlepší, založené na jejích osobních hodnotách a přesvědčení. (11).

Neškodit. V těhotenství, při porodu a v šestinedělí by nemělo docházet k rutinním zásahům. Mnoho standardních zdravotnických testů, procedur, technologií a léků přináší riziko pro matku i dítě. Neměly by být používány bez přesného odborného důvodu. Pokud se během těhotenství, porodu nebo šestinedělí vyskytnou komplikace, zdravotní péče by měla vycházet z vědeckých poznatků.(11).

Odpovědnost. Každá ošetřující osoba odpovídá za kvalitu péče, kterou poskytuje. Porodní péče by se neměla řídit potřebami osob, které ji poskytují, ale výhradně potřebami matky a dítěte. Každá nemocnice nebo porodní centrum odpovídá za pravidelná, na současném vědeckém výzkumu založená prošetření a zhodnocení efektivity, rizika a četnosti lékařských procedur, prováděných matce a dítěti. Společnost

prostřednictvím vlády a zdravotního systému odpovídá za to, že je všem ženám zajištěn přístup k porodním službám, a za sledování kvality porodních služeb. Jedinci jsou v konečné fázi zodpovědní za informovaná rozhodnutí týkající se zdravotní péče, kterou oni a jejich děti dostávají. (11).

Neméně významné předpisy mající vztah k porodní péči jsou: Listina základních práv a svobod (2/1993 Sb.), Úmluva o lidských právech a biomedicíně (96/2001 Sb.), Zákon o ochraně veřejného zdraví (258/2000 Sb.), Etický kodex práv pacientů (příloha č.5) .(22, 26).

1.6 Právní vztahy versus aplikace porodního plánu

Vztahy klienta a zdravotního personálu upravují právní vztahy a normy. Ty „vyplývají z pravidel společenského styku, tj. souboru pravidel chování, kterými daná společnost vyjadřuje chápání dobra a zla, toho, co je čestné a nečestné, chvalitebné, potupné, spravedlivé a nespravedlivé. Některými svými složkami (chápáním toho, co je spravedlivé, a co nikoli) je součástí právního vědomí“(26, s.34).

„Ženy ve svém postavení biologickém a společenském jsou zranitelnější než muži (26, s.34-35)“ a nezanedbatelnou měrou se podílejí na reprodukci. Lékaři všech atestací by měly ženám všemožně pomáhat v péči o jejich zdraví, s vědomím, že „soudobá medicína ve své praxi využívá a respektuje veškeré obecně platné biologické zákony s výjimkou přirozené selekce“ (26, s.35).

Těhotenství a porod nejsou v současné době vždy procesy přirozené. Mnohé faktory působí na reprodukční schopnost párů. Současné porodnictví tvoří „umělé ochranné prostředí“ pro potomka chtivé páry. „Pokud by porodnictví nevytvářelo umělé ochranné prostředí, pokud by působila selekce bez zábran, byly by přirozené ztráty a škody pro naši civilizovanou společnost již neúnosné“ (26, s.35).

1.6.1 Zacházení s informacemi

„Ženy, stejně jako v ostatních medicínských oborech, mají i v porodnictví dostávat informace o svém zdravotním stavu a přiměřené informace o léčbě, průběhu těhotenství a porodu, které ukazují alternativní možnosti lékařské péče. Informování žen a získávání jejich souhlasu nebo nesouhlasu se stává permanentním procesem. V porodnictví v této souvislosti má zvláštní úlohu intimní povaha péče i informací, které musí být chráněné lékařským tajemstvím. Lékaři zajišťují nejen své speciální služby, ale jsou odpovědní i za psychickou pohodu žen. Při poskytování zdravotní péče vyžaduje směrnice FIGO, aby ženy byly léčeny stejně bez ohledu na jejich sociálně ekonomický stav (FIGO, 1994)“ (26, s.35).

1.6.2 Revers

Nejen v porodnictví mají rodičky možnost podepsat negativní revers pokud nesouhlasí s poskytnutím určité péče i po řádném vysvětlení důležitosti poskytnutí této péče. Zákon zde upravuje povinnosti lékaře vyžádat si písemné prohlášení o odmítnutí péče (26).

Když péči odmítá žena rodička je nutné „poučit ženu nejen o medicínském riziku, ale i o právních důsledcích, které by z odmítnutí zdravotní péče mohly vzniknout, např. o možných trestních důsledcích, pokud by svým jednáním měla zavinit smrt novorozence. Její prohlášení o odmítnutí péče i v takových případech by mělo být písemné a učiněno před svědky. Vyžádání reversu je hraniční situace, neboť i v porodnictví platí, že veškerá péče je ženám poskytována s jejich souhlasem“ (26, s.40). Literatury uvádějí za možné příčiny podepsání reversu strach, úzkost, odtržení od rodiny, nedůvěra ke zdravotnímu personálu, sociální situace (26, 22).

1.6.3 Povinnosti pracovníků ve zdravotnictví

Zdravotničtí pracovníci jsou povinni vykonávat zdravotnické povolání svědomitě, poctivě, s hluboce lidským vztahem k občanům a s vědomím odpovědnosti ke společnosti.

Každý zdravotnický pracovník je povinen zejména:

- vykonávat své povolání v rozsahu a způsobem, pro něž zásady určuje Ministerstvo zdravotnictví ČR ve spolupráci s profesními organizacemi I. (např. zákon České národní rady č. 220/1991 Sb., o České lékařské i komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře),

- převzít a řádně plnit i mimořádné zdravotnické úkoly uložené mu dočasně v důležitém obecním zájmu,
- poskytovat neprodleně první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen
- jeho život nebo vážně ohroženo zdraví; není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, zajistit mu podle potřeby další odbornou péči,
- zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání, s výjimkou případů, kdy skutečnost sděluje se souhlasem ošetřované osoby, nebo kdy byl této povinnosti zproštěn nadřízeným orgánem v důležitém státním zájmu. Povinnost oznamovat určité skutečnosti uložená zdravotnickým pracovníkům zvláštními předpisy (§ 49 odst. 2 zákona č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů) tím není dotčena.

Povinnosti uvedené v odstavci 2, písmo c a d, se vztahují i na zdravotnické pracovníky, kteří nevykonávají zdravotnické povolání.

Ostatní pracovníci ve zdravotnictví jsou povinni kromě dalšího vzdělání ve svém oboru osvojit si i zdravotnické znalosti v rozsahu potřebném pro výkon své práce. (12, str. 120-121).

1.7 Porodní asistentka versus porodní plán

Každá porodní asistentka si při příjmu rodičky, v souladu se svou náplní práce, vytvoří svůj plán péče, určí si cíle ošetrovatelského procesu. Jedná se vlastně o jakýsi...“ošetrovatelský postup, podle něhož bude hodnotit průběh porodu a podle něhož bude volit strategii péče o svěřenou osobu“ (24, s.501). Péče, kterou sestra

poskytuje vychází z momentálních potřeb rodičky. Dle měnících se potřeb porodní asistentka mění a zkvalitňuje rozsah a způsob péče jenž poskytuje.

Práce porodní asistentky s potřebami člověka, ale také s člověkem jako individuem otevírá možnost hledat různé alternativy péče. Aby mohla porodní asistentka ošetrovatelský proces realizovat musí úzce spolupracovat s rodičkou a jejím doprovodem k porodu. Při své práci má dodržovat etický kodex porodních asistentek (12, 25).

1.7.1 Úlohy porodní asistentky

„V gynekologicko porodnickém zařízení pečuje porodní asistentka o ženy v předporodní poradně – poskytuje rady ohledně výživy a správného životního stylu. Podává informace o zvyklostech v dané porodnici, vede přípravu na porod (předporodní kurzy) organizovanou porodnicí, pečuje o ženy na oddělení rizikového těhotenství, pečuje o ženy během spontánního a operačního porodu (císařský řez) – poskytuje rady ohledně přirozených prostředků tlumení bolesti, úlevových pozic během I. doby porodní, sleduje stav dítěte i matky, vede fyziologické porody, v případě potřeby podle pokynů lékaře aplikuje nezbytné léky a asistuje u porodu, nebo instrumentuje při porodu císařským řezem, ošetřuje novorozené miminko a poradí s prvním přiložením dítěte k prsu.“ (23, s.9).

Porodní asistentka má nezastupitelnou úlohu nejen v poskytování ošetrovatelské péče. Informuje ženy o jejich právech a možnostech. Pracuje s ženou před porodem, během porodu, ale i po porodu. Poskytuje informace o průběhu porodu, vysvětluje rodičkám důvody lékařských postupů, pomáhá rodičkám s vypracováním porodního plánu, neb každá žena má jiná očekávání, jiné představy a preferuje jiné věci. Čím více informací o průběhu porodu budou ženy mít, tím způsobilější bude jejich volba. A tak mají porodní asistentky nezastupitelnou roly při sestavování a uskutečňování porodního plánu na porodním sále (24).

1.7.2 Ošetrovatelské postupy porodní asistentky

Naplánované ošetrovatelské postupy porodní asistentkou, nebo-li porodní plán porodní asistentky se svým účelem a zaměřením liší od porodního plánu rodičky. Porodní asistentka během ošetrovatelského postupu průběžně hodnotí stav ženy, její psychické rozpoložení, stanovuje si momentální priority v péči o ženu a plod a následně novorozené dítě. Plány péče porodní asistentky jsou jak střednědobé tak dlouhodobé.

K zaznamenání již poskytnuté a naplánované péče slouží nemocniční dokumentace. Dokumentace umožňuje porodní asistenci se lépe orientovat v které části porodního procesu se žena právě nachází, upozorňuje na významné ukazatele probíhajícího porodu a zdravotní odchylky matky i dítěte. Do dokumentace se vždy udává datum a čas, podrobný popis uskutečněného ošetrovatelského procesu a zjištěné hodnoty, výsledky. Nesmí chybět podpis odpovědné osoby. Je vhodné také poznamenat reakci na podněty a zjištěné výsledky ze strany ženy. (24, 26).

1.7.3 Holistický přístup porodní asistentky

Zdrojem etického přístupu sestry k pacientovi/klientovi je holistický přístup vycházející z filozofie celistvosti (12). Rodička je porodní asistentkou vnímána jako individuální, ucelená bytost s bio-psycho-sociálními a spirituálními potřebami během porodu. Podle holistického přístupu “Jsme částmi celku a jsme celek, který má své části - jsou jimi: tělo, emoce, mysl. Soulad těchto částí je smyslem osobního růstu i terapie – léčby“ (12, s.35).

Sepsáním porodního plánu je jednou z metod, jak může rodička sdělit přání a způsob uspokojení svých potřeb v I. až III. době porodní zdravotnímu personálu. Porodní asistentka při aplikaci porodního plánu napomáhá naplnění těchto potřeb rodičky.

Potřeby rodičky se příliš neliší v různých společnostech, ale společnost ovlivňuje přístup ke zdraví a nemoci.

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit, zda dochází k aplikaci porodních plánů na porodních sálech.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1 Na porodních sálech nedochází k aplikaci porodních plánů.

3. METODIKA

3.1 Použitá metodika

Pro získání potřebných dat k dané problematice bylo použito kvantitativního výzkumu technikou dotazníku. Dotazník byl určen ženám jenž rodily na porodním sále s porodním plánem. Dotazník obsahoval 23 otázek, první dvě otázky byly identifikační. Dotazník obsahoval uzavřené a polootevřené otázky, u některých otázek bylo možno označit i více odpovědí. Získaná data byla zpracována a vyhodnocena v programu Prism4.

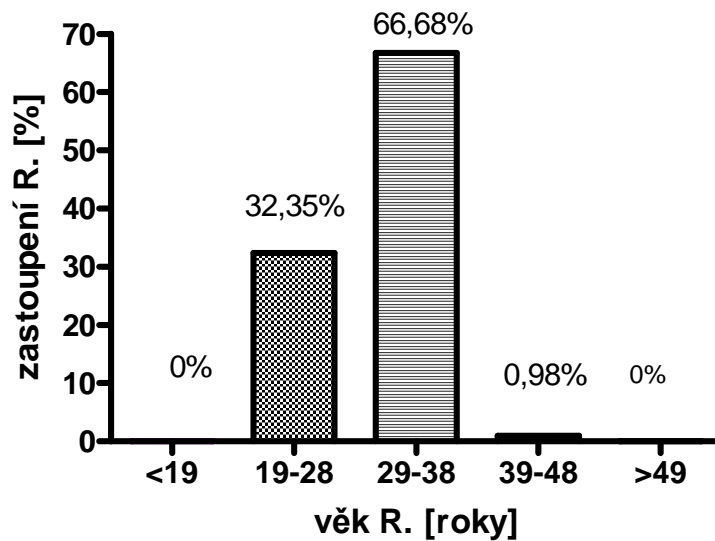
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumný soubor tvořily ženy jenž rodily od 1.září 2007 do 31.března 2008 s porodním plánem na porodním sále FTN v Praze - Krči, ÚPMD v Praze - Podolí, Nemocnice České Budějovice, a.s., Nemocnice Tábor, a.s., Nemocnice Strakonice, a.s., Nemocnice Příbram, a.s.

Sběr dat probíhal od ledna 2008 do dubna 2008. Rozdáno bylo celkem 107 dotazníků, navraceno bylo 105 dotazníků (98,13 %). Pro neúplnost byly vyřazeny 3 dotazníky (2,86 %). Vyhodnoceno bylo 102 dotazníků.

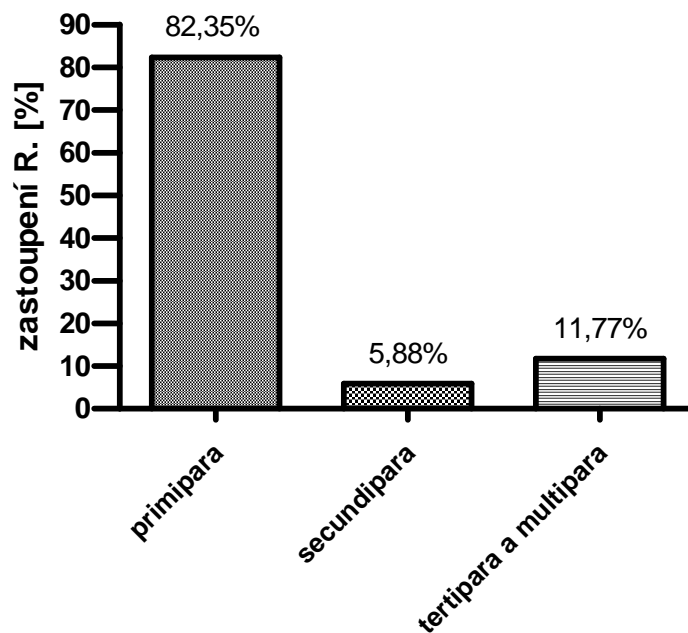
4. VÝSLEDKY

Graf 1 Věkové zastoupení respondentek



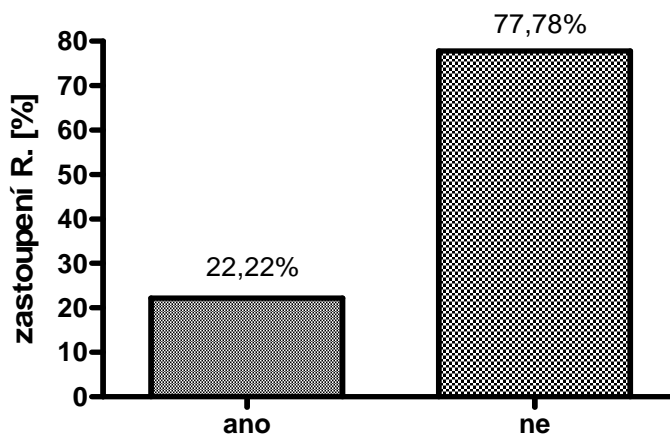
Osloveno bylo 33 (32,35 %) žen ve věku 19-28 let, 68 (66,68 %) žen ve věku 29-38 let a 1 (0,98 %) žena ve věku 39-48 let.

Graf 2 Parita respondentek



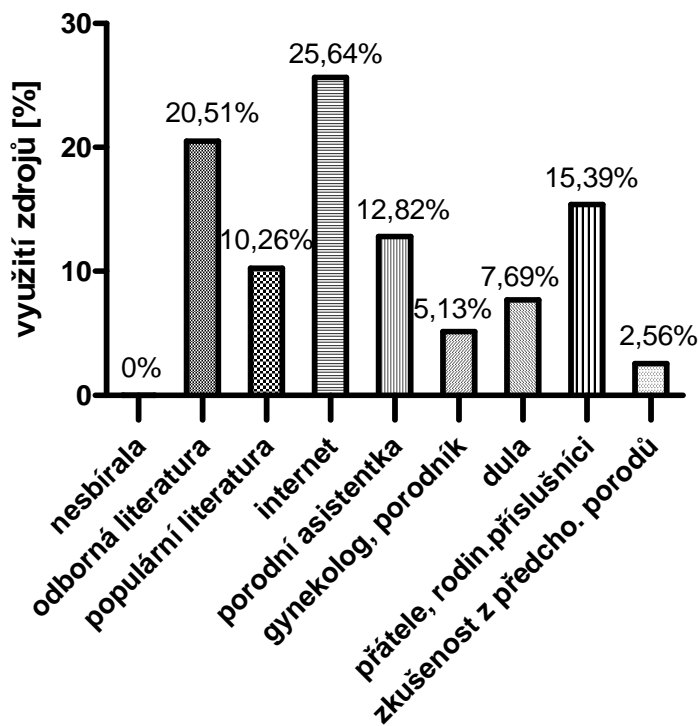
Z oslovených žen bylo 84 (82,35 %) žen prvorodiček, 6 (5,88 %) žen druhorodiček a 12 (11,77 %) žen rodilo potřetí nebo vícekrát.

Graf 3 Porodní plány vypracované k předchozím porodům



Z žen jenž rodily podruhé, potřetí nebo vícekrát (18 žen) si k předchozím porodům vypracovaly porodní plán 4 (22,22 %) ženy, 14 (77,78 %) žen tak neučinilo.

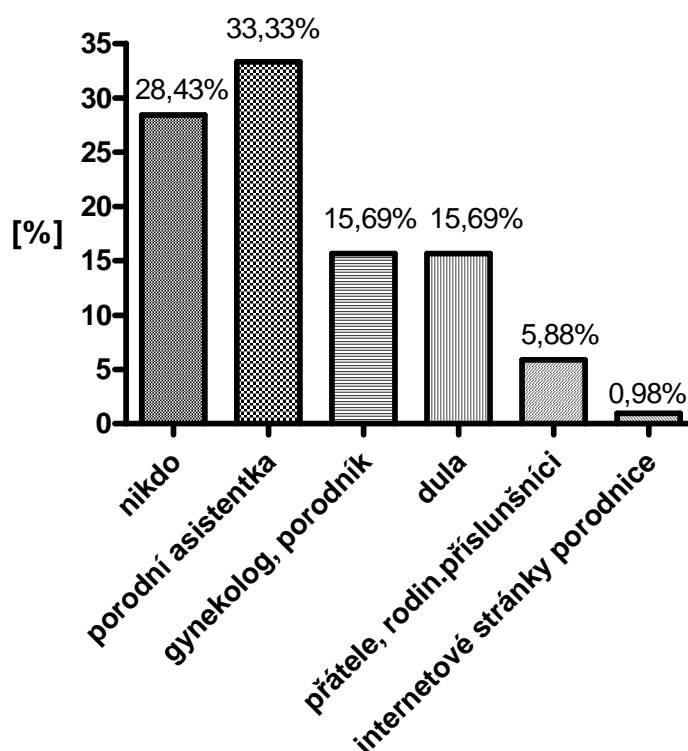
Graf 4 Zdroje sbírání informací



Před sepsáním porodního plánu všechny ženy sbíraly informace o průběhu

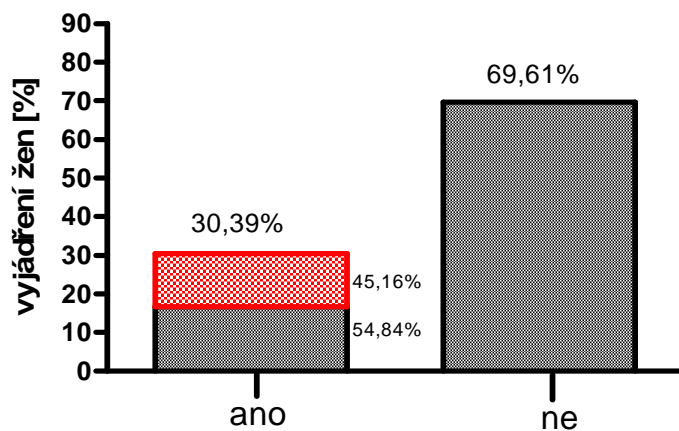
porodu. Nejvíce ženy čerpaly z internetu (25,64 %) a odborné literatury (20,51 %). Dále ženy získávaly informace od přátel a rodinných příslušníků (15,39 %), od porodních asistentek (12,82 %), pátým nejvyužívanějším zdrojem byla populární literatura (10,26 %), dále dula (7,69 %), gynekolog a porodník (5,13 %), ze svých předchozích porodů ženy čerpaly nejméně (2,56 %).

Graf 5 Kdo informoval ženy o možnostech naplnění jejich porodních plánů na porodním sále



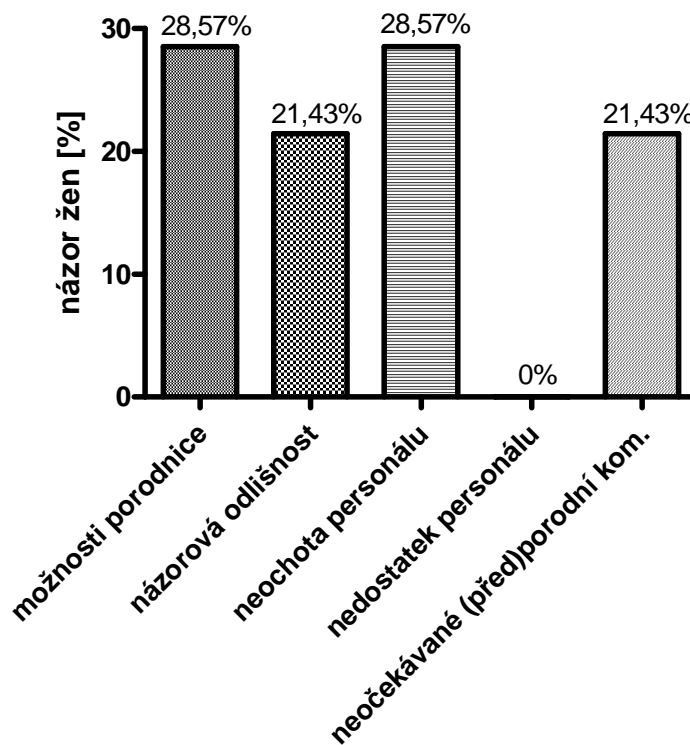
O možnostech naplnění porodního plánu na porodním sále porodnice kde ženy rodily bylo 34 (33,33 %) žen informováno od porodních asistentek, 16 (15,69 %) žen bylo informováno gynekologem, porodníkem. Dula informovala 16 (15,69 %) žen o možnostech aplikace porodního plánu, přátelé a rodinní příslušníci informovali 6 (5,88 %) žen, 1(0,98 %) žena se informovala z internetových stránek dané porodnice. 29 (28,43 %) žen nebylo informováno o možnostech aplikace jejich porodních plánů na porodním sále kde rodily.

Graf 6a Žádost na vzhled a vybavení porodní místnosti



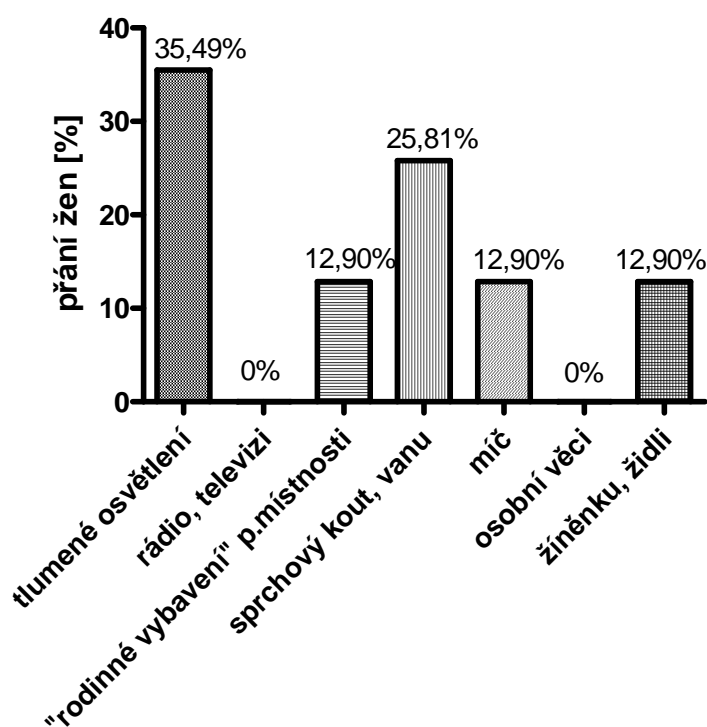
71 (69,61 %) žen nemělo přání na vybavení a vzhled porodní místnosti, 31 (30,39 %) žen toto přání mělo. Z 31 (100 %) žen byla žádost na vybavení a vzhled porodní místnosti splněna 17 (54,84%) ženám, 14 (45,16 %) ženám nebyla žádost vyplněna.

Graf 6b Důvody nenaplnění přání ohledně vzhledu a vybavení porodní místnosti



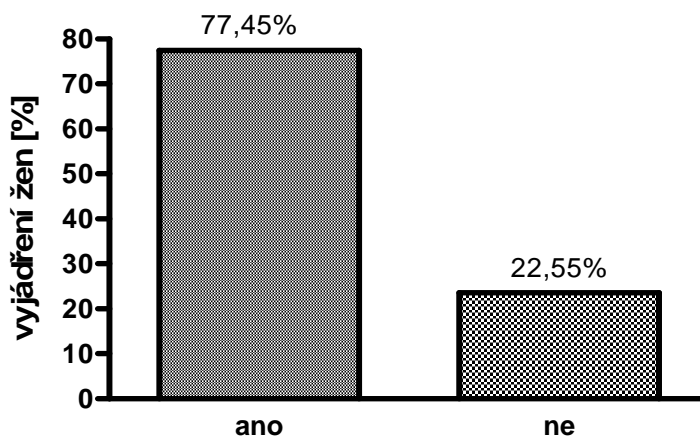
Dle názoru 14 žen, kterým nebyla splněna žádost na vybavení a vzhled porodní místnosti jsou hlavní příčinou omezené možnosti porodnice (28,57 %) a neochota personálu (28,57 %). Dále názorová odlišnost (21,43 %) a neočekávané (před)porodní komplikace (21,43 %), žádná žena (0 %) neuvedla za příčinu nenaplnění jejích přání nedostatek personálu.

Graf 6c Přání žen na vybavení a vzhled porodní místnosti



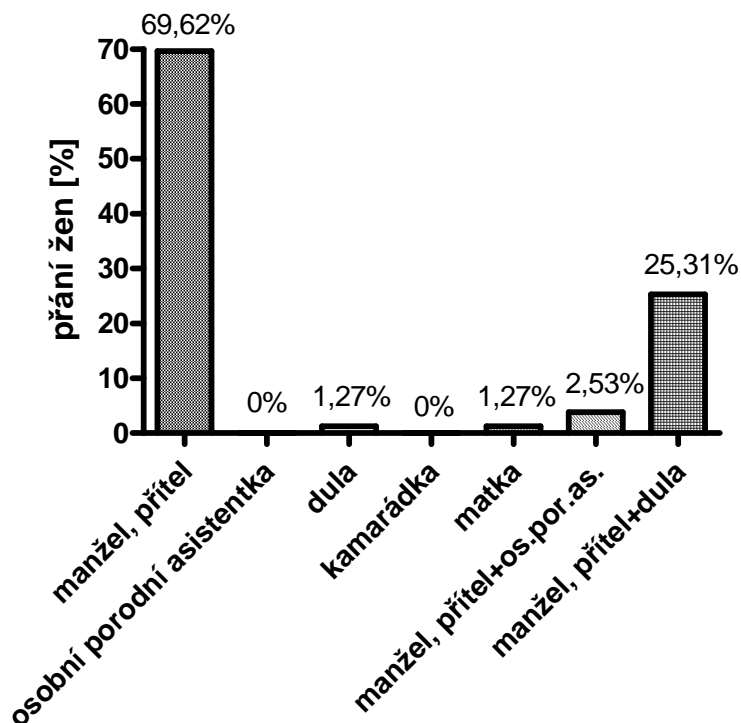
Ze 31 žen jenž měly žádost na vybavení a vzhled porodní místnosti si ženy nejvíce přály tlumené osvětlení (35,49 %) a sprchový kout, vanu (25,81 %), dále si ženy přály "rodinné vybavení" porodní místnosti (12,90 %), žíněnku, židli (12,90 %), míč (12,90 %). Žádná z žen (0%) neměla přání mít v porodní místnosti rádio, televizi a mít možnost přinést si osobní věci z domova.

Graf 7a Žádost o přítomnost doprovázejících osob u porodu



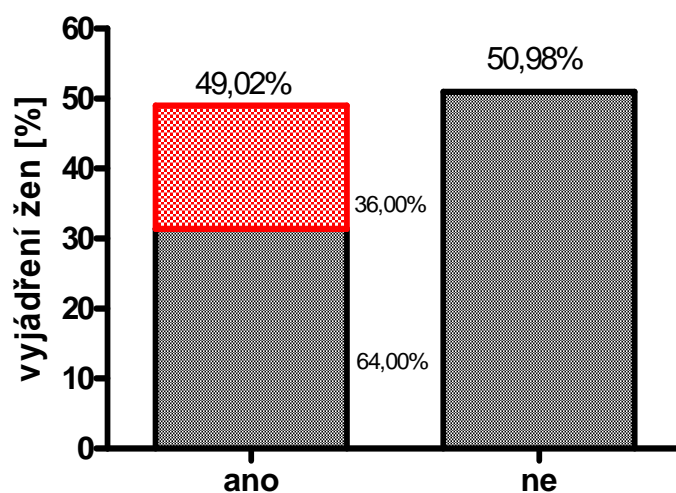
23 (22,55 %) žen nemělo přání ohledně přítomnosti doprovázející osob u porodu, 79 (77,45 %) žen mělo přání ohledně přítomnosti doprovázejících osob u porodu a všem ženám (100 %) bylo vyhověno bez ohledu na počet doprovázejících osob.

Graf 7c Doprovázející osoby u porodu



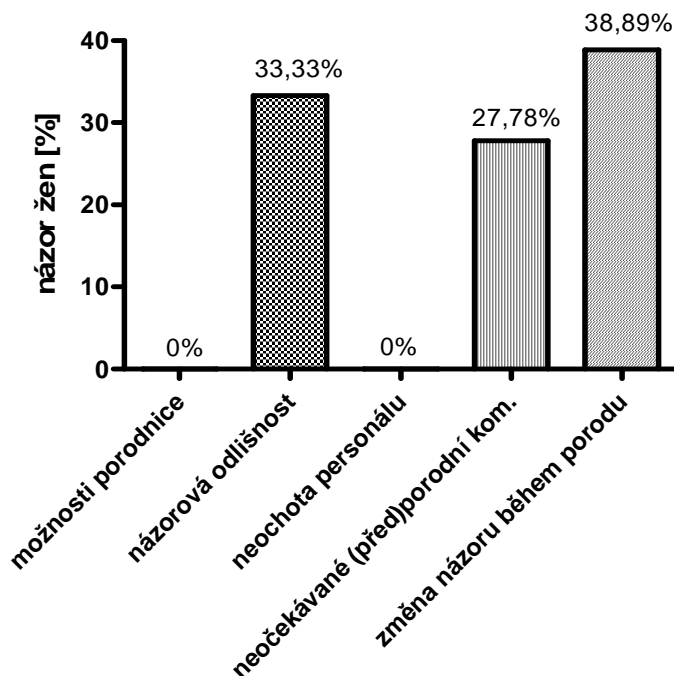
Ze 79 (100 %) žen si ženy nejvíce volily za doprovázející osobu k porodu manžela, přítele (69,62 %), dále manžela, přítele + dlu (25,31 %), v minimální míře pak manžela, přítele + osobní porodní asistentku (2,53 %), dlu (1,27 %) a matku (1,27 %). Žádná z žen (0 %) neměla jako doprovázející osobu k porodu osobní porodní asistentku nebo kamarádku.

Graf 8a Žádost o omezení přítomnosti zdravotního personálu u porodu



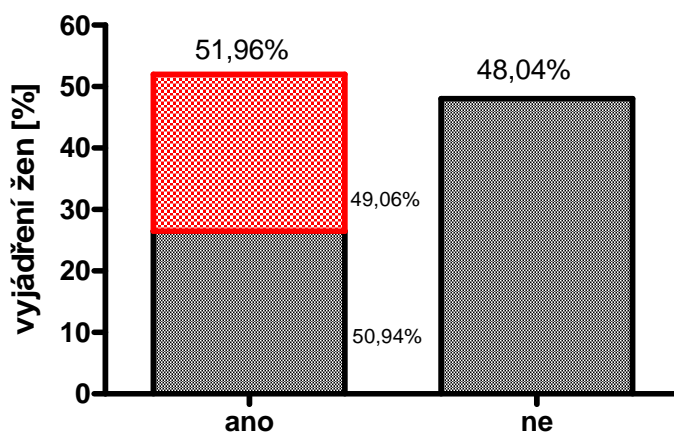
52 (50,98 %) žen nemělo přání ohledně omezení přítomnosti zdravotního personálu u porodu, 50 (49,02 %) žen toto přání mělo. Z 50 (100 %) žen byla žádost na omezení přítomnosti zdravotního personálu splněna 32 (64,00 %) ženám, 18 (36,00 %) ženám nebyla žádost splněna.

Graf 8b Důvody nenaplnění přání ohledně omezení přítomnosti zdravotního personálu u porodu



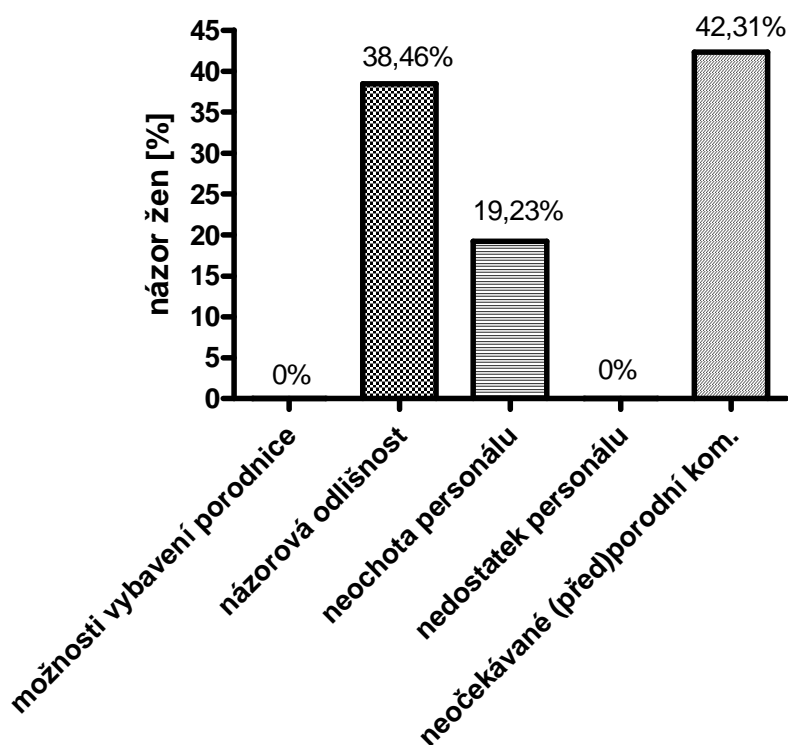
Dle názoru 18 žen, kterým nebyla splněna žádost na omezení přítomnosti zdravotního personálu u porodu je hlavní příčinou názorová odlišnost (33,33 %), dále neočekávané (před)porodní komplikace (27,78 %). Žádná žena (0 %) nevedla za důvod nesplnění jejího přání omezené možnosti porodnice a neochotu personálu. Více jak jedna třetina (38,89 %) žen změnila názor na přítomnost zdravotního personálu během porodu.

Graf 9a Žádost o volný pohyb v I. době porodní



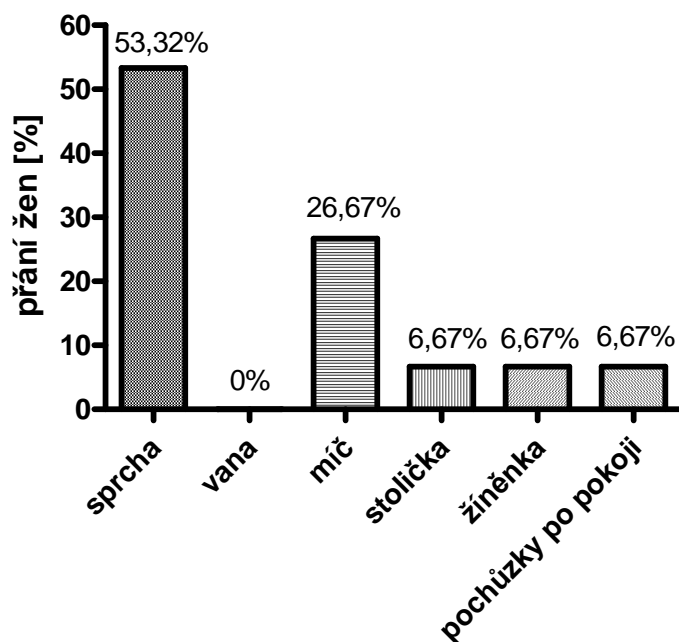
49 (48,04 %) žen nemělo přání ohledně volného pohybu v I. době porodní, 53 (51,96 %) žen toto přání mělo. Z 53 (100 %) žen byla žádost na volný pohyb v I.době porodní splněna 27 (50,94 %) ženám, 26 (49,06 %) ženám nebyla žádost splněna.

Graf 9b Důvody nenaplnění žádosti o volný pohyb v I.době porodní



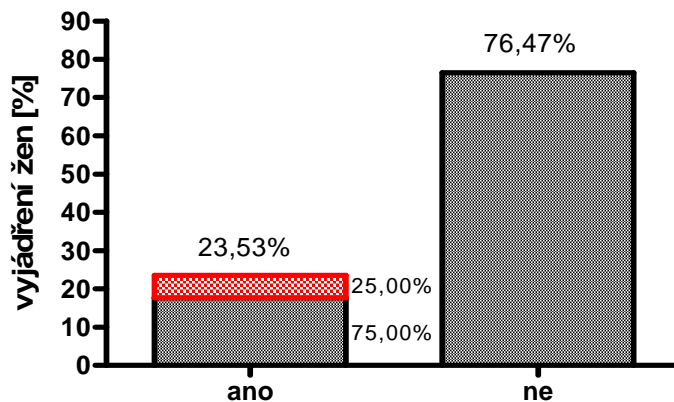
Dle názoru 26 žen, kterým nebyla splněna žádost ohledně volného pohybu v I.době porodní jsou hlavní příčinou neočekávané (před)porodní komplikace (42,31 %) a názorová odlišnost (38,46 %), dále neochota personálu (9,23 %). Žádná žena (0 %) neuvedla za důvod nesplnění jejího přání ohledně volného pohybu v I.době porodní možnosti vybavení porodnice a nedostatek personálu.

Graf 9c Způsoby realizace volného pohybu v I.době porodní



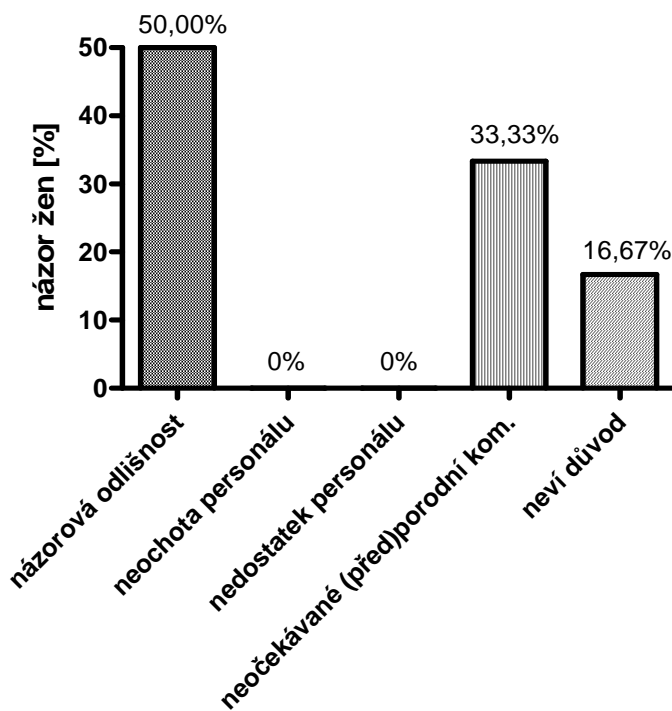
Z 53 žen si ženy nejvíce přály realizovat volný pohyb v I.době porodní ve sprše (53,32 %), dále na míči (26,67 %), nejméně na stoličce (6,67 %), žíněnce (6,67 %), pochůzkami po pokoji (6,67 %). Žádná z žen (0 %) neměla zájem o vanu.

Graf 10a Žádost o možnost konzumovat jídlo a pití v I.době porodní



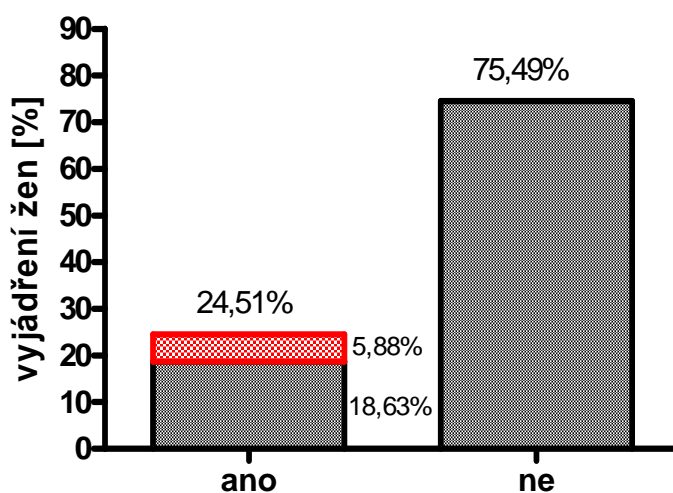
78 (76,47 %) žen nemělo přání ohledně možnosti konzumovat jídlo a pití v I.době porodní, 24 (23,53 %) žen si přálo konzumovat jídlo a pití v I.době porodní. Z 24 (100 %) žen mohlo v I.době porodní konzumovat jídlo a pití 18 (75,00 %) žen, 6 (25,00 %) žen nemohlo.

Graf 10b Důvody nenaplnění žádosti o možnost konzumace jídla a pití v I.době porodní



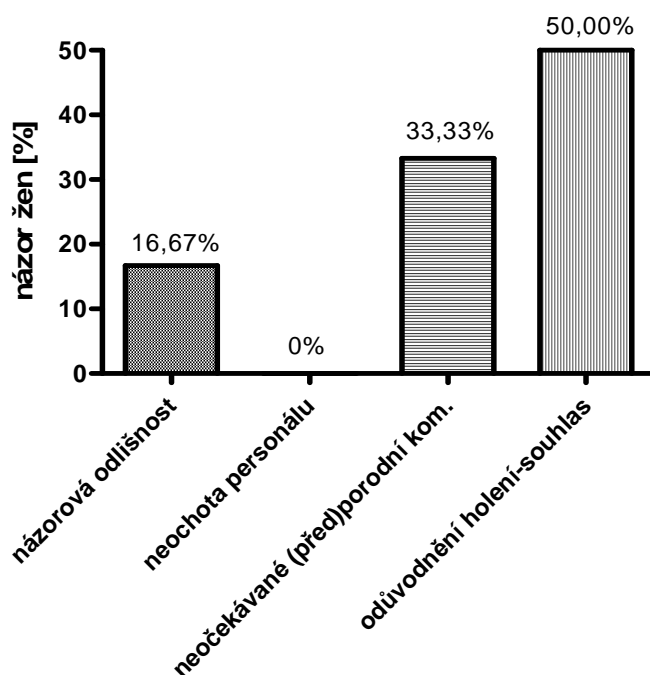
Dle názoru 6 žen, kterým nebylo umožněno konzumovat jídlo a pití v I.době porodní je hlavní příčinou názorová odlišnost (50,00 %), dále neočekávané (před)porodní komplikace (33,33 %), další příčinou jsou důvody jenž ženy neznají (16,67 %). Žádná žena (0 %) neuvodla za důvod nesplnění jejího přání neochotu personálu či nedostatek personálu.

Graf 11a Žádost o neholení pubické části



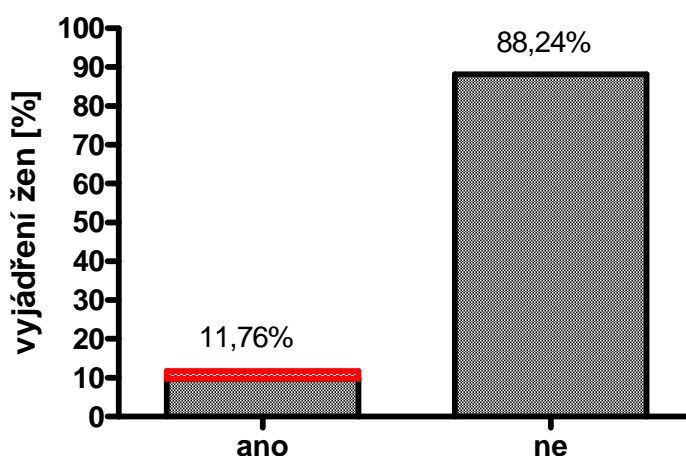
77 (75,49 %) žen nemělo žádost o neholení pubické části, 25 (24,51 %) žen si přálo neholit. Z 25 (100 %) žen nebylo oholeno 19 (76,00 %) žen, 6 (24,00 %) žen bylo oholeno i přes jejich žádost o neholení.

Graf 11b Důvody nenaplnění žádosti o neholení pubické části



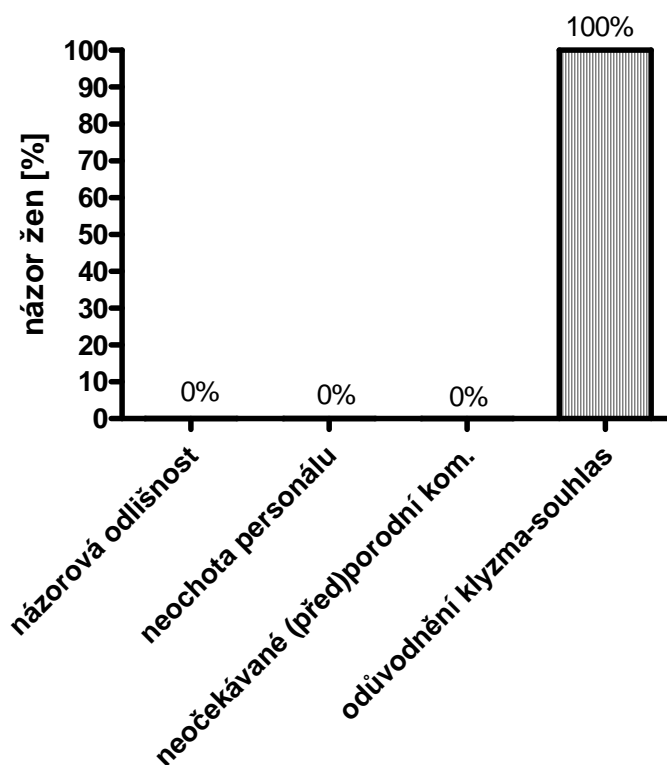
Dle názoru 6 žen jsou hlavním důvodem jejich oholení, i přes žádost o neholení pubické části, neočekávané (před)porodní komplikace (33,33 %) a názorová odlišnost (16,67 %). Žádná žena (0 %) neuvodla za důvod nesplnění jejího přání neochotu personálu. Po odůvodnění provádění holení pubické části polovina žen (50,00 %) jenž v plánu uvedly, že nechtějí být oholeny s oholením souhlasila.

Graf 12a Žádost o nepodání klyzma či Yal gelu



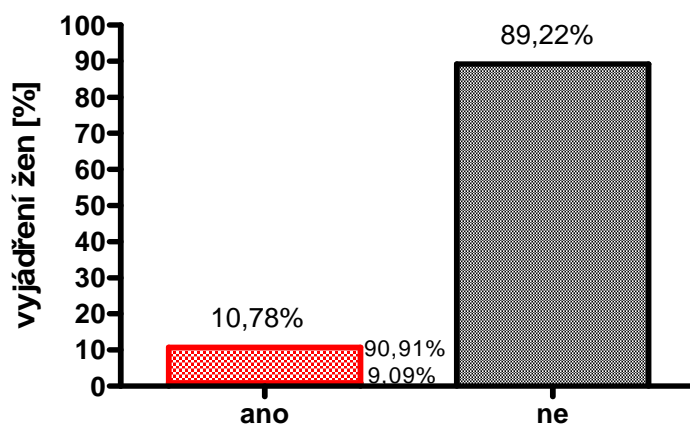
90 (88,24 %) žen nemělo žádost o nepodání klyzma či Yal gelu, 12 (11,76 %) žen mělo žádost o nepodání klyzma či Yal gelu. Ze 12 (100 %) žen bylo vyhověno 10 (83,33 %) ženám, 2 (16,67 %) ženám bylo podané klyzma či Yal gel i přes jejich žádost o jeho nepodání.

Graf 12b Důvody nenaplnění žádosti o nepodání klyzma či Yal gelu



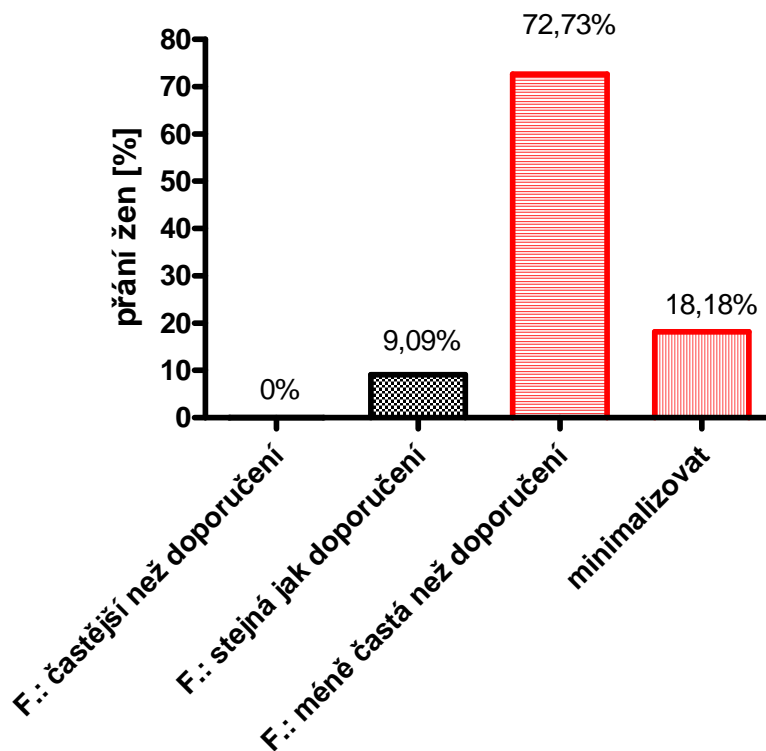
2 (100 %) ženy jenž měly žádost o nepodání klyzma či Yal gelu s podáním souhlasily po odůvodnění aplikace klystýru. Ani jedna z žen (0 %) neuvědla za příčinu nesplnění jejich požadavků názorovou odlišnost, neochotu personálu či neočekávané (před)porodní komplikace.

Graf 13a Žádost ohledně monitorování plodu



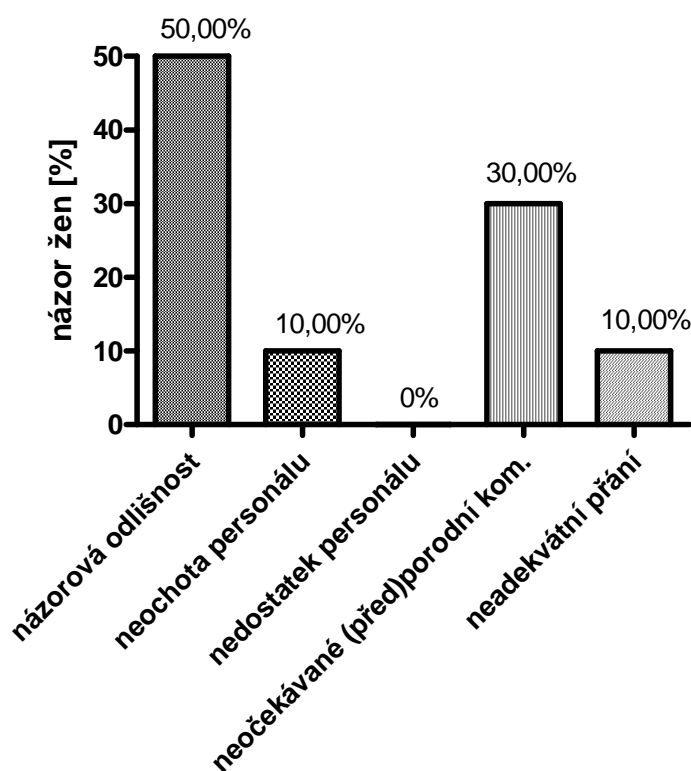
91 (89,22 %) žen nemělo přání ohledně častosti monitorování plodu, 11 (10,78 %) žen mělo přání na častost monitorování plodu. Z 11 (100 %) žen bylo vyhověno 1 (9,09 %) ženě, 10 (90,91 %) ženám nebylo vyhověno ohledně jejich přání na častost monitorování plodu.

Graf 13aa Žádost žen o frekvenci monitorování plodu



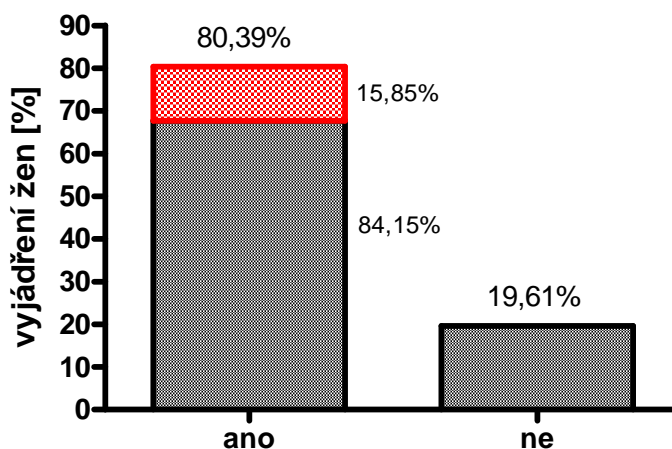
Z 11 žen jenž měly přání ohledně častosti monitorování plodu, 1 (9,09 %) žena uvedla stejnou frekvenci jako je doporučení, této ženě bylo její přání splněno. 8 (72,73 %) žen uvedlo frekvenci monitorování plodu nižší než je doporučení, těmto ženám nebylo vyhověno. 2 (18,18 %) ženy si přály častost monitorování plodu minimalizovat, tyto ženy uvedly, že jejich přání nebylo splněno.

Graf 13b Důvody nenaplnění žádosti ohledně častosti monitorování plodu



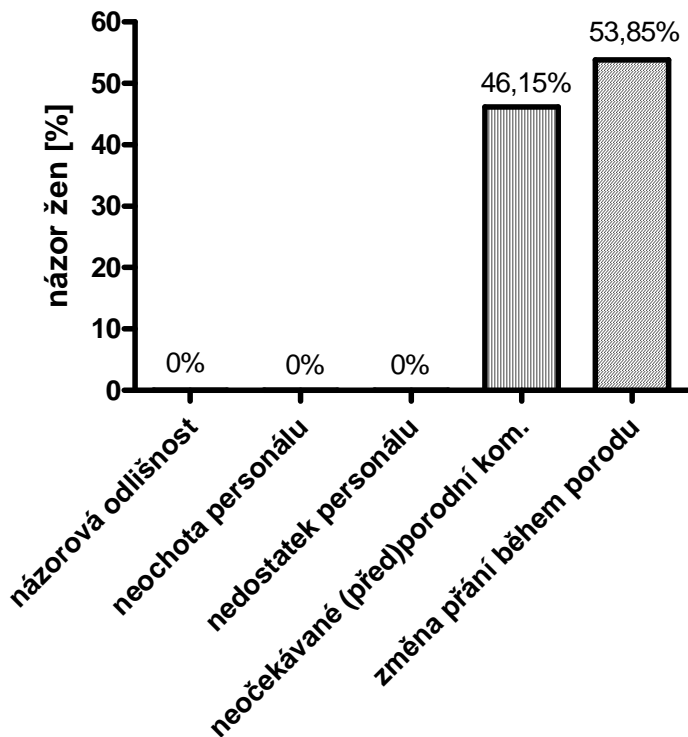
Dle názoru 10 žen je hlavní příčinou nesplnění jejich žádosti ohledně častosti monitorování plodu názorová odlišnost (50,00 %), dále neočekávané (před)porodní komplikace (30,00 %), neochota personálu (10,00 %) Neadekvátní přání bylo příčinou nesplnění požadavků žen z 10,00 %. Žádná z žen (0 %) neuváděla za příčinu nevyhovění jejich požadavkům nedostatek personálu.

Graf 14a Žádost o způsob tišení bolesti

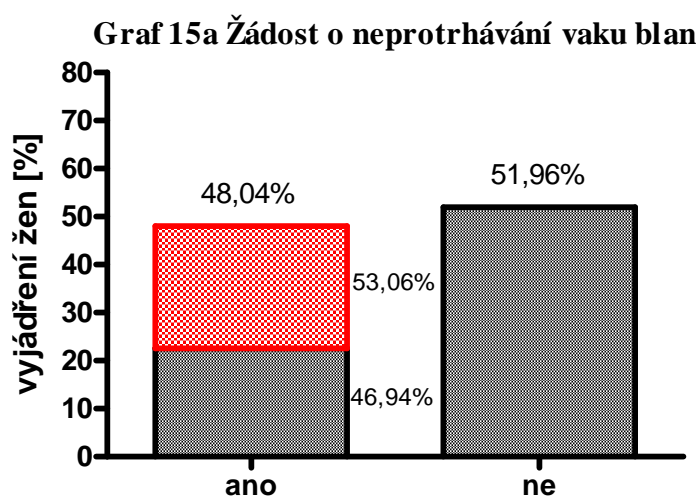


20 (19,61 %) žen nemělo v porodním plánu žádost o způsob tišení bolestí, 82 (80,39 %) žen mělo přání ohledně způsobu tišení bolesti. Z 82 (100 %) žen bylo vyhověno 69 (84,15 %) ženám, 13 (15,85 %) ženám nebylo vyhověno ve způsobu tišení bolesti dle jejich přání.

Graf 14b Důvody nenaplnění přání způsobu tišení bolesti

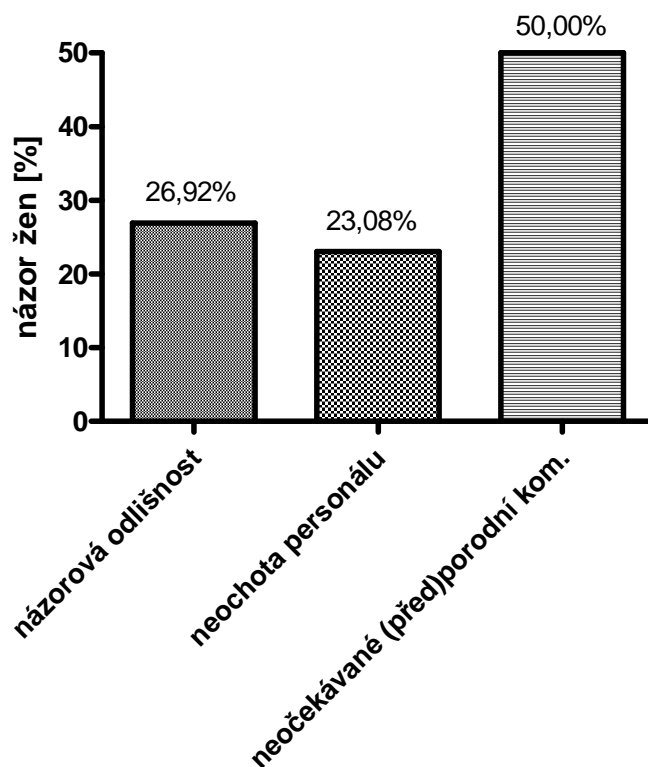


Dle názoru 13 žen jsou hlavním důvodem nenaplnění jejich přání ohledně tišení bolesti během porod neočekávané (před)porodní komplikace (53,85 %). Žádná z žen (0 %) neuvedla jako důvod názorovou odlišnost, neochotu personálu či nedostatek personálu. Během porodu změnila více jak jedna polovina (53,85 %) žen přání ohledně způsobu tišení bolesti během porodu.



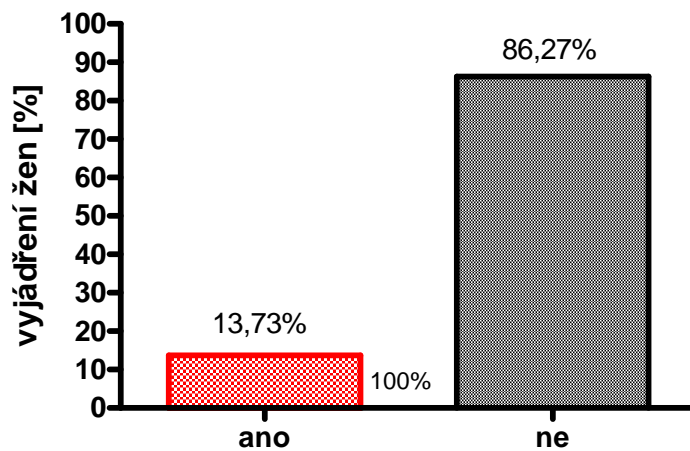
53 (51,96 %) žen nemělo přání ohledně neprotrhování vaku blan porodnickým nástrojem, 49 (48,04 %) žen mělo přání ohledně neprotrhování vaku blan během porodu. Ze 49 (100 %) žen bylo vyhověno 23 (46,94 %) ženám, 26 (53,06 %) ženám byla provedena dirupce vaku blan přes jejich přání neprotrhávat vak blan porodnickým nástrojem.

Graf 15b Důvody nenaplnění žádosti o neprotrhávání vaku blan



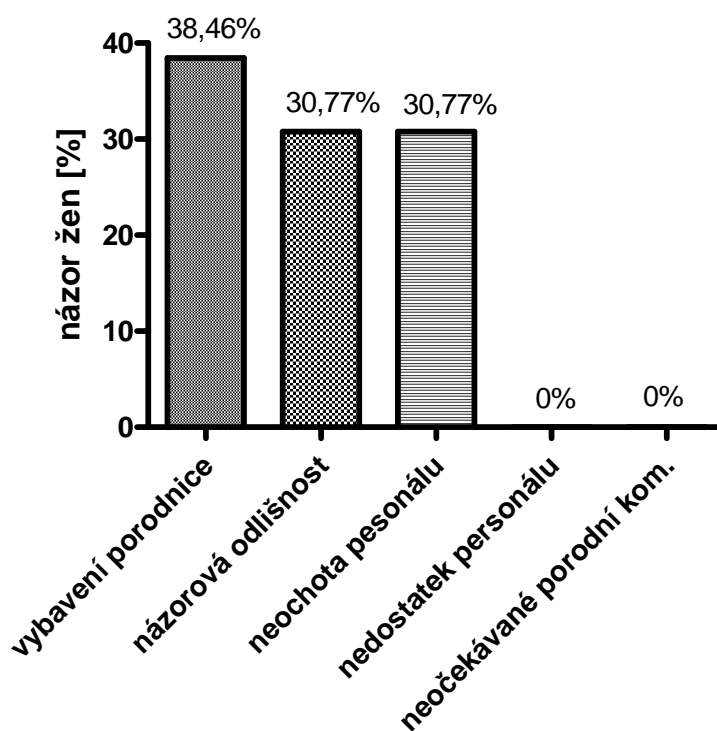
Dle názoru 26 žen jsou hlavní příčinou nesplnění jejich žádosti o neprotrhávání vaku blan neočekávané (před)porodní komplikace (50,00 %), dále názorová odlišnost (26,92 %) a neochota personálu (23,08 %).

Graf 16a Žádost o alternativní polohu při porodu



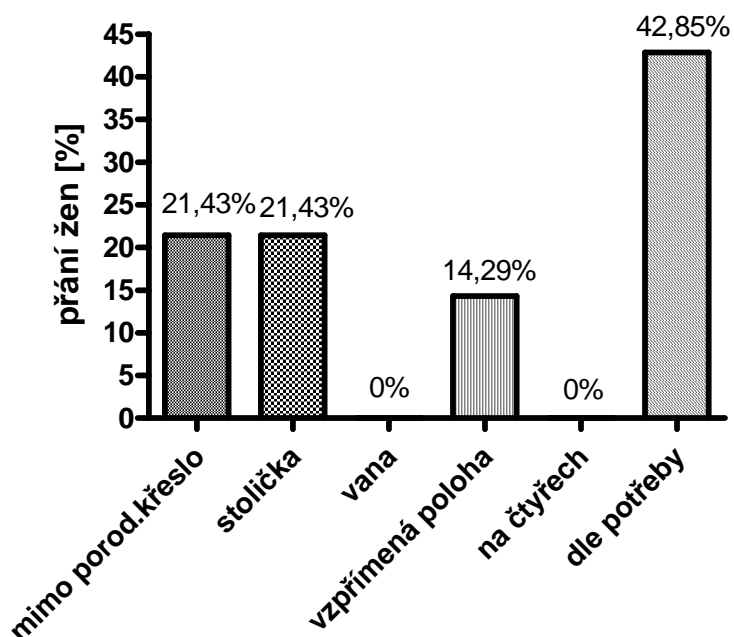
88 (86,27 %) žen nemělo přání ohledně možnosti родit v jiné poloze než v lehu na zádech či polosedu na gynekologickém křesle. 14 (13,73 %) žen si přálo využít alternativní polohu při samotném porodu. Ze 14 (100 %) žen nebyla žádost o využití alternativní polohy splněna 14 (100 %) ženám.

Graf 16b Důvody nenaplnění přání využít alternativní polohu při porodu



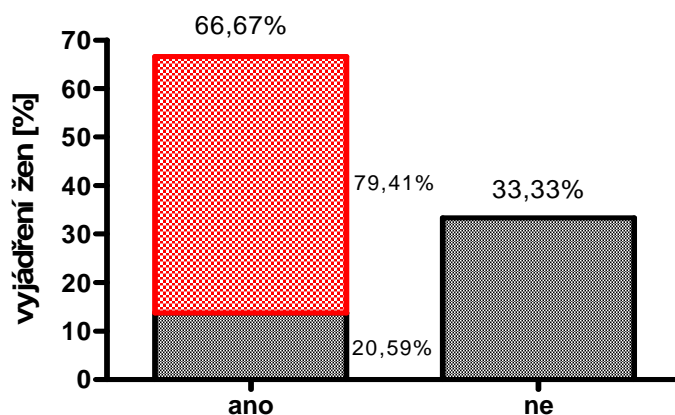
Dle názoru 14 žen je hlavním důvodem jenž jim neumožnil využít alternativní polohu při porodu vybavení nemocnice (38,46 %), dále názorová odlišnost (30,77 %) a neochota personálu (30,77 %). Žádná žena (0 %) nevedla za důvod nesplnění jejího přání nedostatek personálu a neočekávané porodní komplikace.

Graf 16c Preferované alternativní polohy



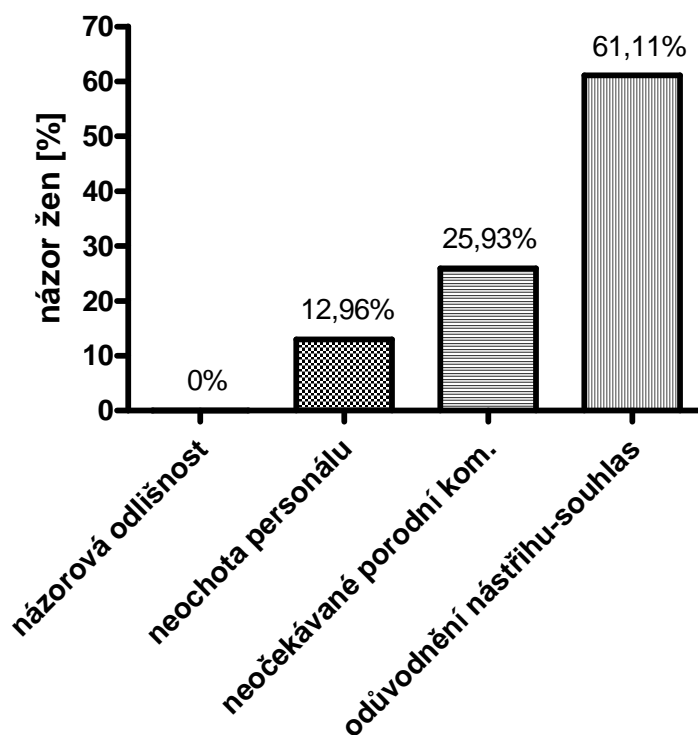
Z alternativních poloh při porodu 14 (100 %) žen nejvíce preferuje stoličku (21,43 %) a polohu v leže či polosedě mimo porodnické křeslo (21,43 %), dále ženy preferují vzpřímenou polohu (14,29 %), např.: podřep, klek, stoj vzpřímený. Žádná z žen si ne zvolila pro porod polohu na čtyřech (0 %) a vanu (0 %). Ženy nejvíce uváděly, že nevědí v jaké alternativní poloze budou chtít родit, chtějí si polohu zvolit dle potřeby až při porodu (42,85 %).

Graf 17a Žádost o neprovedení nástřihu hráze



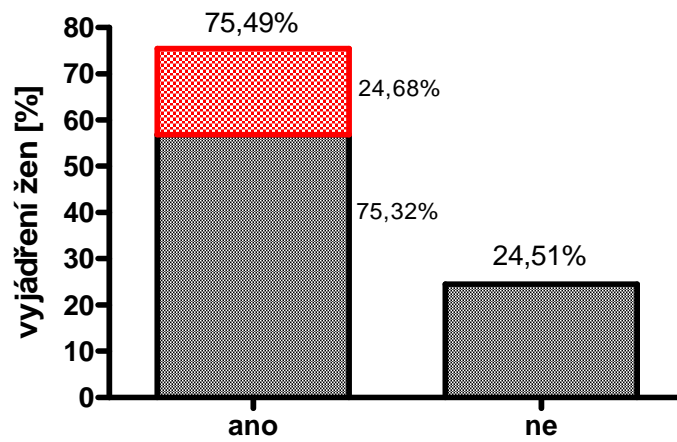
34 (33,34 %) žen nemělo přání ohledně neprovedení nástřihu hráze, 68 (66,67 %) žen požadovalo nenastříhovat hráz. Z 68 (100 %) žen bylo vyhověno 14 (20,59 %) ženám, 54 (79,41 %) ženám byla hráz nastřížena i přes jejich žádost o nenastříhávání.

Graf 17b Důvody nesplnění žádosti o neprovedení nástřihu hráze



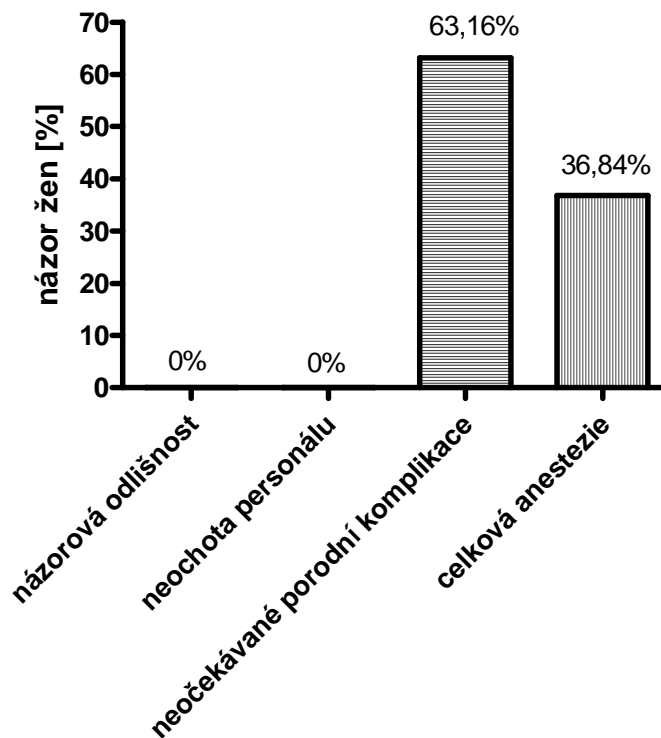
Dle názoru 54 žen jsou hlavním důvodem proč jim byl proveden nástřih i přes žádost o nenastříhávání neočekávané porodní komplikace (25,93 %), dále neochota personálu (12,96 %). Žádná žena (0 %) neuvědla za důvod nesplnění jejího přání názorovou odlišnost. Více jak jedna polovina žen (61,11 %) uvedla, že s nástřihem dodatečně souhlasily po odůvodnění jeho provádění.

Graf 18a Žádost o položení dítěte po porodu na břicho



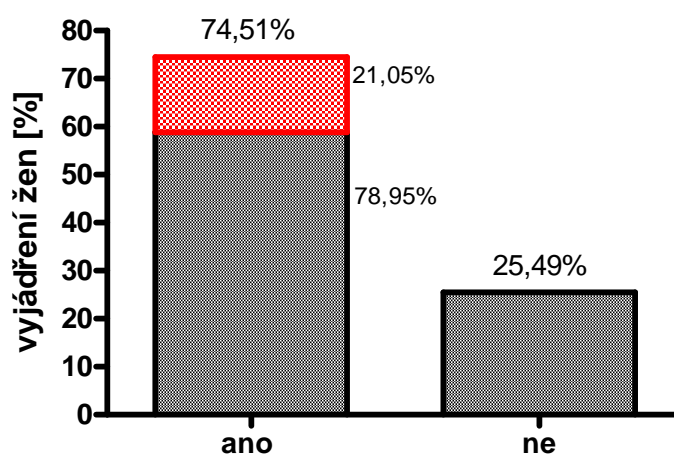
25 (24,51 %) žen nemělo přání ohledně položení dítěte po porodu na břicho, 77 (75,49 %) žen si přálo aby jim dítě po porodu bylo položeno na břicho. Ze 77 (100 %) žen bylo vyhověno 58 (75,32 %), 19 (24,68 %) ženám nebylo dítě po porodu položeno na břicho.

Graf 18b Důvody nenaplnění žádosti o položení dítěte po porodu na břicho



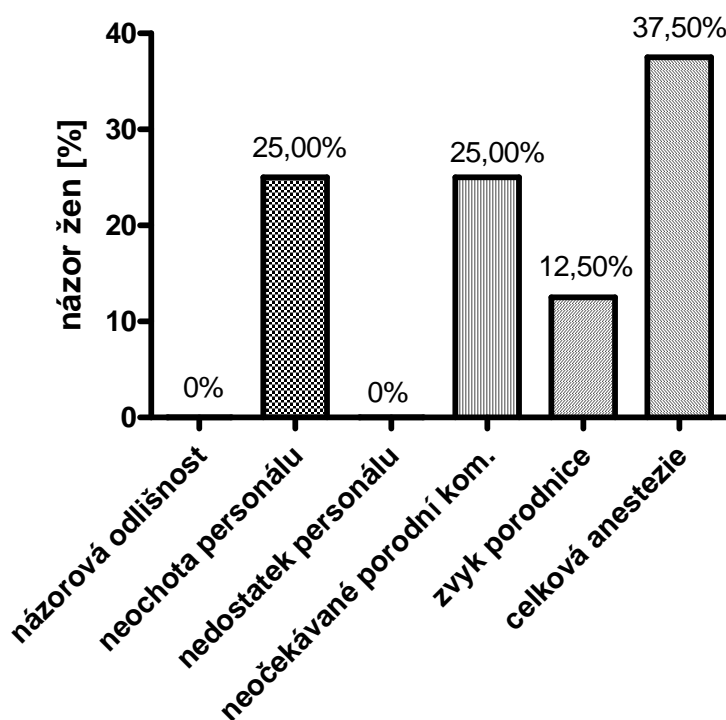
Dle názoru 19 žen jsou hlavní příčinou nesplnění jejich přání ohledně položení dítěte po porodu na břicho neočekávané porodní komplikace (63,16 %). Žádná z žen (0 %) nevedla za příčinu nevyhovění jejich požadavkům názorovou odlišnost (0 %) a neochotu personálu (0 %). Jedné třetině žen (36,84 %) nebylo po porodu dítě položeno na břicho pro celkovou anestezii.

Graf 19 a Žádost o neoddělování dítěte od matky



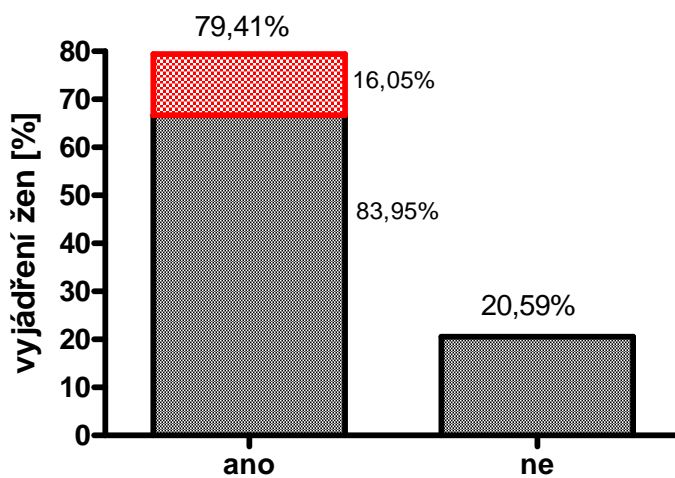
26 (25,49 %) žen nežádalo o to, aby dítě po porodu nebylo od nich odděleno, 76 (25,49 %) žen požadovalo aby dítě nebylo od nich odděleno. Z 76 (100 %) žen bylo vyhověno 60 (78,95 %) ženám, od 16 (21,05 %) žen bylo dítě po porodu odděleno.

Graf 19b Důvody nenaplnění žádosti o neoddělování dítěte od matky



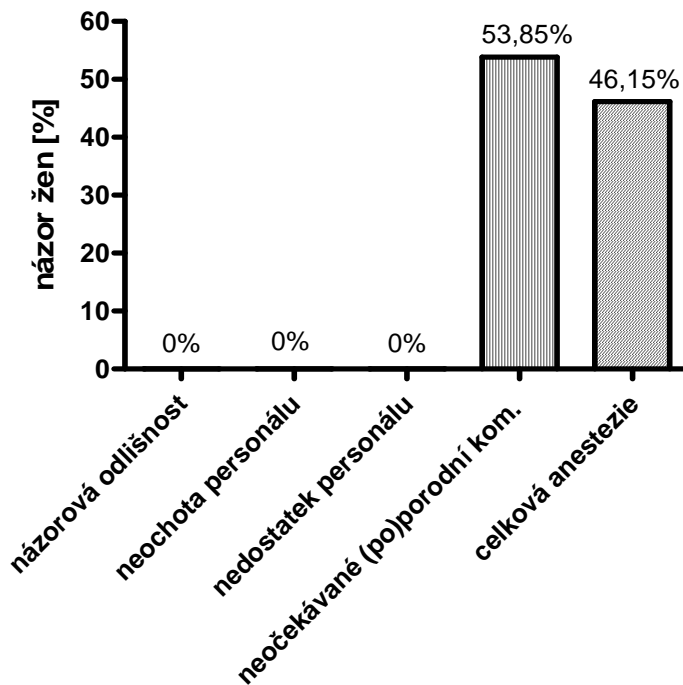
Dle názoru 16 žen jsou hlavním důvodem nenaplnění jejich přání o neoddělování dítěte od matky neočekávané porodní komplikace (25,00 %) a neochota personálu (25,00 %), dále důvodem zvyk nemocnice (12,50 %). Žádná z žen (0 %) neuváděla jako důvod názorovou odlišnost (0 %) a nedostatek personálu (0 %). Jedné třetině žen (37,50 %) nebylo vyhověno z důvodu celkové anestezie.

Graf 20a Žádost o přiložení dítěte k prsu do 30 minut

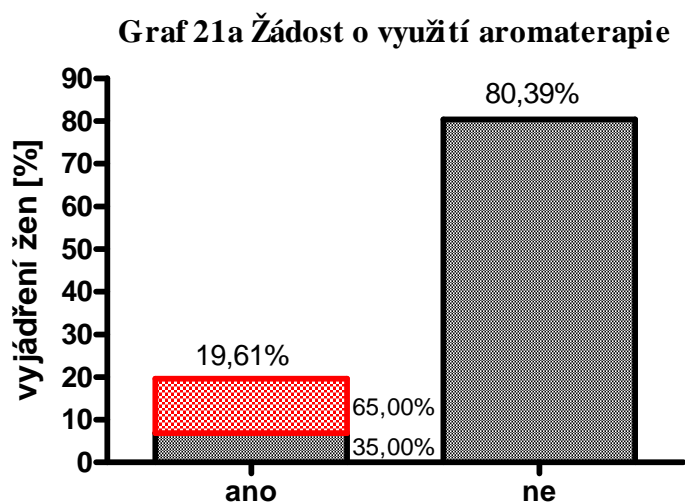


21 (20,59 %) žen nemělo žádost o přiložení dítěte k prsu do 30 minut, 81 (79,41 %) žen si přiložit dítě k prsu do 30 minut od porodu. Z 81 (100 %) žen byla žádost o přiložení dítěte splněna 68 (83,95 %) ženám, 13 (16,05 %) ženám nebyla jejich žádost splněna.

Graf 20b Důvody nenaplnění žádosti o přiložení dítěte k prsu do 30 minut

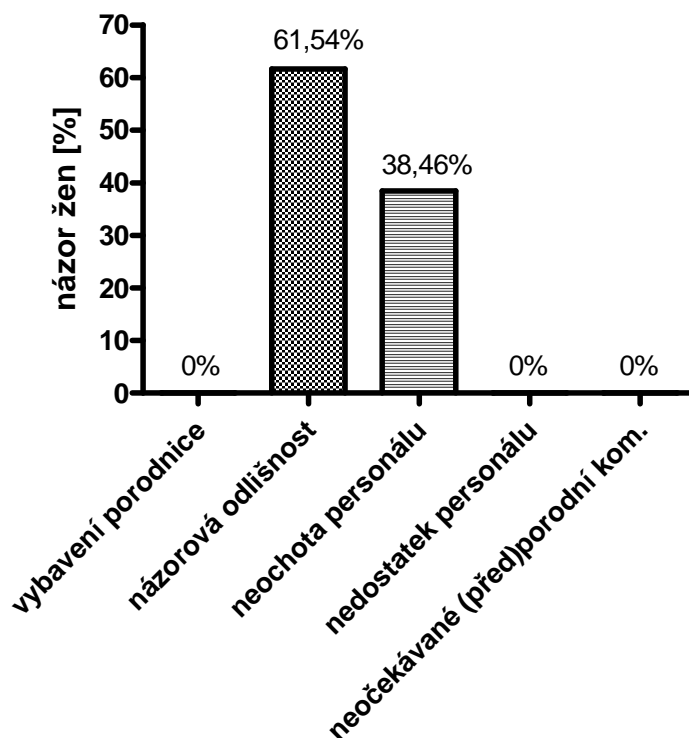


Dle názoru 13 žen jsou hlavní příčinou nesplnění jejich žádosti o přiložení dítěte k prsu do 30 minut po porodu neočekávané (po)porodní komplikace (53,85 %), dále podstoupení celkové anestezie (46,15%). Žádná z žen (0 %) neuvedla za důvod nesplnění jejího přání názorovou odlišnost (0 %), neochotu personálu (0 %) a nedostatek personálu (0 %).



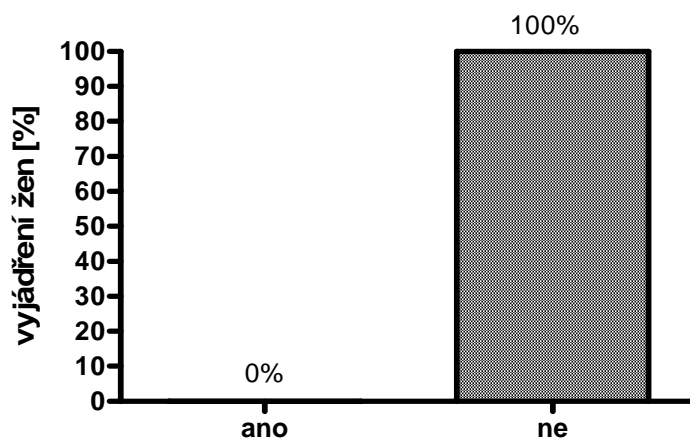
82 (80,39 %) žen nežádalo o využití aromaterapie během celého porodu, 20 (19,61 %) žen žádalo o využití aromaterapie. Z 20 (100%) žen bylo umožněno využít aromaterapii 7 (35,00 %) ženám, 13 (65,00 %) ženám nebylo jejich přání splněno.

Graf 21b Důvody nenaplnění žádosti o využití aromaterapie



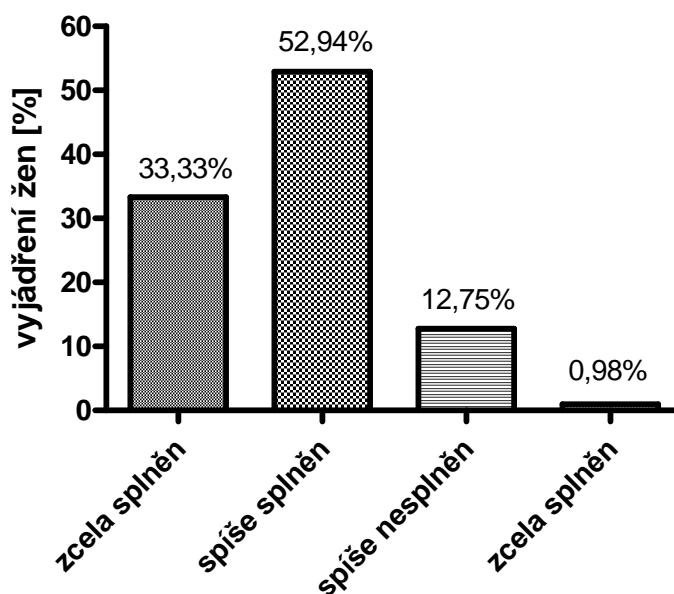
Dle názoru 13 žen je hlavní příčinou nesplnění jejich žádosti u využití aromaterapie během celého porodu názorová odlišnost (62,54 %), dále neochota personálu (38,46 %). Žádná z žen (0 %) neuvedla za příčinu nevyhovění jejich požadavkům vybavení porodnice (0 %), nedostatek personálu (0 %) a neočekávané (před)porodní komplikace (0 %).

Graf 22 Žádost žen o vydání placenty



102 (100 %) žen nemělo přání ohledně vydání placenty, žádná z žen (0 %) nežádala o vydání placenty.

Graf 23 Splnění porodního plánu



Ze 102 (100 %) žen u 34 (33,33 %) žen byl porodní plán jako celek zcela splněn, u 54 (52,94 %) žen spíše splněn, u 13 (12,75 %) žen spíše nesplněn a u 1 (0,98 %) ženy byl porodní plán jako celek zcela nesplněn.

5. DISKUZE

Cílem výzkumné části bakalářské práce bylo zjistit, zda dochází k aplikaci porodních plánů na porodních sálech. Zjišťovala jsem jaké požadavky ženy nejvíce uvádějí ve svých porodních plánech a jaké jsou možnosti aplikace jednotlivých přáních na porodních sálech v dnešní době v České republice.

Pro získání potřebných dat k dané problematice bylo použito kvantitativního výzkumu technikou dotazníku. Dotazníky byly rozdány ženám, které porodily od 1.zář 2007 do 31.března 2008 s porodním plánem na porodním sále FTN v Praze - Krči, ÚPMD v Praze - Podolí, Nemocnice České Budějovice, a.s., Nemocnice Tábor, a.s., Nemocnice Strakonice, a.s., Nemocnice Příbram, a.s. Po zpracování údajů byly vypracovány grafy 1 až 23.

Graf 1 identifikuje respondentky. Osloveno bylo 33 (32,35 %) žen ve věku 19-28 let, 68 (66,68 %) žen ve věku 29-38 let a 1 (0,98 %) žena ve věku 39-48 let.

Z oslovených žen bylo 84 (82,35 %) žen prvorodiček, 6 (5,88 %) žen druhorodiček a 12 (11,77 %) žen rodilo potřetí nebo vícekrát, (graf 2). Graf 3 ukazuje, že z žen jenž rodily podruhé, potřetí nebo vícekrát (18 žen) si k předchozím porodům vypracovaly porodní plán 4 (22,22 %) ženy, 14 (77,78 %) žen tak neučinilo. Z těchto grafů plyne, že 88 (86,24 %) žen vypracovávalo porodní plán poprvé v životě.

Před sepsáním porodního plánu, jak ukazuje graf 4, sbíraly ženy informace o průběhu porodu nejvíce z internetu (25,64 %) a odborné literatury (20,51 %). Dále ženy získávaly informace od přátel a rodinných příslušníků (15,39 %), od porodních asistentek (12,82 %), pátým nejvyužívanějším zdrojem byla populární literatura (10,26 %), dále dula (7,69 %), gynekolog a porodník (5,13 %). Ze zkušeností ze svých předchozích porodů ženy čerpaly nejméně (2,56 %), tento výsledek je v souvislosti s výsledkem a grafem 2, 84 (82,35 %) respondentek bylo prvorodiček.

Graf 5 znázorňuje, kdo informoval ženy o možnostech naplnění jejich porodních plánů na porodním sále. O možnostech naplnění porodního plánu na porodním sále porodnice kde ženy rodily, bylo 34 (33,33 %) žen informováno od porodních asistentek, 16 (15,69 %) žen bylo informováno gynekologem, porodníkem. Dula informovala 16

(15,69 %) žen o možnostech aplikace porodního plánu, přátele a rodinní příslušníci informovali 6 (5,88 %) žen, 1(0,98 %) žena se informovala z internetových stránek dané porodnice. 29 (28,43 %) žen nebylo informováno o možnostech aplikace jejich porodních plánů na porodním sále kde rodily. Graf vystihuje velké zastoupení žen s nimiž nikdo možnost aplikace jejich porodních plánů nekonzultoval. V rozhovoru o možnosti aplikace porodního plánu na porodním sále jsou nejvíce zainteresované porodní asistentky.

Následující grafy jsou zaměřeny na obsah jednotlivých porodních plánů a jejich naplnění. Graf 6a říká, že 71 (69,61 %) žen nemělo přání na vybavení a vzhled porodní místnosti, 31 (30,39 %) žen toto přání mělo. Z 31 (100 %) žen byla žádost na vybavení a vzhled porodní místnosti splněna 17 (54,84 %) ženám, 14 (45,16 %) ženám nebyla žádost vyplněna. Graf 6b uvádí důvody nenaplnění přání ohledně vzhledu a vybavení porodní místnosti. Dle názoru 14 žen, kterým nebyla splněna žádost na vybavení a vzhled porodní místnosti jsou hlavní příčinou omezené možnosti porodnice (28,57 %) a neochota personálu (28,57 %). Dále názorová odlišnost (21,43 %) a neočekávané (před)porodní komplikace (21,43 %), žádná žena (0 %) neuvedla za příčinu nenaplnění jejich přání nedostatek personálu. Graf 6c znázorňuje, že ze 31 žen jenž měly žádost na vybavení a vzhled porodní místnosti si ženy nejvíce přály tlumené osvětlení (35,49 %) a sprchový kout, vanu (25,81 %), dále si ženy přály "rodinné vybavení" porodní místnosti (12,90 %), žíněnkou, židli (12,90 %) a míč (12,90 %). Žádná z žen (0 %) neměla přání mít v porodní místnosti rádio, televizi a mít možnost přinést si a používat osobní věci z domova. Jen 31 (30,39 %) žen mělo přání na vybavení a vzhled porodní místnosti. Tyto výsledky korelují se zjištěním WHO: „...atraktivnější porodní oddělení bez zásadních změn v péči není dostačující pro zlepšení výsledků porodu“(29). Na druhou stranu WHO potvrzuje zjištění, že „zařízení porodní místnosti podobně domácímu prostředí zvýšilo spokojenost matek a snížilo míru perineálních traumat, a také zapůsobilo na touhu změnit prostředí při příštím porodu, avšak náhodné pokusy však nezjistily žádný vliv na užívání epidurální analgie, porod pomocí kleští a císařského řezu“ (29).

Graf 7a vyjadřuje žádost žen o přítomnost doprovázejících osob u porodu. 23 (22,55 %) žen nemělo přání ohledně přítomnosti doprovázejících osob u porodu, 79 (77,45

%) žen mělo přání ohledně přítomnosti doprovázejících osob u porodu a všem těmto ženám (100 %) bylo vyhověno bez ohledu na počet doprovázejících osob. Ze získaných údajů vyplývá, že porodnice v České republice se drží doporučení WHO: „Psychologická pohoda budoucí matky musí být zajištěna umožněním přítomnosti blízké osoby u porodu a návštěv v poporodním období.“ (29). Z grafu 7c vyplývá, že ze 79 žen si ženy nejvíce volily za doprovázející osobu k porodu manžela, přítele (69,62 %), přítele a dlu (25,31 %), v minimální míře pak manžela, přítele a osobní porodní asistentku (2,53 %), dlu (1,27 %) a matku (1,27 %). Žádná z žen (0 %) neměla jako doprovázející osobu k porodu osobní porodní asistentku a kamarádku. Z výsledku vyplývá, že ženy preferují „laický“ doprovod, který je jim psychickou podporou, před „profesionálním“ doprovodem.

Graf 8a uvádí žádost žen o omezení přítomnosti zdravotního personálu u porodu a to tak, že 52 (50,98 %) žen nemělo přání ohledně omezení přítomnosti zdravotního personálu u porodu, 50 (49,02 %) žen toto přání mělo. Z 50 (100 %) žen byla žádost na omezení přítomnosti zdravotního personálu splněna 32 (64,00 %) ženám, 18 (36,00 %) ženám nebyla žádost splněna. Graf 8b, dle názoru 18 žen, kterým nebyla splněna žádost na omezení přítomnosti zdravotního personálu u porodu je hlavní příčinou názorová odlišnost (33,33 %), dále neočekávané (před)porodní komplikace (27,78 %). Žádná žena (0 %) nevedla za důvod nesplnění jejího přání omezené možnosti porodnice a neochotu personálu. Více jak jedna třetina (38,89 %) žen změnila názor na přítomnost zdravotního personálu během porodu.

Žádost o volný pohyb v I. době porodní zobrazuje graf 9a. 49 (48,04 %) žen nemělo přání ohledně volného pohybu v I. době porodní, 53 (51,96 %) žen toto přání mělo. Z 53 (100 %) žen byla žádost na volný pohyb v I.době porodní splněna 27 (50,94 %) ženám, 26 (49,06 %) ženám nebyla žádost splněna. Výsledek je v rozporu doporučení WHO: „Doporučen je dostatek volného pohybu před porodem a svobodný výběr polohy při porodu“ (29). Graf 9b uvádí důvody nenaplnění žádosti o volný pohyb v I.době porodní. Dle názoru 26 žen, kterým nebyla splněna žádost ohledně volného pohybu v I.době porodní jsou hlavní příčinou neočekávané (před)porodní komplikace (42,31 %) a názorová odlišnost (38,46%), dále neochota personálu (9,23 %). Žádná

žena (0 %) nevedla za důvod nesplnění jejího přání ohledně volného pohybu v I.době porodní možnosti vybavení porodnice a nedostatek personálu. Graf 9c se vztahuje ke způsobům realizace volného pohybu v I.době porodní. Z 53 žen si ženy nejvíce přály realizovat volný pohyb v I.době porodní ve sprše (53,32 %), dále na míči (26,67 %), nejméně na stoličce (6,67 %), žíněnce (6,67 %), pochůzkami po pokoji (6,67 %). Žádná z žen (0 %) neměla zájem o vanu.

Graf 10a se zabývá žádostí o možnost konzumovat jídlo a pití v I.době porodní. Velká část žen nepovažuje za důležité mít možnost jíst a pít během porodu, neb 78 (76,47 %) žen nemělo přání ohledně možnosti konzumovat jídlo a pití v I.době porodní, 24 (23,53 %) žen si přálo konzumovat jídlo a pití v I.době porodní. Pokud ženy projeví přání ohledně konzumace jídla a pití, bylo jim přibližně ze $\frac{3}{4}$ vyhověno, z 24 (100 %) žen mohlo v I.době porodní konzumovat jídlo a pití 18 (75,00 %) žen, 6 (25,00 %) žen nemohlo. Graf 10b zobrazuje důvody nenaplnění žádosti o možnost konzumace jídla a pití v I.době porodní. Dle názoru 6 žen, kterým nebylo umožněno konzumovat jídlo a pití v I.době porodní je hlavní příčinou názorová odlišnost (50,00 %), dále neočekávané (před)porodní komplikace (33,33 %), další příčinou jsou důvody jenž ženy neznají (16,67 %). Žádná žena (0 %) nevedla za důvod nesplnění jejího přání neochotu personálu či nedostatek personálu. WHO říká, „.....že výživa je velmi důležitým aspektem porodu, avšak názory na ní jsou hodně odlišné. Zdá se, že správný přístup nezasahuje do potřeb ženy se během I. a II. doby porodní najíst či napít, protože při normálním porodu by k zásahu do přirozeného procesu měl existovat opodstatněný důvod“ (29).

Z grafu 11a vyplývá, že ženy nepovažují za příliš důležité neholení pubické části, 77 (75,49 %) žen nemělo v porodním plánu uvedenou žádost o neholení pubické části, 25 (24,51 %) žen si přálo neholit. Z 25 (100 %) žen nebylo oholeno 19 (76,00 %) žen, 6 (24,00 %) žen bylo oholeno i přes jejich žádost o neholení. Dle názoru 6 žen, graf 11b, jsou hlavním důvodem jejich oholení, i přes žádost o neholení pubické části, neočekávané (před)porodní komplikace (33,33 %) a názorová odlišnost (16,67 %). Žádná žena (0 %) nevedla za důvod nesplnění jejího přání neochotu personálu. Vstřícnost porodnic je tedy v tomto bodě významná i když je z grafu vidět snaha

personálu odůvodnit ženě význam holení pubické části (po odůvodnění provádění holení pubické části polovina žen (50,00 %) jenž v plánu uvedly, že nechtějí být oholeny s oholením souhlasila) pokud však žena nesouhlasí s oholením, velká část porodnic rozhodnutí ženy akceptuje. Konání českých porodnic nekoreluje s doporučením WHO: „Holení pubického ochlupení není indikováno“ (29).

Graf 12a se zabývá žádostí žen o nepodání klyzma či Yal gelu. 90 (88,24 %) žen nemělo žádost o nepodání klyzma či Yal gelu, 12 (11,76 %) žen mělo žádost o nepodání klyzma či Yal gelu. Ze 12 (100 %) žen bylo vyhověno 10 (83,33 %) ženám, 2 (16,67 %) ženám bylo podané klyzma či Yal gel i přes jejich žádost o jeho nepodání. Získané výsledky popisují snahu porodnic držet se doporučení WHO: „Klystýr není indikován“ (29) ze 4/5. Výsledky ukazují na tendenci porodnic odůvodňovat aplikaci klystýru, graf 12b, 2 ženy jenž měly žádost o nepodání klyzma či Yal gelu s podáním souhlasily po odůvodnění aplikace klystýru. Ani jedna z žen (0 %) neuvedla za příčinu nesplnění jejich požadavků názorovou odlišnost, neochotu personálu či neočekávané (před)porodní komplikace.

Graf 13a. 91 (89,22 %) žen nemělo přání ohledně četnosti monitorování plodu, 11 (10,78 %) žen mělo přání na četnost monitorování plodu. Z 11 (100 %) žen bylo vyhověno 1 (9,09%) ženě, 10 (90,91%) ženám nebylo vyhověno ohledně jejich přání na četnost monitorování plodu. Graf 13a znázorňuje žádost žen o monitorování plodu v určité frekvenci. Z 11 (100 %) žen jenž měly přání ohledně četnosti monitorování plodu, 1 (9,09 %) žena uvedla stejnou frekvenci jakou určuje postup lege artis v České republice, této ženě bylo její přání splněno. 8 (72,73 %) žen uvedlo frekvenci monitorování plodu nižší než je doporučení a těmto ženám nebylo vyhověno. 2 (18,18 %) ženy si přály četnost monitorování plodu minimalizovat, tyto ženy uvedly, že jejich přání nebylo splněno. WHO se o monitorování plodu vyjadřuje takto: „Součástí nezbytné péče při porodu je monitorování zdravotního stavu plodu. Výskyt poruch plodu, obvykle způsobených hypoxií, nelze nikdy zcela vyloučit, i když může porod splňovat kritéria „normálního porodu“, tj. počátek je v řádném termínu po běžném průběhu těhotenství, ve kterém se neobjevily faktory naznačující zvýšené riziko komplikací“ (29). Graf 13b ukazuje důvody nenaplnění žádosti ohledně četnosti

monitorování plodu Dle názoru 10 žen je hlavní příčinou nesplnění jejich žádosti ohledně častosti monitorování plodu názorová odlišnost (50,00 %), dále neočekávané (před)porodní komplikace (30,00 %), neochota personálu (10,00 %). Neadekvátní přání bylo příčinou nesplnění požadavků žen z 10,00 %. Žádná z žen (0 %) neuvedla za příčinu nevyhovění jejich požadavkům nedostatek personálu.

Graf 14a zachycuje žádost o způsob tišení bolesti. 20 (19,61 %) žen nemělo v porodním plánu žádost o způsob tišení bolestí, 82 (80,39 %) žen mělo přání ohledně způsobu tišení bolesti. Z 82 (100 %) žen bylo vyhověno 69 (84,15 %) ženám, 13 (15,85 %) ženám nebylo vyhověno ve způsobu tišení bolesti dle jejich přání. Graf 14b je zaměřen na důvody nenaplnění přání způsobu tišení bolesti. Dle názoru 13 žen jsou hlavním důvodem nenaplnění jejich přání ohledně tišení bolesti během porod neočekávané (před)porodní komplikace (53,85 %). Žádná z žen (0 %) neuvedla jako důvod názorovou odlišnost, neochotu personálu či nedostatek personálu. Během porodu změnila více jak jedna polovina (53,85 %) žen přání ohledně způsobu tišení bolesti během porodu. Získané výsledky ukazují na snahu porodnic dodržovat doporučení WHO: „Rutinní podávání analgeticko- anestetických přípravků během porodu, které není indikováno jako prevence komplikací, by se nemělo provádět“(29).

Graf 15a, žádost o neprotržení vaku blan. 53 (51,96 %) žen nemělo přání ohledně neprotržení vaku blan porodnickým nástrojem, 49 (48,04 %) žen mělo přání ohledně neprotržení vaku blan během porodu. Ze 49 (100 %) žen bylo vyhověno 23 (46,94 %) ženám, 26 (53,06 %) ženám byla provedena dirupce vaku blan přes jejich přání neprotrhávat vak blan porodnickým nástrojem. Graf 15b znázorňuje důvody nenaplnění žádosti o neprotržení vaku blan. Dle názoru 26 žen jsou hlavní příčinou nesplnění jejich žádosti o neprotržení vaku blan neočekávané (před)porodní komplikace (50,00 %), dále názorová odlišnost (26,92 %) a neochota personálu (23,08 %). Dle WHO: „Protržení membrán není vhodné, pokud tak nevyžaduje značně pokročilý nález porodní. Umělé předčasné protržení, rutinně prováděné, není vědecky oprávněné“ (29). Získané výsledky nejsou ve shodě s doporučením WHO.

Žádost o alternativní polohu při porodu ukazuje graf 16a. 88 (86,27 %) žen nemělo přání ohledně možnosti rodit v jiné poloze než v leže na zádech či polosedě na

gynekologickém křesle. 14 (13,73 %) žen si přálo využít alternativní polohu při samotném porodu. Ze 14 (100 %) žen nebyla žádost o využití alternativní polohy splněna 14 (100 %) ženám. Výsledek je v rozporu s doporučením WHO: „Těhotné ženy by neměly být nuceny rodit v litotomické poloze (poznámka: V ČR poloha gynekologická vleže s nohama ve třmenech) před porodem nebo během porodu.“ Naopak by „měly být povzbuzovány k tomu, aby si vyzkoušely, co je pro ně nejpohodlnější, a jejich volba by měla být podpořena“ (29). Graf 16b zachycuje důvody nenaplnění přání využít alternativní polohu při porodu. Dle názoru 14 žen je hlavním důvodem, jenž jim neumožnil využít alternativní polohu při porodu vybavení nemocnice (38,46 %), dále názorová odlišnost (30,77 %) a neochota personálu (30,77 %). Žádná žena (0 %) nevedla za důvod nesplnění jejího přání nedostatek personálu a neočekávané porodní komplikace. Graf 16 c ukazuje, že z alternativních poloh při porodu ženy (14) nejvíce preferují stoličku (21,43 %) a polohu v leže či polosedě mimo porodnické křeslo (21,43 %), dále ženy preferují vzpřímenou polohu (14,29 %), např.: podřep, klek, stoj vzpřímený. Žádná z žen si nezvolila pro porod polohu na čtyřech (0 %) a vanu (0 %). Ženy nejvíce uváděly, že nevědí v jaké alternativní poloze budou chtít rodit, chtějí si polohu zvolit dle potřeby až při porodu (42,85 %), tento výsledek ukazuje na reálnou informovanost žen o průběhu porodu.

Graf 17a, žádost o neprovedení nástřihu hráze. 34 (33,34 %) žen nemělo přání ohledně neprovedení nástřihu hráze, 68 (66,67 %) žen požadovalo nenastřihovat hráz. Z 68 (100 %) žen bylo vyhověno 14 (20,59 %) ženám, 54 (79,41 %) ženám byla hráz nastřižena i přes jejich žádost o nenastřižení. Důvody nesplnění žádosti o neprovedení nástřihu hráze znázorňuje graf 17b. Dle názoru 54 žen jsou hlavním důvodem, proč jim byl proveden nástřih i přes žádost o nenastřižení neočekávané porodní komplikace (25,93 %), dále neochota personálu (12,96 %). Žádná žena (0 %) nevedla za důvod nesplnění jejího přání názorovou odlišnost. Více jak jedna polovina žen (61,11 %) uvedla, že s nástřihem dodatečně souhlasily po odůvodnění jeho provádění. Výsledná data poukazují na tendence porodnic odůvodňovat provádění nástřihů. Celkové provádění nástřihu na porodních sálech není v souladu s doporučením WHO:

„Všeobecné používání epiziotomie není vhodné. Ochrana perinea alternativními metodami by měla být upřednostňována“(29).

Graf 18a ukazuje žádost žen o položení dítěte po porodu na břicho. 25 (24,51 %) žen nemělo přání ohledně položení dítěte po porodu na břicho, 77 (75,49 %) žen si přálo, aby jim dítě po porodu bylo položeno na břicho. Ze 77 (100 %) žen bylo vyhověno 58 (75,32 %), 19 (24,68 %) ženám nebylo dítě po porodu položeno na břicho. Výsledek se shoduje s doporučením WHO. „Časný tělesný kontakt mezi matkou a dítětem je důležitý i z jiných důvodů. Psychologicky podněcuje matku a dítě, aby se spolu seznámily“(29). Graf 18b ukazuje důvody nenaplnění žádosti o položení dítěte po porodu na břicho. Dle názoru 19 žen jsou hlavní příčinou nesplnění jejich přání ohledně položení dítěte po porodu na břicho neočekávané porodní komplikace (63,16 %). Žádná z žen (0 %) neuvedla za příčinu nevyhovění jejich požadavkům názorovou odlišnost (0 %) a neochotu personálu (0 %). Jedné třetině žen (36,84 %) nebylo po porodu dítě položeno na břicho pro celkovou anestézii.

Z grafu 19a je zřejmé, že 26 (25,49 %) žen nežádalo o to, aby dítě po porodu nebylo od nich odděleno, 76 (25,49 %) žen žádalo, aby dítě nebylo od nich odděleno. Z 76 (100 %) žen bylo vyhověno 60 (78,95 %) ženám, od 16 (21,05 %) žen bylo dítě po porodu odděleno. Z výsledku plyne, že ze $\frac{3}{4}$ se porodnice drží doporučení WHO: „Zdravý novorozenec musí zůstat u matky, pokud to podmínky umožňují. Vyšetřování zdravého novorozence není důvodem k separaci od matky“(29). Graf 19b znázorňuje důvody nenaplnění žádosti o neoddělování dítěte od matky. Dle názoru 16 žen jsou hlavním důvodem nenaplnění jejich přání o neoddělování dítěte od matky neočekávané porodní komplikace (25,00 %) a neochota personálu (25,00 %), dále důvodem zvyk nemocnice (12,50 %). Žádná z žen (0 %) neuvedla jako důvod názorovou odlišnost (0 %) a nedostatek personálu (0 %). Jedné třetině žen (37,50 %) nebylo vyhověno z důvodu celkové anestézie.

Žádost o přiložení dítěte k prsu do 30 minut znázorňuje graf 20a. Z grafu vyplývá, že 21 (20,59 %) žen nemělo žádost o přiložení dítěte k prsu do 30 minut, 81 (79,41 %) žen si přiložit dítě k prsu do 30 minut od porodu. Z 81 (100 %) žen byla žádost o přiložení dítěte splněna 68 (83,95 %) ženám, 13 (16,05 %) ženám nebyla jejich

žádost splněna. Z výsledků vyplývá, že je doporučení WHO: „Okamžité pokusy o kojení by se měly podporovat ještě na porodním sále“ je dodržováno ve 4/5 porodnicích (29). Dle názoru 13 žen jsou hlavní příčinou nesplnění jejich žádosti o přiložení dítěte k prsu do 30 minut po porodu, graf 20b, neočekávané (po)porodní komplikace (53,85 %), dále podstoupení celkové anestézie (46,15 %). Žádná z žen (0 %) neuvedla za důvod nesplnění jejího přání názorovou odlišnost (0 %), neochotu personálu (0 %) a nedostatek personálu (0 %). Aromaterapie dle WHO patří mezi nefarmakologický způsob tišení bolesti u kterého „.....nebyly ještě provedeny náhodné pokusy, aby byla zhodnocena jejich účinnost“(29). Na druhou stranu „mnoho žen tyto praktiky hodnotí jako užitečné, nemohou ženu poškodit a lze je tedy doporučit“(29).

Graf 21a popisuje žádost o využití aromaterapie. 82 (80,39 %) žen nežádalo o využití aromaterapie během celého porodu, 20 (19,61 %) žen žádalo o využití aromaterapie. Z 20 (100 %) žen bylo umožněno využít aromaterapii 7 (35,00 %) ženám, 13 (65,00 %) ženám nebylo jejich přání splněno. Graf 21b znázorňuje důvody nenaplnění žádosti o využití aromaterapie během porodu. Dle názoru 13 žen je hlavní příčinou nesplnění jejich žádosti u využití aromaterapie během celého porodu je názorová odlišnost (62,54 %) a dále neochota personálu (38,46 %). Žádná z žen (0 %) neuvedla za příčinu nevyhovění jejich požadavkům vybavení porodnice (0 %), nedostatek personálu (0 %) a neočekávané (před)porodní komplikace (0 %).

Graf 22a zachycuje žádost žen o vydání placenty. 102 (100 %) žen nemělo přání ohledně vydání placenty a žádná z žen (0 %) nežádala o vydání placenty.

Hypotézu 1, na porodních sálech nedochází k aplikaci porodních plánů, vyvrací graf 23. Neboť ze 102 (100 %) žen byl porodní plán jako celek zcela splněn u 34 (33,33 %), u 54 (52,94 %) žen spíše splněn, u 13 (12,75 %) žen spíše nesplněn a u 1 (0,98 %) ženy byl porodní plán jako celek zcela nesplněn. Ačkoliv ani jeden porodní plán nebyl zcela naplněn, 88 (86,27 %) žen označilo porodní plán celkově za splněný a jen 14 (13,73 %) žen za nesplněný.

Důvodem nepotvrzení hypotézy, že na porodních sálech nedochází k aplikaci porodních plánů, může být fakt, že ženy jsou s naplněním porodního spokojeny i když jim není stoprocentně vyhověno. I když 28,43 % žen (graf 5) nekonzultovalo možnost

naplnění jejich porodních plánů na porodním sále, všechny (100 %) ženy před sepsáním porodního plánu sbíraly informace o průběhu porodu a porodnicích (graf 4). Ženy jsou si vědomy možnosti volby porodnice, kde přivedou na svět své dítě a získané výsledky svědčí o tom, že této možnosti využívají.

6. ZÁVĚR

Bakalářská práce byla věnovaná tématu Porodní plán rodiček a možnosti jeho aplikace na porodním sále. Důvodem je stále se zvyšující odpor proti rutinním postupům uplatňovaným v Českém porodnictví a snaha rodiček prosazovat nové zásady, a to nejen pravidla zakotvená v zákonech, ale i zásady etické.

Cílem práce bylo zjistit, zda dochází k aplikaci porodních plánů na porodních sálech. Pro získání výsledků bylo použito kvantitativního výzkumu formou dotazníků. Otázky byly zaměřené na obsah porodního plánu, zda došlo k naplnění daného přání, a pokud tomu tak nebylo, jaké byly hlavní důvody jenž vedly k nenaplnění porodního plánu. Cíl byl splněn.

Hypotéza 1, na porodních sálech nedochází k aplikaci porodních plánů, nebyla potvrzena. 14 (13,73 %) žen označilo porodní plán celkově za nesplněný, 88 (86,27 %) žen ho označilo za splněný, a to i přesto, že ani jedné ženě nebyla všechna přání splněna. Z vyplněných dotazníků také vyplynulo, že většina žen si přeje porodní plán pro fyziologicky probíhající porod, což souvisí s výsledky jenž ukazují grafy 2 a 3. Hlavní motivací žen k sepsání osobního porodního plánu nebyla špatná zkušenost z předchozího porodu, neboť většina žen psala porodní plán poprvé. Rodičky se k jinému, než fyziologickému průběhu porodu v porodním plánu nijak nevyjádřily, nebo si tuto možnost neuvědomovaly. To považuji za hlavní chybu, kterou ženy dělají při sepsování porodního plánu. Pěkně to vyjádřil Zeman, Z. a Doležal, A.: „... v povědomí lidí je vlivem osvěty zakořeněný názor nulového rizika při těhotenství a porodu. Proto při těžkých komplikacích nastává rozčarování, obviňování zdravotnického personálu ze zanedbávání péče, dochází k stížnostem a forenznímu projednávání. Přitom odpovědnost těhotné ženy za chování při ohroženém těhotenství je (jako u rizikového) pouze morální a porušení nařízeného léčebného postupu je většinou neočekávané a neprokazatelné (26, s.99).

Ženám také v porodním plánu chybí vyjádření nakolik je naplnění jednotlivých přání pro ně důležité. Pokud se rodička dostaví na porodní sál těsně před porodem nebo je náhle potřeba změnit vedení porodu a rodička nevedla svou “hierarchii důležitosti“ jejích přání, postupuje personál dle vnitřních zvyklostí v uspokojování zdravotních,

psychologických i sociálních potřeb rodičky. Často pak respondentky v dotaznících uváděly nespokojenost s nenaplněním pro ně důležitých požadavků a splnění pro ně v té chvíli nepříliš důležitého přání. Respondentky však samy uvedly, že v porodním plánu neměly důležitost jednotlivých přání uvedenou.

Doufám, že lékaři a porodní asistentky, se zamyslí nad tím, jaká reálná přání ženy mají a zda došlo k naplnění jejich představ o průběhu porodu. Pokud tomu tak není, zda je v moci a pravomoci zdravotního personálu vyjít ženám vstříc. Věřím, že tato práce bude motivovat ženy k sepsání porodního plánu, jelikož sepsování porodního plánu je dle mého názoru ideální teoretickou přípravou na porod a časně rodičovství, a že tak dojde k vytvoření jiného pohledu na rodičky, které přicházejí na porodní sál s vlastními porodními plány.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. APERIO a kolektiv autorek a autorů. *Porodní příběhy, rodíme se jednou*. Vydání 1. Praha: Smart Press, s.r.o., 2006. 264 stran. ISBN 80-87049-03-9.
2. BALASKASOVÁ, J. *Přirozené těhotenství*. Přeložila Hilde Hearne. Vydání 1. Praha: Svojtka a Vašut., 1996. 94 stran. ISBN 80-7180-117-8.
3. ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 1999. 434 stran. ISBN 80-7169-355-3.
4. ČEPICKÝ, P., KURZOVÁ, H. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. Vydání 1. Praha: Nakladatelství Karolínium, 2003. 174 stran. ISBN 80-246-0677-1.
5. DOLEŽAL, A. *Od babictví k porodnictví*. Vydání 1. Praha: Karolínium, 2001. 144 stran. ISBN 80-246-0277-6.
6. FENWICKOVÁ, E. *Porod, 101 praktických rad*. Přeložil MUDr. Jiří Kanta. Vydání 1. Praha: Ikar, a.s., 1999. 71 stran. ISBN 80-7202-286-5.
7. GOER, H. *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. Přeložil Královec Jiří. Vydání 1. Praha: One Womwn Press, 2002. 549 stran. ISBN 80-86356-13-2.
8. HOLANCOVÁ, M. *Historie psychologické přípravy těhotných žen*. Porodní Asistence. Praha: 2005, roč.1, č.1, s.17-19. ISSN 1801-5808.
9. CHMEL, R. *Otázky a odpovědi o porodu*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 116 stran. Edice pro rodiče. ISBN 80-247-1124-9.
10. I.F. *Porodní plán*. Moje rodina a já. Brandýs nad Labem: Press Alfa Group, s.r.o., 2007, ročník 2, číslo 11, strana 4-6. Registrační číslo: MK ČR E 17058.
11. JIRÁSKOVÁ, V. *Iniciativa*. Porodní služby matce přátelské. 2000.
http://duly.cz/dokumenty/cims_kratke.htm Navštíveno 4.12.2007
12. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, 163 stran. ISBN 978-80-247-2069-2.
13. LÁBUSOVÁ, E., FRYDRICHOVÁ, A. a kol. *Průvodce porodnicemi České republiky*. Vydání 1. Praha: Aperio, Společnost pro zdravé rodičovství, 2002. 216 stran. ISBN 80-903087-0-8.

14. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Vydání 1. Praha: Grada, 2004. 952 stran. ISBN 80-247-0668-7.
15. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 156 stran. Avicenum. ISBN 80-247-1024-2.
16. NAVRÁTILOVÁ, K. *Porodní plán*.
http://www.mojedieta.sk/article_detail.php?id=141 Navštíveno 11.3.2008
17. ODENT, M. *Láska jako věda*. Přeložil Jakub Florian. Vydání 1. Oprav: SZ s.r.o., 2001. 112 stran. Edice Rodiče. Přeloženo z *The Scientification of Love*. ISBN 80-86489-02-7.
18. OLŠÁKOVÁ, L. *Společná mezinárodní konference o vhodných porodnických postupech*. Hnutí za aktivní mateřství.
www.ham.cz/localhost/F:/porodni%20plan/prirucka_who_6.htm. Navštíveno 4.12.2007
19. SIMKINOVÁ P. *Partner u porodu*. Přel. Petra J. Neubertová. Vydání 1. Praha: Argo, 2000. 245 stran. ISBN 80-7203-308-5.
20. STADELMAN, I. *Zdravé těhotenství a přirozený porod*. Přel. Barbora Sadílková. Vydání 1. Praha: One Woman Press, 2001. 582 stran. ISBN 80-86356-04-3.
21. STROPPARDOVÁ, M. *Početí, těhotenství a porod*. Přeložila Lukáčová, A. Vydání 1. Praha: Neografia, Martin, 1996. 352 stran. ISBN 80-85186-91-8.
22. SOVOVÁ, P. *Práva žen v těhotenství, během porodu a práva rodičů v poporodním období z hlediska volby medicínské péče*.
www.genderstudies.cz/prava_tehotenstvi. Navštíveno 23.11.2007
23. ŠTROMEROVÁ, Z. *Kdo je porodní asistentka*. Profil profese porodní asistentka v České republice po přijetí nových zákonů. Sestra. Praha: 2004, roč.14, č.11, s.9. ISSN 1210-0404.
24. ŠTROMEROVÁ, Z. *Porodní plán. Moderní gynekologie a porodnictví*. Praha: 2006, roč.15, č.4, s.501-510. ISSN 1211-1058.
25. TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vydání 1. Brno: IDV PZ, 1999. 186 stran. ISBN 57-863-99.

26. ZEMAN, Z., DOLEŽAL, A. *Právní odpovědnost a právní vztahy v porodnictví*. Vydání 1. Praha: Galén, 2000. 231 stran. ISBN 80-7262-024-X.
27. Archiv buněk. www.archivbunek.cz Navštíveno 12.1.2008
28. Zákon o pohřebnictví a o změně některých zákonů.
www.pohrebnictvi.cz/z256_2001.html. Navštíveno dne 1.2.2008
29. Zpráva technické pracovní skupiny. Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka. Světová zdravotnická organizace, Ženeva, WHO 1999.
www.duly.cz/dokumenty/pece_v_prubehu_normalniho_porodu . Přejato a přeloženo z www.who.int/rht/documents/MSM96-24/msm9624.htm Navštíveno dne 14.3.2008

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Porodní plán

Porodní přání

Porodní asistentka

Lékařské vedení porodu

Alternativní vedení porodu

9. PŘÍLOHY

Příloha 1 *Dotazník*

Příloha 2 *Porodní plán porodnice Jindřichův Hradec, a.s.*

Příloha 3 *Vzor porodního plánu z internetu*

Příloha 4 *Osobní porodní plán vytvořen rodičkou*

Příloha 5 *Etický kodex práv pacientů*

Příloha 6 *Etický kodex porodních asistentek*

Příloha 1 *Dotazník*

Dobrý den Vážená paní,

jmenuji se Aneta Mehrabianová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Ráda bych vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který použiji pro výzkum své bakalářské práce na téma: Porodní plán rodiček a možnosti jeho aplikace na porodním sále. Dotazník je anonymní a veškeré Vámi poskytnuté informace budou sloužit výhradně pro vypracování mé bakalářské práce.

Otázky jsou zaměřeny na obsah Vašeho porodního plánu a naplnění Vašich požadavků. Odpovědi které se nejvíce shodují s vaším názorem prosím zaškrtněte popř.odpovězte vlastními slovy na vyznačené místo. Otázky označené písmenem “b“ vyplňte jen v případě, že Vaše požadavky NEBYLY splněny.

Mehrabianová Aneta

1) Věk:

méně než 18 let

19-28 let

29-38 let

39-48 let

více jak 49 let

2) Rodila jste:

poprvé (Přejděte na otázku č.4)

podruhé

potřetí a vícekrát

3) Měla jste k předchozím porodům vypracovaný porodní plán?

ano

ne

4) Kde jste sbírala informace o průběhu porodu před sepsáním Vašeho posledního porodního plánu? (Můžete zaškrtnout i více odpovědí)

nesbírala

z odborné literatury

z populární literatury

na internetu

od porodní asistentky,

od gynekologa, porodníka

od dudy

od přátel, rodinných příslušníků

jiné: doplňte:.....

- 5) **Kdo Vás informoval o možnostech naplnění Vašeho porodního plánu na porodním sále porodnice ve které jste rodila, před/při odevzdání Vašeho porodního plánu zdravotnímu personálu?**
 nikdo
 porodní asistentka
 gynekolog, porodník
 dula
 přátelé, rodinní příslušníci
 jiné: doplňte:.....
- 6a) **Obsahoval Váš porodní plán žádost na vzhled a vybavení porodní místnosti?**
 ano
 ne (Přejděte prosim na otázku 7a)
- 6b) **Důvodem nenaplnění Vašeho přání na vzhled a vybavení porodní místnosti dle Vašeho názoru bylo? (Můžete zaškrtnout i více možností)**
 možnosti porodnice
 názorová odlišnost
 neochota personálu
 nedostatek personálu
 neočekávané (před)porodní komplikace
 jiné: doplňte.....
- 6c) **Přála jste si: (Můžete zaškrtnout i více možností)**
 tlumené osvětlení
 rádio, televizi
 “rodinné vybavení“ porodní místnosti
 sprchový kout, vanu
 míč
 přinést si osobní věci z domova: doplňte jaké.....
 jiné: doplňte.....
- 7a) **Obsahoval Váš porodní plán žádost o přítomnost doprovázejících osob u porodu?**
 ano
 ne (Přejděte prosim na otázku 8a)

- 7b) Důvodem nenaplnění Vaší žádosti ohledně přítomnosti doprovázejících osob u porodu dle Vašeho názoru bylo?** (Můžete zaškrtnout i více možností)
- možnosti porodnice
 - názorová odlišnost
 - neochota personálu
 - nedostatek personálu
 - neočekávané (před)porodní komplikace
 - jiné: doplňte.....
- 7c) U porodu jste si přála:** (Můžete zaškrtnout i více možností)
- osobní porodní asistentku
 - dulu
 - manžela, svého přítele
 - kamarádku
 - matku
 - jiné osoby: doplňte.....
- 8a) Obsahoval Váš porodní plán žádost o omezení přítomnosti zdravotního personálu u porodu?**
- ano
 - ne (Přejděte prosím na otázku 9a)
- 8b) Důvodem nenaplnění Vaší žádosti dle Vašeho názoru bylo?** (Můžete zaškrtnout i více možností)
- možnosti porodnice
 - názorová odlišnost
 - neochota personálu
 - neočekávané (před)porodní komplikace
 - jiné: doplňte.....
- 9a) Obsahoval Váš porodní plán žádost o volný pohyb v I. době porodní?**
- ano
 - ne (Přejděte prosím na otázku 10a)
- 9b) Důvodem nenaplnění Vašeho přání na volný pohyb v I. době porodní dle Vašeho názoru bylo?** (Můžete zaškrtnout i více možností)
- možnosti vybavení porodnice
 - názorová odlišnost
 - neochota personálu
 - nedostatek personálu
 - neočekávané (před)porodní komplikace
 - jiné: doplňte.....

- 9c) **V případě, že Vám byl pohyb umožněn, jakým způsobem jste jej realizovala?** (Můžete zaškrtnout i více možností)
- ve sprše
 - ve vaně
 - na míči
 - na stoličce
 - na žíněnce
 - jiné: doplňte:.....
- 10a) **Obsahoval Váš porodní plán žádost o konzumaci jídla a pití v I. době porodní?**
- ano
 - ne (Přejděte prosím na otázku 11a)
- 10b) **Důvodem nenaplnění Vaší žádosti o konzumaci jídla a pití v I. době porodní dle Vašeho názoru bylo?** (Můžete zaškrtnout i více možností)
- názorová odlišnost
 - neochota personálu
 - nedostatek personálu
 - neočekávané (před)porodní komplikace
 - jiné: doplňte.....
- 11a) **Obsahoval Váš porodní plán žádost o neholení pubické části?**
- ano – nepřeji si být oholena
 - ne – mohu být oholena či jsem už oholena (Přejděte prosím na otázku 12a)
- 11b) **Důvodem nenaplnění Vaší žádosti o neholení dle Vašeho názoru bylo?** (Můžete zaškrtnout i více možností)
- názorová odlišnost
 - neochota personálu
 - neočekávané (před)porodní komplikace
 - jiné: doplňte.....
- 12a) **Obsahoval Váš porodní plán žádost o nepodání klyzma (klystýru) či Yal gelu?**
- ano
 - ne (Přejděte prosím na otázku 13a)

- 12b) Důvodem nenaplnění Vaší žádosti o nepodání klyzma (klystýru) či Yal gelu dle vašeho názoru bylo?** (Můžete zaškrtnout i více možností)
- názorová odlišnost
 - neochota personálu
 - neočekávané (před)porodní komplikace
 - jiné: doplňte.....
- 13a) Obsahoval Váš porodní plán žádost ohledně častosti monitorování plodu?**
- ano: doplňte frekvenci.....
 - ne (Přejděte prosím na otázku 14a)
- 13b) Důvodem nenaplnění Vaší žádosti dle vašeho názoru bylo?** (Můžete zaškrtnout i více možností)
- názorová odlišnost
 - neochota personálu
 - nedostatek personálu
 - neadekvátní přání
 - neočekávané (před)porodní komplikace
 - jiné: doplňte.....
- 14a) Obsahoval Váš porodní plán přání ohledně způsobu tišení bolesti?**
- ano
 - ne (Přejděte prosím na otázku 15a)
- 14b) Důvodem nenaplnění Vašeho přání ohledně tišení bolesti dle vašeho názoru bylo?** (Můžete zaškrtnout i více možností)
- názorová odlišnost
 - neochota personálu
 - nedostatek personálu
 - neočekávané (před)porodní komplikace
 - jiné: doplňte.....
- 15a) Obsahoval Váš porodní plán žádost o neprotrhování vaku blan porodnickým nástrojem?**
- ano
 - ne (Přejděte prosím na otázku 16a)
- 15b) Důvodem nenaplnění Vašeho přání o neprotrhování vaku blan dle vašeho názoru bylo?** (Můžete zaškrtnout i více možností)
- názorová odlišnost
 - neochota personálu
 - neočekávané (před)porodní komplikace
 - jiné: doplňte.....

16a) Obsahoval Váš porodní plán žádost na alternativní polohu, ve které jste si přála родit?

ano

ne (Přejděte prosím na otázku 17a)

16b) Důvodem nenaplnění Vašeho přání ohledně polohy ve které jste si přála родit dle Vašeho názoru bylo? (Můžete zaškrtnout i více možností)

vybavení porodnice

názorová odlišnost

neochota personálu

nedostatek personálu

neočekávané porodní komplikace

jiné: doplňte.....

16c) Přála jste si родit:

na zádech, polosedu mimo porodnické křeslo

na porodní stoličce

ve vaně

ve vzpřímené poloze, např.: podřep, klek, stoj vzpřímený

v poloze na čtyřech

jiné: doplňte.....

17a) Obsahoval Váš porodní plán žádost o neprovedení nástřihu hráze?

ano

ne (Přejděte prosím na otázku 18a)

17b) Důvodem nenaplnění Vašeho přání o neprovedení nástřihu dle vašeho názoru bylo? (Můžete zaškrtnout i více možností)

názorová odlišnost

neochota personálu

neočekávané porodní komplikace

jiné: doplňte.....

18a) Obsahoval Váš porodní plán žádost o položení dítěte po porodu na břicho?

ano

ne (Přejděte prosím na otázku 19a)

18b) Důvodem nenaplnění Vaší žádosti ohledně položení dítěte na břicho dle Vašeho názoru bylo? (Můžete zaškrtnout i více možností)

názorová odlišnost

neochota personálu

neočekávané porodní komplikace

jiné: doplňte.....

- 19a) Obsahoval Váš porodní plán žádost, aby po porodu nebylo dítě od Vás odděleno?**
 ano
 ne (Přejděte prosím na otázku 20a)
- 19b) Důvodem nenaplnění Vaší žádosti o neoddělování dítěte od Vás po porodu bylo?**
 (Můžete zaškrtnout i více možností)
 názorová odlišnost
 neochota personálu
 nedostatek personálu
 neočekávané porodní komplikace
 jiné: doplňte.....
- 20a) Obsahoval Váš porodní plán žádost o přiložení dítěte k prsu do 30 minut?**
 ano
 ne (Přejděte prosím na otázku 21a)
- 20b) Důvodem nenaplnění Vaší žádosti ohledně přiložení dítěte k prsu dle Vašeho názoru bylo? (Můžete zaškrtnout i více možností)**
 názorová odlišnost
 neochota personálu
 nedostatek personálu
 neočekávané (po)porodní komplikace
 jiné: doplňte.....
- 21a) Obsahoval Váš porodní plán přání využít aromaterapie během celého porodu?**
 ano
 ne (Přejděte prosím na otázku 22a)
- 21b) Důvodem nenaplnění Vaší žádosti o využití aromaterapie dle Vašeho názoru bylo? (Můžete zaškrtnout i více možností)**
 vybavení porodnice
 názorová odlišnost
 neochota personálu
 nedostatek personálu
 neočekávané (před)porodní komplikace
 jiné: doplňte.....
- 22a) Obsahoval Váš porodní plán přání ohledně vydání placenty?**
 ano
 ne (Přejděte prosím na otázku 23a)

22b) Důvodem nenaplnění Vaší žádosti o vydání placenty dle Vašeho názoru bylo? (Můžete zaškrtnout i více možností)

názorová odlišnost

neochota personálu

nedostatek personálu

porodní komplikace

jiné: doplňte.....

23) Váš porodní plán jako celek byl:

zcela splněn

spíše splněn

spíše nesplněn

zcela nesplněn

Děkuji Vám za věnovaný čas a přeji mnoho šťastných chvil s Vaším miminkem.

| <h1>PORODNÍ PLÁN</h1> | | | | | |
|--|---|--|---|--|--|
| pro ženy, které budou rodit v Jindřichově Hradci | | | | | |
| Svoji odpověď prosím zakroužkujte nebo zapište svou představu. | | | | | |
| 1. | Vaše jméno a příjmení | | | | |
| | <input type="text"/> | | | | |
| 2. | Termín porodu | Po kolikáté rodíte | | | |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| 3. | Vyžadujete nějakou dietu? | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne | | | |
| 4. | Přejete si, aby byly dodrženy nějaké rituály dané náboženstvím? | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano... | | | |
| 5. | Existuje něco, s čím by jste potřebovala speciální pomoc? | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> ano.... | | | |
| 6. | Programovaný porod | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne | <input type="text"/> víte co to znamená?... | | |
| 7. | Přejete si manžela nebo jinou osobu u porodu? | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne | | | |
| 8. | Víte k čemu slouží klystýr v I. Době porodní | | | | |
| | <input type="checkbox"/> vím | <input type="checkbox"/> nevím (potřebuji další informace) | | | |
| 9. | Holení v oblasti hráze | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne | | | |
| 10. | Hydromasáž teplou vodou k tlumení porodních bolestí ... | | | | |
| | (k dispozici je sprcha, hydromasážní vana | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ano | <input type="checkbox"/> ne | <input type="checkbox"/> dle situace | | |

| | |
|--|---|
| 11. | Je pro Vás důležitý pohyb během I. doby porodní |
| | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne |
| 12. | Máte představu o nějaké konkrétní poloze polohách, které chcete použít v I.době porodní? (úlevové polohy, gymnastický míč) |
| | <input type="text"/> |
| 13. | Co si myslíte o epiziotomii (nástřihu hráze)? |
| | <input type="checkbox"/> ano, pokud to bude nutné <input type="checkbox"/> ne |
| 14. | Chcete, aby Vám ihned po porodu |
| | <input type="checkbox"/> ...bylo miminko přiloženo na břicho? <input type="checkbox"/> ...partner přestřihl pupečník? |
| 15. | Přejete si své dítě kojit? |
| | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne |
| 16. | Máte nějaké další přání? |
| | <input type="checkbox"/> ...hudba (možno s sebou vlastní CD) <input type="checkbox"/> ...aromaterapie (s sebou olej a svíčku) <input type="checkbox"/> |
| 17. | Chcete nám ještě něco říci? Nerozumíte něčemu? |
| | <input type="text"/> |
| <p>Tento porodní plán je pouze orientační, může se měnit dle průběhu porodu nebo Vašeho přání.</p> <p>Pokud máte zájem o bližší informace, kontaktujte se na porodním sále tel: 384 376 309</p> <p style="text-align: center;">Na setkání s Vámi se těší porodní asistentky</p> | |

Zdroj: Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., gynekologicko-porodnické oddělení.

PORODNÍ PLÁN

Forma a obsah

Na formě porodního plánu příliš nezáleží, měl by však být co nejvíce přehledný a srozumitelný. Své požadavky a představu o jednotlivých postupech si můžete zapsat do tabulky nebo do dokumentu o jednotlivých bodech. Co se týče obsahu, zde je přehled kroků, které by se v porodním plánu mohly objevit. Můžete do něj zahrnout i poznámky pro sebe, abyste na nic nezapomněla. Porodní plán zároveň slouží jako kritérium pro výběr porodnice.

Porodnice, porodní dům

Vstřícnost k přirozeným porodům/alternativním porodům/specializace na riziková těhotenství/oddělené porodní sály. Důraz na přívětivé a ochotné jednání/konzultace porodních postupů s rodičkou. Možnost rozhodování o činnosti v první době porodní. Možnosti při druhé době porodní/přítomnost mediků/požadavky na vlastního lékaře či porodní asistentku. Důraz na přirozený přístup k dítěti

Základní údaje

Jméno, příjmení, adresa, telefon, termín porodu
Druhá osoba u porodu (manžel, matka, přítelkyně, ...) – ano/ne, jméno
Dieta – vegetariánská, žlučnicková, diabetická, ...
Alergie – léky, látky, prach a pyl, ...

Těsně před porodem

Co s sebou – doklady, těhotenská průkazka, peníze, věci osobní potřeby, toaletní potřeby včetně 2 ručníků, jednorázové kalhotky, noční košile, župan, nápoje, svačina pro partnera, CD nebo kazety, knihy, časopisy, ...

Co zajistit doma – děti, zvířata, ...

Na co nezapomenout – v případě cesty vlastním vozem dostatek pohonných hmot v nádrži, zatelefonovat do porodnice (volné místo)

Přesun do porodnice – kdy (frekvence stahů, odchod hlenové zátky či plodové vody), jak (vlastním vozem – trasa, sanitkou – telefon)

Předporodní příprava (klystýr, holení) – ano/ne

Aplikace injekcí a medikamentů s vysvětlením a po mém souhlasu – ano/ne/po konzultaci

První doba porodní

Způsob činnosti při první době porodní – pohyb, míč, sprcha, vana, hudba, doprovod

Monitoring plodu – ano/ne/po konzultaci

Urychlení porodu – ano/ne/po konzultaci

Druhá doba porodní

Poloha při druhé době porodní – klasická na porodním lůžku/stolička/vana/jiná možnost/rozhodnutí až na místě

Přítomnost druhé osoby – ano/ne

Přítomnost personálu (lékař, asistentka, sestry, studenti) – minimální počet osob/nemám požadavky

Epidurální analgezie, další prostředky proti bolesti – ano/ne/po konzultaci

Epiziotomie (nástřih hráze) – ano/ne/po konzultaci

Způsob anestezie při případném císařském řezu – lokální/celková/po konzultaci

Plné informování lékařem nebo porodní asistentkou o jednotlivých krocích

Příchod miminka na svět

Položit miminko na břicho matky – vyžadují/nevyžadují

Neodnášet dítě, není-li třeba – vyžadují/nevyžadují

Způsob ošetření pupku miminka – nechat dotepat/zcela odříznout/nechat pahýl k pozdějšímu odpadnutí/nemám zvláštní požadavky

Třetí doba porodní – placenta, šití

Samovolný porod placenty bez podání medikamentů – vyžadují, probíhá-li vše v pořádku/nevyžadují

Období bezprostředně po porodu

Pobyt v porodním pokoji společně s miminkem/společně s miminkem a druhou osobou/bez zvláštních požadavků

Možnost osprchovat se – ano/ne

Pobyt na oddělení šestinedělí

Rooming-in (pokoj s postýlkou pro miminko) – ano/ne

Nadstandardní pokoj (samostatný, s postýlkou, s přistýlkou pro druhou osobu, se sociálním zařízením) – ano/ne

Pomoc při kojení – ano/ne

Odchod domů, nejsou-li komplikace – kdy

autor článku: Kristina Navrátilová

Zdroj: NAVRÁTILOVÁ, K. Porodní plán. http://www.mojedieta.sk/article_detail.php?id=141 Navštíveno: 11.3.2008

Příloha 4 *Osobní porodní plán vytvořen rodičkou*

Porodní plán (Jolanta Sokolová)

Dobrý den,
jmenuji se Jolanta Sokolová a svoje první miminko jsem se rozhodla porodit ve Vaší porodnici.

Během porodu bych si velmi přála:

- být informována o tom, kdo z ošetřujícího personálu se mého porodu účastní a jaká je jeho role
- v případě bezproblémového spontánního porodu, aby mi nebyly aplikovány standardní postupy bez předchozího vysvětlení - dávám přednost přirozenému průběhu bez ovlivnění léky a bez vyvolávání porodu
- stálou přítomnost své duly Zorky Vymazalové, případně otce dítěte, mého manžela Jaroslava Sokola, a pro zachování intimity vyloučení všech nezúčastněných osob, zvláště mediků
- pro 1. dobu porodní volný pohyb, možnost pít a jíst a výběr polohy podle vlastních potřeb a přání a možnost použít různé úlevové pomůcky – míč, sprcha apod.
- pro 2. dobu porodní volný výběr polohy
- přestřížení pupečníku až po jeho dotepání
- přirozené porození placenty bez vnějších zásahů a medikace
- předání miminka ihned po porodu do mé náruče (v případě porodních komplikací do náruče tatínka) a aby nebylo uloženo do inkubátoru – chceme se s miminkem nejdříve seznámit a teprve pak prosíme o jeho vyšetření
- přiložení miminka k prsu do 1 hodiny po porodu
- v případě vyšetřování miminka v jiné místnosti, aby byl u toho přítomen otec dítěte, příp. dula
- plný rooming-in ihned po porodu
- později být přítomna u všech vyšetření dítěte

Pokud to bude průběh porodu umožňovat, nepřeji si:

- oholení
- klyzma – na vyprázdnění jsem použila YAL
- epiziotomii – prováděla jsem masáž hráze – v případě, že k ní bude nutno přistoupit, přeji si být o tom nejdříve informována
- mýt miminko ihned po porodu
- neřezat miminku pupík
- neočkovat miminko proti TBC v porodnici – máme domluveno očkování v pozdějším termínu na kalmetizaci na Poliklinice Budějovická s p. MUDr. Šejdovou

V případě nutnosti provést císařský řez si přeji, aby celé operaci byl přítomen buď manžel nebo dula, a v případě celkové anestezie, aby miminko jako první dostal do náruče otec dítěte.

Děkuji mnohokrát za vstřícnost k mým přáním.

Zdroj: SOKOLOVÁ, J. Praha, 2007



Příloha 5 *Etický kodex práv pacientů*

Etický kodex práv pacientů, který navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky, vstoupil v platnost dnem 25. února 1992.

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.

3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.

4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.

5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedeny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na vyšetření přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby, jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instrukce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlád nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu.

Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Tato práva pacientů byla prohlášena Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví za platná dne 25. února. 1992

Zdroj: http://www.nemzatec.cz/eticky_kodex_prav_pacientu.htm.

Navštíveno 1.5.2008

Příloha 6 *Etický kodex porodních asistentek*

▪ Preambule (1993)

Cílem a snahou Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM) je zlepšit úroveň péče poskytované ženám, dětem a rodinám po celém světě tím, že vhodně využije profesních schopností, dovedností a vzdělání každé porodní asistentky. K dosažení tohoto cíle, k němuž patří zdraví žen a osobní rozvoj asistentek, má na poli výuky, praxe i výzkumu sloužit následující text. Tento Kodex uznává lidská práva žen, usiluje o spravedlnost a rovnost (ekvitu) v přístupu ke zdravotní péči pro všechny. Zakládá se na vzájemných vztazích úcty, důvěry a důstojnosti mezi všemi členy společnosti.

▪ Kodex

I. Vztahy v porodnictví

1. Porodní asistentky respektují právo ženy na informovanou volbu a snaží se ženy vést k tomu, aby přijaly odpovědnost za svá rozhodnutí.
2. Součástí přístupu porodních asistentek je podporovat právo žen na aktivní účast v rozhodnutích, která se týkají poskytované péče. Porodní asistentky rovněž usilují o to, aby se ženy-klientky mohly samostatně vyjadřovat k otázkám zdraví, rodiny a kultury ve své společnosti.
3. Porodní asistentky i jejich klientky spolupracují s úřady a fondy na vymezení (definování) potřeb, které má zdravotní péče zajistit. Zároveň se snaží i zajistit úměrné rozdělování dostupných zdrojů podle priorit.
4. Porodní asistentky se vzájemně podporují ve svém pracovním kolektivu a aktivně u sebe i u jiných pěstují přiměřený pocit vlastní hodnoty.
5. Porodní asistentky kooperují s dalšími zdravotnickými pracovníky. Podle potřeby se obracejí na jiné zdravotnické profese, využívají jejich kompetencí a konzultují s nimi stav svých klientek.
6. Porodní asistentky si jsou vědomy vzájemné závislosti lidí ve své profesi a snaží se řešit vznikající konflikty.
7. Porodní asistentky nesou odpovědnost i vůči své vlastní osobě jakožto jedinci s morálním vlastnictvím, sebeúctou a integritou.

II. Porodnická praxe

1. Porodní asistentky poskytují ženám a rodinám péči zohledňující kulturní různorodost. Současně usilují o to, aby aplikací těchto kulturních pojetí nevnášely do své péče postupy, jež by mohly působit škodu.
2. Porodní asistentky budují v ženách dané společnosti realistická očekávání spojená s těhotenstvím, porodem a péčí o dítě. Minimálním optimistickým očekáváním je, že žena by početím, donošením a zaopatřením dítěte neměla utrpět žádnou újmu.

3. Ve všech prostředích a kulturách porodní asistentky užívají svých znalostí profese k zajištění bezpečného postupu při porodu.
4. Za všech okolností porodní asistentky reagují na psychologické, tělesné, citové a duchovní potřeby žen, o něž pečují.
5. Porodní asistentky jsou celoživotně mladým i starším ženám, rodinám i spolupracovníkům příkladem v účinné podpoře zdraví.
6. Porodní asistentky se po celou dobu své profesní kariéry rozvíjejí po stránce osobnostní, intelektové a odborné. Tento rozvoj se snaží využít v praxi.

III. Profesní odpovědnost porodních asistentek.

1. Porodní asistentky považují informace o klientkách za důvěrné a soukromé. Sdělují je pouze v odůvodněných případech.
2. Porodní asistentky nesou odpovědnost za svá rozhodnutí a činy včetně důsledků, které z nich vyplývají pro příjemce péče.
3. Porodní asistentky mohou odmítnout účast na činnostech, s nimiž zásadním způsobem a z morálního přesvědčení nesouhlasí. Důraz na osobní svobodu svědomí by však neměl připravit klientky o základní zdravotnické služby.
4. Porodní asistentky chápou negativní důsledky, které by mohlo na zdraví žen a dětí mít jakékoliv porušení etických zásad a lidských práv. Usilují o to, aby k takovému porušování nedocházelo.
5. Porodní asistentky se podílejí na rozvoji zdravotní politiky a jejím zavádění do praxe, pokud se jedná o zájmy zdraví žen a rodin s dětmi.

IV. Pokrok v porodnické teorii a praxi

1. Porodní asistentky zajišťují, aby rozvoj v porodnictví vycházel z takových praktik, které chrání osobní práva žen.
2. Porodní asistentky mnoha různými způsoby rozšiřují a předávají znalosti ve svém oboru.
3. Porodní asistentky se podílejí na formálním vzdělávání a výchově studentek i absolventek porodnických oborů.

Zdroj: KUTNOHORSKÁ, J.: Etika v ošetřovatelství. 2007, s. 114-116