

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

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2010**

**Lucie Kubrová**

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Porodní plán, jeho tvorba a testování na  
Gynekologicko-porodnické klinice Fakultní nemocnice  
v Plzni**

Bakalářská práce

2010

Vedoucí práce:  
Mgr. Andrea Festová

Autor práce:  
Lucie Kubrová

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Andree Festové za její cenné rady a připomínky při zpracování tématu této práce.

Také děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili mého výzkumného šetření, za jejich ochotu a čas, který mi věnovali.

Dále děkuji své rodině a blízkým za psychickou podporu a praktickou pomoc po dobu mého studia.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Porodní plán, jeho tvorba a testování na GPK FN Plzeň“ vypracovala samostatně, pouze s použitím literatury a zdrojů uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené 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:.....

.....  
Lucie Kubrová

## **Abstract**

The subject of this bachelor thesis is delivery plan, its formulation and testing at the Gynaecological and Obstetrical Clinic in Plzen (GPK FN Plzen). Most women presently show active interest in pregnancy and delivery. They often imagine in advance the progress of childbirth, the behaviour of the maternity hospital staff towards them and the options offered by the hospital to delivering mothers. The delivery plan will provide to this type of women the progress of delivery most convenient for them. They may note their requests and desires in it concerning the progress of childbirth, its individual parts and potential alternatives. Thus the pregnant woman gets control over its coming delivery and may think the individual delivery parts over and prepare for them. The GPK FN clinic in Plzen does not dispose with its own delivery plan to offer to mothers-to-be within its offer of services to the pregnant. That is why this bachelor thesis will represent an asset both for the Plzen clinic of gynaecology and obstetrics GPK FN and for the mothers who decide to give birth to their child here.

The theoretical part of this thesis includes chapters explaining the notion of the delivery plan and its individual parts. Further chapters briefly describe the progress of childbirth and the options of care of the delivering mothers in the course of the individual stages of delivery.

The purpose of the present thesis was to find out which areas of the delivery plan are considered relevant by the pregnant women who have decided to give birth to their baby at the GPK FN clinic in Plzen and which parts of the plan are considered most important by the healthcare staff working at the GPK FN clinic in Plzen. Another objective of the thesis was to formulate the optimum delivery plan meeting the demands of both the delivering mothers and the staff of the GPK FN in Plzen and to find out the response of the healthcare staff of the GPK FN Plzen and the pregnant women to the use of the formulated delivery plan in practice.

The theme was processed on the basis of a combination of qualitative and quantitative research. The needed information was obtained by means of post-structured interviews with open questions and a questionnaire with open questions, yes-no questions and semi-open questions. The subjects of the qualitative research included male and female obstetricians working at the delivery ward of the GPK FN Plzen, midwives assisting deliveries at the GPK FN Plzen, pregnant women hospitalised at the Risk Pregnancy Department of the GPK FN Plzen and mothers after delivery (in their puerperium) hospitalised at the Puerperium Department of the GPK FN Plzen. The research further included private gynaecologists of the Plzen – city district and gynaecologists of the IVF centre, and midwives working in the

advisory centres of the private gynaecological surgeries in Plzen – city and in the IVF centre in Plzen.

On the basis of the first part of the research the following research questions were formulated: “What areas of the delivery plan are considered relevant by the pregnant women who have decided to give birth to their baby at the GPK FN clinic in Plzen”, “What areas of the delivery plan are considered relevant by the staff of the GPK FN in Plzen“, “What should the optimum delivery plan look like to be usable for deliveries at the GPK FN in Plzen“. The second part of the research included evaluation of the following hypotheses: “Pregnant women consider important for the delivery plan to include criteria assuring progress of their childbirth according to their desires“, “The healthcare staff of the GPK FN Plzen takes a positive approach to the formulated delivery plan“, “Pregnant women are interested in application of the delivery plan to their childbirth at the GPK FN in Plzen“.

# Obsah

Úvod	1
<b>1 SOUČASNÝ STAV</b>	<b>2</b>
<b>1.1 Doporučení WHO pro péči za porodu</b>	<b>2</b>
1.1.1 Základní úkoly poskytovatele péče při normálním porodu	2
1.1.2 Praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné □ □ a které by měly být podporovány	2
1.1.3 Praktiky, které jsou jednoznačně škodlivé, nebo neefektivní a které by měly být eliminovány	3
<b>1.2 Porodní plán</b>	<b>4</b>
1.2.1 Využití porodního plánu	5
1.2.2 Součásti porodního plánu	6
1.2.2.1 Doprovod rodičky při porodu	6
1.2.2.2 Místo porodu	7
1.2.2.3 Volba pohybu a polohy při porodu	8
1.2.2.4 Bezprostřední příprava k porodu	9
1.2.2.5 Monitorování plodu při porodu	9
1.2.2.6 Sledování postupu porodu	10
1.2.2.7 Prostředky k úlevě od bolesti	10
1.2.2.8 Provedení episiotomie	11
1.2.2.9 Možnost dotepání pupečníku po porodu	12
1.2.2.10 Péče o miminko bezprostředně po porodu a časný kontakt novorozence s matkou	12
1.2.2.11 Porod placenty	13
1.2.2.12 Brzké propuštění z porodnice	13
1.2.2.13 Možné odchylky od normálního průběhu porodu	14
<b>1.3 Psychologie těhotné</b>	<b>18</b>
1.3.1 Předporodní příprava	18
<b>1.4 Průběh a psychologie porodu</b>	<b>20</b>
1.4.1 Péče o rodičku za porodu	20
1.4.1.1 Průběh první doby porodní	20
1.4.1.2 Průběh druhé doby porodní	21
1.4.1.3 Průběh třetí a čtvrté doby porodní	22
1.4.1.4 Péče o ženu v časném šestinedělí	22
1.4.1.5 Role porodní asistentky v péči o rodičku	23
1.4.2 Psychologický přístup k rodící ženě	24
1.4.2.1 Zdravotnická komunikace	25

<b>1.5 Alternativní metody v porodnictví</b>	26
1.5.1 Alternativní metody péče o rodičku	26
<b>2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY</b>	30
<b>2.1 Předpokládané cíle práce</b>	30
<b>2.2 Výzkumné otázky</b>	30
<b>2.3 Hypotézy</b>	30
<b>3 METODIKA</b>	31
<b>3.1 Použité metody</b>	31
<b>3.2 Charakteristika výzkumného souboru</b>	32
<b>4 VÝSLEDKY</b>	33
<b>4.1 Interpretace výsledků kvalitativního šetření</b>	33
4.1.1 Interpretace výsledků kvalitativního šetření u lékařů pracujících na GPK FN Plzeň	33
4.1.2 Interpretace výsledků kvalitativního šetření porodních asistentek pracujících na porodním sále GPK FN Plzeň	43
4.1.3 Interpretace výsledků kvalitativního šetření u těhotných žen u těhotných žen hospitalizovaných na oddělení rizikového těhotenství GPK FN Plzeň	52
4.1.4 Interpretace výsledků kvalitativního šetření u žen po porodu (nedělek) hospitalizovaných na oddělení šestinedělí GPK FN Plzeň	60
<b>4.2 Interpretace výsledků kvantitativního šetření</b>	65
4.2.1 Interpretace výsledků kvantitativního šetření u lékařů	65
4.2.2 Interpretace výsledků kvantitativního šetření u porodních asistentek	75
4.2.3 Interpretace výsledků kvantitativního šetření u žen a těhotných	85
<b>5 DISKUSE</b>	95
<b>6 ZÁVĚR</b>	100
<b>7 ZDROJE</b>	101
<b>8 KLÍČOVÁ SLOVA</b>	105
<b>9 PŘÍLOHY</b>	106



# Úvod

Stále více těhotných žen se aktivně zajímá o těhotenství a porod. Jejich přáním je prožít bezproblémové těhotenství a porodit zdravé dítě v prostředí a atmosféře, ze které budou cítit jistotu, ochotu, péči a bezpečí. Cestou, jak toto přání těhotným splnit, je kromě kurzů předporodní přípravy a exkurzí na porodní sál, vytvoření porodního plánu. Ideální je, když má porodnice svůj vlastní porodní plán, šitý na míru jejím možnostem a pravidlům. Tento porodní plán by měl být dosažitelný pro těhotné, které se v této porodnici rozhodly přivést na svět své dítě. Maminky by měly mít možnost jednotlivé části tohoto plánu konzultovat s porodní asistentkou i porodníkem dané porodnice. Eliminována by se tak nesmyslná a nespílitelná přání rodiček. Současně by tak měly těhotné možnost promyslet si jednotlivé části porodního plánu a udělat si představu o tom, jak porod probíhá, jaké možnosti jim personální, materiální a technické zázemí porodnice může nabídnout. Domnívám se, že téma porodního plánu není mezi zdravotníky příliš oblíbené. Proto bylo zajímavé prozkoumat, jak si porodní plán mezi gynekology, porodníky a porodními asistentkami stojí. Pracuji jako porodní asistentka na porodním sále GPK FN v Plzni. Současně vedu kurzy předporodní přípravy pro těhotné a jejich partnery. Proto mě téma této tvorby porodního plánu zaujalo. GPK FN Plzeň v nabídce služeb pro těhotné svůj vlastní porodní plán nemá. Díky této bakalářské práci a jejímu výzkumu by mohl vzniknout porodní plán, který bude vyhovovat potřebám této porodnice a zároveň požadavkům rodiček, které se na GPK FN Plzeň rozhodnou родit.

V bakalářské práci je v několika kapitolách vysvětlen pojem porodního plánu a jeho součástí. Jsou zde nastíněny jednotlivé části porodu a péče o rodičku v průběhu porodu. Dále jsou v teoretické části rozebrány jednotlivé metody alternativního porodnictví. Cílem práce bylo zmapovat oblasti, které jsou při porodu důležité pro rodičku i ošetřující personál porodnice, a na základě tohoto výzkumu sestavit optimální porodní plán, který by vyhovoval zdravotníkům i rodičkám a GPK FN Plzeň ho mohla zařadit do své nabídky služeb pro těhotné ženy.

# **1 Současný stav**

## **1.1 Doporučení WHO pro péči za porodu**

„Normální porod je spontánně vyvolaný, s nízkým rizikem na počátku porodu, které je neměnné během celé I. i II. doby porodní. Dítě se narodí spontánně v pozici hlavou napřed, v období mezi ukončeným 37. a 42. týdnem těhotenství. Po porodu jsou matka i dítě v dobrém stavu (Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka, WHO: 1999, str. 6)“.

### **1.1.1 Základní úkoly poskytovatele péče při normálním porodu**

Ke čtyřem základním úkolům poskytovatele péče při normálním porodu patří: Podporovat ženu, jejího partnera a rodinu během celého porodu a v období po porodu. Sledovat ženu v průběhu porodu, monitorovat stav plodu a dítěte po porodu, včas odhalit komplikace. Je-li to třeba, provádět zásahy, jako je dirupce vaku blan, episiotomie a péče o dítě po porodu. Doporučit rodičku na vyšší úroveň péče, jestliže jsou rizikové faktory zřejmé, nebo nastanou-li komplikace. Poskytovatelem péče při porodu je osoba, která porod vede. Měla by být vyškolená a měla by zvládat rozsah porodnických dovedností, které jsou nezbytné pro vedení porodu. Pro tyto úkony jsou vhodní tito odborníci: gynekolog- porodník, praktický lékař, porodní asistentka, pomocný personál a zaškolený tradiční průvodce při porodu (zvláště v rozvojových zemích, kde je nedostatek zdravotnického personálu) (46).

### **1.1.2 Praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné a které by měly být podporovány**

Vytvořit osobní plán, který stanoví, kde se porod uskuteční a kdo ho povede. Plán je vypracován ve spolupráci s rodičkou a jejím partnerem během těhotenství. Vyhodnotit rizikovost těhotenství během prenatální péče, přehodnotit ji při každém kontaktu se zdravotnickým systémem a v době prvního kontaktu s poskytovatelem péče při porodu. Sledovat tělesný a psychický stav ženy během průběhu porodu. Poskytovat tekutiny (per os) během porodu. Respektovat výběr místa porodu, který žena učinila po náležitém poučení. Poskytovat péči za porodu na nejperifernější úrovni, na které je porod uskutečnitelný a bezpečný, a kdy se žena cítí jistě a bezpečně. Respektovat práva ženy na soukromí v místě porodu. Empaticky podporovat ženu během porodu. Respektovat výběr rodičky ohledně

doprovodu při porodu. Poskytovat ženě tolik informací, kolik si žádá. Umožnit ženě využít neinvazivní, nefarmakologické postupy mírnění porodních bolestí (masáž, relaxační techniky, atd.). Monitorovat plod prostřednictvím periodické auskultace (poslechem). Používat jednorázové materiály a náležitou dekontaminaci nástrojů pro opakované použití. Používat rukavice při vaginálním vyšetření, během porodu, při ošetření dítěte a zacházení s placentou. Umožnit ženě možnost výběru polohy a pohybu během porodu. Podporovat jiné polohy, než vleže na zádech. Pozorně sledovat vývoj porodu (např. pomocí partografu). Preventivně aplikovat uterotonika ve III. době porodní u žen s rizikem poporodního krvácení a u žen, které jsou ohroženy i malou ztrátou krve. Dodržovat sterilitu při přestřihování pupeční šňůry. Dbát na prevenci prochlazení novorozence. Podporovat časný tělesný kontakt mezi matkou a dítětem a podporovat zahájení kojení. Provádět rutinní vyšetření placenty a vaku blan (46).

### **1.1.3 Praktiky, které jsou jednoznačně škodlivé, nebo neefektivní a které by měly být eliminovány**

Rutinně provádět klystýru. Rutinně holit pubické ochlupení. Rutinně zavádět nitrožilní infuze během I. doby porodní. Rutinně preventivně zavádět nitrožilní kanylu. Rutinně preferovat polohu vleže na zádech během porodu. Vyšetřovat konečníkem. Používat rentgenovou pelvimetrii. Aplikovat uterotonika ve kterékoli době porodní, před porodem plodu, takovým způsobem, že jejich účinek nemůže být kontrolován. Rutinně využívat polohu na porodním lůžku s nebo bez podpěrek během porodu. Záměrně usilovat o tlačení se zadržným dechem během II. doby porodní. Provádět masáž a roztahování hráze ve II. době porodní. Aplikovat tablety ergometrinu per os ve III. době porodní, jako prevenci nebo kontrolu krvácení. Rutinně aplikovat ergometrin parenterálně (nitrožilně, nitrosvalově) ve III. době porodní. Rutinně vyplachovat dělohu po porodu. Rutinně manuálně kontrolovat dělohu po porodu (46).

## 1.2 Porodní plán

Porodní plán je písemně vypracovaný seznam přání a požadavků rodičky. Měl by obsahovat vše, co je pro ženu důležité a co chce sdělit ošetřujícímu personálu, který o ni bude pečovat při porodu. Žena zde může uvést své konkrétní představy a požadavky, vše, co by při porodu ráda měla, využila, dělala, jako například pomůcky, polohy, doprovázející osoby, jaké jsou její představy o prostředí a jak si představuje komunikaci se zdravotníky. V dnešní době se trend porodních plánů pozvolna rozšiřuje. Zatím však nejsou všechny porodnice ochotny s rodičkami jejich porodní plán diskutovat. Důvodem je pravděpodobně pocit zdravotníků, že porodní plán je jakýmsi útokem ze strany rodičky. Tento pocit jistě umocňuje i to, že zdravotníci ještě neumí s porodními plány pracovat. Na druhé straně porodní plány dost často obsahují požadavky, které některé porodnice nejsou schopny splnit. Nejvíce problémů nastává v případě požadavků rodičky, které jsou v rozporu s lékařskou etikou a platnými doporučeními Lékařské komory, České gynekologicko-porodnické společnosti a České neonatologické společnosti. Tyto problémy se dají řešit komunikací s rodičkou. Důležité je vysvětlit ženě, popřípadě i jejímu doprovodu, jak důležitá tato doporučení jsou, k čemu slouží a jak chrání bezpečnost její i jejího dítěte. Ideální je hledat možné alternativy, které by vyhovovaly rodičce i ošetřujícímu personálu. Rodička může těmto problémům předejít tím, že si dopředu zjistí možnosti porodnice, a to zda porodnice akceptuje porodní plány. Nejpodstatnější zůstává personál to, jaký přístup mají porodní asistentky a lékaři porodníci k přirozeným porodům, jak umí komunikovat mezi sebou a jak komunikují s rodičkami a jejich partnery. Důležitá je filosofie porodnice, a také míra empatie. Porodní plán by měl být prostředkem komunikace mezi ošetřujícím personálem a rodiči, kteří přichází k porodu. Důležité je hovořit s rodičkou, zajistit podstatné věci a snažit se, aby byla spokojená. Přístup ke každému porodnímu plánu by měl být individuální, stejně tak, jako ke každé rodičce. Porodní asistentky a lékaři by měli mít na mysli, jak velkou moc mají ve svých rukou, jak moc mohou ovlivnit její porod – pozitivně i negativně. Žena by měla na porod vzpomínat v dobrém (17).

## 1.2.1 Využití porodního plánu

Příprava porodního plánu je vhodná z několika důvodů. Rodička se svým partnerem si dopředu a v klidu mohou stanovit vlastní priority. Pokud porodní plán sestavují společně rodička a partner, v ideálním případě s porodní asistentkou (například na předporodních kurzech, individuálních sezeních, atd.), vzájemně si mohou ujasnit svá očekávání a jednotlivosti okolo porodu. Rodička zde vyjádří pro sebe zásadní záležitosti. Porodní plán není určen jen pro zdravotníky, ale pomůže i rodičce samotné (6). Žena předloží porodní plán již při příjmu do porodnice proto, aby se s ním mohli seznámit porodní asistentka a lékař. Ti tak zjistí, jaká přání a požadavky, týkající se porodu rodička a její partner mají. Ideální je, aby tento materiál připravila porodní asistentka z porodního sálu, kde se matka chystá родit. Vhodné je, aby byl porodní plán založen do zdravotnické dokumentace. Jedno vyhotovení porodního plánu si rodiče nechají u sebe, aby ho využili ke konzultacím za porodu (27, 34). Napsat správně porodní plán není jednoduché. Měl by být vypracován tak, aby v případě porodních nepravidelností nebyl dogmatem, jehož úzkostlivé dodržování by mohlo ohrozit zdraví rodičky nebo jejího dítěte. Správně vypracovaný porodní plán má mít vždy, pro každý úsek porodu, několik alternativních řešení (27). Účelem porodního plánu je usnadnit komunikaci o přáních ženy týkajících se porodu. Nenahrazuje informovaný souhlas a žena musí být o prováděných zákrocích před jejich provedením poučena. Tyto zákroky mohou být prováděny jen s jejím souhlasem. Pokud si rodička v porodním plánu nepřeje provedení určitého zákroku, měli by s ní zdravotníci probrat, v jakých situacích tento zákrok považují za nezbytný a proč. Pokud však žena zákrok odmítá, je potřeba její vůli respektovat (34). Nezávazné jsou ty body porodního plánu, které neodpovídají technickým možnostem porodnice, jako například požadavek porodu do vody, na konkrétní porodní asistentku či lékaře u porodu. Dále nejsou závazná přání, aby lékař určitý zákrok provedl. Nelze zdravotníkům vnucovat, co mají dělat. Závazné naopak mohou být negativní pokyny týkající se některých zákroků, jako například odmítnutí vyšetření či podání léků. Porodní plán může být výhodou v případě, pokud si lékaři nemohou vyžádat souhlas rodičky (např. pro velké bolesti, kvůli kterým již rodička není způsobilá). Úmluva o biomedicině říká, že: „Pokud v situacích nouze nelze získat příslušný souhlas, jakýkoliv nutný lékařský zákrok lze provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotyčné osoby (96/2001 Sb. m. s., Úmluva o lidských právech a biomedicině, Článek 8),,. A dále, že: „Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve

stavu, kdy může vyjádřit své přání (96/2001 Sb. m. s., Úmluva o lidských právech a biomedicíně, Článek 9)“ (34).

## **1.2.2 Součásti porodního plánu**

Na začátku porodního plánu je dobré uvést osobní údaje. Výhodou je uvést i ostatní údaje, jako například termín porodu, jména rodičů, adresa, rodná čísla, zdravotní pojišťovna, obvodní gynekolog, dětský lékař, vybraná jména pro miminko (v případě, že se nebude jmenovat stejně jako matka, tak i příjmení). Rodička se tak vyhne mnoha otázkám při sepisování porodopisu, zvláště při kontrakcích, protože může odkázat ošetřující personál rovnou na porodní plán. Porodní plán může také obsahovat zdravotní anamnézu rodičů a prarodičů – alergie, dieta, operace, vleklá onemocnění, trvale užívané léky. Další částí porodního plánu by měl být shrnující vzkaz personálu, jaký typ péče si rodiče představují a stručné vyjádření (nejlépe v bodech) toho, co je pro ně důležité. Rodička s partnerem by také měli zvážit možnosti odchylek od normálního porodu a jejich představ, jako je podání infuze, operativní porod, předčasný odtok vody plodové, atd. Rodička by dále měla zvážit uvedení případných závažných skutečností, které by mohly porod významně ovlivnit (např. byla-li dříve pohlavně zneužita či znásilněna, potřebuje-li celkově velmi citlivý přístup, eventuálně zda upřednostňuje péči žen, apod.) (6).

### **1.2.2.1 Doprovod rodičky při porodu**

Žena by měla být při porodu doprovázena osobami, kterým důvěřuje a se kterými se cítí dobře: partnerem, přítelkyní, doulou nebo porodní asistentkou. Přítomnost cizích lidí, nebo naopak osamělost během I. a II. doby porodní způsobují rodičce i jejímu doprovodu stres. Rodící ženy si potřebují vytvořit speciální vztah alespoň k jedné osobě. Nejčastěji to bývá *partner*, ale ne vždy je přítomnost partnera u porodu pro ženu to nejlepší. Zatímco přítomnost některých mužů působí blahodárně, jiní porod jen zpomalují. Příliš úzkostlivý muž u porodu znervózní a svým chováním negativně působí na rodičku (26). Partner u porodu má nelehký úkol. Musí být trpělivý. Stává se jakýmsi ochráncem a průvodcem rodičky během porodu. Spolupracuje nejen s partnerkou, ale i s ošetřujícím personálem. Dohlíží na to, aby byla jeho partnerce poskytována péče v takovém rozsahu, jak si představuje, eventuálně jak si naplánovali a zaznamenali do porodního plánu. Snaží se posbírat veškeré informace, které

získávají s rodičkou od lékaře a porodní asistentky. Podporuje rodičku v jejím úsilí. Při každé kontrakci se matce věnuje a pomáhá jí s úlevovými polohami a správným dýcháním. Důležité je, aby se partner u porodu snažil ovládat své pocity, hlavně obavy a stres. Měl by se přizpůsobit náladě rodičky. Jedině tak ji nebude rušit. V případě jakýchkoli nejasností či potíží partner ví, jak přivolat porodní asistentku (37, 40). "Dula" je starý řecký název, který se dnes používá pro speciálně vyškolenou ženu, která nabízí především psychickou, ale i fyzickou oporu rodící ženě a její rodině. Dula matce poskytuje podporu a potřebné informace již během těhotenství, ženu a jejího partnera citlivým způsobem doprovází při porodu, rodině je nápomocná i v šestinedělí. Klade si za cíl přispívat k dobré tělesné a duševní pohodě matek a novorozenců. Dula neposkytuje zdravotnické služby. Doplnuje práci lékařů a porodních asistentek. Nezasahuje do jejich kompetencí. V roce 2001 byla založena Česká asociace dul, jako občanské sdružení, které sdružuje duly (osoby doprovázející ženu k porodu), zajišťuje jejich vzdělávání a podporuje duly v jejich činnosti. Po absolvování vzdělávacího programu dula obdrží certifikát, který by měla předložit v zařízení, kam rodičku doprovází k porodu (8).

### 1.2.2.2 Místo porodu

Žena by si měla zvolit takové místo pro porod svého dítěte, kde se bude cítit bezpečně, a na takové periferní úrovni, kde je dostupná náležitá péče. U těhotných s nízkým rizikem to může být doma, v malé porodnici, nebo v porodnickém centru ve městě. Musí to být místo, kde bude veškerá péče zaměřena na její potřeby a bezpečí, co nejbližší jejímu domovu a kultuře. Pokud se žena rozhodne родit doma, měla by mít sestavený plán pro případ, že by musela být převezena do řádně zařízeného zařízení (46). Jedním ze základních předpokladů alternativního vedení porodu je pozitivní působení prostředí na pocity a vjemy rodičky. Zařízení porodních sálů dnes již jen vzdáleně připomíná nemocniční prostředí. Používají se pastelové barvy, nábytek je pohodlný, porodnické nástroje a léky nejsou vystaveny na očích rodičů. Souhra prostředí a personálu vytváří v rodičích pocit důvěry a profesionality. Rodiče si přejí při svém porodu intimitu. Tento problém dnešní *porodnice* řeší porodními boxy – místnostmi určenými pro porod jedné rodičky (49). Do porodnice si rodička může donést věci, které jí porod zpříjemní. Většinou jsou to předměty, ke kterým má hluboký osobní vztah a nebo praktické pomůcky. V porodnici se rodička může cítit bezpečněji. Vědomí možných komplikací ji zde nemusí tolik znepokojoovat. Ošetřující personál by se měl snažit rodičce vyhovět v jejích přáních ohledně úpravy prostředí (49).

*Ambulantní porod* je alternativou domácího porodu. Vychází vstříc rodičce, která chce co nejvíce eliminovat pobyt v porodnici, ale zároveň minimalizuje rizika pro matku a dítě. Ideální je navazující domácí péče o nedělkou a novorozence. Ambulantní porod znamená, že žena s dítětem odchází domů 12 hodin po porodu. Pro tento typ porodu musí být dodrženy tyto podmínky: fyziologický porod, nekomplikovaný zdravotní stav matky i novorozence, negativní mikrobiologické vyšetření pochvy matky (ne starší 6ti týdnů), v rodině nesmí mít nikdo otevřenou formu tuberkulózy. Následná péče obnáší návštěvu porodní asistentky, dětské sestry, porodníka a pediatra v domácí péči rodičky. Ambulantní péče klade velké nároky na nedělkou, která se stará o novorozence sama. Pátý den po porodu je nedělkou předána do péče obvodního gynekologa a novorozenec do péče obvodního pediatra (28).

*Porod doma* preferují především ženy, které mají obavy z lékařské techniky a nemocničního prostředí. Tyto ženy chtějí přivést dítě na svět v domácím prostředí, spolu s partnerem, v intimnější a vřelejší atmosféře. Zastánci porodu doma argumentují tím, že rodičku uklidňuje domácí prostředí, které zná a je pro ni příjemné. Protože porod doma není příliš bezpečný pro matku i novorozence, jsou v České republice proti nejen téměř všichni porodníci, ale i naprostá většina porodních asistentek. V současné době mají ženy v ČR možnost obrátit se na zhruba deset porodních asistentek, které doprovázejí u porodů doma (11, 16, 28).

### **1.2.2.3 Volba pohybu a polohy při porodu**

Výzkumné studie dokazují, že poloha vleže na zádech ovlivňuje průtok krve v děloze. Těžká děloha stlačuje velké cévy, čímž snižuje průtok krve a to má vliv na plod. Poloha vleže na zádech také snižuje intenzitu kontrakcí, a tak zasahuje do průběhu porodu. Za vhodné jsou považovány polohy vertikální, nebo vleže na boku, které naopak sílu a efektivitu kontrakcí zvyšují. Ženy mají na výběr několik poloh (viz příloha 12), ale mohou být omezovány nepohodlným porodním lůžkem, prostorem na porodním sále, rutinními nařízeními nebo monitorovacími přístroji (46). Pokud má žena možnost volného pohybu při porodu, cítí se lépe a porod se tím může urychlit. Ideální je střídání několika poloh, ale pokud rodička preferuje jen jednu z nich, je třeba ji tolerovat. Snahou dnešního porodnictví je rodičku vertikalizovat. V této poloze porodnímu mechanismu napomáhá zemská přitažlivost a rodička napomáhá při úlevě od bolesti. Stoj, sed, dřep a jejich nejrůznější kombinace s využitím různých pomůcek, včetně vany nebo sprchy s teplou vodou, působí příznivě, podporují lepší postup porodu a



sníží nutnost použití léků. Významný je také nižší výskyt tísně plodu. Pomůcky k relaxaci jsou součástí vybavení porodního sálu a rodička je může kdykoli využít. Některým ženám vyhovuje i změna poloh při tlačení ve II. době porodní. Teprve v samém závěru porodu, kdy se schyluje k vlastnímu porodu dítěte, požádá porodní asistentka rodičku, aby zaujala pozici, která bude nejlépe vyhovovat pro porod miminka (1, 28, 40, 49).

#### **1.2.2.4 Bezprostřední příprava k porodu**

*Očistné klyzma* přináší několik výhod pro porod. Napomáhá vyprázdnit tlusté střevo naplněné stolicí, které by mohlo bránit postupu hlavičky do porodních cest (mechanický účinek) a zabrání tlumení kontrakcí (nervový účinek). Klyzma se provádí vpravením vlažné tekutiny konečníkem do esovité kličky a do tlustého střeva. Tekutina se aplikuje tenkou hadičkou. Množství tekutiny je přibližně 0,5 l. Po vyprázdnění tlustého střeva se sníží možnost odchodu stolice ve II. době porodní – při tlačení. Tento nechtěný únik stolice představuje pro ženu před porodem negativní zážitek a může tak způsobit psychický blok, který má za následek nespolupráci s rodičkou, která odmítá tlačit. Po stránce hygienické představuje únik stolice při porodu riziko kontaminace porodního sálu a tedy riziko infekce pro novorozence i matku samotnou. Alternativou klyzmatu je použití přípravku *Yal gel* (plastiková lahvička obsahující projímavou tekutinu, cca 70 ml). Stlačováním plastické lahvičky se vyprázdní předem napěněný roztok do tlustého střeva. Použití je jednorázové. Zpravidla po půl hodině je střevo vyprázdněno (28, 48).

#### **1.2.2.5 Monitorování plodu při porodu**

Poruchy plodu se mohou manifestovat v abnormalitách srdeční frekvence plodu. Projeví se jako bradykardie ( $< 120/\text{min}$ ), tachykardie ( $> 160/\text{min}$ ), snížená variabilita, nebo zpomalení pulzu plodu. Sledovat srdeční činnost plodu lze dvěma způsoby: periodickou auskultací a elektronickým monitoringem. Periodická auskultace může být prováděna pomocí stetoskopu nebo dokonalejším přístrojem tzv. UDOPem. Tuto kontrolu ozev plodu provádí porodní asistentka nejčastěji po 15 – 30 minutách během I. doby porodní a po každé kontrakci ve II. době porodní. Výhodou je to, že žena může zaujímat různé polohy, ve kterých lze ozvy plodu poslouchat. Elektronický monitoring se provádí za pomoci přístroje - kardiokografu

(CTG), který dokáže současně zaznamenat srdeční aktivitu plodu i děložní aktivitu. Při kontinuálním monitorování je rodička "připoutána" k přístroji, což omezuje její aktivitu. Při normálně probíhajícím porodu to však není nutné. Kontinuální monitorace srdeční frekvence plodu se zahajuje při jakékoli abnormalitě v průběhu porodu. Nevýhodou této metody je, že se ošetřující personál i doprovod rodičky příliš soustředí na přístroj, místo na ženu. Kardiotokografický záznam (CTG) klasicky získáme přiložením zevních sond na břicho ženy a jejich přichycením pružnými pásy. Další metodou monitorování stavu plodu v děloze je intrapartální fetální pulzní oxymetrie (IFPO), která hodnotí nasycení krve plodu kyslíkem. Používá se jako doplňková metoda, v kombinaci s CTG záznamem, kdy je třeba upřesnit, zda plod není ohrožen nedostatkem kyslíku. Sondu snímající signál zavede lékař pochvou do dělohy tak, aby byla vedle hlavičky plodu. Je pouze přiložena na tvář plodu. Jednou z nejnovějších metod sledování stavu plodu je ST analyzátor (STAN), který díky vyhodnocování EKG křivky plodu dokáže odhalit ohrožení plodu hypoxií v děloze. Používá se v situacích, kdy nelze objektivně hodnotit stav plodu (nekvalitní CTG záznam). Signál je získáván skalpovou elektrodou, která je přichycena na kůži hlavičky plodu. Zde zanechává minimální stopu (11, 46, 49).

#### **1.2.2.6 Sledování postupu porodu**

Počet vaginálních vyšetření by měl být omezený jen na nezbytně nutné. Tento případ nastává, když se sníží intenzita a frekvence kontrakcí, po odtoku plodové vody, nebo při známkách silného tlačení nebo nutkání tlačit, nebo před aplikací analgezie (46). Během celé I. doby porodní porodní asistentka sleduje v předepsaných intervalech stav plodu a rodičky, kontrakce a progresi porodu. Pomáhá ženě vyrovnat se s porodními bolestmi. Sleduje odezvu ženy na porodní bolesti. Doporučuje relaxační techniky a učí ženu úlevové polohy (21, 44).

#### **1.2.2.7 Prostředky k úlevě od bolesti**

Každý spontánní vaginální porod bolí. Porod bez bolesti neexistuje. Míra bolestivosti kontrakcí je ovlivněna hlavně rodičkou samotnou, jejím osobním přístupem k porodu. Důležitá je schopnost ženy se uvolnit a správně dýchat při kontrakcích. Kromě toho existuje mnoho opatření, jak zmírnit bolest při porodu. Většinou nelze utlumit bolest zcela, ale

různými způsoby tlumení bolesti a příjemnou a zasvěcenou péčí partnera a porodní asistentky dokáže většina žen bolest zvládnout. Lze použít farmakologické, nefarmakologické metody tlumení bolesti nebo jejich kombinaci. Důležité je vědět, jakou metodu rodička preferuje. Výhodná je domluva zdravotnického personálu s rodičkou již před porodem. Tak je rodička poučená, kdy a jakou metodu tlumení bolesti může využít a lékař s porodní asistentkou se mohou na tento okamžik připravit (25, 40).

*Nefarmakologické metody tlumení bolesti* působí ve třech sférách: zasahují a přímo tlumí bolest v místě, odkud vychází, přispívají k většímu vnímání příjemných pocitů, a tak snižují vnímání bolesti, zahrnují činnost, která pomůže odvést pozornost matky od bolesti jako takové. K těmto metodám patří například vlastní rituály, pohyb a změna polohy během porodu, masáž, koupel, sprcha, aplikace tepla a chladu, elektrostimulace, akupresura, hypnóza, relaxační techniky, vizualizace, určité typy dýchání, aromaterapie, homeopatie, atd. (18, 40, 41).

Mezi *farmakologické metody tlumení bolesti* patří systémová, inhalační, místní a regionální analgezie. Výhodou těchto metod je jejich účinek, dostupnost, a často i aplikace, kterou u některých metod může podat lékař - porodník a nebo i porodní asistentka. K nevýhodám patří náročnost některých technik (epidurální a spinální analgezie) a aplikace těchto, která vyžaduje dostupnost a rozšíření ošetřujícího týmu o dalšího člena, kterým je anesteziolog. Nevýhody pro rodičku spočívají ve vedlejších účincích, jako je obluzenost, paradoxní excitace, možnost amnézie na porod a první kontakt s dítětem a zhoršená spolupráce s rodičkou. Farmaka tlumící bolest působí i na plod u kterého může dojít k útlumu CNS. Porodník a porodní asistentka musí sledovat kontrakční činnost, jelikož vlivem farmak může dojít také k útlumu kontrakcí. Po aplikaci farmakologických metod většinou rodička není omezována v pohybu. Kontrola fyziologických funkcí rodičky, stavu plodu a děložní činnosti je kontrolována porodní asistentkou a porodníkem dle doporučených postupů ČGPS (18).

#### **1.2.2.8 Provedení episiotomie**

Zda je nástřih hráze (episiotomie) nutný či nikoli, hraje významnou roli zkušenost porodníka nebo porodní asistentky a schopnost rodičky s nimi spolupracovat. Provedením nástřihu se lze vyhnout riziku vzniku jiného porodního poranění. Episiotomie se v případě nutnosti provádí v okamžiku, kdy se hlavička plodu začne objevovat v poševním vchodu a

napíná při tom tkáň hráze. Úkolem porodníka, nebo porodní asistentky, která porod vede, je hráz chránit. V případě vysoké, nebo křehké hráze, je episiotomie ideálním řešením, jak předejít většímu porodnímu poranění. Nástřih provádí porodník, či porodní asistentka, většinou bez lokálního znecitlivění, v době, kdy rodička intenzivně tlačí a hráz je silně napjatá. Rodička nástřih hráze většinou nevnímá. Ošetření episiotomie se provádí v místním znecitlivění, opichem 1% Mesocainem. Délka ošetření závisí na rozsahu poranění, ale obvykle se pohybuje kolem 15 minut. K šití se používají vstřebatelné materiály. K samovolně vzniklým poraněním dochází na hrdle děložním, v pochvě a na hrázi. Rozsah těchto poranění je různý, posuzuje se po porodu placenty za pomoci vyšetření v zrcadlech. Tyto trhliny mohou být malé, povrchové, na ošetření a hojení nekomplikované. Některá poranění jsou však rozsáhlejší, a tak je jejich ošetření a hojení komplikovanější. Nejzávažnějším porodním poraněním je poranění hráze spojené až s poraněním svěrače, někdy i stěny konečníku. Toto poranění označujeme, jako poranění III. stupně. Jeho ošetření je náročné a i přes pečlivé provedení může být funkce svěrače v poporodním období i po šestinedělí oslabena (11).

#### **1.2.2.9 Možnost dotepání pupečníku po porodu**

Pokud jde o nekomplikovaný porod a není třeba akutního ošetření dítěte, nechává se po porodu plodu pupečník dotepat. Potom se přestřihne a dítě se předá k ošetření porodní asistentce, nebo dětské sestře. Dle přání rodičů je možné novorozence po porodu položit matce na břicho. Jinak se přenáší do vyhřívaneho lůžka k ošetření. Toto lůžko je součástí porodního sálu a rodiče mají tak své dítě na dohled (11).

#### **1.2.2.10 Péče o miminko bezprostředně po porodu a časný kontakt novorozence s matkou**

První ošetření novorozence po porodu má za úkol zabezpečit vhodné podmínky pro nástup jeho poporodní adaptace a první lékařské zhodnocení stavu. Všechny výkony musí být prováděny s maximální šetrností. Důležité je provádět pouze nezbytné činnosti. Vhodné je ošetření novorozence v přítomnosti matky, či obou rodičů. Snahou je zajistit včasný fyzický kontakt s matkou. Fyziologického novorozence ošetřuje dětská sestra, nebo porodní asistentka. Patologického a nedonošeného novorozence ošetřuje dětská sestra a neonatolog, či

pediatr (10, 13). Poporodní ošetření zahrnuje: omezení ztrát tepla, ošetření pupečníku, označení novorozence, zajištění proti úniku tepla, prevenci vzniku gonokokového zánětu spojivek u novorozenců – kredeizaci, přiložení novorozence k prsu, zavedení dokumentace a vážení a měření novorozence (2, 13). Poporodní vyšetření je dále zaměřené na zhodnocení poporodní adaptace a odhalení vrozených vývojových vad. Závěr vyšetření určí, zda je novorozenec fyziologický a péče o něj bude prováděna na oddělení fyziologických novorozenců, nebo zda se jedná o patologického novorozence a je nutné ho ošetřovat na oddělení intermediární, nebo intenzivní péče. Po porodu císařským řezem je nutné zvlášť dodržovat zásady termomanagementu, rychlost a šetrnost ošetření. Novorozenec má po porodu císařským řezem odlišnou adaptaci. Proto provádíme na operačním sále pouze nejnutnější výkony (13). Průběh bezprostřední poporodní adaptace novorozence vyjadřuje Apgar skóre (viz příloha 17) (2).

#### **1.2.2.11 Porod placenty**

Příprava na III. dobu porodní (porod placenty) začíná již ve II. době porodní po porodu hlavičky plodu, kdy porodní asistentka aplikuje do žíly rodičce oxytocin, který napomáhá rychlejšímu odloučení placenty. K vyplavení vlastního oxytocinu z hypofýzy matky napomůže časné přiložení novorozence k prsu a dráždění prsních bradavek. III. doba porodní začíná po porodu plodu a končí porodem placenty. Trvá přibližně 10 minut. Neměla by překročit 60 minut. Podle určitých známek porodní asistentka nebo lékař, který vede porod, posoudí, zda je placenta již odloučená a vyzve ženu k dalšímu zatlačení. Porodí tak placentu i s plodovými obaly. Aby se potvrdilo, že v děloze nezůstaly žádné zbytky (rezidua) placentární tkáně nebo části plodových obalů, musí porodník, nebo porodní asistentka vedoucí porod, placentu i s obaly a pupečníkem zkontrolovat (7, 11, 28).

#### **1.2.2.12 Brzké propuštění z porodnice**

Za několik hodin po spontánním porodu může nedělka vstát z lůžka a již první den na lůžku cvičit. Na oddělení šestinedělí denně probíhá vizita lékaře (gynekologa a neonatologa), maminky tak mohou řešit své potíže a požadavky včas. Gynekolog pravidelně kontroluje zavínování dělohy, množství a vzhled očítků, hojení poporodní poranění, řeší případné potíže

s prsy a sleduje psychické změny u nedělky (11). Propuštění z porodnice je možné obvykle 3. – 4. den po spontánním porodu, 5 – 6 dní po porodu císařským řezem. Dle posledního doporučení České neonatologické společnosti je možno propustit zcela zdravého novorozence z nemocničního ošetření po 72 hodinách (38).

### 1.2.2.13 Možné odchylky od normálního průběhu porodu

Těhotenství a porod je jedinečná událost, a tak se v jeho průběhu může stát situace, která není podle představ budoucích rodičů. Tyto situace mohou ohrožovat matku a dítě na životě, proto je třeba rychle se rozhodovat. Pokud je rodička se svým partnerem dobře připravena na porod a dostatečně informována, nejsou tyto výjimečné situace tak stresující. Pokud je situace vážná, vyžaduje rychlý a profesionální zásah zdravotníků. V těchto chvílích se budoucím rodičům může zdát, že jsou lékaři a porodní asistentky neosobní a chladní, ale v takových situacích je toto chování pochopitelné (11, 28).

*Předčasný porod* je porod dítěte před 38. týdnem těhotenství. Předčasně narozené děti jsou nezralé, s nízkou porodní váhou a nedokonalými adaptačními mechanismy. Nedonošené děti jsou ohroženy celý svůj novorozenecký a kojenecký věk, větší nemocností a některé z nich i poruchou fyzického a duševního vývoje. Příčiny předčasného porodu jsou většinou nejasné. Patří k nim anatomické odchylky na děloze, oslabené děložní hrdlo, nadměrné rozepnutí dělohy při vícečetném těhotenství a zmnožení plodové vody. K dalším příčinám patří onemocnění matky jako je preeklampsie, diabetes, trauma matky (fyzické nebo psychické). Nejčastějšími příčinami předčasného porodu jsou záněty pochvy, které mohou přestoupit do dělohy a na plodové obaly. Někdy ohrozí infekce i přímo samotný plod v děloze. Příznaky předčasného porodu jsou – děložní stahy, zkracující se děložní hrdlo, někdy odchod hlenové zátky, v některých případech oteklá voda plodová. Léčba hrozícího předčasného porodu spočívá v hospitalizaci v perinatologickém centru, podání léků tlumících děložní činnost a léků, které podporují dozrávání plic dítěte. V případě rizika infekce jsou matce podána antibiotika (11, 28).

K samovolnému odtoku plodové vody dochází nejčastěji při porodu, což je přirozený mechanismus. Pokud však plodová voda odeče ještě před nástupem pravidelné děložní činnosti, hovoříme o *předčasném odtoku plodové vody (PROM)*. Podle toho v jakém týdnu se těhotenství nachází, se jedná o porod, předčasný porod a někdy i o potrat. Plodová voda představuje ideální prostředí pro vývoj plodu, rovnoměrně rozepíná amniovou dutinu, čímž

vytváří dostatek prostoru pro plod a jeho pohyby, chrání pupečník a placentu před útlakem a zajišťuje tak krevní oběh mezi plodem a placentou. Dále chrání plod před nárazy a tlakem zvenčí. Svými ochrannými mechanismy proti mikrobům plodová voda chrání plod před infekcí. Při porodu napomáhá plodová voda ve vaku blan dilatovat porodní cesty. Rizikové faktory pro PROM jsou: poševní infekce, předčasná děložní činnost, vícečetné těhotenství, krvácení, předčasný porod a PROM v minulé graviditě, nedostatečnost děložního hrdla, zmnožení plodové vody, stav po výkonech na děložním hrdle, nikotinismus. PROM se projeví trvalým vodnatým výtokem z pochvy. Kontrakce nemusí být přítomny. Těhotná by v případě podezření na odtok vody plodové měla neprodleně vyrazit do porodnice. Zamezí tak vzniku komplikací. Léčba při PROM je závislá na týdnu těhotenství. U těhotenství pod 36. týden by měla být žena hospitalizovaná v perinatologickém centru. Pokud je těhotenství v termínu, můžeme při fyziologickém stavu plodu i matky vyčkat určitý čas (12–24 hodin), zda se porod nerozeběhne sám. V opačném případě musí porodník přistoupit k vyvolání porodu (11, 28).

*Prodloužené těhotenství* (přenášení) je těhotenství o 14 dnů delší, než je stanoven termín porodu (281 dní od prvního dne poslední menstruace). Rizikem přenášení jsou známky pokročilé zralosti placenty, která již nezvládá pokrýt potřeby plodu. Proto je nutné těhotnou, která přenáší 10 dní hospitalizovat a sledovat stav plodu, který je ohrožen nedostatkem kyslíku a živin. Nejčastější možností léčby je porod uměle vyvolat (11, 28).

*Umělé vyvolání porodu* (indukce porodu) je druh medikamentózního porodu, kdy je vyvolána děložní činnost podáním léků. Důvodem je přenášení, ohrožení plodu, riziko poškození plodu u některých chorob matky (např. diabetes, preeklampsie), velký plod dle ultrazvuku a někdy předčasný odtok plodové vody. Indukce porodu se liší podle stáří gravidity a připravenosti porodních cest. Pokud je těhotenství v termínu a hrdlo děložní je pootevřené, provádí se indukce dirupcí (protržením) vaku blan. Hlavička tak lépe nalehne na hrdlo děložní a vyvolá tak kontrakce děložní. Pokud jsou kontrakce slabé, je možné je podpořit infuzí s oxytocinem. Při uzavřeném hrdle děložním podá porodník prostaglandiny (tablety, gel) přímo do hrdla děložního a tím tak podpoří otevírání hrdla a vyvolání kontrakcí děložních (11, 28).

*Překotným porodem* je označován spontánní porod, který trvá méně než dvě hodiny. Nejčastěji to bývá u vícerodíček, při silných kontrakcích, při slabém hrdle děložním a u malých plodů. Těhotná je ohrožena poraněním hrdla děložního, pochvy a vznikem trhlin hráze a krevních výronů na rodidlech. Novorozenci hrozí nebezpečí nitrolebního krvácení (11, 28).

*Medikamentózní porod* je porod, v jehož průběhu jsou podány rodičce léky na úpravu děložní činnosti. Nejčastěji jsou to léky zesilující, nebo vyvolávající kontrakce děložní (uterotonika – oxytocin). Kontrakce v I. době porodní mohou zeslábnout při vyčerpání děložního svalstva. Léky tlumící kontrakce (uterolytika – gynipral) jsou podávány v případě hrozícího předčasného porodu nebo hyperaktivity dělohy. Silné a dlouhotrvající kontrakce mohou ohrožovat plod nedostatkem kyslíku. Tyto léky se podávají ženě v infuzi přímo do žíly (11, 28).

*Poloha plodu koncem pánevním* je sice polohou fyziologickou (vyskytuje se u 3 – 4% žen), ale protože se při porodu dítěte v této poloze vyskytuje více komplikací, je porod koncem pánevním brán jako rizikový. Rozhodnutí o vedení porodu je zásadní. Pokud lze vést porod přirozenou cestou, může se rodička sama rozhodnout a vybrat si, zda preferuje spontánní porod, nebo císařský řez. Pro spontánní porod je směrodatná poloha a hmotnost plodu. Pokud naléhají do pánve kromě hýždí i nožky a dítě je menší než 2500g a větší než 3 500g, těhotenství je ukončeno operativně (11, 28).

*Císařský řez* je nejčastější porodnická operace. Důvodem operace je zabránit ohrožení zdraví nebo života plodu nebo matky. Existuje doporučení ČGPS, které přesně stanovuje situace, při kterých se císařský řez provádí. Pokud se provádí císařský řez plánovaně, před nástupem děložní činnosti, hovoříme o plánovaném císařském řezu. V případě náhlého ukončení těhotenství v průběhu porodu hovoříme o akutním císařském řezu. Vlastní operační výkon probíhá buď v celkové nebo svodné anestezii. Svodná (spinální, epidurální anestezie) má své přednosti, jako minimální riziko vdechnutí žaludečního obsahu, nehrozí útlum plodu, žena je v bdělém stavu a tak může komunikovat s personálem a ihned po porodu vidí své dítě. Nevýhodou svodné anestezie je riziko poklesu krevního tlaku a tak snížený přísun kyslíku pro plod. Pozitiva celkové anestezie jsou rychlý a spolehlivý účinek, nehrozí pokles krevního tlaku matky, při zajištění dýchacích cest je spolehlivější kontrola dýchání v průběhu výkonu. Nevýhodami celkové anestezie jsou zvýšené riziko vdechnutí žaludečního obsahu, útlum novorozence, žena vždy spí a proto nemá bezprostřední kontakt s dítětem. Kožní řez je ve většině případů veden příčně v úrovni horního okraje stydkého ochlupení. Pokud nenastanou žádné komplikace, operace trvá přibližně 45 minut. Po operaci je žena umístěna na pooperačním pokoji, kde je zajištěna intenzivní péče. Pokud je matka i dítě v pořádku, nosí ho dětské sestry i na tento pokoj a snaží se o časnou přilohu dítěte k prsu, aby se rozeběhla laktace. Pobyt v porodnici se po císařském řezu pohybuje kolem 6 dní. Císařský řez je velká operace, během níž je žena ohrožena závažnými komplikacemi. Další těhotenství po císařském řezu je sledováno jako rizikové (11, 28).



*Porodnické kleště* jsou nenahraditelný nástroj, který umožňuje dokončit porod přirozenou cestou v situacích, kdy pominula možnost ukončení porodu císařským řezem, protože hlavička plodu je již hluboko v pánvi. Podmínky pro provedení kleští jsou přísně stanovené. Nejčastějším důvodem pro provedení kleští jsou známky nedostatku kyslíku u plodu, při tlačení ve II. době porodní. Porodnické kleště jsou speciálně tvarované, takže obejmou hlavičku plodu, v žádném případě by ji neměly mačkat. Smyslem jejich použití je podpořit nebo nahradit porodní síly rodičky, které jsou v této chvíli nedostačující pro rychlé ukončení porodu. Dnešní porodnické kleště jsou vyrobeny tak, aby jejich použití nezpůsobilo poranění matky, ani plodu. Porod ukončený použitím kleští smí provést pouze zkušený porodník. V ČR je vedeno kleštěmi přibližně 2-3% porodů (11, 28).

*Vakuumextrakce (VEX)* je novější alternativa porodu kleštěmi. Na hlavičku plodu se umístí umělohmotný zvon, který se díky pumpě, která v něm vytvoří podtlak, k hlavičce přisaje. Tahem za držadlo zvonu se tak napomáhá porodu hlavičky. Hlavní nevýhodou VEX oproti porodnickým kleštím je, že ho nelze použít v akutních situacích, které vyžadují velmi rychlé ukončení porodu. Nesmí se použít v případě velkého nedostatku kyslíku u plodu (11, 28).

*Manuální lyse placenty* (vybavení placenty rukou) se provádí v případě, že se placenta samovolně neodloučí a neporodí do 30 minut po porodu plodu. Dalším důvodem je silné krvácení ženy po porodu při neporozené placentě. V těchto případech v celkové, nebo svodné anestezii, porodník placentu uvolní a vybaví rukou zavedenou do dělohy. Výkon trvá přibližně 15 minut (11, 28).

*Revize dutiny děložní po porodu* je výkon prováděný za účelem kontroly dutiny děložní po porodu. Důvodem může být zadržení části placenty, nebo blan. Pokud by tento výkon porodník neprovedl, byla by žena ohrožena silným krvácením a zánětem. Revize dutiny děložní se provádí přímo na porodním sále v celkové anestezii. Obsah dutiny děložní je vybaven buď manuálně (prsty) nebo instrumentálně (speciální porodnickou kyretou). Doba trvání výkonu je přibližně 15 minut (11, 28). Po provedení manuálního vybavení placenty a revizi dutiny děložní porodník, ještě v téže celkové anestezii, zkontroluje rodidla a ošetří případná porodní poranění. Tyto výkony mají také svá rizika, jako ostatní operace. Nejzávažnější je situace, kdy přes veškerá opatření rodička stále silně krvácí. V naprosté většině případů nejsou před porodem žádné varovné známky tohoto rizika. Pokud se krvácení nedaří zastavit a život rodičky se dostává do bezprostředního ohrožení, může být poslední volbou pro záchranu jejího života operační výkon hysterektomie (odejmutí dělohy) (11, 28).

## 1.3 Psychologie těhotné

Těhotenství je pro ženu nejen fyzickou ale i psychickou záležitostí. Musí se naučit akceptovat dítě jako součást sebe sama a postupně si zvyká na představu dítěte jako samostatné bytosti. Mění se z těhotné ženy v matku. Reakce mužů na těhotenství jsou různé. Někteří procházejí těhotenstvím podobně jako ženy. Podílí se na těhotenství jak fyzicky, tak emocionálně. Ať už je těhotenství plánované, či nikoli, mění mezilidské vztahy mezi všemi členy rodiny. Oba rodiče se mohou cítit zaskočení skutečností, že čekají potomka, že se stanou rodiči. Často přemýšlejí o tom, jak budou fungovat nadále, jako partneři a jako rodiče. Těhotenství může být samo o sobě zdrojem úzkosti, nebo počátkem, či zhoršením úzkostných poruch (36). Rozlišujeme tři základní faktory strachu a úzkosti těhotné ženy: úzkost vztahující se k těhotenství a porodu, úzkost týkající se očekávané péče o dítě, úzkost jako psychopatologický symptom.

„Sjorgen (1997) na vzorku 100 těhotných žen, které byly vyšetřeny bez obav z porodu, zdokumentovat nejčastější úzkosti těhotných. Nejčastěji udávaly nedůvěru k porodnímu personálu (73%), strach z vlastní neschopnosti (65%), strach ze smrti své, nebo dítěte, nebo obou (55%), strach z nesnesitelné bolesti (44%) a strach ze ztráty sebeovládání (43%) (36, s. 41).“

„Hájek (1997) uvádí, že asi 70% těhotných se obává malformace plodu, 35% má strach z porodního poranění, 20% má strach z aplikace injekcí, včetně epidurální analgezie a 17% se obává ztráty sebekontroly na porodním sále (36, s. 41).“

K rizikovým faktorům rozvoje úzkosti v těhotenství patří přítomnost psychické poruchy v anamnéze, stresující faktory spojené s těhotenstvím, problematické předchozí těhotenství, psychosociální rizikové faktory (36).

### 1.3.1 Předporodní příprava

Současným trendem je, že se ženy zajímají více o své těhotenství již předem. Starají se o vše kolem těhotenství, porodu i šestinedělí. Informují se o péči o dítě, o přítomnosti partnera u porodu a v neposlední řadě i o aktivity určené přímo těhotným. Základem této předporodní přípravy je připravit ženu na tělesné i psychické změny, které k těhotenství, porodu a mateřství neodmyslitelně patří. Dalším úkolem je zmírnění, nebo úplné odbourání negativních emocí, snížení strachu z porodu a minimalizovat obavy o dítě. Psychoprofylaxe má také vliv

na získání a posílení důvěry vůči zdravotnickému personálu a pomáhá rodičku pozitivně naladit (28). S předporodní přípravou je vhodné začít již mezi 24-28. týdnem těhotenství. Ideální je, když těhotná navštěvuje předporodní kurzy, vedené zkušenou porodní asistentkou. Mnoho rodičů si přeje absolvovat kurz pro oba partnery. Součástí lekcí předporodní přípravy by mělo být: informace o těhotenství a porodu, seznámení s odbornou terminologií, vysvětlení těhotenských obtíží a životosprávy v těhotenství, informace o tom, co obsahuje těhotenský průkaz, podpora vztahu matka – otec – plod, porodní fáze a jejich průběh, průběh porodu v porodnici a seznámení s prostředím porodnice, učení a nácvik úlevových poloh, dechových cviků a relaxačních technik, metody tlumení bolesti, životospráva po porodu a při kojení, základy péče o dítě a informace o kojení, redukce strachu, podpora sebedůvěry a sebevědomí těhotné. Těhotná by měla v předporodním kurzu získat kromě informací a dovedností i možnost sociální opory. Porodní asistentka, která vede předporodní kurzy je, odborníkem, na kterého se může těhotná obracet se všemi svými problémy, strachy a nejistotou (41, 36). V posledním trimestru těhotenství by měla mít maminka vybranou porodnici, ve které chce porodit. Vhodná je exkurze na porodní sál, aby se rodička seznámila s prostředím. Zároveň má budoucí rodička možnost zeptat se na informace, které jsou pro ni důležité. Mezi tyto informace patří to, zda porodnice preferuje přirozený porod, jak vypadají porodní sály. Drtivá většina rodiček dává přednost soukromí, to znamená odděleným porodním pokojům, před místností, kde rodí více maminek oddělených plentou. Je možná přítomnost partnera u porodu? Další otázkou jsou možnosti porodní polohy. Zda je možný například porod do vody, či jiné polohy při porodu, než vleže na lůžku. Současným trendem se stává možnost porodního plánu, který si rodiče přinesou s sebou k porodu. Maminky také zajímá, jaké možnosti tlumení bolesti porodnice nabízí. Jak je nakládáno s mimikem bezprostředně po porodu. Zda je do 30 minut přiloženo k prsu. Zda je možný roaming-in. Dostupnost nadstandardu. Návštěvní hodiny a povolené návštěvy na pokoji. Za jak dlouho po porodu bez komplikací může být maminka s dítětem propuštěna domů. Zajímají se i o to, zda porodnice má k dispozici plenky, kosmetiku a oblečení pro miminko, či vložky a jednorázové kalhotky pro maminky (5).

## 1.4 Průběh a psychologie porodu

„Porodem (partus) nazýváme každé ukončení těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec o minimální hmotnosti 500 g, nebo přežije-li novorozenec i s menší hmotností alespoň 24hodin. U mrtvě narozeného plodu je podmínkou porodu rovněž minimální hmotnost 500 g. Porod do konce 37. týdne těhotenství označujeme jako předčasný (partus praematurus). Od 38. do 42. týdne těhotenství včetně hovoříme o porodu v termínu, nebo také o včasném porodu (partus maturus). Ukončení těhotenství po 42. týdnu těhotenství označujeme jako opožděný porod (partus serotinus) (7, s. 123)“. Vlastní porod dělíme na : první dobu porodní (I. doba porodní) – otevírací, druhou dobu porodní (II. doba porodní) – vypuzovací, třetí dobu porodní (III. doba porodní) – porod placenty a plodových obalů, čtvrtou dobu porodní (IV. doba porodní) – poporodní sledování rodičky na porodním sále (7).

### 1.4.1 Péče o rodičku za porodu

Péče o ženu v průběhu porodu, začíná přijetím rodičky na porodní sál a končí až jejím převozem na oddělení šestinedělí. Toto období vyžaduje profesionální a profesní zdatnosti personálu porodního sálu, i to, jak dokáže vyhovět někdy i neobvyklým přáním a požadavkům rodiček. Je však třeba dodržovat vývojem potvrzené porodnické zásady a pravidla. Nedostatky v porodní péči mohou být příčinou nejen nespokojenosti ženy – rodičky, ale především mohou ohrozit její zdraví, nebo zdraví jejího dítěte (44).

#### 1.4.1.1 Průběh první doby porodní

Porod je zahájen počátkem děložní činnosti (kontraktí), která vede k rozvíjení dolního děložního segmentu, děložního hrdla a branky. Průměrné trvání I. doby porodní je u prvorodiček (primipar) cca 10 hodin, u vícero diček (multipar) 6-7 hodin. I. doba porodní končí úplnou dilatací hrdla děložního – zánikem branky. Frekvence otevíracích kontraktí je na počátku první doby porodní zpravidla 1-2/ 10 minut. V 10-15% dochází v tomto období k odtoku plodové vody. Pokud bezprostředně po odtoku nezačnou kontrakce děložní, jedná se o předčasný odtok vody plodové (7). Postup při příjmu těhotné na porodní sál obnáší: aspekci zevních rodidel, poslech ozev plodu, vstupní kardiokografie (CTG), podrobný sběr anamnestických dat, změření pánevních rozměrů, zevní vyšetření k určení polohy a postavení

plodu, vyhmatání výšky a směru krční rýhy, vaginální vyšetření lékařem (určení fáze porodu), záznam vyšetření fyziologických funkcí, tělesné výšky, hmotnosti a orientační vyšetření moče rodičky (44). Na základě těchto vyšetření stanoví lékař přibližný program průběhu porodu a společně s porodní asistentkou informuje rodičku, eventuálně i její doprovod (28). Rodička má možnost přinést si s sebou do porodnice svůj porodní plán, kde jsou písemně zpracovány její požadavky a přání ohledně porodu. Pokud by požadavky byly proti zájmu matky nebo plodu, lékař s porodní asistentkou o tom pár uvědomí (34).

Sledování průběhu I. doby porodní:

- a) vaginální vyšetření cca po 2–3 hodinách - kontrola vstupování hlavičky, změny nálezu na děložním hrdle a děložní brance
- b) sledování děložní činnosti (palpačně a CTG monitorem)
- c) krevní tlak, puls a teplota matky po 2–3 hodinách
- d) srdeční frekvence plodu, intermitentní kardiokografické sledování
- e) dbát na vyprazdňování močového měchýře (46).

#### **1.4.1.2 Průběh druhé doby porodní**

II. doba porodní – vypuzovací – začíná v okamžiku zániku porodnické branky a plod v jejím průběhu prostupuje tvrdými i měkkými porodními cestami. Končí porodem plodu. Neměla by trvat déle než 60 minut. Před zahájením vlastního tlačení je nutné rodičku vaginálně vyšetřit. Jen tak si ověříme nález na hrdle děložním a zjistíme zda je hlavička plodu správně dorotovaná a sestouplá v porodním kanále. Samozřejmě je poslech ozev plodu po každé kontrakci (7, 44). Rodička aktivně tlačí pouze za kontrakce. Když se hlavička začne objevovat v poševním vchodu – začne prořezávat – je důležité, aby rodička spolupracovala s porodníkem, který ji pomocí rad ohledně intenzity tlačení vede k pozvolnému porodu hlavičky. Při porodu hlavičky je důležité správné chránění hráze (perinea), eventuálně včasné provedení nástřihu hráze (epiziotomie), jako prevence většího porodního poranění (11, 44). Mezi faktory, které ovlivňují průběh II. doby porodní patří: děložní kontrakce, jejich intenzita a frekvence, břišní lis, vzájemné odlišnosti jednotlivých pánevních rovin a specifická topika stavby kostěné pánve, poddajnost měkkých porodních cest, naléhání, tvar a velikost hlavičky plodu (7). Ve II. době porodní rodička může zaujmout jakoukoli polohu, která jí bude pohodlná a napomůže jí k lepšímu tlačení a sestupování hlavičky plodu. V mnoha porodnicích se nejčastěji využívá polohy v polosedě s pokrčenými nohama (21).

### 1.4.1.3 Průběh třetí a čtvrté doby porodní

III. doba porodní začíná po porodu plodu a končí porodem placenty. Trvá přibližně 10 minut. Neměla by překročit 60 minut. Po porodu plodu se děloha přizpůsobí sníženému obsahu výrazným stahem (retrakcí). Děložní fundus klesne k pupku, je zaoblený. Ale teprve až po porodu placenty a plodových obalů se děloha kompletně retrahuje (7, 11). Čtvrtá doba porodní začíná po porodu placenty. Trvá přibližně dvě hodiny. V této doby zůstává rodička na porodním sále. Pokud je to možné, může být přítomen i její partner a novorozenec. IV. doba porodní je charakteristická intenzivnějším sledováním rodičky. Porodní asistentka sleduje základní životní funkce, jako je krevní tlak, tepová frekvence a teplota rodičky. Kontrola těchto fyziologických funkcí by měla být provedena nejméně dvakrát ve IV. době porodní a těsně před převozem rodičky na oddělení šestinedělí. Dále porodní asistentka sleduje zavinování (involuci) dělohy a s tím související krvácení z dělohy. Kromě involuce dělohy je nutné sledovat i stažení (tonus) dělohy. Tonus musí být pevný. Pokud je děloha hypotonická, může žena více krváčet. Součástí IV. doby porodní je také prohlídka porodních cest v zrcadlech. Lékař, nebo porodní asistentka tak zkontroluje případná porodní poranění na hrdle děložním a v pochvě. Je nutné zkontrolovat i zevní rodidla, kde také vznikají poranění. Poranění ošetřujeme v lokálním znecitlivění nejčastěji suturou vicrylovými stehy, které se během několika dní vstřebají, nebo samy vypadnou (7, 11). Důležitou součástí IV. doby porodní je kojení. Právě v tuto dobu je vhodné posilovat kontakt mezi matkou a novorozencem časným přiložením k prsu. Pokud je to možné, je dobré, aby rodiče s dítětem mohli trávit čas společně, po celou dobu pobytu na porodním sále (31).

### 1.4.1.4 Péče o ženu v časném šestinedělí

Šestinedělí (puerperium) je období začínající ukončením těhotenství. Trvá 42 dní. V tomto období mizí anatomické a fyziologické těhotenské změny a organizmus ženy se vrací do stavu jako před těhotenstvím. Doba bezprostředně po porodu je pro organizmus ženy po porodu velmi náročná a nazývá se časně šestinedělí. Po dvou hodinách na porodním sále po porodu je maminka převezena na oddělení šestinedělí. V dnešní době je spíše standardem systém společného ošetřování novorozence s matkou (rooming-in). Jedním ze specifík organismu neděvky je hojení rané plochy v děloze, v místě, kde byla uložena placenta. Toto hojení je provázáno odchodem očístků (lochii). Další důležitou změnou v šestinedělí je

zavinování dělohy. K lepšímu zavinování dělohy pomáhá kojení, vhodná rehabilitace a cvičení po porodu. Velký význam v šestinedělí má kojení. Upevňuje vztah mezi matkou a dítětem. Přibližně od 3 dne se kolostrum mění v mléko. Po porodu císařským řezem může být nástup tvorby mléka (laktace) o několik dní opožděn. Pravidelné přikládání dítěte k prsu a správná technika kojení jsou faktory podporující dostatečnou tvorbu mléka a bezproblémové kojení. V období šestinedělí je velmi důležitá hygiena. Každá maminka je poučena o čistotě rukou, výměně vložek, péči o šití, o vyprazdňování a péči o prsy (7, 11, 28).

#### **1.4.1.5 Role porodní asistentky v péči o rodičku**

Porodní asistentka je prvním členem ošetrovatelského týmu, se kterým se rodička a její partner při příchodu na porodní sál setkává. Jejím úkolem je ženu uklidnit, vysvětlit jí postup přijetí, vyžádat si od ní potřebnou dokumentaci, podle které sepíše porodopis. Po vstupním vyšetření společně s rodičkou a jejím partnerem probere možnosti dalšího postupu porodu. Zjistí také zvláštní přání a požadavky páru. Tyto s ním zkonzultuje a popřípadě vysvětlí, proč nebude možné je dodržet. Již od počátku se asistentka snaží rodičku ujistit, že je schopna se s porodem vyrovnat a porodit své dítě. Rodička na nově vzniklou situaci a kontrakce děložní může reagovat různě, proto když si porodní asistentka plánuje svou péči, musí být velmi obezřetná a nevytvářet si ukvapené soudy o lidech. Během celého porodu porodní asistentka sleduje v předepsaných intervalech stav plodu a rodičky, kontrakce a progresi porodu. Pomáhá ženě vyrovnat se s porodními bolestmi. Sleduje odezvu ženy na porodní bolesti. Doporučuje relaxační techniky a učí ženu úlevové polohy. Důležité je zapojit do porodního procesu doprovod rodičky. Při jakémkoli náznaku rizika porodní asistentka informuje lékaře (21, 44). Přítomnost porodní asistentky je pro matku zdrojem podpory a povzbuzení. Většina žen si při porodu připadá závisle, proto se cítí bezpečně v přítomnosti ošetrojícího personálu. Ve II. době porodní již porodní asistentka rodičku neopouští a snaží se ji podporovat v jejím úsilí. Úkolem porodní asistentky je pomoci ženě vyhledat vhodnou polohu pro tlačení a naučit ženu efektivně tlačit (21). Mezi kompetence porodní asistentky také patří vyšetření a ošetření fyziologického novorozence na porodním sále (9, 10). Porodní asistentka pečuje také o ženu v časném šestinedělí. Jejím úkolem je hlavně edukace matek ohledně kojení, péči o prsy, hygieny, péče o suturu, pohybových aktivit a péči o dítě.

## 1.4.2 Psychologický přístup k rodičí ženě

Efektivní komunikace mezi porodní asistentkou a rodičkou se vyznačuje vysokou mírou empatie, respektu a tolerance k přáním a projevům rodičky. Porodní asistentka využívá všech psychologických prostředků ke zdárnému průběhu porodu. Snaží se o zmírnění negativních vlivů na rodičku, jako je stres, velká psychická i fyzická zátěž. Porodní asistentka by měla být pro rodičku velkou oporou a průvodcem porodním procesem. Využívá spíše nedirektivních technik, zjišťuje představy rodičky o porodu a snaží se přispět k jejich naplnění. Pokud jsou přání ženy nereálná, je úkolem porodní asistentky uvést tyto představy na správnou míru. Při porodu se porodní asistentka snaží udržovat příjemnou, klidnou a intimní atmosféru, která podporuje pocit bezpečí a pohodlí pro rodičku. Péče o rodičí ženu by měla být individuální. O ženu by se měla starat vždy jedna porodní asistentka. Jedině tak je možné vytvořit důvěrný vztah mezi rodičkou a porodní asistentkou (36). V posledních letech přibývá žen, které se chtějí porodu aktivně účastnit. Většinou se jedná o těhotné, které absolvovaly předporodní kurzy, nebo si vyhledaly velké množství informací o porodu, a nebo již samy rodily a mají zkušenosti z předchozího těhotenství. Tyto ženy mají většinou svou vlastní představu o porodu a často přichází do porodnice se svým porodním plánem. Opakem jsou rodičky, které svému tělu ani přirozeným procesům ve svém těle nedůvěřují. Tyto ženy si neuvědomují, že zdravotnický personál jim může pomoci jen do určité míry. Že největší práce a zodpovědnost za své zdraví a zdraví svého dítěte nesou ony samotné. Tyto rodičky většinou přichází do porodnice hned při prvních kontrakcích, hned na začátku porodu vyžadují analgezií, či císařský řez (36). Po porodu dítěte nastává pro ženu období velké úlevy. Porod zdravého novorozence je tou největší odměnou pro všechny zúčastněné. Toto období je pro rodiče a jejich nově narozené dítě velmi důležité. V dnešní době je snaha o zajištění nerušeného a časného prvního kontaktu matky s novorozencem. Ideální je položit ještě nahé dítě matce do náruče. Dítě tak slyší tlukot jejího srdce, což ho uklidňuje a matka ho svým tělem hřeje. Novorozenec také od začátku reaguje na hlas matky. Jakmile dítě otevře oči a podívá se na matku, rozvíjí se první interakce, do které jsou zapojeny všechny smysly. Období krátce po porodu je senzitivním obdobím pro navázání interakce matka – novorozenec. Pokud jsou vytvořeny správné podmínky, rozvíjí se citová vazba mezi dítětem a matkou – bonding (36, 37).



### 1.4.2.1 Zdravotnická komunikace

Komunikace je proces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty. Prakticky je základem všech vztahů mezi lidmi. „Komunikace se vytváří jako vztah mezi minimálně dvěma subjekty kteří o sobě vědí a společně subjektivně sdílejí, prožívají a reagují na určitou objektivní situaci. Objektem komunikace je potom to, jak na tuto situaci reflektují, jak ji řeší a na ni společně reagují (32, s. 7)“. Komunikace mezi lidmi je vícevrstevný složitý proces. Způsob, jakým předáváme informace, určuje charakter komunikace. Využíváme prostředků verbálních (řeč) a neverbálních (řeč těla). Verbální komunikace je tedy buď mluvené, nebo psané slovo. Neverbální komunikace využívá gesta, mimiku, emoce, kontaktu očí, celkového pohybu těla, dotyků, vzdálenosti od partnera, polohy těla, rukou, hlavy, pohyby rukou atd. (22). V rámci sociální interakce, v práci ošetřujícího personálu, je velmi důležitá efektivní komunikace. Díky ní pochopí zdravotnický personál problémy klienta, umožní je řešit, nejlépe společnou aktivitou. Efektivní komunikace umožňuje společné rozhodování a směřování diagnostických a terapeutických intervencí. Navozuje vztah důvěry mezi ošetřujícím personálem a klientem (32). Role sestry v komunikaci s klientem je zcela zásadní. Při plnění svých povinností, poskytování péče, má mnoho příležitostí ke komunikaci s klientem. Tráví s ním mnoho času a tak je mu blízká. Klient se sestře často svěřuje i se svými osobními a intimními záležitostmi. Sestra musí být připravena na otázky, jež klienta trápí. Výsledkem správné komunikace je pocit klienta, že je v dobrých rukou, a že se mu dostává všeho, co mu neublíží a co má zdravotnické zařízení k dispozici (22).

## 1.5 Alternativní metody v porodnictví

„Alternativa (lat. z *alter*, jiný, druhý) znamená jinou možnost nebo druhou volbu (1)“.

„Porod, je proces, kterým se z plodu stává samostatný jedinec (33)“.

Podstatou alternativního porodnictví je fakt, že žena chce přivést své dítě na svět v klidném a přátelském prostředí. Tento pojem je chápán spíše jako protipól tradičního nemocničního porodnictví. Alternativní porodnictví vychází z respektování individuálních přání rodičky a jejího partnera. Snahou je zajistit dobrý pocit rodičů, eliminovat nepříjemný a bolestivý zážitek (11). Alternativní vedení porodu spočívá v komplexním přístupu, jehož všechny součásti respektují obecné principy porodnictví, ale vycházejí vstříc osobnosti těhotné ženy a podporují její aktivní roli v těhotenství, při porodu a v poporodním období. Jde o alternativy k zavedenému způsobu porodnictví. Ovšem nic z toho by nemělo být na úkor bezpečnosti a zdraví rodičky (49).

„Trvale stoupající zájem rodičů o porodnické alternativy ukazuje, že si veřejnost začíná uvědomovat, že cílem moderního porodnictví nemohou být jen dobré výsledky lékařských statistik, nýbrž že má být kladen důraz také na spokojenost rodičů. V definici Světové zdravotnické organizace o zdraví je spokojenost pacienta jedním ze základních atributů, takže porodnické alternativy neobjevují nic nového. Snaha věnovat individuální péči je pro personál náročnější, ale přináší spokojenost rodičkám i jejich partnerům. Porodnické alternativy jsou medicínsky možné a proto je vhodné je umožnit. Základní podmínkou zavedení těchto alternativ do porodnictví je informování budoucích rodičů. Ti pak, pokud jim vyhovují, je mají vyžadovat (49)“.

Ideální přípravou rodičů jsou kurzy předporodní přípravy. Porodnické alternativy by měly být nabízené všem ženám s normálně probíhajícím těhotenstvím (49).

### 1.5.1 Alternativní metody péče o rodičku

*Aromaterapie* je staré léčebné umění. Tato neinvazivní metoda může šetrně léčit mnoho běžných zdravotních obtíží, popřípadě jim předcházet. Aromaterapie pracuje s čistým, přírodním materiálem – éterickými oleji, které se získávají většinou parovodní destilací z různých částí rostlin. „V těchto vzácných olejích je uložena koncentrovaná síla rostlin (44)“.

Používání éterických olejů při porodu je bezpečné. Je to přirozený způsob, jak rodičce pomoci, aby se cítila klidně a sebejistě. Pokud jsou éterické oleje správně používány, mohou zmírnit bolest a nepohodlí, napomáhají správnému dýchání a poskytují celkový pocit pohodlí

a uvolnění. Díky tomu rodička lépe spolupracuje a nebrání se změnám, které při porodu zažívá (23). Před použitím je nutno esenciální oleje naředit ve vhodném nosiči. Zabráníme tak podráždění sliznice a kůže. Éterické (esenciální) oleje nejsou rozpustné ve vodě, ale dobře se mísí s rostlinnými oleji, smetanou, medem, solí, alkoholem a mýdlem. Hotový masážní olej se již ředit nemusí, obsahuje rostlinný olej a vybrané esenciální oleje ve správném poměru. Éterické oleje (viz příloha 11) lze v těhotenství, během porodu a v šestinedělí aplikovat následujícími způsoby: aromaterapeutickou masáží (viz příloha 12), inhalací pomocí aromalampy, obklady, koupelí, aromatickými mastmi. Pro práci s těhotnými, nemluvňaty a dětmi se používá vysoké ředění EO (15, 23, 19).

*Akupresura* je tisíce let stará čínská léčebná metoda. Potíže se odstraňují cílenou masáží určitých bodů na těle. Akupresuru mohou praktikovat i laici k samoléčbě, k preventivním programům, či odstraňování mírnějších zdravotních potíží. Při masáži se působí tlakem prstů, nebo rukou. Existují různé techniky, jak působit: tlak, hnětení, nebo hlazení. Takto se především zvýší prokrvení, uvolní se svalový tonus a současně se stimuluje nervová soustava a ovlivní funkce jednotlivých orgánů. Tlak na určité body ovlivňuje také tok energie v těle (viz příloha 14). Akupresura vychází z učení o jinu a jangu. Jsou to polární síly, protikladné kosmické principy, které se vzájemně doplňují. Dalším principem akupresury je učení o čchi, což je životní energie, která proudí tělem. Pokud se tok této energie naruší, nedostává se jí a to způsobí zdravotní potíže. Čchi proudí energetickými drahami v těle, tyto se nazývají meridiány. Na nich jsou seřazeny akupresurní body, přes které můžeme tok energie v příslušném meridiánu ovlivnit. V těhotenství se nedoporučuje stimulace bodů v oblasti podbřišku, bod tlusté střevo, slezina a močový měchýř. Také není vhodné masírovat body nad křečovými žilami a v pokročilém těhotenství je třeba se vyhnout zvýšeného tlaku na body na nohou. Naopak stimulace bodu osrdečník se v těhotenství osvědčila proti nevolnosti a zvracení, bod slezina a Ho-ku k uvolnění a zmírnění bolestí v podbřišku (39).

*Homeopatie* je alternativní léčebná metoda založená na aplikaci vysoce ředěné (tzv. potencované) látky, které ve vyšší dávce u zdravého člověka vyvolává příznaky podobné těm, jaké má léčená choroba (princip minimální dávky a princip podobné léčí podobné). Homeopatie napomáhá uzdravovacím mechanismům v organismu a léčí komplexně. Jako celostní metoda neléčí jen jednotlivé příznaky nemoci, ale vždy celého jedince. „Středem zájmu homeopatie není nemoc, ale nemocný člověk (47, str.4)“. Výhodou homeopatie je, že homeopatika jsou neškodné přípravky, neobsahují žádné škodlivé látky a na organismus působí velmi jemně. Mohou je užívat i laici, kteří jsou jen málo informováni a nemají příliš zkušeností. Homeopatické léky (viz příloha 13) dokážou účinně zmírnit obtíže provázející

těhotenství, jsou vhodné při předporodní přípravě a dají se velmi dobře využít při porodu i v poporodním období (14, 47).

*Hudba* je velmi osobní záležitost a její poslech pomáhá zútlumit prostředí a uklidňovat. Stres má negativní vliv na porod a hudba je jeden z prostředků, jak stres zmírnit. Proto je vhodná jako doprovod při porodu. V porodní místnosti je schopna snížit stres u rodičky i jejího doprovodu, zvláště u párů, kterým nemocniční prostředí připadá cizí a neosobní. Při samotném porodu může hudba vyjádřit všechny emoce s ním spojené, jako je bolest, očekávání, radost a naplnění. Hudbu můžeme využít i na operačním sále při císařském řezu. Většina žen je operována ve svodné anestezii, je při vědomí, a proto zde hudbu můžeme využít ke zklidnění rodičky. Ideální je, když si žena sama vybere vhodný typ hudby a skladby, které se jí líbí a jsou jí příjemné (24).

*Hypnóza* je metoda založená na kombinaci silné sugesce a distrakce. Podstatou je, aby rodička zapoměla na bolest a zaměřila se na jiný, příjemnější zážitek. Tato metoda je časově náročná, vyžaduje senzitivní ženu a musí být vedena pod dohledem zkušeného odborníka - hypnotizéra. Účinnost této metody při porodu se uvádí u pětadvaceti procent rodiček (43).

*Hydroanalgezie* vychází z relaxačních účinků vody na tělo. Voda tělo nadlehčuje a ulevuje bolesti, stresu, napětí a nepříjemným pocitům. Žena se v teplé vodě lépe uvolní a tak přispívá k rychlejšímu a snazšímu otevírání porodních cest. Během porodu se využívají tři metody hydroanalgezie (viz příloha 15): relaxační koupel, možnost porodu do vody a intradermální injekce sterilní vodou (26, 28, 43).

*Imaginace* při porodu má za úkol přivést ženu na jiné, pozitivní vlny. Mezi klasický příklad patří představa velkého pytle naplněného spoustou kontrakcí. Rodička by si měla uvědomit, že se během porodu jejich počet nezvýší a s každou další kontrakcí se pytel o něco zmenší (43).

Většina párů si vyvine své *vlastní rituály*, které jim pomohou zvládnout kontrakce. Princip spočívá v opakování stále stejných činností, které ženě pomáhají zvládnout bolest. Rodička se tak může spolehnout na to, že jí tyto rituály pomohou zvláště během aktivní části porodu, kdy jsou stahy silnější a častější a strhávají tak na sebe její pozornost. Tyto rituály většinou nelze dopředu nacvičit, samy vzejdou ze situace během porodu. Partner rodičky napomáhá při vykonávání těchto činností, může ji na ně i cíleně nasměrovat (40).

Určitý způsob dýchání - *dechové vzory pro porod* - napomáhá rodičce uvolnit se. Pokud se žena dopředu naučí určitý způsob dýchání, dává jí to pocit, že dokáže ovládat své chování a má nad porodem kontrolu. Pro I. dobu porodní existují tři typy dýchání – pomalé dýchání, lehké rychlé dýchání a „funění“. Rodička by si měla vybrat pro sebe nejpřirozenější

dýchání. Takové, které jí bude vyhovovat svým rytmem a rychlostí. Na ideální dýchání ji většinou navede charakter stahů. Proto se mohou dechové vzory během porodu měnit, přesně tak, jak se mění intenzita a intervaly kontrakcí. Se správným dýcháním napomáhá rodiče porodní asistentka (40).

*Masáž hráze* patří k důležitým preventivním opatřením před porodem. Pravidelná a důkladná masáž hráze (viz příloha 16) uvolní tkáň hráze a připraví ji tak na roztažení při porodu hlavičky. Tímto způsobem tak lze předejít nástřihu hráze a větším porodním poraněním. Není vyloučeno, že nedojde k drobným poraněním, ale tato se snáze ošetřují a hojí, než větší poranění (41).

## **2 Cíl práce, výzkumné otázky a hypotézy**

### **2.1 Předpokládané cíle práce**

1. Zjistit, jaké oblasti považují za důležité v porodním plánu těhotné ženy, které se rozhodly родit na GPK FN v Plzni.
2. Zjistit, jaké oblasti považuje za důležité zdravotnický personál pracující na GPK FN v Plzni.
3. Sestavit porodní plán využitelný pro rodičky a zdravotnický personál pracující na GPK FN v Plzni.
4. Zjistit odezvu zdravotnického personálu GPK FN v Plzni na využití porodního plánu.
5. Zjistit odezvu žen na porodní plán vytvořený pro GPK FN v Plzni.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jaké oblasti považují za důležité v porodním plánu těhotné ženy, které se rozhodly родit na GPK FN v Plzni?
2. Jaké oblasti považuj za důležité v porodním plánu zdravotnický personál pracující na GPK FN v Plzni?
3. Jak by měl vypadat optimální porodní plán využitelný pro porod na GPK FN v Plzni?

### **2.3 Hypotézy**

#### *Hypotéza 1*

Těhotné považují za důležité, aby porodní plán obsahoval kritéria, která zajistí průběh porodu podle jejich přání.

#### *Hypotéza 2*

Zdravotnický personál GPK FN v Plzni vytvořený porodní plán hodnotí kladně.

#### *Hypotéza 3*

Těhotné mají zájem o využití porodního plánu při porodu na GPK FN v Plzni.

## 3 Metodika

### 3.1 Použité metody

Pro zpracování dané problematiky byla zvolena kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumného šetření.

Kvalitativní šetření proběhlo formou polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami pro větší výtěžnost práce. Polostrukturovaný rozhovor probíhal u vybraných respondentů podle předem připravených okruhů otázek, kterých bylo 9 pro lékaře, 10 pro porodní asistentky, 11 pro těhotné ženy a 11 pro nedělky (viz příloha 1, 2, 3, 4). Rozhovor byl anonymní. Otázky byly zaměřeny na porodní plán a jeho součásti, na důležité faktory ovlivňující rodičku a průběh porodu. Rozhovory s jednotlivými respondenty byly s jejich souhlasem písemně zaznamenány. Tyto záznamy tvoří výzkumný podklad pro sestavení kategorizačních tabulek, ve kterých jsou sumarizovány nejdůležitější výsledky šetření. První skupinu dotazovaných tvořilo 10 lékařů a lékařek GPK FN Plzeň. Druhá skupina byla tvořena 8 porodními asistentkami, které pracují na GPK FN v Plzni. 5 těhotných hospitalizovaných na rizikovém oddělení GPK FN Plzeň bylo součástí třetí skupiny respondentek a 5 žen po porodu (nedělek) hospitalizovaných na oddělení šestinedělí GPK FN Plzeň tvořilo čtvrtou skupinu dotazovaných. Toto šetření bylo provedeno v únoru a březnu 2010 na GPK FN Plzeň.

Kvantitativní šetření bylo provedeno formou dotazníku (viz příloha 6, 7, 8), který byl anonymní a byl určen třem skupinám dotazovaných. První skupinu tvořili lékaři a lékařky pracující na GPK FN Plzeň a v soukromém sektoru v oblasti Plzeň-město. Základem druhé skupiny byly porodní asistentky pracující na GPK FN Plzeň, v IVF centru a v soukromém sektoru v oblasti Plzeň-město. Třetí skupinu tvořily ženy, které navštěvovaly předporodní kurzy GPK FN Plzeň a DAC HOBIT Plzeň, dále těhotné a nedělky hospitalizované na GPK FN Plzeň a těhotné navštěvující poradny soukromých gynekologů v oblasti Plzeň-město. Dotazníky byly rozdány v průběhu měsíce března a dubna na odděleních GPK FN Plzeň, v ordinacích soukromých gynekologů a na předporodních kurzech pořádaných GPK FN Plzeň a DAC HOBIT Plzeň. Dotazníky obsahovaly otázky identifikační, filtrační, uzavřené a polootevřené. U některých otázek byla možnost více odpovědí (viz příloha 6, 7, 8). Celkem bylo rozdáno 209 dotazníků (58 lékaři + 71 porodní asistentky + 80 ženy a těhotné), 157 dotazníků se vrátilo (38 lékaři + 58 porodní asistentky + 61 ženy a těhotné), z toho vyplývá,

že návratnost dotazníků byla 75,11% (65,51% lékaři + 81,69% porodní asistentky + 76,25% ženy a těhotné).

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor byl vybrán tak, aby odpovídal vytyčeným cílům. Výzkumný soubor pro první část výzkumného šetření (kvalitativní výzkum) tvořili lékaři a lékařky pracující na Gynekologicko-porodnické klinice FN Plzeň (GPK FN Plzeň), porodní asistentky pracující na porodním sále GPK FN v Plzni, těhotné hospitalizované na oddělení pro riziková těhotenství GPK FN Plzeň a ženy po porodu (nedělky) hospitalizované na oddělení šestinedělí GPK FN Plzeň. Základem výzkumného souboru pro druhou část výzkumného šetření (kvantitativní výzkum) byli lékaři a lékařky pracující na GPK FN v Plzni, porodní asistentky pracující na ambulanci, na oddělení pro riziková těhotenství, na oddělení šestinedělí a porodním sále GPK FN v Plzni. Dále těhotné hospitalizované na oddělení pro riziková těhotenství GPK FN Plzeň a ženy po porodu (nedělky) hospitalizované na oddělení šestinedělí GPK FN Plzeň. Dále gynekologové pracující v soukromém sektoru pro oblast Plzeň – město a v centru pro IVF v Plzni, porodní asistentky pracující v poradnách soukromých gynekologů v oblasti Plzeň- město a v IVF centru v Plzni.



## 4 Výsledky

### 4.1 Interpretace výsledků kvalitativního šetření

#### 4.1.1 Interpretace výsledků kvalitativního šetření u lékařů pracujících na GPK FN Plzeň

##### Respondent 1 lékař

Tento dotazovaný lékař má 1,5 roku praxe. U porodu blízké osoby nikdy nebyl přítomen. Na otázku, co je to porodní plán odpověděl, že je to představa rodičky, kdy, kde a za jakých podmínek bude rodit. Konsensus přání pacientky a možnosti pracoviště. Tento lékař se domnívá, že porodní plán se dá využít k optimalizaci podmínek porodu z pohledu budoucí matky a pracoviště, jako je doba porodu, zabezpečení rodičky nebo zvolení termínu porodu. Na otázku, co by měl porodní plán obsahovat, odkazuje na předchozí odpovědi. Možnost využití porodního plánu by uvítal. Měl by tak možnost jednoduše zjistit přání rodičky a mohl by je s ní konzultovat. Porodní plán nikdy v minulosti nevyužil. Při porodu je pro tohoto dotazovaného důležitá maximální bezpečnost rodičky a dítěte. Domnívá se, že pro rodičku a její doprovod je při porodu důležitý pocit adekvátní péče, kvalitní personál a příjemné prostředí.

##### Respondent 2 lékař

Druhý respondent má 1,5 roku praxe. U porodu blízké osoby zatím přítomen nebyl. Porodní plán je podle něj soubor přání a představ rodičky. To, jak by měl porod probíhat. Podle tohoto lékaře umožňuje porodní plán těhotné připravit se na porod, seznámí ji s jeho průběhem. Také dává rodičce možnost sama se rozhodnout, co při porodu chce. Porodní plán se dá využít při porodu. Na dotaz, co by měl porodní plán obsahovat, tento respondent odpověděl, že by měl obsahovat reálné požadavky a přání rodičky. Využití porodního plánu by tento lékař uvítal, protože by se tak usnadnila komunikace s rodičkou a jejím doprovodem. V minulosti porodní plán nikdy nevyužil. Pro tohoto lékaře je při porodu důležité porodit nepoškozené dítě. Pro rodičku a její doprovod je podle tohoto respondenta důležité porodit nepoškozené dítě, pocit, že vše probíhá bez problémů, přístup okolí a prostředí porodnice.

### **Respondent 3 lékař**

Tento dotazovaný lékař má osmiletou praxi. Byl přítomen u porodu své manželky, jako doprovod. Porodní plán je podle tohoto lékaře souhrn plánů, požadavků a přání těhotné, nebo rodičky, jejichž dodržení si přeje v průběhu porodu. Na dotaz, kde a k čemu se porodní plán dá využít, tento respondent odpověděl, že v porodnici, nebo doma. K porodu a k vedení přítomných osob. Porodní plán by měl podle tohoto dotazovaného obsahovat požadavky a přání těhotné ohledně porodu. Porodní plán nikdy v minulosti nevyužil. Jeho využití by ale uvítal, protože by se tak daly eliminovat problémy, které vzniknou nedostatečnou komunikací zdravotníků s rodičkou. Na otázku, co je pro něj při porodu důležité odpověděl, že vzhledem k jedinečnosti události, kterou porod je, je to „prožitek“. Ať už výrazně pozitivní, tak i negativní. Dnešní rodičky žádají „filmové porody“, bezbolestné, bezproblémové, jedinečný personál, ale sami občas nabízejí málo - malou ochotu spolupráce a přizpůsobení se aktuálním požadavkům, které porod přináší. Z této odpovědi vyplývá i odpověď na otázku, co je při porodu důležité pro rodičku a její doprovod.

### **Respondent 4 lékař**

Tento dotazovaný má jedenáctiletou praxi. Byl přítomen u porodu své manželky, jako doprovod. Podle tohoto lékaře je porodní plán soubor přání pacientky o průběhu porodu. Někdy nelze všem požadavkům vyhovět z lékařského důvodu. Touto odpovědí odkazuje i na otázky, kde a k čemu se dá porodní plán využít a co by měl porodní plán obsahovat. Využití porodního plánu by uvítal, ale nechtěl by řešit hloupé požadavky rodičky. V minulosti porodní plán nikdy nevyužil, protože důvěřoval svým kolegům a věděl, že se může domluvit na různých věcech v průběhu porodu. Při porodu je pro tohoto lékaře důležitá zdravá maminka se zdravým novorozencem v náručí, odcházející domů. Domnívá se, že pro rodičku a její doprovod je při porodu důležité pěkné prostředí porodního sálu, laskavý přístup personálu a kvalitní péče lege artis.

### **Respondentka 5 lékařka**

Tato dotazovaná má osmiletou praxi. Rodila dvakrát v roce 2004 a 2007. Porodní plán je podle této respondentky představa rodičky, kdy, kde a za jakých podmínek bude rodit. Na dotaz, kde a k čemu se dá porodní plán využít, odpověděla, že ke zvýšení komfortu a spokojenosti rodičky. Porodní plán by měl podle této lékařky obsahovat priority rodičky a vše, co je pro ni při porodu podstatné. Porodní plán by uvítala, protože by tak rodička měla

možnost se k porodu vyjádřit. V minulosti sama porodní plán nevyužila, protože neměla možnost. Při porodu je pro tuto lékařku důležitá důvěra v celý tým na porodním sále a to, že porod proběhne co nejbezpečněji a dítě i matka budou zdraví. Pro rodičku a její doprovod je podle dotazované důležitá důvěra v ošetřující personál, pocit bezpečí, komunikace s personálem.

### **Respondentka 6 lékařka**

Tato dotazovaná má devítiletou praxi. Sama již dvakrát rodila. V roce 2008 a 2009. Porodní plán definovala jako stručný plán, jak by měl být veden porod, co vše rodička akceptuje, co je ochotna akceptovat a co ne. Na otázku, kde a k čemu se porodní plán dá využít, odpověděla, že v porodnici, jako pomůcka komunikace mezi porodníkem, či porodní asistentkou a rodičkou, popřípadě blízkou osobou rodičky – doprovodem- při porodu. Podle respondentky by měl porodní plán obsahovat národné rodičky, polohy v průběhu porodu, které rodička akceptuje, zda si přeje anestezii u porodu, či ne (jakou anestezii preferuje v případě porodu s.c.), jaký tišící prostředek za porodu akceptuje, vyprázdnění před porodem (klystýr, či Yal), zda akceptuje epiziotomii, či je vysloveně proti, holení ano/ ne, přestřihnutí pupečníku partnerem, možnost darování pupečnickové krve, rooming – in, atd. Využití porodního plánu jí připadá zbytečné, protože se dá na všem se zdravotníky domluvit v průběhu porodu. O porodní plán zájem neměla, rodila ve známém prostředí s kolegy, kterým mohla důvěřovat. Přítomnost porodníka, kterému může důvěřovat, je pro tuto dotazovanou důležité u porodu. Pro rodičku a její doprovod je z jejího pohledu důležitý vlídný, ochotný a přátelský personál na porodním sále a poté na oddělení šestinedělí. Pohodlí rodičky a přítomnost blízké osoby.

### **Respondentka 7 lékařka**

Tato lékařka, je respondentkou s nejdelší praxí z dotazovaných, 23 let. Sama rodila jednou, předčasně, v roce 1987. Porodní plán definovala jako plán vedení porodu, kdy porodník při příjmu na porodní sál (nebo i v těhotenství) naplánuje, jak vést porod. Snaží se tak předejít možným komplikacím. Porodní plán se podle této lékařky dá využít při přijetí na porodní sál, kde přijímající lékař musí přemýšlet, zda-li vést porod normální cestou, nebo operativně, jakým způsobem porod vést a kdy. Obsahem porodního plánu by měl být podle respondentky způsob vedení porodu, je-li nutná příprava, vyšetření, laboratoř. To vše dle konkrétní situace. Využití porodního plánu by uvítala, protože přijímající lékař by měl zkontrolovat všechny údaje a tím pádem by další lékaři věděli o možných komplikacích. Při staré ruské škole vždy na konci příjmu rodičky lékaři psali diagnózu a plán vedení porodu. Ona sama porodní plán

zatím nevyužila. Při porodu je podle dotazované důležitá odbornost, důkladnost a znalost oboru. Pro rodičku a její doprovod je podle této lékařky důležitá ochota personálu a porodní asistentka.

### **Respondentka 8 lékařka**

Tato lékařka má sedmiletou praxi. Sama ještě nerodila. Porodní plán definovala jako vyjádření přání, při fyziologickém průběhu porodu, u rozumných rodiček. U většiny je to seznam, jak potencionálně komplikovat práci zdravotníků na porodním sále, eventuálně, jak si přivodit např. rupturu sfinkteru. Z této odpovědi vyplývá i odpověď na otázku, kde a k čemu se porodní plán dá využít. Porodní plán by měl podle respondentky obsahovat vyjádření, že dané postupy budou uskutečněny pouze při zcela bezproblémovém průběhu porodu. Nebo jako negativní reverz - například „jsem si vědoma, že při nedostatečném monitorování plodu, může dojít, přesně na tomto postupu trvám!“. Porodní plán by sama nechtěla a nechtěla bych ho ani řešit se zarputilou rodičkou. Při porodu je pro tuto lékařku důležitá důvěra rodičky. Domnívá se, že pro rodičku a její doprovod je důležitá komunikace s personálem a dostatek informací. Také co nejmenší střídání personálu v průběhu porodu.

### **Respondentka 9 lékařka**

Tato respondentka má 4,5 roku praxe. Sama zatím nerodila. Porodní plán chápe jako seznam úkonů, které si rodička během porodu přeje, nebo nepřeje. Přítomnost blízké osoby, zasahování do průběhu porodu pomocí medikamentů či dirupce, provedení nástřihu, klyasma, načasování přestřižení pupečníku, kontakt s dítětem, atd. Na dotaz, kde a k čemu se porodní plán dá využít, odpověděla, že na porodním sále, kde ho rodička předá porodníkům s tím, že takhle si porod přeje. Asi by měla být vzájemná domluva, v jakých případech se dodrží, či poruší napsaná přání. Tato odpověď odkazuje i na otázku, co by měl porodní plán obsahovat. Respondetka sama by se bez porodního plánu obešla, ale domnívá se, že pro těhotné je přínosem, protože ví, co mají čekat. Při porodu je pro tuto lékařku důležitá důvěra rodičky k personálu, „neprudící“ pohodový otec. To, že každé vyšetření neprovádí jiná osoba. Důvěra lékaře k porodní asistentce. Klid, bez zbytečných řečí o věcech, které k porodu nepatří. Pro rodičku a její doprovod je podle dotazované důležité mít kolem sebe personál, kterému důvěřují. Pocit, že neobtěžují, a že je vše v pořádku. Také srozumitelné vysvětlení průběhu porodu.

### **Respondentka 10 lékařka**

Tato lékařka má 3,5 let praxe. Je to lékařka s nejkratší praxí z dotazovaných lékařek. Sama zatím s vlastním porodem nemá zkušenost. Porodní plán chápe jako prostředek k lepší spolupráci a komunikaci při kroku do neznáma. Uvedla, že by se dal využít v předporodním kurzu pro vysvětlení problematiky a posléze na porodním sále při samotném porodu v rámci lepší spolupráce rodičky a zdravotníků. Podle respondentky by měl porodní plán obsahovat smysluplné požadavky ohledně způsobu vedení porodu na porodním sále. Využití porodního plánu by uvítala a sama by o něj měla zájem při svém porodu, protože je to prostředek k lepší komunikaci. Rodičku může i uklidnit, protože dopředu ví, co může při porodu očekávat. Jako důležitou při porodu uvedla komunikaci s pacientkou a spolupráci s ní. Navození příjemné atmosféry a vytvoření důvěry ze strany pacientky. Pro rodičku a její doprovod je podle této lékařky důležité vysvětlení, porozumění a komunikace s lékařem. Při podrobném vysvětlení průběhu porodu se pacientka může více uvolnit, tudíž je lepší spolupráce.

## Sumarizace informací z polostrukturovaných rozhovorů s lékaři a lékařkami pracujícími na GPK FN Plzeň

**Tabulka 1 Délka praxe lékařů**

L = lékař/lékařka

	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	L8	L9	L10
<b>1-5 let</b>	+	+							+	+
<b>6-10 let</b>			+		+	+		+		
<b>11-20 let</b>				+						
<b>21-30 let</b>							+			

1 – 5 let praxe má lékař L1, L2, L9, L10. 6 – 10 let praxe má L3, L5, L6, L8. L4 má 11-20 let praxe a L7 praktikuje již 21-30 let.

**Tabulka 2 Vlastní zkušenost z porodem nebo přítomností u porodu blízké osoby**

L = lékař/lékařka

	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	L8	L9	L10
<b>Nerodila/nebyl přítomen u porodu blízké osoby</b>	+	+			+				+	+
<b>Rodila/kolikrát/ v roce</b>						2x 2008 2009	1x 1987	2x 2004 2007		
<b>Přítomen u porodu blízké osoby</b>			+	+						

Zkušenost s vlastním porodem, nebo porodem blízké osoby nemá L1, L2, L5, L9, L10. Zkušenost s vlastním porodem má L6, L7, L8. L6, L8 rodila 2x v rozmezí let 2004 – 2009. L7 rodila 1x v roce 1987. Přítomen u porodu blízké osoby byl L3, L4.

### Tabulka 3 Definice pojmu „porodní plán“

L= lékař/lékařka

	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	L8	L9	L10
<b>Představa /sopsis přání rodičky</b>	+	+	+	+	+			+	+	
<b>Co je rodička ochotna akceptovat</b>						+				
<b>Plán vedení porodu</b>							+			
<b>Prostředek ke spolupráci s rodičkou</b>										+

Porodní plán jako soupis přání a představ rodičky o porodu uvádí L1, L2, L3, L4, L5, L8, L9. L6 definuje porodní plán, jako plán toho, co je rodička ochotna akceptovat při porodu. L7 chápe porodní plán jako plán vedení porodu. L10 uvádí, že porodní plán je prostředek ke spolupráci.

### Tabulka 4 Možnosti využití porodního plánu

L= lékař/lékařka

	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	L8	L9	L10
<b>Optimalizace podmínek porodu</b>	+									
<b>Příprava těhotné na porod</b>		+								
<b>V porodnici/doma při porodu</b>			+	+	+	+				+
<b>Při příjmu do porodnice</b>							+		+	
<b>Zvýšení komfortu a spokojenosti rodičky</b>								+		

Porodní plán, jako prostředek pro optimalizaci podmínek chápe L1. Porodní plán, jako prostředek pro přípravu těhotné na porod uvádí L2. Využití porodního plánu v porodnici nebo doma při porodu uvádí L3, L4, L5, L6, L10. Využití porodního plánu při příjmu rodičky do porodnice udává L7, L9. L8 chápe využití porodního plánu, jako prostředku ke zvýšení komfortu a spokojenosti rodičky za porodu.

### Tabulka 5 Obsah porodního plánu

L= lékař/lékařka

	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	L8	L9	L10
<b>Soubor přání rodičky ohledně porodu</b>	+		+	+					+	
<b>Způsob vedení porodu</b>							+			
<b>Reálné a smysluplné požadavky rodičky</b>		+						+		+
<b>Negativní revers</b>					+					
<b>Konkrétní položky porodního plánu</b>						+				

Konkrétní položky porodního plánu rozebrala pouze L6. L1, L3, L4, L9 shodně uvádí, že porodní plán by měl obsahovat přání a požadavky rodičky ohledně porodu. L7 jako součást porodního plánu udává způsob vedení porodu. Reálné a smysluplné požadavky, jako součást porodního plánu preferuje L2, L8, L10. Negativní revers jako součást porodního plánu chápe L5.

### Tabulka 6 Možnost využití porodního plánu

L= lékař/lékařka

	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	L8	L9	L10
<b>Ano</b>	+	+	+	+			+	+	+	+
<b>Ne</b>					+	+				

Možnost využití porodního plánu by uvítal/a L1, L2, L3, L4, L7, L8, L9, L10. Porodní plán nepovažují za přínosný L5, L6. Všichni v rozhovorech uvádí i své důvody, proč se tak rozhodli.

### Tabulka 7 Zkušenost s porodním plánem

L= lékař/lékařka

	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	L8	L9	L10
<b>Ano</b>										
<b>Ne</b>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Nikdo z dotazovaných v minulosti porodní plán nevyužil. V rozhovorech uvedli své důvody.



## Tabulka 8 Důležitá kritéria pro lékaře při porodu

L= lékař/lékařka

	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	L8	L9	L10
<b>Bezpečnost rodičky</b>	+									
<b>Zdravá rodička a novorozenec</b>		+		+						
<b>Spolupráce a ochota rodičky</b>			+							
<b>Důvěra rodičky v ošetřující personál</b>					+	+	+	+	+	
<b>Příjemné a klidné prostředí</b>									+	+
<b>Komunikace</b>										+

Pro L1 je důležitá bezpečnost rodičky při porodu. L2, L4 preferují zdravou rodičku a novorozence. L3 uvádí jako důležité spolupráci a ochotu rodičky. L5, L6, L7, L8, L9 považují za důležitou při porodu důvěru rodičky v ošetřující personál. L9, L10 preferují příjemné a klidné prostředí porodu. L10 navíc považuje při porodu za důležitou komunikaci.

**Tabulka 9 Kritéria, která jsou podle lékařů, důležitá pro rodičku a její doprovod při porodu**

L= lékař/lékařka

	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	L8	L9	L10
<b>Pocit adekvátní péče</b>	+			+				+	+	
<b>Zdravé dítě</b>		+								
<b>Ochotný přístup zdravotníků</b>	+	+	+	+		+	+	+	+	
<b>Příjemné a klidné prostředí</b>	+	+		+						
<b>Komunikace se zdravotníky</b>					+			+		+
<b>Co nejmenší střídání personálu u rodičky</b>					+					
<b>Přítomnost blízké osoby</b>						+				

Pocit adekvátní péče jako důležitý pro rodičku a její doprovod uvádí L1, L4, L8, L9. L2 odpovídá, že je důležité porodit zdravé dítě. L1, L2, L3, L4, L6, L7, L8, L9 shodně odpovídají, že je pro rodičku důležitá přítomnost ochotného personálu. L1, L2, L4 uvádí, že je pro rodičku důležité příjemné a klidné prostředí porodního sálu. L5, L8, L10 považuje za důležitou komunikaci se zdravotníky. L5 dále považuje za důležité, co nejmenší střídání personálu u rodičky. L6 také zmiňuje přítomnost blízké osoby.

## **4.1.2 Interpretace výsledků kvalitativního šetření u porodních asistentek pracujících na porodním sále GPK FN Plzeň**

### **Respondentka 1 porodní asistentka**

Tato respondentka má 2,5 roku praxe. Ještě sama nerodila. Porodní plán definuje jako plán, který si žena v těhotenství sestaví. Obsahuje věci, které chce a naopak nechce u porodu využít. Dle této porodní asistentky se porodní plán dá využít v porodnici, když se nechce žena při porodu zabývat otázkami od ošetřujícího personálu. Slouží pro představu zdravotníků, jakým způsobem chce rodička porod vést. Porodní plán by měl podle respondentky obsahovat vše, co si rodička vysloveně přeje. Měla by se ale vždy poradit s ošetřujícím personálem. Využití porodního plánu by uvítala, protože by tak měl ošetřující personál přehled o požadavcích rodičky ihned při příjmu na porodní sál a mohl by je tak s ní včas diskutovat. V minulosti porodní plán nevyužila, protože ještě nerodila. Při porodu je pro dotazovanou důležitá komunikace s rodičkou, eventuálně i s doprovodem. Schopnost domluvy a spolupráce při porodu. S porodem žádné negativní pocity spojené nemá. Ani neuvádí žádné pozitivní pocity.

### **Respondentka 2 porodní asistentka**

Tato porodní asistentka má šestiměsíční praxi. Je to respondentka s nejkratší praxí z dotazovaných. Sama ještě nerodila. Porodní plán jsou, podle této porodní asistentky, sepsané představy rodičky o průběhu a vedení porodu. Alternativy, které rodička upřednostňuje při péči o ní. Porodní plán by tato respondentka využila na porodním sále, v situacích, ve kterých má personál možnost volby a upřednostní přání a požadavky rodičky. Podle této porodní asistentky by měl porodní plán obsahovat představy o vedení porodu, o prostředí, ve kterém by měla žena родit, o tom, koho by chtěla mít u porodu, jaké by chtěla využít metody k tlumení bolesti. Možnost využití porodního plánu by uvítala, protože by rodička přišla na porodní plán se sepsanými představami a porodní asistentka by tak měla představu o tom, jak se připravit na konkrétní situace. V minulosti porodní plán nevyužila, protože sama ještě nerodila. Za důležitou při porodu považuje komunikaci a spolupráci s rodičkou, na základě její informovanosti. Týmová spolupráce se všemi lidmi, kteří se podílí na průběhu porodu. Žádné negativní ani pozitivní pocity spojené s porodem nevedla.

### **Respondentka 3 porodní asistentka**

Třetí respondentka má 4,5 let praxe. Ještě nemá zkušenost s vlastním porodem. Porodní plán definuje jako rozplánování úkonů a činností, které porod mohou provázet, jako je například klyzma, masáž, dirupce atd. Na otázku, kde a k čemu se porodní plán dá využít, odpověděla, že v celé délce porodu. Slouží rodičce k motivaci a pozitivnímu přístupu k porodu. Dle této porodní asistentky by měl porodní plán obsahovat údaje o pravidelném sledování plodu, postupu porodu (vaginální vyšetření), relaxační techniky během porodu (teplá voda, spánek, úlevové polohy, atd.). Porodní plán by uvítala z důvodů uvedený již v předchozích otázkách. Sama jej ještě nikdy nevyužila, protože sama nerodila. Při porodu je pro tuto respondentku důležitý pozitivní přístup rodičí matky k porodu samotnému a vzájemná komunikace mezi zdravotníky a rodičkou. Pokud panuje takováto nálada při porodu, má z něj pozitivní pocity. Negativní pocity žádné nevedla.

### **Respondentka 4 porodní asistentka**

Tato porodní asistentka s osmiletou praxí ještě sama nerodila. Porodní plán definuje jako představu rodičky o vedení porodu. Dodává, že je dobré připravit ho dopředu. Jeho využití uvádí v porodnici a při porodu. Dle této respondentky by měl obsahovat v bodech vše, co se týká porodu a hlavně jakou mají rodičky představu a přání, například klyzma, medikace, atd. Porodní plán by uvítala v případě, že si ho rodička předem připraví, nejlépe po konzultaci s porodní asistentkou, aby se tak eliminovala nesmyslná přání rodičky. V minulosti porodní plán ještě nevyužila, protože sama nerodila. Jako důležité při porodu tato porodní asistentka uvedla spokojenou rodičku i její doprovod a stále ještě dobrý pocit z odvedené práce. Negativní pocity ohledně porodu má většinou spojené s nepříjemnými, uzavřenými lidmi a komplikacemi při porodu. Pozitivní pocity z každého fyziologického porodu, kdy jsou všichni účastníci spokojeni.

### **Respondentka 5 porodní asistentka**

Tato respondentka má desetiletou praxi. Sama již rodila, v roce 2007. Porodní plán chápe jako písemnou formou zpracovanou představu a přání rodičky ohledně porodu. Jeho využití uvádí na porodním sále a na oddělení šestinedělí. Žena díky porodnímu plánu může seznámit personál porodnice s tím, jak by chtěla, aby její porod probíhal. Podle názoru této dotazované by měl porodní plán obsahovat například koho si rodička přeje u porodu, zda souhlasí s medikací během porodu, klystýrem, holením, epiziotomií atd. Využití porodního plánu považuje za přítěž pro zdravotníky. Nechtěla by se dohadovat s rodičkou a jejím partnerem o

tom, co lze a nelze, z jejich představ, při porodu dodržet. Sama porodní plán nikdy nevyužila, protože ho nepotřebovala. Rodila ve známém prostředí s kolegyněmi. Při porodu pro ni bylo důležité soukromí a empatická porodní asistentka. Negativní pocity spojené s porodem nemá. Na porod vzpomíná, jako na nejmotivnější zážitek v životě.

#### **Respondentka 6 porodní asistentka**

Respondentka s dvanáctiletou praxí, sama rodila 1x v roce 1998. Porodní plán definuje jako přání rodičky a toho, co by se s ní mělo během porodu dít. Na otázku kde a k čemu se porodní plán dá využít, odpověděla, že není pro jeho využití, protože porodní asistentky by vedly nekonečné diskuze s rodičkami o holení, klystýru, epiziotomii atd atd. Odpověděla tak i na otázku, co by měl porodní plán obsahovat. Sama porodní plán nevyužila, protože tato možnost ještě neexistovala a navíc rodila ve známé porodnici, se známými kolegy, kterým důvěřovala. Při porodu je pro tuto respondentku důležitá dobrá nálada a pohoda rodičky. Její víra v sama sebe, že to zvládne. Žádné negativní vzpomínky na porod a pobyt v porodnici nemá. Svůj porod popisuje jako úžasný pocit štěstí – vidět a slyšet svoje dítě. Pocit překonání sama sebe.

#### **Respondentka 7 porodní asistentka**

Respondentka se sedma dvacetiletou praxí, jednou rodila, v roce 1985. Porodní plán chápe jako představy matky o porodu. Uvádí, že se porodní plán dá využít v porodnici k tomu, aby se personál s rodičkou mohl domluvit na vedení porodu a zda je možné akceptovat její požadavky. Porodní plán by měl, podle této dotazované, vymezení toho jakou polohu chce rodička využít, zda chce vedení porodu porodní asistentkou, nebo lékařem, podání medikamentů, epidurál, zda chce při porodu jíst a pít, zda chce využít teplou vodu, aromaterapii atd. Využití porodního plánu by jako laik uvítala, ale jako porodní asistentka si není jistá. Záleželo by to vše na domluvě se ženou a na konkrétní situaci. Porodní plán zatím nikdy nevyužila, ale několikrát se s ním při své praxi setkala. Při porodu preferuje osobní pozitivní kontakt s rodičkou. U svého porodu měla známé lidi, kolegyně, což pro ni bylo příjemné. Negativní vzpomínky nemá. S porodem má spojené pouze pozitivní pocity. Uvádí, že měla pocit, že by mohla lámat skály.

### **Respondentka 8 porodní asistentka**

Tato porodní asistentka má 33 let praxe. Rodila jednou v roce 1978. Porodní plán definuje jako plán, který si klientka připraví v těhotenství. Sepíše si své představy o porodu. Tento plán je pak přínosný k lepšímu vnímání porodu rodičkou a k dobré spolupráci porodní asistentky a rodičky. Tato dotazovaná uvedla, že by měl obsahovat seznam přání rodičky ohledně vedení porodu. Již v předchozích odpovědích uvedla, proč se domnívá, že by využití porodního plánu bylo přínosné. Sama nikdy porodní plán nevyužila, protože neměla možnost a nepotřebovala ho. Při porodu považuje tato porodní asistentka za důležité navázání pozitivního vztahu s rodičkou, klidné prostředí na porodním sále, málo osob přítomných u porodu (medici, další doprovod, kromě jedné blízké osoby – matka, tchyně, atd.), eventuálně blízká osoba při porodu, která rodičku podporuje. K negativním pocitům spojeným s vlastním porodem a pobytem v porodnici uvádí to, že neměla možnost, mít dítě u sebe. Syna viděla v podstatě až doma. Velmi nepříjemné bylo, že za maminkami nikdo nemohl na návštěvu. Jako pozitivní hodnotí hladký průběh porodu a to, že rodila ve známém prostředí, se známými lidmi kolem sebe, což pro ni bylo jednodušší. Také to, že věděla, do čeho jde a jak porod vypadá.

## Sumarizace informací z rozhovorů s porodními asistentkami pracujícími na porodním sále GPK FN Plzeň

**Tabulka 10 Osobní údaje porodních asistentek**

P= porodní asistentka

	<b>Délka praxe</b>	<b>Rodila/kolikrát</b>	<b>Rok porodu</b>
<b>P1</b>	2,5 roku	Ne	0
<b>P2</b>	6 měsíců	Ne	0
<b>P3</b>	4,5 roku	Ne	0
<b>P4</b>	8 let	Ne	0
<b>P5</b>	10 let	ano/ 1x	2007
<b>P6</b>	12 let	Ano/ 1x	1998
<b>P7</b>	27 let	Ano/ 1x	1985
<b>P8</b>	33 let	Ano/ 1x	1978

Délka praxe dotazovaných porodních asistentek se pohybuje mezi 6 měsíci a 33 roky. P1, P2, P3, P4 ještě nikdy nerodila. P5, P6, P7, P8 již sama rodila, všechny pouze jedenkrát. Časové rozpětí roků porodů je od r. 1978 do r. 2007.

**Tabulka 11 Definice pojmu „porodní plán“**

P= porodní asistentka

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
<b>Plán porodu</b>	+							
<b>Seznam přání a představ</b>		+		+	+	+	+	+
<b>Rozplánování úkonů</b>			+					

P1 uvádí porodní plán, jako plán porodu. P2, P4, P5, P6, P7, P8 chápou porodní plán jako seznam přání a požadavků rodičky. P3 jako rozplánování úkonů při porodu.

## Tabulka 12 Možnosti využití porodního plánu

P= porodní asistentka

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
<b>Předloha péče za porodu, pro zdravotníky</b>	+				+			
<b>Na porodním sále při porodu</b>	+	+	+	+				
<b>Možnosti volby úkonů za porodu</b>		+						
<b>K diskusi s ošetřujícím personálem</b>							+	
<b>Motivace a pozitivní vliv na rodičku</b>								+
<b>K diskusi s rodičkou o jejích nesmyslných přáních</b>						+		

P1, P5 uvedla, že porodní plán je předloha péče za porodu, pro zdravotníky. P1, P2, P3, P4 by použily porodní plán na porodním sále za porodu. P2 dodává, že je to seznam možností volby úkonů za porodu. P6 odpověděla, že je porodní plán prostředek k diskusi zdravotníků s rodičkou o jejích nesmyslných přáních. P7 chápe porodní plán jako prostředek k diskusi rodičky s ošetřujícím personálem. P8 jako pozitivně motivační prostředek pro rodičku.



### Tabulka 13 Obsah porodního plánu

P= porodní asistentka

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
<b>Přání a představy rodičky</b>	+	+		+				+
<b>Možnost partnera u porodu</b>		+			+			
<b>Možnost tišících prostředků</b>		+			+			
<b>Podání klyzmatu</b>					+	+		
<b>Možnost epiziotomie</b>					+	+		
<b>Vedení porodu lékařem nebo porodní asistentkou</b>							+	
<b>Možnost jíst a pít za porodu</b>								
<b>Sledování průběhu porodu</b>			+					

P1, P2, P4, P8 uvedly, že porodní plán by měl obsahovat přání a představy rodičky ohledně porodu. P2, P5 by do porodního plánu zařadily možnost partnera u porodu, dále možnost užití tišících prostředků, P5, P6 možnosti podání klyzmatu a provedení epiziotomie. P7 by doplnila možnost rozhodnutí o vedení porodu lékařem nebo porodní asistentkou. P3 by jako součást porodního plánu zařadila sledování průběhu porodu.

### Tabulka 14 Praktické využití porodního plánu

P= porodní asistentka

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
<b>Uvítala bych využití porodního plánu</b>	+	+	+	+			+	+
<b>Ne, nevyužila bych porodní plán</b>					+	+		
<b>V minulosti jsem porodní plán využila</b>								
<b>Nikdy jsem porodní plán nevyužila</b>	+	+	+	+	+	+	+	+

P1, P2, P3, P4, P7, P8 by využití porodního plánu uvítaly. P5, P6 nevidí přínosnost porodního plánu. Žádná z porodních asistentek v minulosti porodní plán nevyužila. V rozhovorech všechny uvedly své důvody.

**Tabulka 15 Priority dotazovaných při porodu**

P= porodní asistentka

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
<b>Komunikace a spolupráce s rodičkou</b>	+	+	+				+	+
<b>Týmová spolupráce všech zúčastněných u porodu</b>		+						+
<b>Pozitivní přístup rodičky</b>			+			+		+
<b>Spokojená rodička a její doprovod</b>				+				
<b>Dobrá pocit z odvedené práce</b>				+				
<b>Soukromí</b>					+			+

P1, P2, P3, P7, P8 preferují při porodu komunikaci a spolupráci s rodičkou. P2, P8 dále uvedly týmovou spolupráci všech zúčastněných u porodu. P3, P6, P8 považují za důležitý při porodu pozitivní přístup rodičky. P4 uvádí spokojenou rodičku a dobrý pocit z dobře odvedené práce. P5, P8 považují za důležité při porodu soukromí.

**Tabulka 16 Negativní pocity spojené s porodem/pobytem v porodnici**

P= porodní asistentka

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
<b>Žádné</b>	+	+	+		+	+	+	
<b>Komplikace za porodu</b>				+				
<b>Nepříjemní a uzavření lidé</b>				+				
<b>Nemít dítě u sebe</b>								+
<b>Nemožnost návštěv</b>								+

P1, P2, P3, P5, P6, P7 nemá žádné negativní pocity spojené s porodem. P4 uvedla, jako negativum, komplikace za porodu a nepříjemné, uzavřené lidi. P8 odpověděla, že negativně vnímala to, že neměla dítě u sebe a nemožnost návštěv na oddělení šestinedělí.

### Tabulka 16 Pozitivní pocity spojené s porodem/pobytem v porodnici

P= porodní asistentka

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
<b>Žádné</b>	+	+						
<b>Pozitivní přístup rodičky</b>			+					
<b>Komunikace a spolupráce rodičky se zdravotníky</b>			+					
<b>Spokojenost rodičky a jejího doprovodu</b>				+				
<b>Nejemotivnější zážitek</b>					+	+		
<b>Pocit překonání sama sebe</b>						+	+	
<b>Hladký průběh porodu</b>								+
<b>Známé prostředí</b>								+

P1, P2 nemají žádné pozitivní zážitky spojené s porodem/ pobytem v porodnici. P3 uvedla pozitivní přístup rodičky, komunikaci a spolupráci s rodičkou. P4 vnímá pozitivně spokojenost rodičky a jejího doprovodu. P5, P6 považuje porod za nejemotivnější zážitek. P6, P7 uvádí, jako pozitivum pocit překonání sama sebe. P8 uvedla hladký průběh porodu a známé prostředí, ve kterém rodila.

### **4.1.3 Interpretace výsledků kvalitativního šetření u těhotných žen hospitalizovaných na oddělení rizikového těhotenství GPK FN Plzeň**

#### **Respondentka 1 těhotná**

Této dotazované je 33 let. Již dvakrát rodila, poprvé císařským řezem a podruhé spontánně. Oba porody na GPK FN Plzeň, v roce 2000 a 2005. Na otázku, co je to porodní plán, odpověděla, že naplánování porodu od sbalení tašky po porod dítěte. Například kdy jet do porodnice, co si vzít s sebou, koho, do jaké porodnice, jestli bude mít nějaké speciální přání (např. epidurál), kdo ohlídá druhé dítě. Domnívá se, že porodní plán se využívá k tomu, aby žena byla připravena. Měla by ho mít doma i s sebou do porodnice. Poslední dvě odpovědi korespondují i s odpovědí na otázku, co by měl porodní plán obsahovat. Využití porodního plánu by uvítala. V minulosti ho nevyužila, protože nevěděla, že taková možnost existuje. Při porodu preferuje přítomnost blízkého člověka a lidský přístup personálu, který o rodičku pečuje. Negativně vzpomíná pouze na stravu, která se jí zdála nevhodná pro kojící matky. Jako pozitivní hodnotí ochotu personálu pomoci a poradit při nesnázích.

#### **Respondentka 2 těhotná**

Této těhotné je 31 let. Sama již jednou rodila v roce 2006, na GPK FN Plzeň. Porodní plán chápe jako plán, jak co nejrychleji, nejméně bolestně a bez komplikací porodit zdravé dítě. Tato respondentka uvedla, že porodní plán se dá využít v porodnici nebo doma s porodní asistentkou, ke zmírnění bolesti při porodu a k psychické podpoře. Dále odpověděla, že porodní plán by měly spolu vytvořit porodní asistentka s budoucí maminkou, například v kurzech pro těhotné a měl by obsahovat různé způsoby, jak ulevit při kontrakcích. Například pohupování se na balonu, masáže zad a křížové oblasti ve vaně nebo ve sprše, aromaterapie, nácvik správného dýchání a tlačení atd. Tato těhotná by měla zájem o využití porodního plánu. V minulosti ho nevyužila, protože o porodním plánu nic nevěděla. Při porodu je pro tuto ženu důležité, aby někdo z jejích blízkých byl s ní u porodu, protože to působí skvěle na její psychiku. Neuvedla žádné negativní pocity spojené s porodem nebo pobytem v porodnici. K pozitivním vzpomínkám na porod a pobyt v porodnici poznamenala, že měla štěstí a měla u sebe manžela, který si vedl skvěle. A hlavně měla skvělou porodní asistentku, která se jí od začátku kontrakcí moc věnovala a pomohla jí zmírnit bolesti a pocity tlaku. Velmi jí také podporovala psychicky.

### **Respondentka 3 těhotná**

Tato pětaticetiletá těhotná již jednou rodila, v roce 2008, na GPK FN Plzeň. Vůbec nevěděla, co je to porodní plán, ale na otázku, k čemu a kde se dá využít odpověděla, že k naplánování nenaplánovatelného. Z odpovědi vyplývá, že tato respondentka nevěděla, co by měl porodní plán obsahovat. neměla zájem o jeho využití a nikdy v minulosti ho nevyužila, ani se s tímto pojmem nesešla. Při porodu je pro ni důležitý citlivý přístup personálu, prostředí a účast otce u porodu. Neuvedla žádné negativní pocity spojené s porodem a pobytem v porodnici. Velmi ji překvapilo příjemné jednání sestřiček a zvláště pak přístup porodní asistentky, která ji vše trpělivě vysvětlovala a provedla porodem tak, že porodila v pohodě.

### **Respondentka 4 těhotná**

Tato třiatřicetiletá dotazovaná již jednou rodila, v roce 2005, na GPK FN Plzeň. Porodní plán chápe jako sepsaný seznam toho, co chce nebo nechce při porodu nebo těsně před ním udělat. Její přání. Na otázku, kde a k čemu se dá porodní plán využít, odpověděla, že při porodu v porodnici, při konzultaci s porodní asistentkou. Informovat porodní asistentku, co vše maminka může chtít a co ne (co třeba oni berou jako samozřejmost). Porodní asistentka pak také může na porodní plán reagovat a konzultovat s maminkou, co lze a co ne a co by třeba bylo vhodnější. Porodní plán by měl dle této ženy obsahovat to, co každá maminka-rodíčka chce, samozřejmě, co je v možnostech porodnice a samotného průběhu porodu. Domnívá se, že by vše mělo být konzultováno s porodní asistentkou, i v průběhu samotného porodu, kdy představy a realita jsou někdy od sebe vzdáleny. Dále uvedla, co by do porodního plánu sama zaznamenala: např. v jaké poloze chce родit, zda chce/nechce epidurál, zda chce/nechce nastříhnout hráz, zda chce/nechce klystýr, zda chce/nechce miminko hned po porodu u sebe, přítomnost otce u porodu, ale i třeba to čeho se bojí, z čeho mám strach. Porodní plán by ale sama využít nechtěla, protože ví, že by se s porodní asistentkou mohla domluvit přímo v dané situaci. Nikdy ho ani v minulosti nevyužila, ze stejného důvodu. Při porodu je pro ni důležitý přístup a ochota porodní asistentky, sestřiček a doktorů. Také úroveň sociálního zařízení a přítomnost miminek u matek. Negativní byl pro ni samotný pobyt v nemocnici, velký počet matek (asi 6) na pokoji bez možnosti přítomnosti miminek v noci, protože rodila ve staré budově porodnice. proto se také těší do nové porodnice. Jako pozitivní hodnotí profesionální přístup porodní asistentky, doktorů i zdravotních sester.

### **Respondentka 5 těhotná**

Této respondentce je 35 let. Již dvakrát porodila na GPK FN Plzeň, v roce 2004 ve staré budově porodnice a v roce 2007 již v nové budově porodnice. Porodní plán definuje jako sepsání přání a představ týkajících se porodu, který lze využít v porodnici, při porodu, kde může usnadnit komunikaci rodičky s ošetřujícím personálem. Podle této dotazované, by měl porodní plán obsahovat: jméno, slušně formulovaná reálná přání, jako chci/nechci (holit, klystýr, léky, atd.), hudbu, polohu při porodu, péči o miminko, atd. O využití porodního plánu nikdy neuvažovala, protože se domnívá, že se vše dá konzultovat s ošetřujícím personálem při porodu. Při porodu je pro tuto respondentku důležitá podpora, klid a komunikace. K negativním vzpomínkám uvádí způsob podávání informací o stavu dítěte od dětských lékařek, jinak byla při porodu i pobytu v porodnici se vším spokojená.

## Sumarizace informací z polostrukturovaných rozhovorů s těhotnými hospitalizovanými na oddělení pro riziková a patologická těhotenství GPK FN Plzeň

**Tabulka 17 Osobní údaje respondentek**

T= těhotná

	Věk T	Rodila/kolikrát	Rok porodu	Místo porodu
<b>T1</b>	33	ano/ 2x	2000, 2005	GPK FN Plzeň
<b>T2</b>	31	ano/ 1x	2006	GPK FN Plzeň
<b>T3</b>	35	ano/ 1x	2008	GPK FN Plzeň
<b>T4</b>	33	ano/ 1x	2005	GPK FN Plzeň
<b>T5</b>	35	ano/ 2x	2004, 2007	GPK FN Plzeň

Dvakrát rodila T1, T5. Jedenkrát rodila T2, T3, T4. Věkové rozmezí 30 - 35 let splňují všechny dotazované. Do roku 2006 porodila T1, T2, T4, T5. Po roce 2006 porodila T3, T5. Všechny respondentky porodily na GPK FN Plzeň.

**Tabulka 18 Definice porodního plánu**

T= těhotná

	T1	T2	T3	T4	T5
<b>Naplánování porodu</b>	+	+			
<b>Sepsaný seznam přání a představ rodičky o porodu</b>				+	+
<b>Neví</b>			+		

T1, T2 uvedly, že porodní plán je naplánování porodu. T3 odpověď nevěděla. T4, T5 odpověděly, že porodní plán je soupis přání a představ rodičky o porodu.

### Tabulka 19 Možnosti využití porodního plánu

T= těhotná

	<b>T1</b>	<b>T2</b>	<b>T3</b>	<b>T4</b>	<b>T5</b>
<b>Příprava těhotné na porod</b>	+				
<b>V porodnici/ doma při porodu</b>		+		+	+
<b>Naplánování nenaplánovatelného</b>			+		
<b>Prostředek ke konzultaci s porodní asistentkou</b>		+		+	
<b>Prostředek ke komunikaci</b>					+

T1 chápe porodní plán jako přípravu na porod. T2, T4, T5 uvedly, že se porodní plán využívá v porodnici/doma při porodu. T2, T4 dodaly, že porodní plán slouží ke konzultaci představ rodičky s porodní asistentkou. T5 uvedla porodní plán, jako prostředek ke komunikaci rodičky s ošetřujícím personálem. T3 uvádí využití porodního plánu jako naplánování nenaplánovatelného.



### Tabulka 20 Obsah porodního plánu

T= těhotná

	T1	T2	T3	T4	T5
<b>Seznam věcí do porodnice</b>	+				
<b>Kdy vyrazit do porodnice</b>	+				
<b>Klystýr ano/ne</b>					+
<b>Holení ano/ne</b>					+
<b>Epidurál ano/ne</b>	+				
<b>Poloha během/při porodu</b>		+		+	+
<b>Úlevové prostředky</b>		+		+	
<b>Využití vany/sprchy</b>		+			
<b>Neví</b>			+		
<b>Nástřih hráze</b>				+	
<b>Partner u porodu</b>				+	
<b>Čeho se rodička obává</b>				+	
<b>Slušně formulovaná reálná přání</b>					+
<b>Péče o miminko po porodu</b>				+	+

T1, T2, T4, T5 v rozhovoru uvedly konkrétní požadavky, které by zaznamenaly do porodního plánu. T3 nevěděla, co může porodní plán obsahovat.

### Tabulka 21 Praktické využití porodního plánu

T= těhotná

	T1	T2	T3	T4	T5
<b>Uvítala bych využití porodního plánu</b>	+	+			
<b>Ne, nevyužila bych porodní plán</b>			+	+	+
<b>V minulosti jsem porodní plán využila</b>					
<b>Nikdy jsem porodní plán nevyužila</b>	+	+	+	+	+

Možnost využití porodního plánu by uvítala T1, T2. T3, T4, T4 o využití porodního plánu nemají zájem. Všechny respondentky v rozhovoru uvedly své důvody.

Žádná z dotazovaných porodní plán nikdy v minulosti nevyužila. V rozhovorech všechny dotazované uvedly své důvody.

**Tabulka 22 Priority dotazovaných při porodu**

T= těhotná

	T1	T2	T3	T4	T5
<b>Blízká osoba u porodu</b>	+	+	+		+
<b>Ochotný ošetřující personál</b>	+		+	+	+
<b>Prostředí porodního sálu</b>			+		+
<b>Komunikace s ošetřujícím personálem</b>					+

T1, T2, T3, T5 uvedly jako důležitou přítomnost blízké osoby při porodu. T1, T3, T4, T5 odpověděly, že je důležitý ochotný přístup ošetřujícího personálu. T3, T5 dále uvedly, jako podstatné, prostředí porodního sálu. T5 ještě dodala, že důležitá je i komunikace s ošetřujícím personálem.

**Tabulka 23 Negativní pocity těhotných z předchozích porodů/pobytu v porodnici**

T= těhotná

	T1	T2	T3	T4	T5
<b>Strava pro nedělký</b>	+				
<b>Pobyt v nemocnici, jako takový</b>				+	
<b>Bez rooming - in</b>				+	
<b>Podávání informací dětskými lékařkami</b>					+
<b>Žádné negativní pocity</b>		+	+		

T1 vnímala negativně stravu na oddělení šestinedělí. T4 uvedla, že nemá ráda pobyt v nemocnici, jako takový. Dále T4 dodala, že neměla možnost trvalého kontaktu s dítětem. T5 mezi negativa zařadila podávání informací od dětských lékařek. T2, T3 nemají žádné negativní pocity, spojené s porodem/ pobytem v porodnici.

**Tabulka 24 Pozitivní pocity těhotných z předchozích porodů/pobytu v porodnici**

T= těhotná

	<b>T1</b>	<b>T2</b>	<b>T3</b>	<b>T4</b>	<b>T5</b>
<b>Ochotný a příjemný personál</b>	+		+	+	
<b>Profesionální přístup porodní asistentky</b>		+	+	+	
<b>Vše</b>					+

T1, T3, T4 uvedly jako pozitivum přístup a ochotu ošetřujícího personálu. T2, T3, T4 pozitivně vnímaly profesionální přístup porodní asistentky. T5 pozitivně hodnotí celý pobyt v porodnici.

#### **4.1.4 Interpretace výsledků kvalitativního šetření u žen po porodu (nedělek) hospitalizovaných na oddělení rizikového těhotenství GPK FN Plzeň**

##### **Respondentka 1 nedělka**

Této dotazované je 28 let. Rodila své první dítě, tedy v roce 2010, na GPK FN Plzeň. Porodní plán definuje jako přesně určený postup porodu. Uvedla, že se dá využít například u maminek, které přenášejí nebo u kterých mohou být očekávány komplikace při porodu. Podle této ženy by měl porodní plán obsahovat přesné kroky, jak bude porod probíhat, které budou rodiče srozumitelné. Z tohoto důvodu by i sama porodní plán uvítala. V minulosti ho zatím nevyužila, protože nevěděla, jak se s porodním plánem zachází. Za důležitý při porodu považuje přístup lékařů a sestřiček. Tato respondentka nemá žádné negativní pocity spojené s porodem/ pobytem v porodnici. Příjemně ji překvapilo chování personálu. Všichni jsou velmi milí, starostliví a ohleduplní, což hodnotí kladně.

##### **Respondentka 2 nedělka**

Tato osmadvacetiletá žena, porodila své první dítě, v roce 2010. Porod proběhl na GPK FN Plzeň. Porodní plán chápe jako stanovení postupu/ metod porodu. Porodní plán se podle této respondentky využívá tak, že si ho těhotná sestaví a je tak při porodu klidnější. Usnadní se tak i domluva s ošetřujícím personálem, jak bude porod probíhat. Porodní plán by měl podle dotazované obsahovat způsob porodu (normální nebo alternativní), podávání utišujících prostředků, podání klystýru a podobně. Porodní plán by uvítala, protože by věděla, na co se má k porodu přichystat, co má od porodu očekávat. Zatím ještě nikdy porodní plán nevyužila, protože nevěděla, zda ho s sebou může do porodnice přinést. Při porodu je pro respondentku důležitý partner přítomen u porodu příjemný personál, který podává potřebné informace. K negativům spojeným s porodem uvádí bolest, ale zároveň chápe, že je nezbytná. Jako pozitivní uvádí velmi příjemný a ochotný personál

##### **Respondentka 3 nedělka**

Této respondentce je 33 let. Rodila již podruhé na GPK FN Plzeň. Poprvé v roce 2008 a podruhé v roce 2010. Porodní plán definuje jako seznam požadavků rodičky týkajících se porodu. Tento porodní plán si s sebou přinese žena do porodnice, aby ho mohla diskutovat s porodní asistentkou. Dotazovaná uvádí mezi požadavky, které by měl porodní plán obsahovat například polohu při porodu, partnera u porodu, nástřih hráze, léky na bolest, atd. Domnívá se, že porodní plán není potřebný, protože se může rodička domluvit s lékařem a

porodní asistentkou přímo při porodu na tom, co jí vyhovuje a co ne. Nikdy v minulosti porodní plán nevyužila. Při porodu je pro respondentku důležitá přítomnost partnera a vstřícný personál. K negativním pocitům uvádí právě přístup personálu na oddělení, který příliš vstřícný není. Jako pozitivní zážitek uvádí narození miminka a ochotu personálu na porodním sále.

#### **Respondentka 4 nedělka**

Dotazovaná je 30 let. Právě po druhé porodila na GPK FN Plzeň. Poprvé rodila v roce 2007. Porodní plán chápe jako přání rodičky, jak by měl porod vypadat. Používá se při porodu, takže lékař a porodní asistentka dopředu ví, co si rodička přeje. Na dotaz, co by měl porodní plán obsahovat, odpověděla respondentka, že jednotlivá přání maminky jako je alternativní porod, podání klystýru, epidurál, přestřížení pupeční šňůry, manžel u porodu, atd. Pokud by měla možnost, porodní plán by využila, protože by mohla přijít do porodnice s napsanými požadavky a již od začátku je probrat s ošetřujícím personálem. Komunikace a ochotný personál je pro ni při porodu důležitý. Žádná negativa spojená s porodem/pobytem v porodnici neuvádí. Pozitivní je pro ni narození miminka.

#### **Respondentka 5 nedělka**

Tato pětadvacetiletá žena rodila poprvé, v roce 2010. Porod proběhl na GPK FN Plzeň. Porodní plán definuje jako od maminky sepsanou představu, jak by měl porod probíhat, co si v jakém případě přeje. Jako hlavní cíl uvádí to, aby porod probíhal co nejvíce podle rodičky. Ta dá porodní plán před porodem porodníkovi a ten by se měl snažit ho dodržet. Mezi součásti porodního plánu podle dotazované patří: obecně - přání matky o průběhu porodu, konkrétně - zda chce maminka nástřih hráže, jaké akceptuje tišící prostředky, atd. Možnost využití porodního plánu by uvítala, protože by si mohla předem sepsat svá přání ohledně porodu a v porodnici je předat lékaři. Porodní plán zatím nevyužila, protože rodila poprvé a nepřemýšlela tak, že by mohla sdělovat své požadavky lékařům. Při porodu je pro respondentku důležité bezpečí a co největší odborné zajištění porodu. Na 1. místě je zdraví miminka. Dále také vstřícný personál. K negativním pocitům řadí nemožnost se během porodu napít, předchozí pobyt na oddělení rizikového těhotenství a vyvolání porodu, které nebylo, podle jejího názoru, tak nutné. Dotazovaná velmi pozitivně hodnotí přístup veškerého personálu, především porodní asistentky, která o ni pečovala během porodu. Také přístup dětských sester, sestry na oddělení rizikového těhotenství i lékařů. Všichni byli ochotní a při porodu tolerantní.

## Sumarizace informací z rozhovorů se ženami po porodu (nedělkami) hospitalizovanými na oddělení šestinedělí GPK FN Plzeň

**Tabulka 26 Osobní údaje respondentek - nedělek**

N= nedělka

	Věk	Rodila/kolikrát	Rok porodu	Místo porodu
<b>N1</b>	28	ano/ 1x	2010	GPK FN Plzeň
<b>N2</b>	28	ano/ 1x	2010	GPK FN Plzeň
<b>N3</b>	33	ano/ 2x	2008, 2010	oba porody GPK FN Plzeň
<b>N4</b>	30	ano/ 2x	2007, 2010	oba porody GPK FN Plzeň
<b>N5</b>	25	ano/ 1x	2010	GPK FN Plzeň

Respondentky jsou ve věkovém rozmezí 25 - 33 let. 1x rodila N1, N2, N5. N3, N4 porodila již podruhé. Všechny ženy porodily po roce 2006, v rozmezí r. 2007 - 2010. Všechny ženy porodily na GPK FN Plzeň.

**Tabulka 27 Definice porodního plánu**

N= nedělka

	N1	N2	N3	N4	N5
<b>Určený postup porodu</b>	+	+			
<b>Seznam požadavků a přání rodičky</b>			+	+	+

N1, N2 uvádí porodní plán jako přesně určený postup porodu. N3, N4, N5 definují porodní plán jako seznam požadavků a přání rodičky ohledně porodu.

**Tabulka 28 Možnosti využití porodního plánu**

N= nedělka

	N1	N2	N3	N4	N5
<b>Jako plán porodu u možných komplikací</b>	+				
<b>V porodnici, jako prostředek k diskusi s ošetřujícím personálem</b>		+	+	+	+

N1 uvádí porodní plán jako plán porodu u možných komplikací. N2, N3, N4, N5 shodně odpověděly, že se porodní plán dá využít v porodnici, při porodu, k diskusi s ošetřujícím personálem.

### Tabulka 29 Obsah porodního plánu

N= nedělka

	N1	N2	N3	N4	N5
<b>Přesné kroky, jak bude porod probíhat</b>	+				
<b>Způsob porodu</b>		+		+	
<b>Tišící prostředky</b>		+	+	+	+
<b>Podání klystýru</b>		+		+	
<b>Partner u porodu</b>			+	+	
<b>Poloha při porodu</b>			+		
<b>Nástřih hráze</b>			+		+
<b>Přestřížení pupeční šňůry</b>				+	
<b>Přání rodičky ohledně porodu</b>				+	+

N1 odpověděla, že porodní plán by měl obsahovat přesné kroky, jak bude porod probíhat. N2, N4 uvádí, že součástí porodního plánu by mělo být vyjádření ohledně způsobu vedení porodu. N2, N3, N4, N5 by do porodního plánu zahrnuly používání tišících prostředků, N2, N4 podání klyzmatu, N3, N4 přítomnost partnera u porodu, N3, možnost zvolení polohy při porodu, N3, N5 možnost nástřihu hráze, N4 možnost přestřížení pupeční šňůry. N4, N5 doplňují, že by porodní plán měl obsahovat přání rodičky.

### Tabulka 30 Praktické využití porodního plánu

N= nedělka

	N1	N2	N3	N4	N5
<b>Uvítala by možnost využití porodního plánu</b>	+	+		+	+
<b>Ne, nevyužila by porodní plán</b>			+		
<b>V minulosti využila porodní plán</b>					
<b>V minulosti nevyužila porodní plán</b>	+	+	+	+	+

N1, N2, N4, N5 by možnost porodního plánu uvítala. N3 považuje porodní plán za zbytečný. Žádná z respondentek v minulosti porodní plán nevyužila. V rozhovorech všechny uvedly své důvody.

**Tabulka 31 Priority dotazovaných při porodu**

N= Nedělka

	N1	N2	N3	N4	N5
<b>Vstřícný a ochotný personál</b>	+	+	+		+
<b>Přítomnost partnera u porodu</b>		+	+		
<b>Komunikace</b>				+	
<b>Bezpečí a odborné zajištění porodu</b>					+
<b>Zdravé dítě</b>					+

N1, N2, N3, N5 uvedly, jako důležitý při porodu, ochotný a vstřícný personál. N2, N3 preferují při porodu přítomnost partnera. Pro N4 je důležitá komunikace. N5 dále uvádí bezpečí a odborné zajištění porodu a zdravé dítě.

**Tabulka 32 Negativní pocity nedělek z předchozích porodů/pobytu v porodnici**

N= nedělka

	N1	N2	N3	N4	N5
<b>Bolest</b>		+			
<b>Personál na oddělení šestinedělí</b>			+		
<b>Zákaz pití při porodu</b>					+
<b>Zbytečná indukce porodu</b>					+
<b>Žádné</b>	+			+	

Bolest, jako negativní zážitek hodnotí N2. Neochotný personál na oddělení šestinedělí uvádí N3. N5 negativně vnímá zákaz pití při porodu a dále „zbytečnou“ indukci porodu. N1, N4 neuvádí žádné negativní pocity spojené s porodem/pobytem v porodnici.

**Tabulka 33 Pozitivní pocity nedělek z předchozích porodů/pobytu v porodnici**

N= nedělka

	N1	N2	N3	N4	N5
<b>Ochotný personál</b>	+	+	+		+
<b>Narození miminka</b>			+	+	

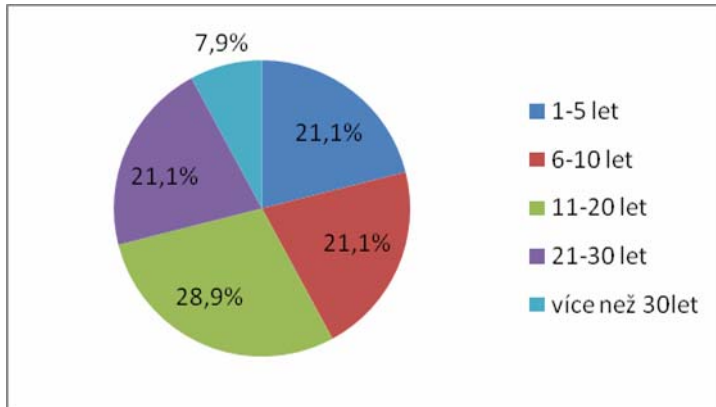
N1, N2, N3, N5 pozitivně hodnotí ochotný a vstřícný personál. N3, N4 řadí k pozitivním zážitkům z porodu narození miminka.



## 4.2 Interpretace výsledků kvantitativního šetření

### 4.2.1 Interpretace výsledků kvantitativního šetření u lékařů

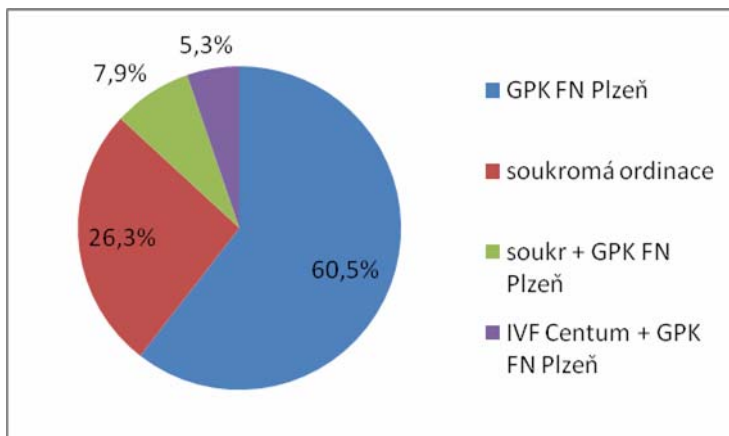
**Graf 1 Délka praxe dotazovaných lékařů**  
k otázce 1 dotazníku



Ze 38 respondentů má 1-5 let praxe 21,1% (8), 6-10 let praxe 21,1% (8), 11-20 let praxe 28,9% (11), 21-30 let praxe 21,1% (8) a více než 30 let praxe 7,9% (3).

**Graf 2 Pracoviště respondentů**

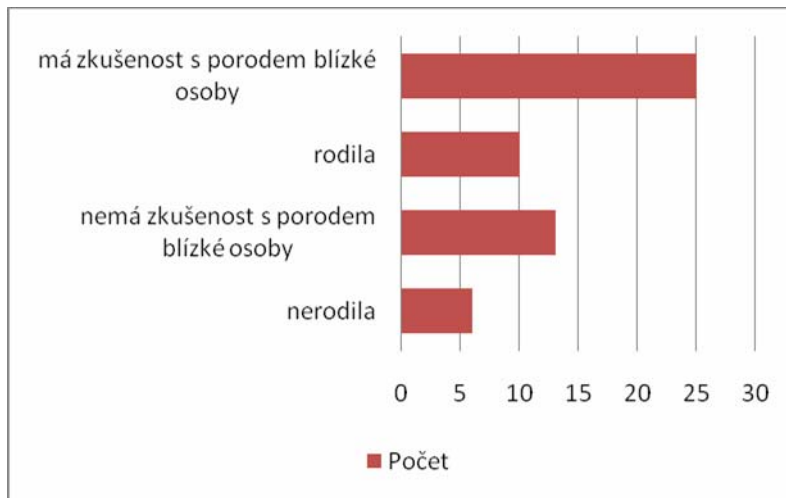
k otázce 2 dotazníku



Ze 38 respondentů jich 60,5% (23) pracuje na GPK FN Plzeň, 26,3% (10) v soukromé gynekologické ordinaci, 7,9% (3) současně na GPK FN Plzeň a v soukromé gynekologické ordinaci, 5,3% (2) současně na GPK FN Plzeň a v IVF centru.

### Graf 3 Zkušenost s vlastním porodem nebo porodem blízké osoby

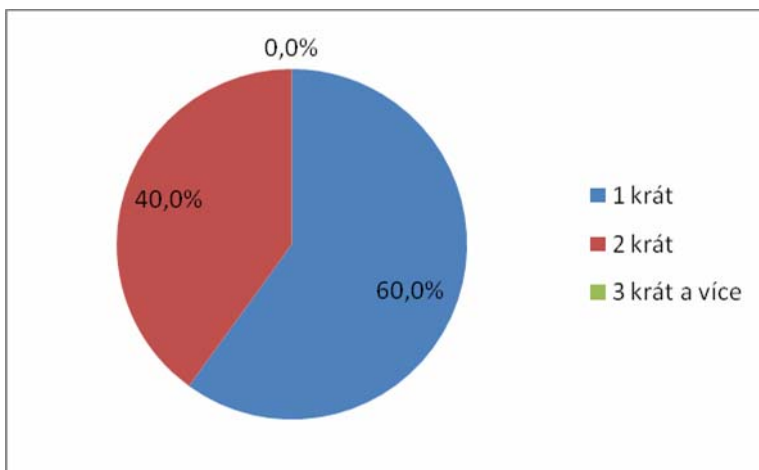
k otázce 3 dotazníku



Odpovědi respondentů: 6 – nerodil/a , 13 – nemá zkušenost s porodem blízké osoby, 10 – rodila a 25 má zkušenost s porodem blízké osoby.

### Graf 4 Počet porodů

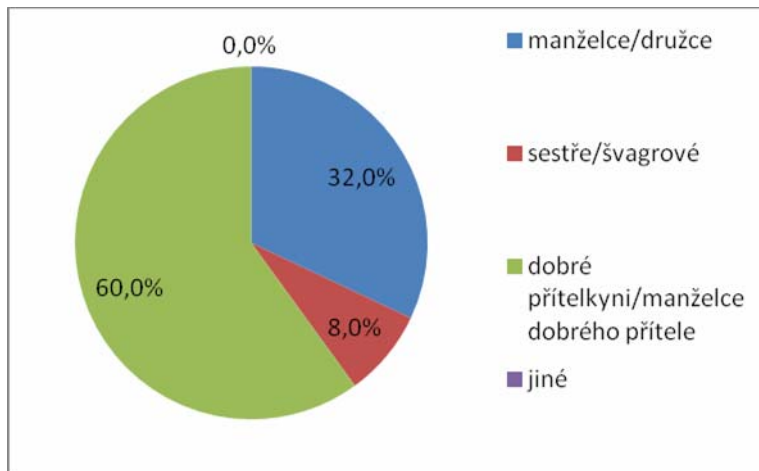
k otázce 4 dotazníku



Z počtu 10 respondentek, které mají zkušenost s vlastním porodem jich 60% (6) rodilo 1x, 40% (4) 2x a žádná nerodila 3x.

### Graf 5 Zkušenost s porodem blízké osoby

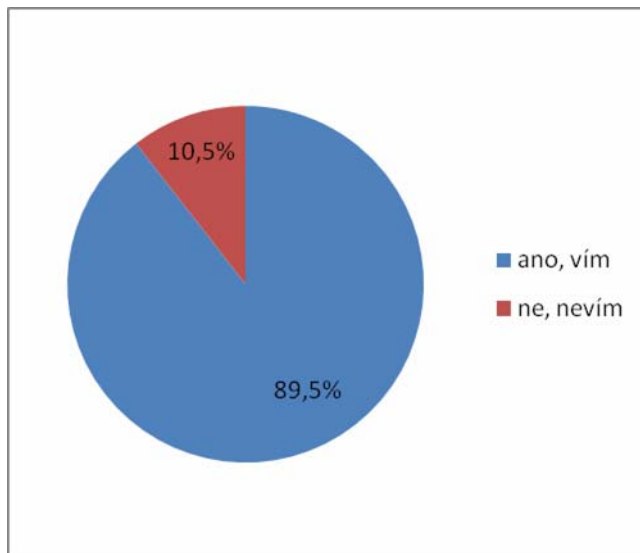
k otázce 5 dotazníku



Z počtu 25 respondentů, kteří mají zkušenost s porodem blízké osoby jich 32% (8) bylo přítomno u porodu manželky/družky, 8% (2) sestry/švagrové a 60% (15) dobré přítelkyně/manželce dobrého přítele. Žádnou jinou variantu respondenti nevedli.

### Graf 6 Znalost pojmu "porodní plán"

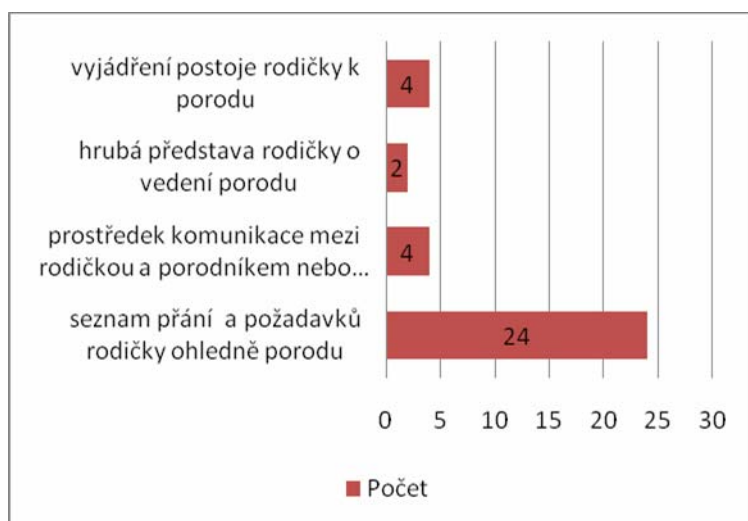
k otázce č 6 dotazníku



Z celkového počtu 38 respondentů jich 89,5% (34) vědělo, co je to porodní plán a 10,5% (4) tento pojem neznalo.

### Graf 7 Definice pojmu „porodní plán“

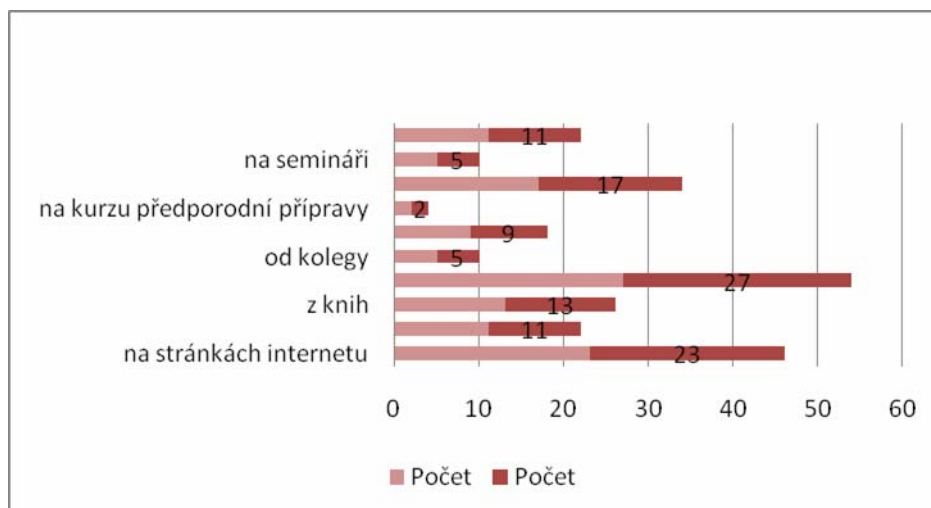
k otázce 6 dotazníku



Počet odpovědí: vyjádření postoje rodičky k porodu – 4, hrubá představa rodičky o vedení porodu – 2, prostředek komunikace mezi rodičkou a porodníkem nebo porodní asistentkou – 4, seznam přání a požadavků rodičky ohledně porodu – 24.

### Graf 8 Zdroje informací o porodním plánu

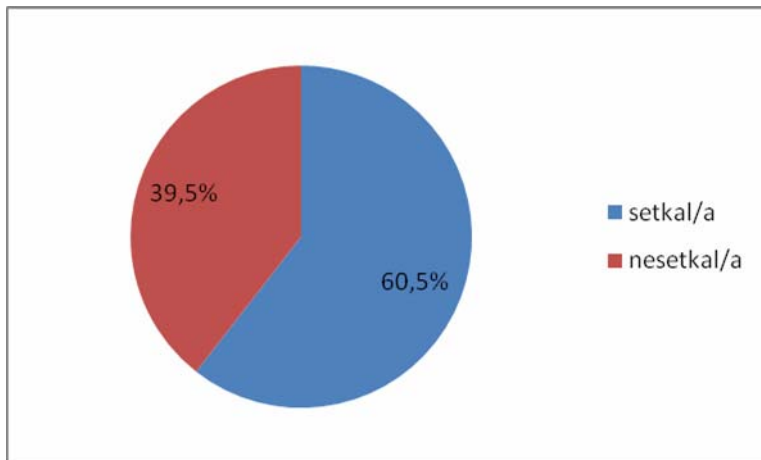
k otázce 7 dotazníku



Počet odpovědí: od klientky – 11, na semináři – 5, nesnažil/a jsem se získávat informace o porodním plánu – 17, na kurzu předporodní přípravy – 2, od rodinného příslušníka – 9, od kolegy – 5, od porodní asistentky – 27, z knih 13, v časopise – 11, na stránkách internetu – 23.

### Graf 9 Porodní plán v praxi

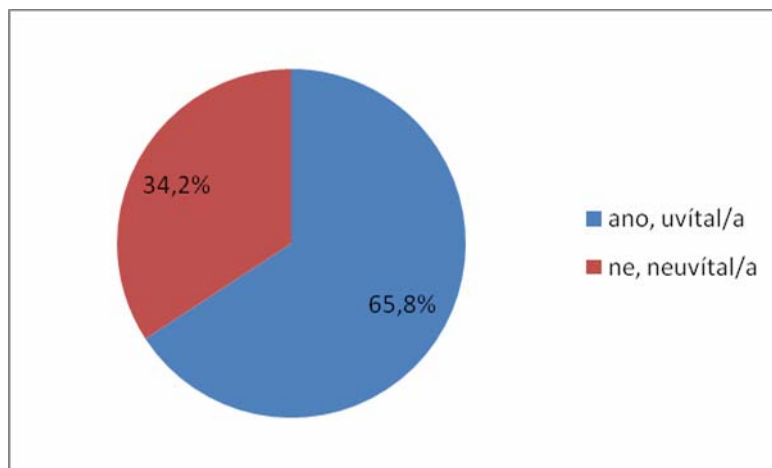
k otázce 8 dotazníku



Z počtu 38 respondentů se s porodním plánem se v praxi setkalo 60,5% (23). 39,5% (15) respondentů se dosud s porodním plánem nesetkalo.

### Graf 10 Možnost využití porodního plánu v praxi

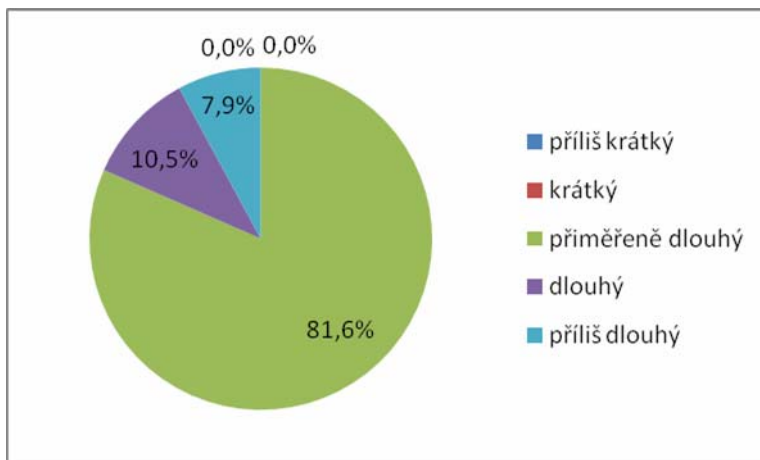
k otázce 9 dotazníku



Z celkového počtu 38 respondentů by jich 65,8% (25) porodní plán v praxi uvítalo. 34,2% (13) respondentů by porodní plán neuvítalo.

### Graf 11 Hodnocení délky porodního plánu

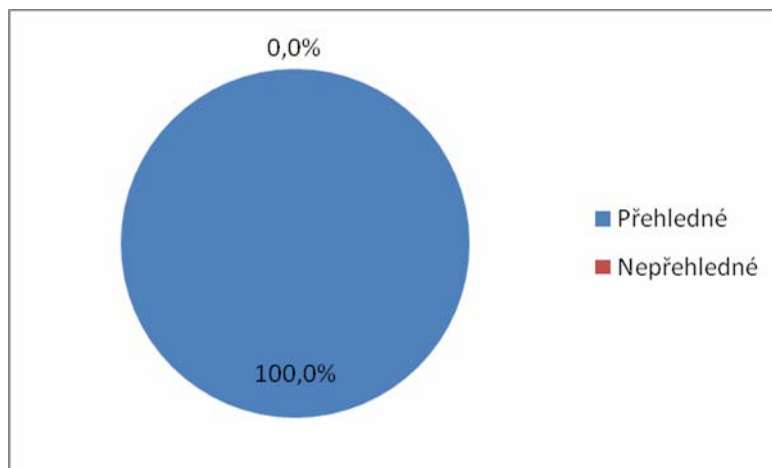
k otázce 10 dotazníku



Z celkového počtu 38 respondentů hodnotí přiložený porodní plán jako přiměřeně dlouhý 81,6% (31), jako dlouhý 10,5% (4) a jako příliš dlouhý 7,9% (3) respondentů. Nikdo nehodnotil přiložený porodní plán jako příliš krátký nebo krátký.

### Graf 12 Grafické vypracování porodního plánu

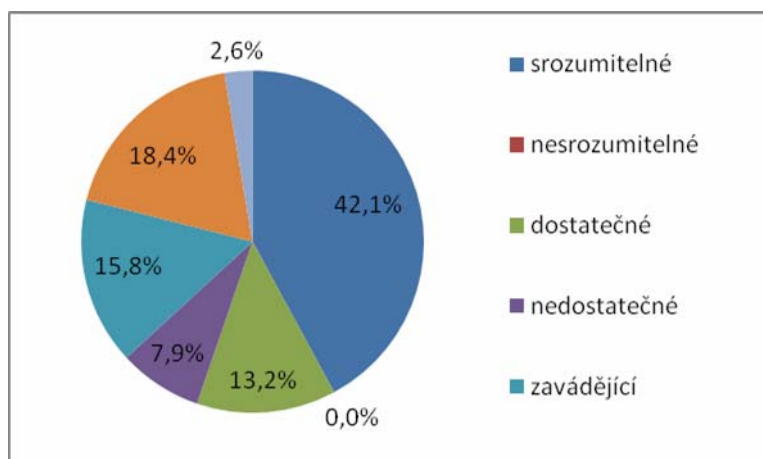
k otázce 11 dotazníku



Všichni respondenti hodnotí grafické zpracování přiloženého porodního plánu jako přehledné.

### Graf 13 Hodnocení srozumitelnosti informací v porodním plánu

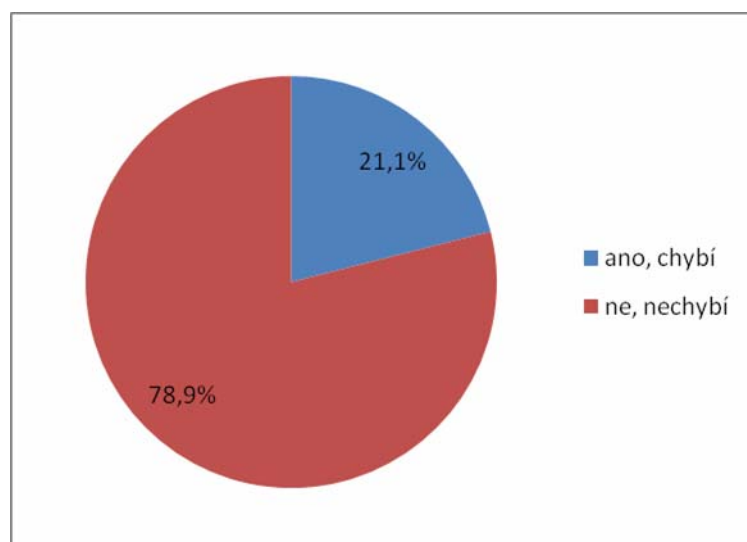
k otázce 12 dotazníku



Z celkového počtu 38 respondentů hodnotí informace v přiloženém porodním plánu jako srozumitelné 42,1% (16), jako dostatečné 13,2% (5), jako nedostatečné 7,9% (3), jako zavádějící 15,8% (6) a jako srozumitelné a dostatečné 18,4% (7). Nikdo nehodnotil informace jako nesrozumitelné.

### Graf 14 Chybějící informace v přiloženém porodním plánu

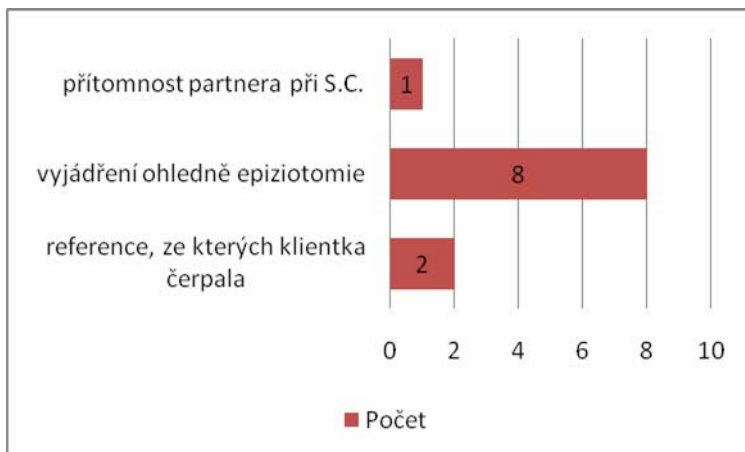
k otázce 13 dotazníku



Z celkového počtu 38 respondentů chybí v přiloženém porodním plánu některé informace 21,1% (8). Žádné informace nechybí 78,9% (30) respondentům.

### Graf 15 Chybějící informace

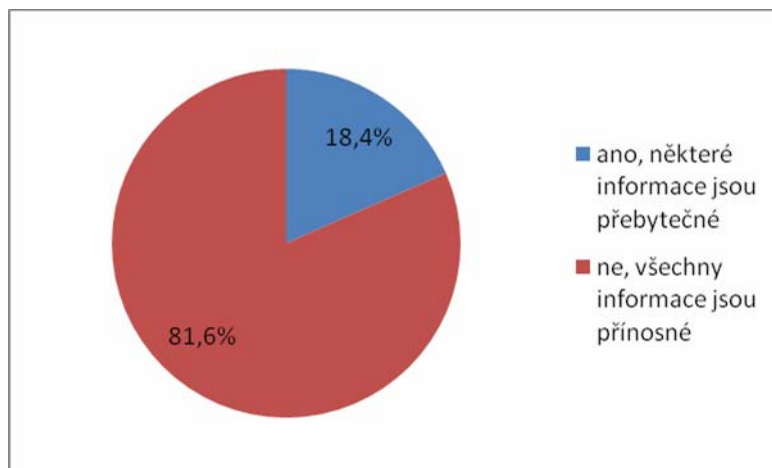
k otázce 13 dotazníku



Počet odpovědí: přítomnost partnera při s.c. – 1, vyjádření ohledně epiziotomie – 8, reference, ze kterých klientka čerpala – 2.

### Graf 16 Přebytečné informace v přiloženém porodním plánu

k otázce 14 dotazníku

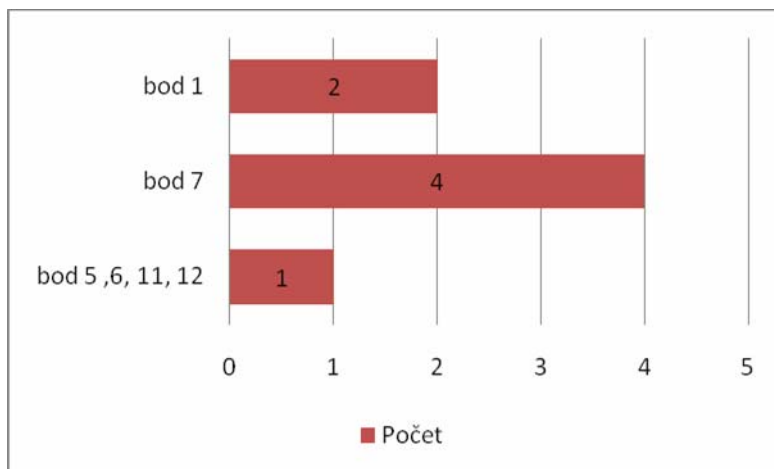


Z celkového počtu 38 respondentů v přiloženém porodním plánu uvádí některé informace jako přebytečné 18,4% (7). Všechny informace jako přínosné hodnotí 81,6% (31) respondentů.



### Graf 17 Přebytečné informace

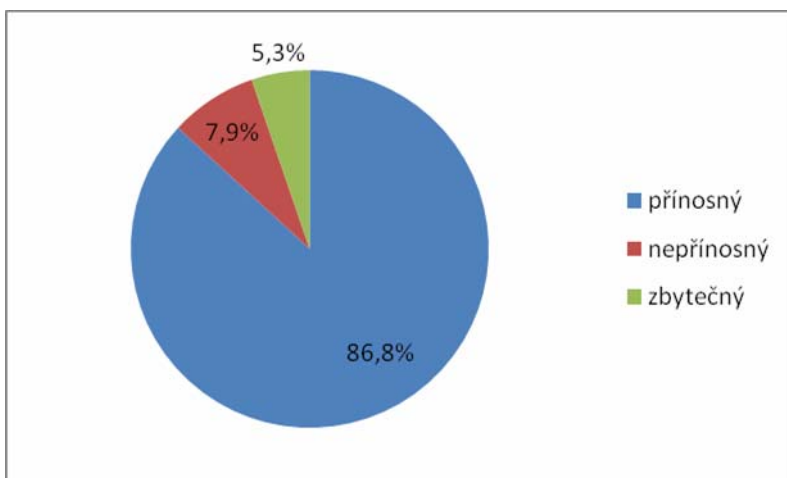
k otázce 14 dotazníku



Počet odpovědí: bod 1 – 2, bod 7 – 4, bod 5, 6, 11 a 12 – 1.

### Graf 18 Hodnocení porodního plánu

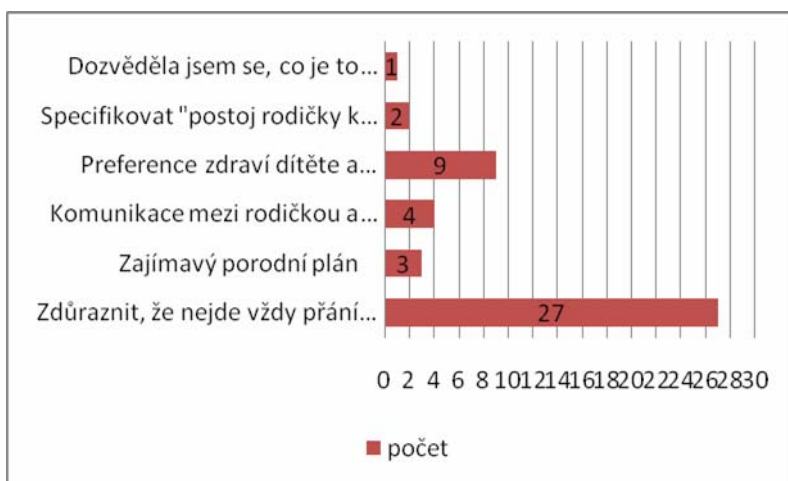
k otázce 15 dotazníku



Z celkového počtu 38 respondentů hodnotí přiložený porodní plán jako přínosný 86,8% (33), jako nepřínosný 7,9% (3) a jako zbytečný 5,3% (2).

## Graf 19 Připomínky a náměty k porodnímu plánu

k otázce 16 dotazníku

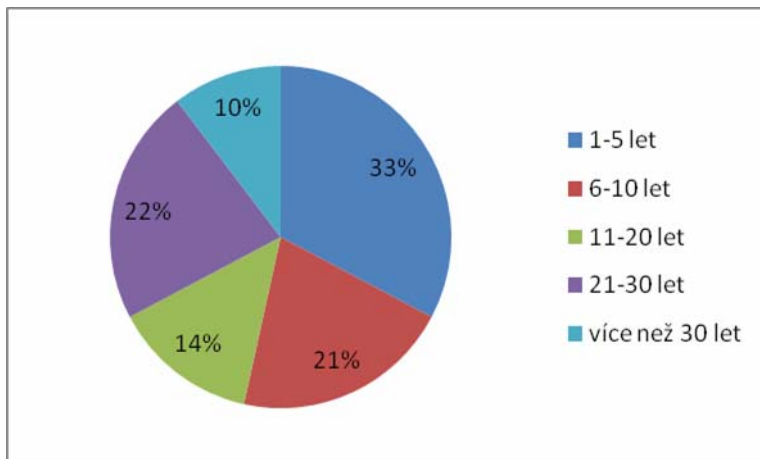


Počty odpovědí: dozvěděla jsem se, co je to porodní plán – 1, specifikovat „postoj rodičky k porodu“ – 2, preference zdraví dítěte a rodičky – 9, Komunikace mezi rodičkou a porodníkem – 4, zajímavý porodní plán – 3, zdůraznit, že nejde vždy přání rodičky dodržet – 27.

## 4.2.2 Interpretace výsledků kvantitativního šetření u porodních asistentek

### Graf 20 Délka praxe porodních asistentek

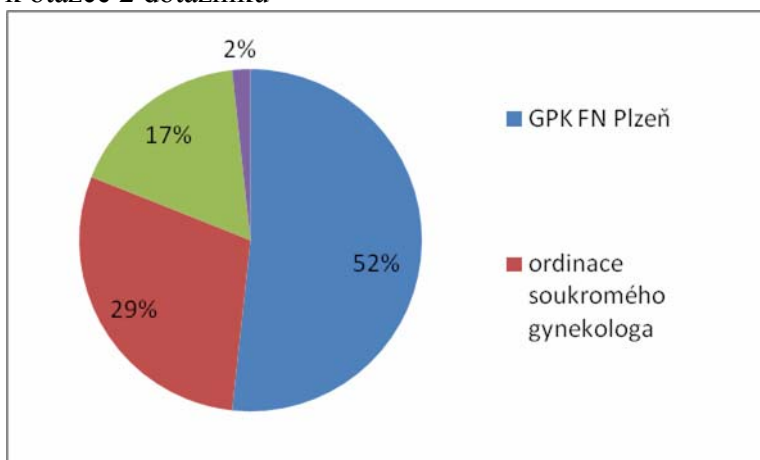
k otázce 1 dotazníku



Z celkového počtu 58 respondentek má 1-5 let praxe 33% (19), 6-10 let praxe 21% (12), 11-20 let praxe 14% (8), 21-30 let praxe 22% (13) a více než 30 let praxe 10% (6).

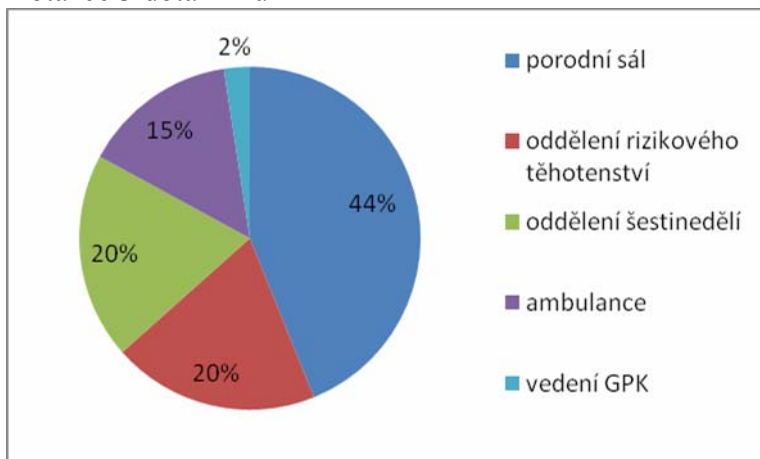
### Graf 21 Pracoviště porodních asistentek

k otázce 2 dotazníku



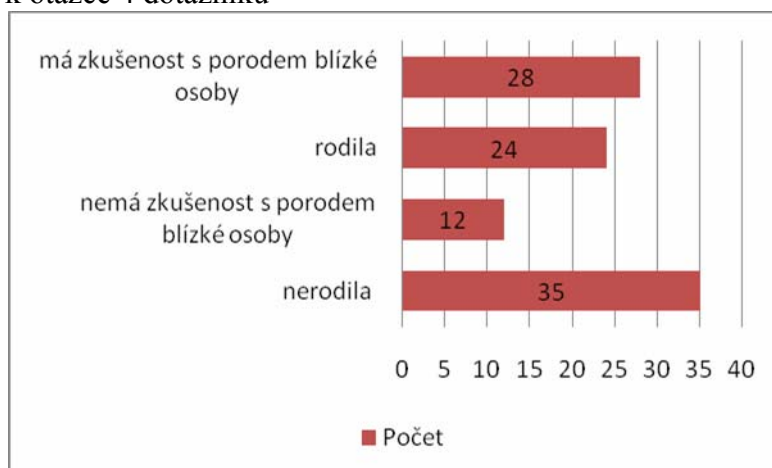
Z celkového počtu 58 respondentek pracuje 52% (30) na GPK FN Plzeň, 29% (17) v ordinaci soukromého gynekologa, současně na GPK FN Plzeň a v ordinaci soukromého gynekologa 17% (10) a současně na GPK FN Plzeň a v IVF centru 2% (1).

**Graf 22 Pracoviště respondentek GPK FN Plzeň**  
k otázce 3 dotazníku



Z počtu 41 respondentek, které pracují na GPK FN Plzeň jich 44% (18) pracuje na porodním sále, 20% (8) na oddělení pro riziková těhotenství, 20% (8) na oddělení šestinedělí, 15% (6) na ambulanci a 2% (1) ve vedení GPK FN Plzeň.

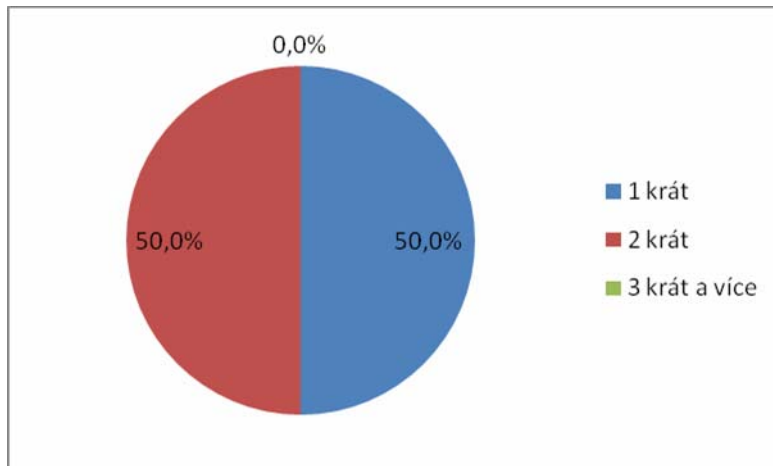
**Graf 23 Zkušenost s vlastním porodem nebo porodem blízké osoby**  
k otázce 4 dotazníku



Počet odpovědí: má zkušenost s porodem blízké osoby – 28, rodila – 24, nemá zkušenost s porodem blízké osoby – 12, nerodila – 35.

### Graf 24 Počet porodů

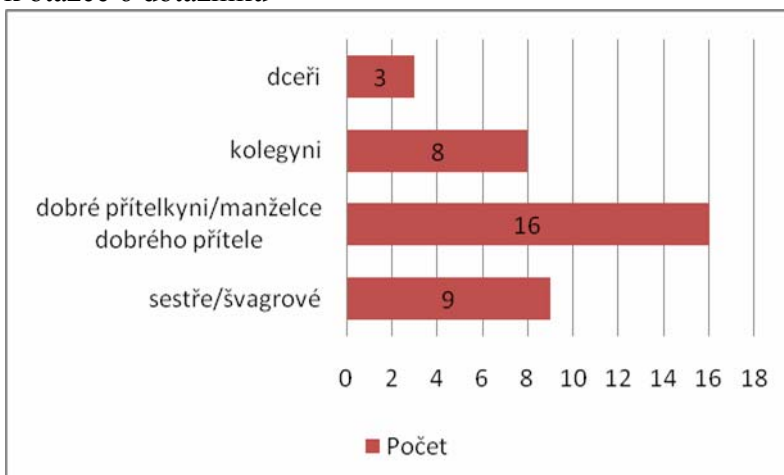
k otázce 5 dotazníku



Z počtu 24 respondentek, které již rodily 50% (12) rodilo 1x, 50% (12) 2x. Žádná z respondentek nerodila 3x a vícekrát.

### Graf 25 Zkušenost s porodem blízké osoby

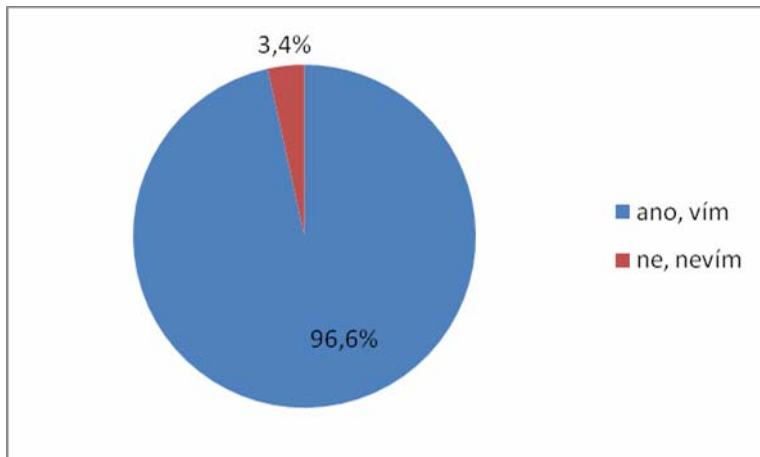
k otázce 6 dotazníku



Počet odpovědí: dceři – 3, kolegyni – 8, dobré přítelkyni/manželce edobrého přítele – 16 a sestře/švagrové – 9.

### Graf 26 Znalost pojmu „porodní plán“

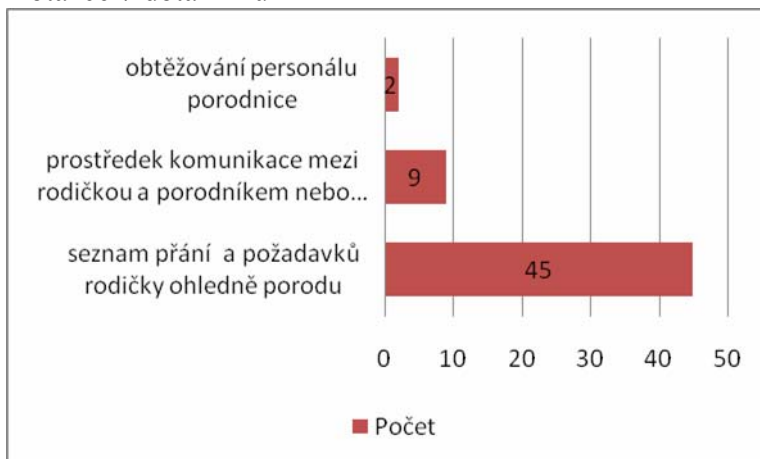
k otázce 7 dotazníku



Z celkového počtu 58 respondentek 96,6% (56) vědělo a 3,4% (2) nevědělo, co je to porodní plán.

### Graf 27 Definice pojmu "porodní plán"

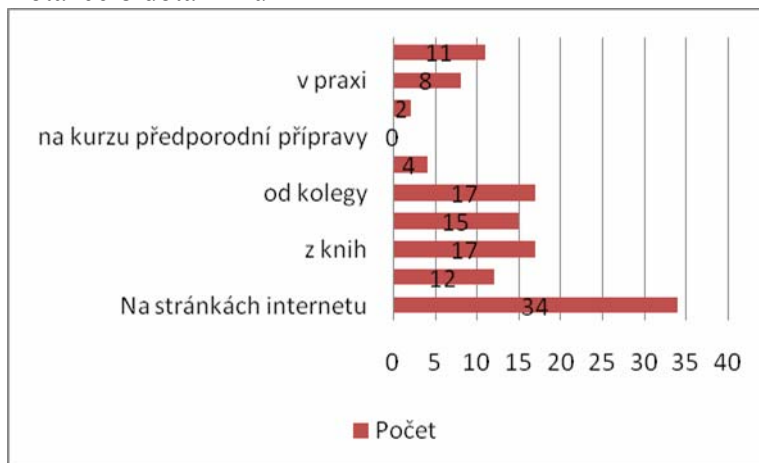
k otázce 7 dotazníku



Počet odpovědí: obtěžování personálu porodnice – 2, prostředek komunikace mezi rodičkou a porodníkem nebo porodní aistentkou – 9, seznam přání a požadavků rodičky ohledně porodu – 45.

### Graf 28 Zdroje informací o porodním plánu

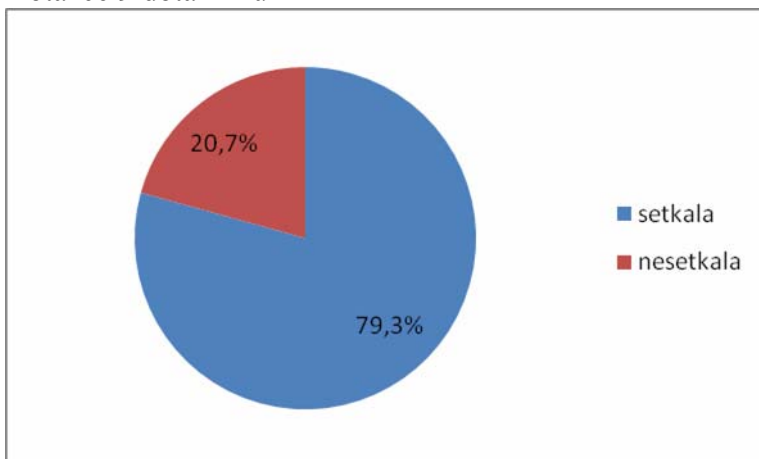
k otázce 8 dotazníku



Počet odpovědí: při studiu – 11, v praxi – 8, nesnažila jsem se získávat informace o porodním plánu – 2, na kurzu předporodní přípravy – 0, od rodinného příslušníka – 4, od kolegy – 17, od klientky – 15, z knih – 17, v časopise – 12, na stránkách internetu – 34.

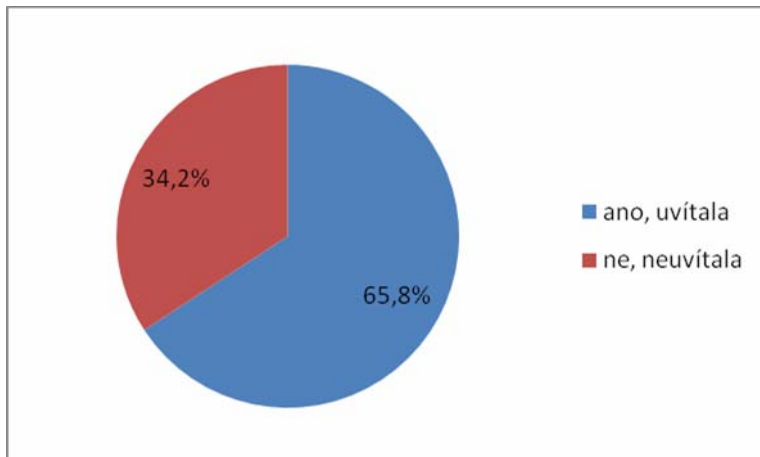
### Graf 29 Porodní plán v praxi

k otázce 9 dotazníku



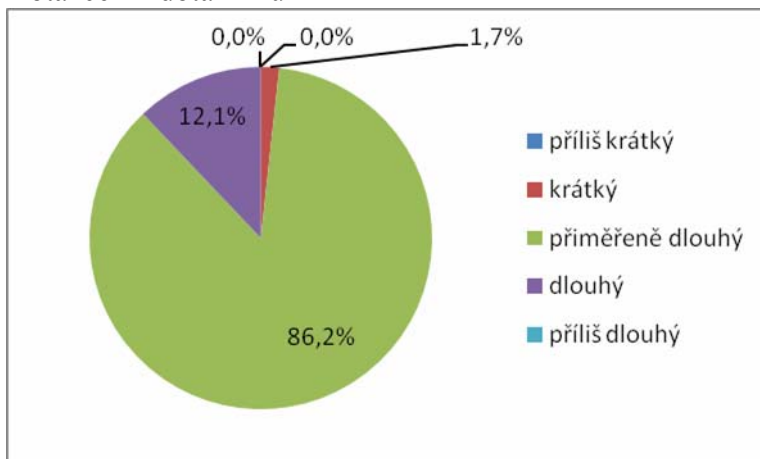
Z celkového počtu 58 respondentek se s porodním plánem 79,3% (46) setkala, 20,7% (12) se s porodním plánem nikdy neseetkala.

**Graf 30 Možnost využití porodního plánu v praxi**  
k otázce 10 dotazníku



Z celkového počtu 58 respondentek by využití porodního plánu v praxi uvítalo 65,8% (25). 34,2% (13) respondentek by porodní plán neuvítalo.

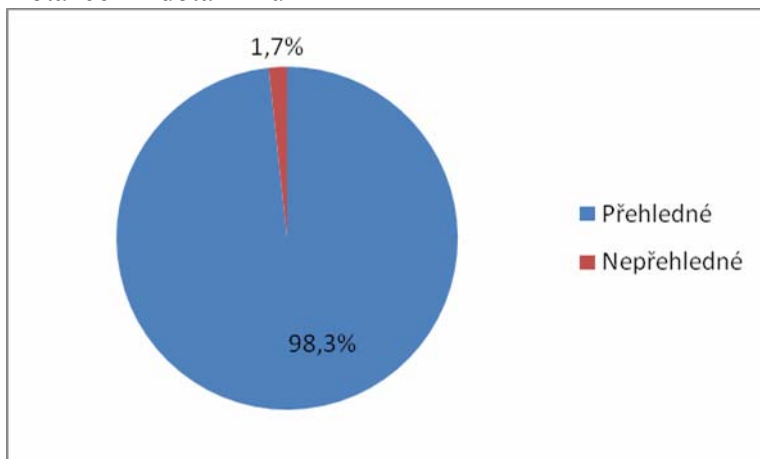
**Graf 31 Hodnocení délky přiloženého porodního plánu**  
k otázce 11 dotazníku



Z celkového počtu 58 respondentek hodnotí přiložený porodní plán 1,7% (1) jako krátký, 86,2% (50) jako přiměřeně dlouhý a 12,1% (7) jako dlouhý. Jako příliš krátký nebo příliš dlouhý nehodnotí přiložený porodní plán nikdo z respondentek.

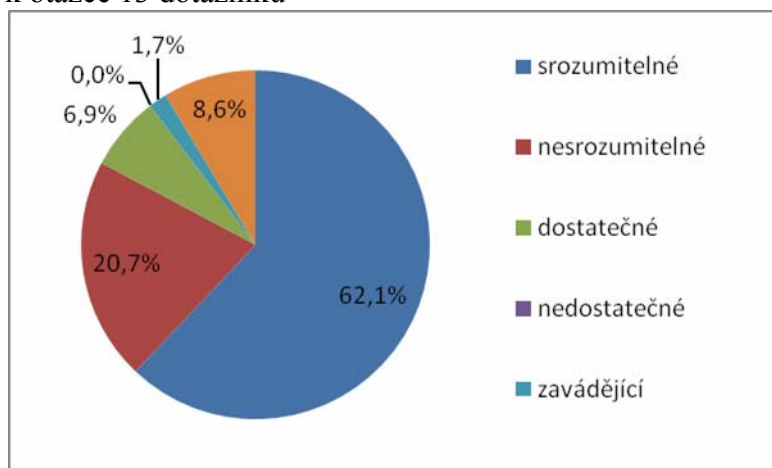


**Graf 32 Hodnocení grafického zpracování přiloženého porodního plánu k otázce 12 dotazníku**



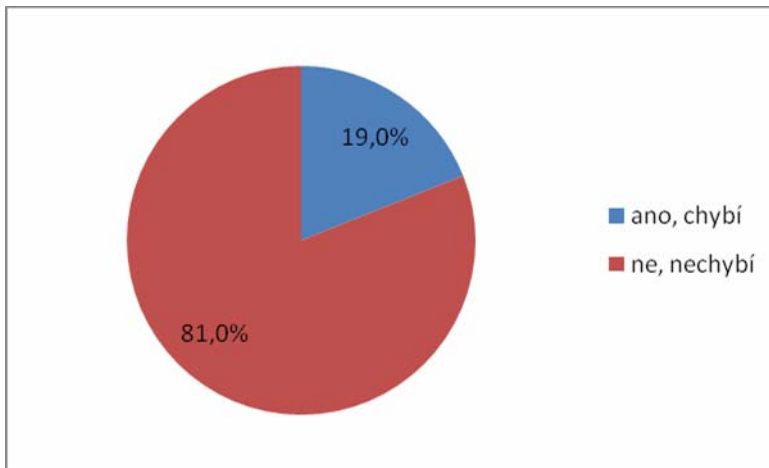
Z celkového počtu 58 respondentek hodnotí grafické zpracování přiloženého porodního plánu jako přehledné 98,3% (57) respondentek a jako nepřehledné 1,7% (1) respondentek.

**Graf 33 Hodnocení srozumitelnosti informací v přiloženém porodním plánu k otázce 13 dotazníku**



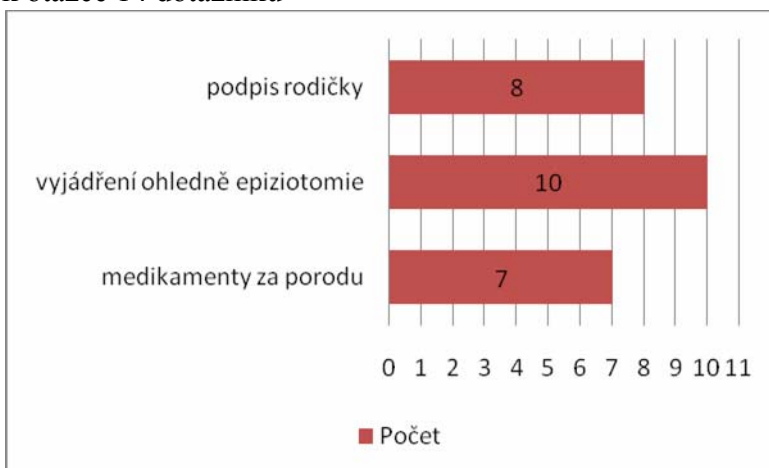
Z celkového počtu 58 respondentek hodnotí informace v přiloženém porodním plánu jako srozumitelné 62,1% (36), jako nesrozumitelné 20,7% (12), jako dostatečné 6,9% (4), jako zavádějící 1,7% (1) a současně srozumitelné a dostatečné 8,6% (5). Jako nedostatečné nehodnotil informac nikdo.

**Graf 34 Chybějící informace v přiloženém porodním plánu**  
k otázce 14 dotazníku



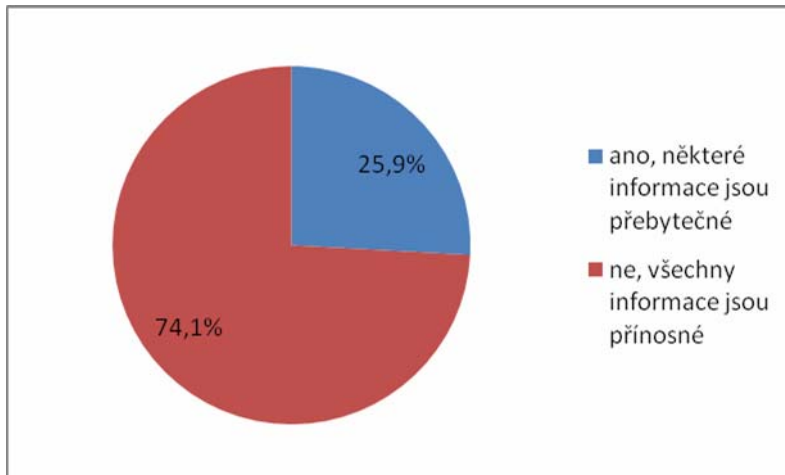
Z celkového počtu 58 respondentek uvádí některé chybějící informace 19% (11). 81% (47) respondentkám v přiloženém porodním plánu žádné informace nechybí.

**Graf 35 Chybějící informace**  
k otázce 14 dotazníku



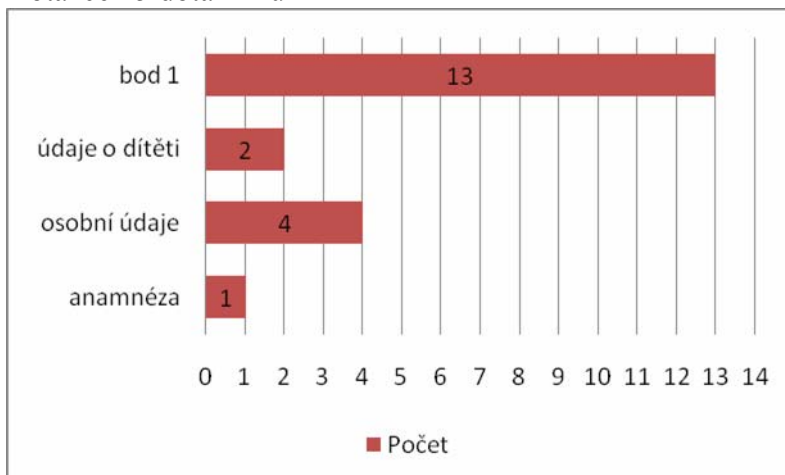
Počet odpovědí: podpis rodičky – 8, vyjádření ohledně epiziotomie – 10, medikamenty za porodu – 7.

**Graf 36 Přebytečné informace v přiloženém porodním plánu**  
k otázce 15 dotazníku



Z celkového počtu 58 respondentek hodnotí 25,9% (15) některé informace v přiloženém porodním plánu jako přebytečné, 74,1% (43) respondentek jako přínosné.

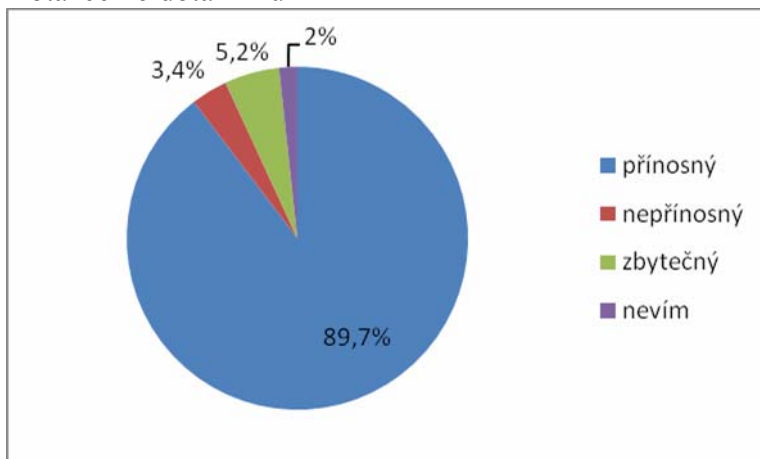
**Graf 37 Přebytečné informace**  
k otázce 15 dotazníku



Počet odpovědí: bod 1 – 13, údaje o dítěti – 2, osobní údaje – 4, anamnéza – 1.

### Graf 38 Hodnocení porodního plánu

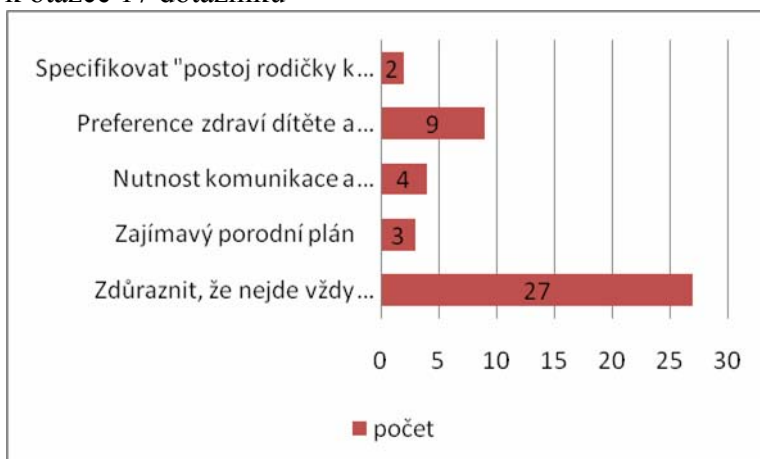
k otázce 16 dotazníku



Z celkového počtu 58 respondentek hodnotí přiložený porodní plán jako přínosný 89,7% (52), jako nepřínosný 3,4% (2), jako zbytečný 5,2% (3). Nevědělo 2% (1) respondentek.

### Graf 39 Připomínky a náměty k porodnímu plánu

k otázce 17 dotazníku

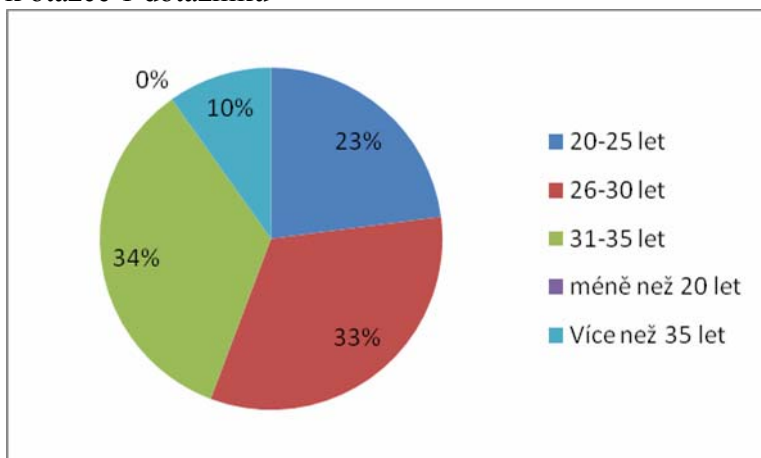


Počet odpovědí: specifikovat „postoj rodičky k porodu“ – 2, preference zdraví dítěte a rodičky – 9, nutnost komunikace a diskuse s rodičkou – 4, zajímavý porodní plán – 3, zdůraznit, že nejde vždy přání rodičky dodržet – 27.

### 4.2.3 Interpretace výsledků kvantitativního šetření u žen a těhotných

**Graf 40 Věk dotazovaných žen**

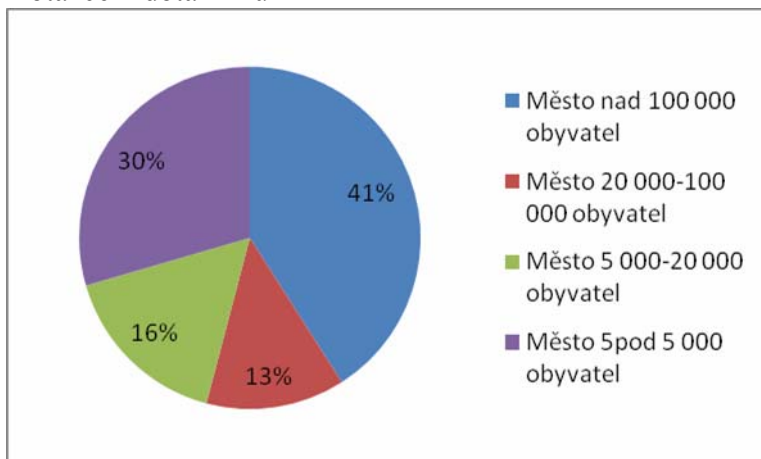
k otázce 1 dotazníku



Z celkového počtu 61 respondentek je ve věku 20-25 let 23% (14) respondentek, ve věku 26-30 let 33% (20) respondentek, ve věku 31-35 let 34% (21) respondentek a více než 35 let je 10% (6) respondentek. %Žádná z respondentek není méně než 20 let.

**Graf 41 Velikost bydliště respondentek**

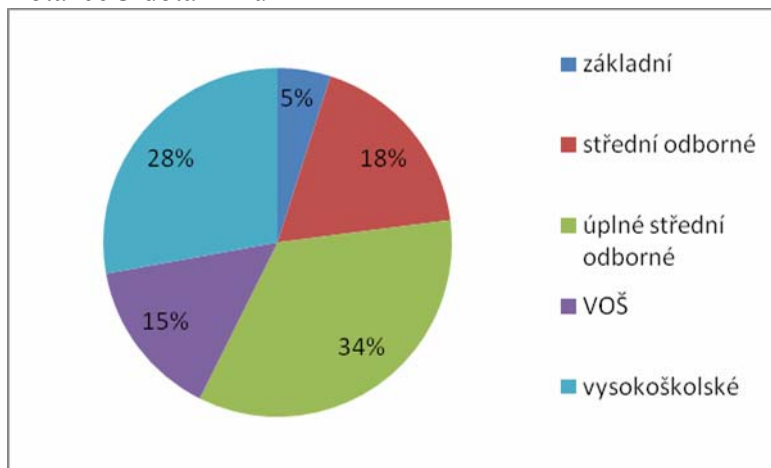
k otázce 2 dotazníku



Z celkového počtu 61 respondentek jich bydlí 41% (25) ve městě nad 100 000 obyvatel, 13% (8) ve městě s 20 000-100 000 obyvateli, 16% (10) ve městě s 5 000\_20 000 obyvateli a 30% (18) ve městě pod 5 000 obyvatel.

### Graf 42 Ukončené vzdělání respondentek

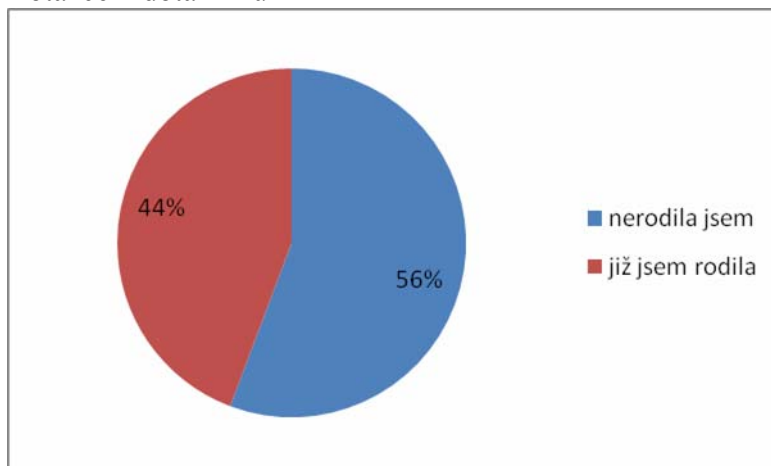
k otázce 3 dotazníku



Z celkového počtu 61 respondentek má 5% (3) základní vzdělání, 18% (11) střední odborné vzdělání, 34% (21) úplné střední odborné vzdělání, 15% (9) VOŠ a 28% (17) vysokoškolské vzdělání.

### Graf 43 Zkušenost s vlastním porodem

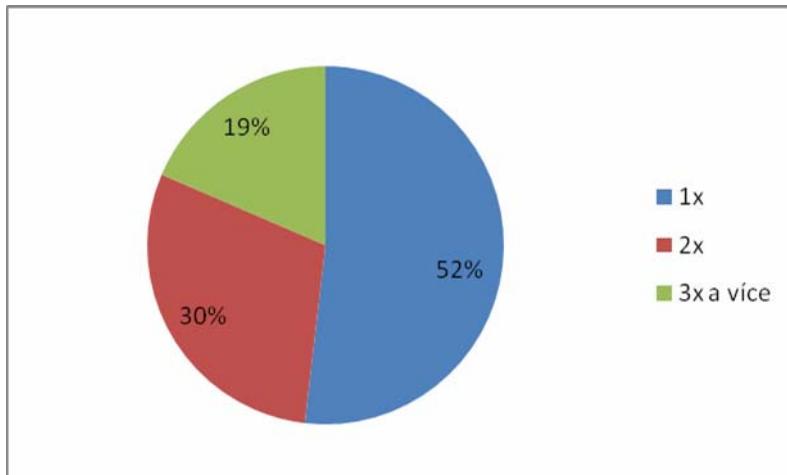
k otázce 4 dotazníku



Z celkového počtu 61 respondentek jich 56% (34) nerodilo, 44% (27) již rodilo.

### Graf 44 Počet porodů

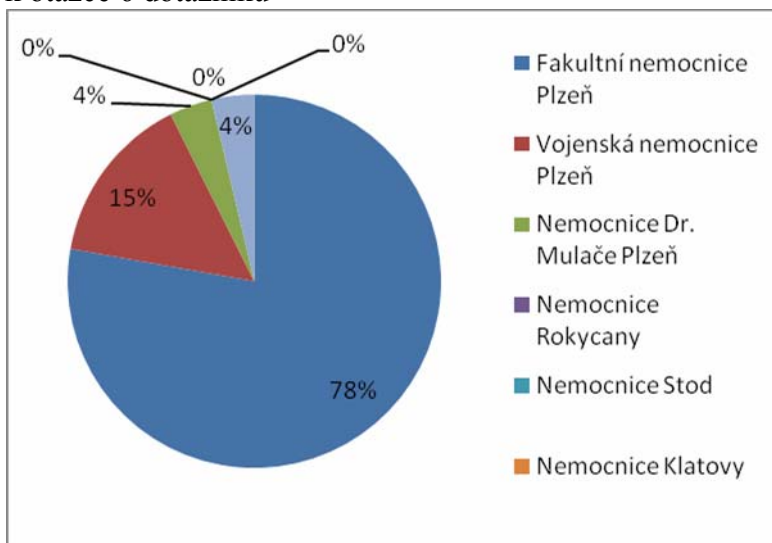
k otázce 5 dotazníku



Z počtu 27 respondentek, které již rodily, jich 52% (14) rodilo 1x, 30% (8) jich rodilo 2x a 19% (5) jich rodilo 3 a vícekrát.

### Graf 45 Místo porodu

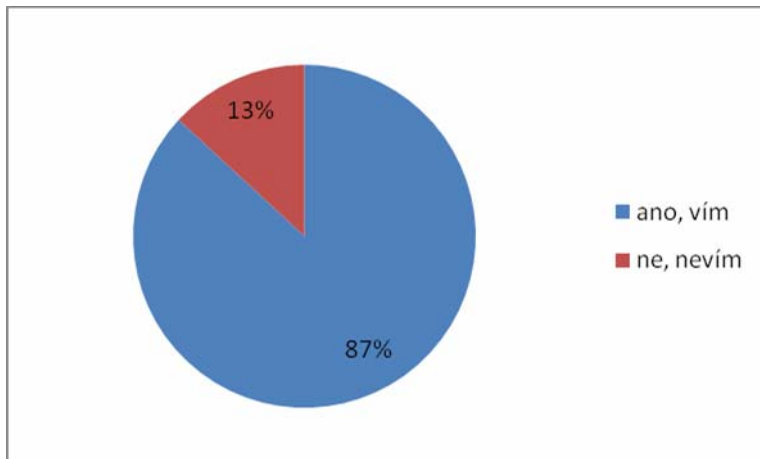
k otázce 6 dotazníku



Z počtu 27 respondentek, které již rodily, jich 78% (21) rodilo na GPK FN Plzeň, 15% (4) ve VN Plzeň, 4% (1) rodila v Nem. Dr. Mulače a 4% (1) v Nem. Hořovice. Z respondentek žádná nerodila v Nem. Rokycany, Nem. Stod a Nem. Klatovy.

### Graf 46 Znalost pojmu "porodní plán"

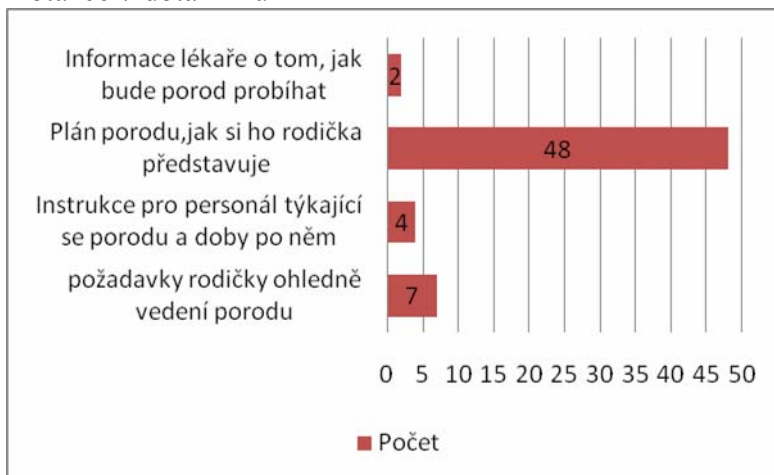
k otázce 7 dotazníku



Z celkového počtu 61 respondentek vědělo, co je to porodní plán 87% (53). 13% (8) pojem „porodní plán“ neznalo.

### Graf 47 Definice pojmu "porodní plán"

k otázce 7 dotazníku

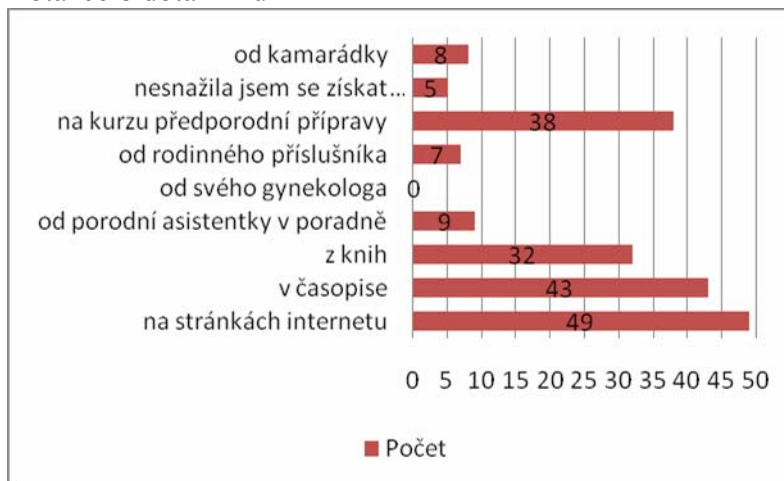


Počet odpovědí: informace lékaře o tom, jak bude porod probíhat – 2, plán porodu, jak si ho rodička představuje – 48, instrukce pro personál týkající se porodu a doby po něm – 4, požadavky rodičky ohledně vedení porodu – 7.



### Graf 48 Zdroje informací o porodním plánu

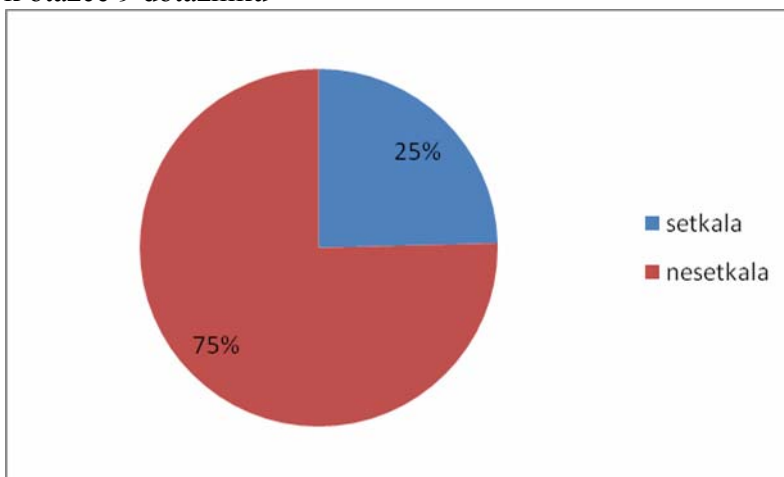
k otázce 8 dotazníku



Počet odpovědí: od kamarádky – 8, nesnažila jsem se získávat informace o porodním plánu – 5, na kurzu předporodní přípravy – 38, od rodinného příslušníka – 7, od porodní asistentky v poradně – 9, z knih – 32, v časopise – 43, na stránkách internetu – 49. Žádná z respondentek nezískala informace o porodním plánu od svého gynekologa.

### Graf 49 Zkušenost s porodním plánem

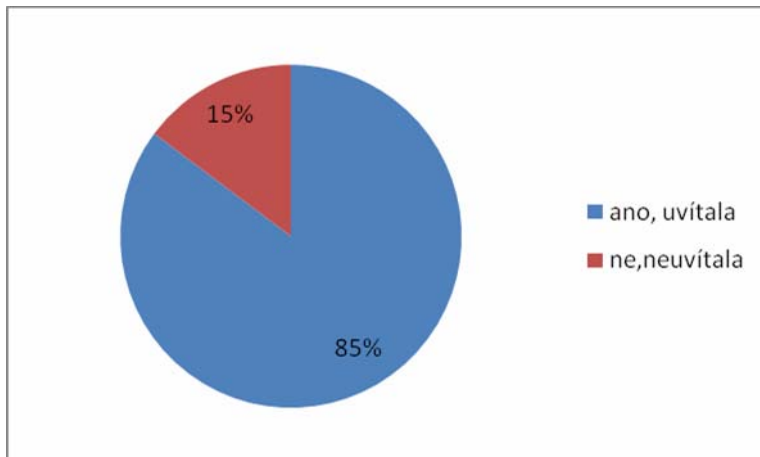
k otázce 9 dotazníku



Z celkového počtu 61 respondentek se jich 25% (15) již setkala s porodním plánem. 75% (46) se s porodním plánem nikdy neseťkala.

### Graf 50 Možnost využití porodního plánu

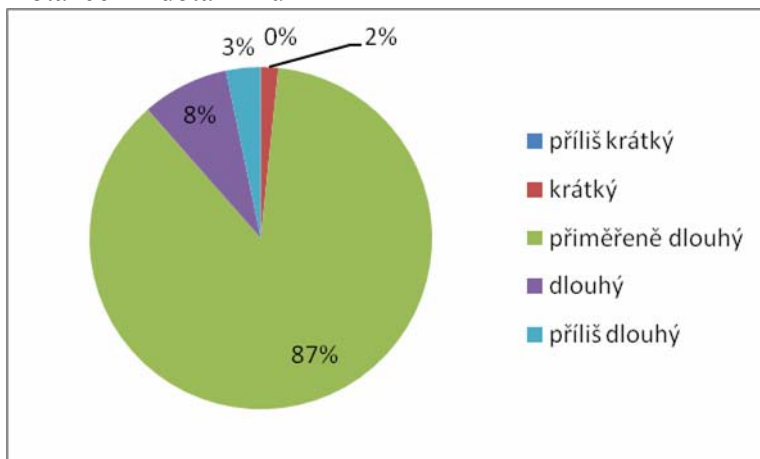
k otázce 10 dotazníku



Z celkového počtu 61 respondentek by možnost využití uvítala 85% (52) respondentek. 15% (9) respondentek by možnost využití porodního plánu neuvítala.

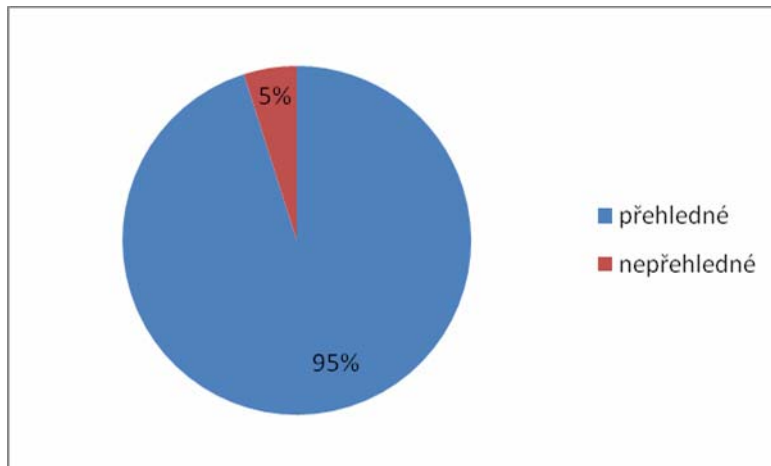
### Graf 51 Hodnocení délky přiloženého porodního plánu

k otázce 11 dotazníku



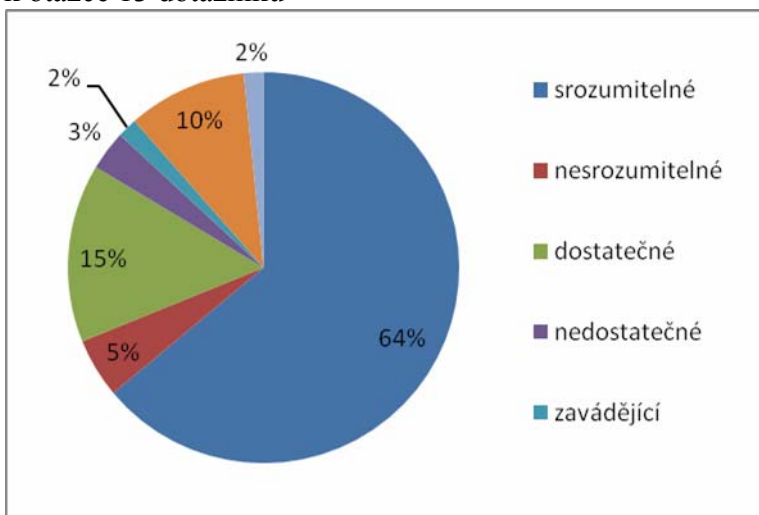
Z celkového počtu 61 respondentek hodnotí přiložený porodní plán jako krátký 2% (1), jako přiměřeně dlouhý 87% (53), jako dlouhý 8% (5) a jako příliš dlouhý 3% (2). Jako příliš krátký nehodnotila přiložený porodní plán žádná z respondentek.

**Graf 52** Hodnocení grafického vypracování přiloženého porodního plánu k otázce 12 dotazníku



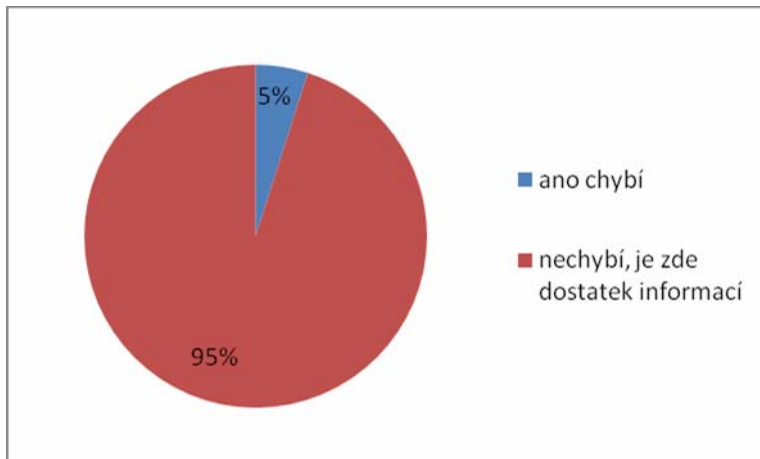
Z celkového počtu 61 respondentek hodnotí grafické zpracování přiloženého porodního plánu jako přehledné 95% (58), jako nepřehledné 5% (3).

**Graf 53** Hodnocení srozumitelnosti informací v přiloženém porodním plánu k otázce 13 dotazníku



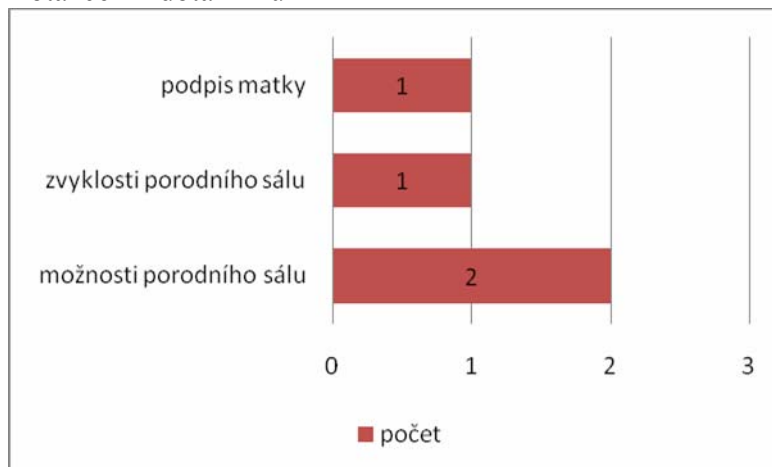
Z celkového počtu 61 respondentek hodnotí informace obsažené v přiloženém porodním plánu jako srozumitelné 64% (39), jako nesrozumitelné 5% (3), jako dostatečné 15% (9), jako nedostatečné 3% (2), jako zavádějící 2% (1), současně jako srozumitelné a dostatečné 10% (6) a současně jako nesrozumitelné a zavádějící 2% (1) respondentek.

**Graf 54 Dostatek informací v přiloženém porodním plánu**  
k otázce 14 dotazníku



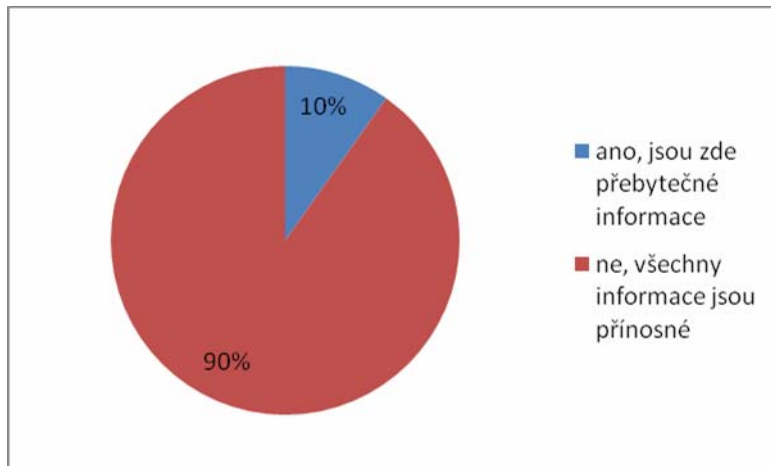
Z celkového počtu 61 respondentek uvedlo 5% (3), že některé informace v přiloženém porodním plánu chybí. Touto informací byl shodně u všech třech respondentek bod 1 v porodním plánu. 95% (59) respondentek uvedlo, že je v přiloženém porodním plánu dostatek informací.

**Graf 55 Chybějící informace**  
k otázce 14 dotazníku



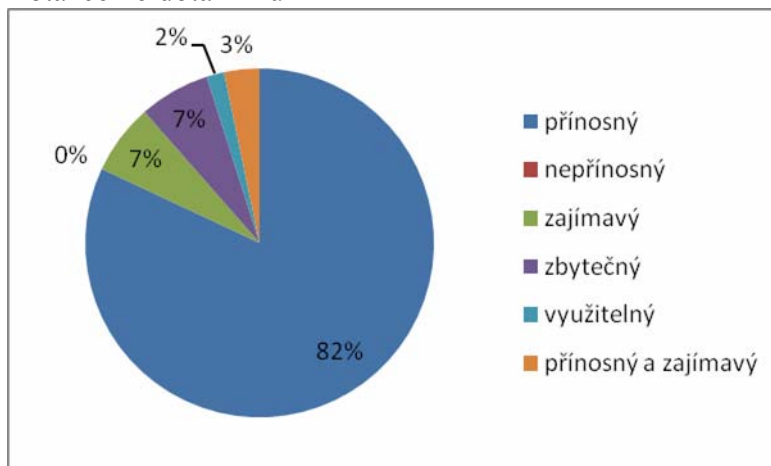
Počet odpovědí: podpis matky – 1, zvyklosti porodního sálu – 1, možnosti porodního sálu – 2.

**Graf 56 Přebytečné informace v přiloženém porodním plánu**  
k otázce 15 dotazníku



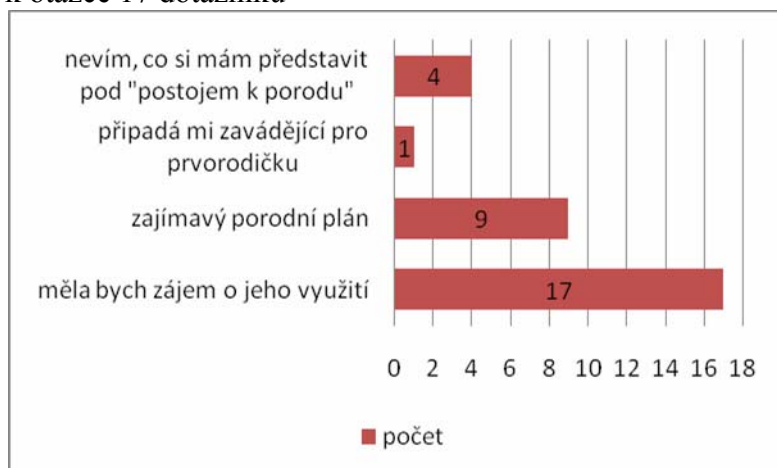
Z celkového počtu 61 respondentek uvedlo 10% (6), že některé informace v přiloženém porodním plánu jsou přebytečné. 90% (55) respondentek uvedlo, že je v přiloženém porodním plánu jsou všechny informace přínosné.

**Graf 57 Hodnocení přiloženého porodního plánu**  
k otázce 16 dotazníku



Z celkového počtu 61 respondentek hodnotí přiložený porodní plán jako přínosný 82% (50), jako zajímavý 7% (4), jako zbytečný 7% (4), jako využitelný 2% (1) a současně přínosný a zajímavý 3% (2) respondentky. Jako nepřínosný porodní plán nehodnotila žádná z respondentek.

**Graf 58 Připomínky a náměty k porodnímu plánu**  
k otázce 17 dotazníku



Počet odpovědí: nevím, co si mám představit pod "postojem k porodu" – 4, připadá mi zavádějící pro prvorodičku – 1, zajímavý porodní plán – 9, měla bych zájem o jeho využití – 17.

## 5 Diskuze

Dnešní doba je charakteristická tím, že se lidé začínají zajímat více o svůj životní standard a o své zdraví. Tento trend je typický zvláště pro těhotné ženy, které chtějí prožít klidné a bezproblémové těhotenství a porodit zdravé dítě v prostředí a atmosféře, která jim bude příjemná, a budou se zde cítit bezpečně.

Prvním cílem této bakalářské práce bylo: *Zmapovat faktory důležité při porodu pro rodičku a její doprovod*. K jeho dosažení byla položena výzkumná otázka: „Jaké oblasti považují za důležité v porodním plánu těhotné ženy, které se rozhodly родit na GPK FN v Plzni?“. Bylo provedeno kvalitativní šetření pomocí polostrukturovaného rozhovoru s těhotnými a ženami po porodu (nedělkami) hospitalizovanými na oddělení pro riziková těhotenství a oddělení šestinedělí GPK FN Plzeň. Úvodní část rozhovorů tvořily identifikační otázky a dotazy na zkušenosti s vlastním porodem nebo porodem blízké osoby (tabulka 1, 2, 10, 11, 18, 19, 26, 27). Tabulky shrnují délku praxe u lékařů a porodních asistentek a věk u těhotných a nedělek. Dále pak zkušenosti s vlastním porodem a porodem blízké osoby. Je zajímavé, že lékaři a porodní asistentky s delší praxí více kladou důraz na komunikaci s rodičkou, z odpovědí bylo zřejmé, že mají ke své práci úzký vztah a potřeby rodičky dokážou lépe pochopit. Mladší lékaři a porodní asistentky spíše preferují dané postupy a zdraví rodičky a dítěte, což se také odrazilo v tabulce 8, 9, 15 a 16, které sumarizují důležitá kritéria při porodu pro rodičku a její doprovod a důležitá kritéria při porodu pro lékaře, pozitivní a negativní zkušenosti s porodem u porodních asistentek. Provedeným šetřením (tabulka 23, 24, 25, 31, 32, 33) bylo zjištěno, že ženy ve většině odpovědí preferují při porodu přítomnost blízké osoby a ochotný ošetřující personál, což potvrzuje i Ratislavová ve své publikaci (36). Některé z těhotných také uvedly, že je pro ně důležité prostředí porodního sálu a komunikace s ošetřujícím personálem (tabulka 23). Jedna z nedělek odpověděla, že k prioritám při porodu pro ni patří bezpečí a odborné zajištění porodu a samozřejmě porod zdravého dítěte (tabulka 31). K doplňujícím otázkám patří tabulka 24, 25, 32 a 33, které sumarizují odpovědi na otázku: „Jaké negativní a pozitivní pocity mají ženy z předchozího porodu či pobytu v porodnici?“. V těchto odpovědích respondentky potvrzují předchozí odpovědi ohledně priorit při porodu. Opět se zde mezi pozitivními pocity objevuje ochota a vstřícnost personálu (tabulka 25). Nedělky zmiňují narození miminka (tabulka 33). Několik dotazovaných uvádí profesionální přístup porodní asistentky (tabulka 25). Tohoto cíle bylo dosaženo a zároveň byla potvrzena *hypotéza 1*: Těhotné považují za důležité, aby porodní plán obsahoval kritéria, která zajistí průběh porodu podle jejich přání.

Druhým cílem této bakalářské práce bylo: *Zjistit, jaké oblasti považuje za důležité zdravotnický personál pracující na GPK FN v Plzni.* K dosažení tohoto cíle byla položena výzkumná otázka: „Jaké oblasti považuje za důležité v porodním plánu zdravotnický personál pracující na GPK FN v Plzni?“. Základem tohoto kvalitativního šetření byly polostrukturované rozhovory s lékaři, lékařkami GPK FN Plzeň a porodními asistentkami pracujícími na porodním sále této kliniky. Výsledky šetření, které odpovídají na tuto výzkumnou otázku, jsou zaznamenány v tabulce 8, 9, 15, 16, 17. Jsou zde odpovědi respondentů na otázku priorit při porodu a negativních a pozitivních pocitů spojených s porodem. Lékaři v polovině případů uvedly, že je pro ně důležitá důvěra rodičky v ošetřující personál (tabulka 8). K dalším prioritám pro lékaře patří zdravá rodička a zdravé dítě a příjemné a klidné prostředí porodního sálu. Podle většiny lékařů je pro rodičku a její doprovod při porodu důležitý ochotný přístup zdravotníků, dále také komunikace se zdravotníky, příjemné a klidné prostředí a pocit adekvátní péče (tabulka 9). Většina těchto odpovědí se shoduje s tabulkou 8. Porodní asistentky ve většině případů preferují při porodu komunikaci a spolupráci s rodičkou a pozitivní přístup rodičky (tabulka 15, 17). Tento cíl byl splněn.

Třetím cílem této práce bylo: *Sestavit porodní plán využitelný pro rodičky a zdravotnický personál pracující na GPK FN v Plzni.* Ke splnění tohoto cíle byla položena výzkumná otázka: „Jak by měl vypadat optimální porodní plán využitelný pro porod na GPK FN v Plzni?“. K zodpovězení této otázky byly definovány okruhy otázek polostrukturovaných rozhovorů se zdravotnickým personálem, který pečuje o rodičky během porodu na GPK FN v Plzni a s těhotnými a nedělkami hospitalizovanými na odděleních GPK FN Plzeň. Sumarizace výsledků rozhovorů s lékaři na tyto otázky je zaznamenána v tabulkách 3, 4, 5, 6 a 7. Sumarizace výsledků rozhovorů s porodními asistentkami obsahují tabulky 11, 12, 13 a 14. Sumarizace výsledků rozhovorů s těhotnými ženami je zaznamenána v tabulkách 19, 20, 21 a 22. Sumarizace výsledků rozhovorů s nedělkami obsahují tabulky 27, 28, 29 a 30. Otázky se týkají definice pojmu „porodní plán“, možností využití porodního plánu, součástí porodního plánu, praktického využití porodního plánu a využití porodního plánu v minulosti. Většina lékařů, porodních asistentek a nedělek správně definovala porodní plán, jako soupis přání a představ rodičky ohledně porodu (tabulka 3, 11, 19). Porodní plánu by většina dotazovaných využila při porodu na porodním sále (tabulka 3, 12, 20). Odpovědi nedělek se shodují v tom, že využití porodního plánu vidí v porodnici, jako prostředek k diskusi s ošetřujícím personálem (tabulka 28). Tato odpověď se shoduje s dostupnou literaturou (11, 17, 27). K obsahu porodního plánu se většina lékařů, vyjádřila spíše všeobecně, pouze jedna



lékařka uvedla konkrétní položky, které by měl porodní plán obsahovat (tabulka 5). Tato lékařka má již vlastní zkušenost s porodem. Porodní asistentky již uvedly konkrétní položky, které by podle nich měl porodní plán obsahovat (tabulka 13). Z tohoto průzkumu vyplývá, že porodní asistentky dokážou lépe pochopit potřeby rodiček, protože o ně pečují nepřetržitě po celou dobu porodu. Jsou jim nápomocny v kterýkoli okamžik porodu, musí umět poradit v jakékoli situaci. Lékaři se rodičkám věnují nárazově, většinou v případě výskytu komplikace. Těhotné ženy i nedělky také odpověděly konkrétními položkami porodního plánu (tabulka 21, 29). Nedělky čerpaly ze své zkušenosti s nedávným porodem, těhotné pouze z internetových zdrojů, časopisů a na předporodních kurzech, ale přesto se odpovědi obou skupin dotazovaných podobají. Shodují se i s odpověďmi porodních asistentek, což potvrzuje předchozí tvrzení, že porodní asistentka se umí vcítit do potřeb ženy při porodu a dokáže ji tak podpořit. Toto tvrzení také podporuje odpověď těhotných a nedělek, že pozitivní pocity spojené s porodem se týkají ochotného ošetřujícího personálu a profesionálního přístupu porodní asistentky (tabulka 25,33). Tento cíl byl splněn.

Posledním cílem bakalářské práce bylo: *Zjistit odezvu zdravotnického personálu GPK FN v Plzni na využití porodního plánu.* Pro splnění tohoto cíle byla stanovena výzkumná otázka: „Jaká je odezva zdravotnického personálu GPK FN v Plzni na využití porodního plánu?“. Tabulka 6 a 14 sumarizuje odpovědi na otázku praktického využití porodního plánu. Přesto, že ve zdravotnické veřejnosti porodní plán budí spíše nedůvěru, jak jsem se při provádění průzkumu přesvědčila, odpověděla nadpoloviční většina lékařů i porodních asistentek, že by využití porodního plánu uvítala. Na základě rozhovorů a výsledků šetření byl sestaven porodní plán – pracovní verze (příloha 5). Tento cíl byl také splněn.

Pomocí kontrolního výzkumného šetření dotazníkem s identifikačními, filtračními, uzavřenými a polootevřenými otázkami. Byly vybrány tři skupiny dotazovaných tak, aby jejich odpovědi ideálně mapovaly danou problematiku. První skupinu tvořili lékaři a lékařky pracující na GPK FN v Plzni, porodní asistentky pracující na ambulanci, na oddělení pro riziková těhotenství, na oddělení šestinedělí a porodním sále GPK FN v Plzni. Dále těhotné hospitalizované na oddělení pro riziková těhotenství GPK FN Plzeň a ženy po porodu (nedělky) hospitalizované na oddělení šestinedělí GPK FN Plzeň. Dále gynekologové pracující v soukromém sektoru pro oblast Plzeň – město a v centru pro IVF v Plzni, porodní asistentky pracující v poradnách soukromých gynekologů v oblasti Plzeň- město a v IVF centru v Plzni. Všichni tito respondenti se s porodním plánem budou setkávat a proto je důležité, jak ho hodnotí a zda mají zájem ho v budoucnu využívat. Druhá část výzkumného šetření je tedy jakousi konfrontací pracovní verze porodního plánu vypracovaného pro

potřeby GPK FN Plzeň s vybranými respondenty uvedenými výše. Graf 1 zobrazuje délku praxe dotazovaných lékařů. Přibližně ve stejném poměru jsou zde zastoupeny skupiny: a) 1-5 let (21,1%), b) 6-10 let (21,1%), c) 11-20 let (28,9%), d) 21-30 let (21,1%). Nejméně respondentů je ve skupině d) více než 30 let (7,9%). Graf 20 zobrazuje délku praxe porodních asistentek. Všechny možnosti jsou zastoupeny přibližně stejným dílem: a) 1-5 let (33%), b) 6-10 let (21%), c) 11-20 let (14%), d) 21-30 let (22%), e) více než 30 let (10%). Vyrovnané zastoupení všech skupin délky praxe zaručuje optimální výsledky šetření, ve kterých je zastoupena zkušenost všech těchto skupin. Jelikož daný porodní plán bude využívat GPK FN v Plzni a tudíž s ním budou pracovat hlavně lékaři a porodní asistentky této kliniky bylo osloveno velké množství těchto zdravotníků a ti tvoří většinu respondentů kvantitativního šetření (92,1% lékařů a 71% porodních asistentek) (graf 2, 21). Dále byli osloveni soukromí gynekologové a porodní asistentky ze soukromých praxí, protože se budou setkávat s maminkami, které s nimi budou chtít porodní plán konzultovat. Graf 40, 41, 42 odráží věk dotazovaných, velikost bydliště a vzdělání respondentek. Většina žen (34%) je ve věku 31 – 35 let, nejfrekventovanějším bydlištěm je město nad 100 000 obyvatel (41%) a vzdělání uvedly dotazované nejčastěji úplné střední odborné (34%). Nadpoloviční většina všech respondentů znala pojem „porodní plán“ (89,5% lékařů, 96,6% porodních asistentek, 87% žen a těhotných) (graf 6, 26, 46) a správně odpověděla na otázku definice pojmu „porodní plán“ – seznam přání a požadavků rodičky ohledně porodu (24 lékařů, 45 porodních asistentek, 48 žena těhotných) (graf 7, 27, 47). Tato definice se shoduje s definicí porodního plánu v dostupných zdrojích (6, 17, 27, 28, 34). Zajímavé a zarážející bylo zjištění, že jedním z nejméně frekventovaných zdrojů informací o porodním plánu byla porodní asistentka (53 respondentů) a kurzy předporodní přípravy (40 respondentů) ( graf 8, 28, 48). Podávat informace a rady těhotným je jedním z hlavních úkolů porodní asistentky. Může se tedy zdát, že toto zjištění potvrzuje skeptický postoj zdravotníků k porodnímu plánu. S naprostou převahou převládaly stránky internetu (106 respondentů). Tato odpověď potvrzuje trend současné doby o masovém používání internetu jako zdroje informací. I do této bakalářské práce bylo použito několik internetových zdrojů, které přinesly cenné informace ohledně dané problematiky (viz zdroje). Poněkud zarážející bylo, že 17 lékařů gynekologů a 2 porodní asistentky odpověděli, že se nesnažili získávat informace o porodním plánu (graf 8, 28). S porodním plánem se v minulosti nesešlo 81,2% zdravotníků a 75% žen a těhotných (graf 9, 29, 49). Možnost využití vypracovaného porodního plánu by uvítalo 65,8% lékařů, 65,8% porodních asistentek a 85% žen a těhotných (graf 10, 30, 50). Tyto výsledky jsou velmi motivující a poněkud vyvracejí lehce negativistický postoj zdravotnické veřejnosti vůči

porodnímu plánu. Celkové hodnocení pracovní verze porodního plánu je také velmi uspokojivé (graf 18, 38, 57). Všechny skupiny respondentů se shodli na tom, že tento porodní plán je přiměřeně dlouhý (81,6% lékařů, 86,2% porodních asistentek a 87% žen a těhotných). Jen několik málo dotazovaných uvedlo, že je porodní plán příliš krátký nebo naopak příliš dlouhý (graf 11, 31, 51). Grafické vypracování porodního plánu hodnotí téměř 100% respondentů, jako přehledné (graf 12, 32, 52). V nadpolovičních odpovědích se vyskytuje hodnocení srozumitelnosti informací obsažených v porodním plánu, jako srozumitelné a dostatečné (graf 13, 33, 53). Přínosné jsou grafy 14, 15, 34, 35, 54 a 55, které obsahují přebytné a chybějící informace v porodním plánu. Těchto informací se objevilo v odpovědích jen málo (8 chybějících a 7 přebytných informací) (graf 15, 17, 35, 37, 55, 57). Zdravotníci se shodli v tom, že v porodním plánu chybí vyjádření ohledně provedení episiotomie. Po konzultaci s primářem GPK FN Plzeň Doc. MUDr. Zdeňkem Novotným, CSc. tento bod nebyl do porodního plánu zařazen. „Povedení episiotomie je v mnoha případech nezbytné, jsou to situace akutní a tak není prostor na vyjednávání s rodičkou. Uvedením tohoto bodu v porodním plánu bychom stavěli zdravotníky do pozice, která není příjemná. Navíc na naší klinice episiotomie rutinně neprovádíme a pokud se pro ni porodník rozhodne, chrání rodičku před větším a závažnějším poraněním (Doc. MUDr. Zdeněk Novotný, CSc.)“. Toto tvrzení je shodné s informacemi uvedenými v Čechovi (7). Pro případ, že by se těhotná chtěla k provedení vyjádřit, má prostor v závěru porodního plánu. Jak z dotazníků vyplynulo možnost provedení episiotomie ženy a těhotné neřešily a tato informace jim v porodním plánu neschází. V připomínkách zdravotníků k porodnímu plánu se podle očekávání objevila formulace, že je třeba zdůraznit, že nejde vždy přání rodičky dodržet (27 lékařů a 27 porodních asistentek). Dále se objevila odpověď ohledně preference zdraví dítěte a rodičky (9 lékařů a 9 porodních asistentek) (graf 19, 39). Ženy a těhotné odpověděly velmi pozitivně, že jim tento porodní plán připadá zajímavý a že by měly zájem o jeho využití (26 odpovědí). Celkově se objevilo malé množství připomínek. Na základě kvantitativního šetření byla potvrzena *hypotéza 2*: Zdravotnický personál GPK FN v Plzni vytvořený porodní plán hodnotí kladně, a *hypotéza 3*: Těhotné mají zájem o využití porodního plánu při porodu na GPK FN v Plzni.

## 6 Závěr

Úkolem výzkumného šetření bylo vytvořit optimální porodní plán pro využití při porodu na Gynekologicko-porodnické klinice FN Plzeň (GPK FN Plzeň), který by vyhovoval těhotným ženám, které se na této klinice rozhodnou родit a zároveň zdravotnickému personálu, který na GPK FN Plzeň pracuje a pečuje o rodičky za porodu. Byla provedena analýza dat ke čtyřem základním cílům, které byly výsledky výzkumného šetření splněny. Byly potvrzeny všechny stanovené hypotézy.

Z výzkumného šetření vyplývá, jaké faktory jsou důležité pro zdravotníky a rodičky za porodu. Dále vyplývá, že zdravotníci i těhotné mají zájem o využití vypracovaného porodního plánu na GPK FN Plzeň. Ideální je, když má porodnice svůj vlastní porodní plán, šitý na míru jejím možnostem a pravidlům a maminky mají možnost jednotlivé části tohoto plánu konzultovat s porodní asistentkou i porodníkem dané porodnice.

Díky této bakalářské práci byl vytvořen porodní plán, který vyhovuje potřebám GPK FN v Plzni a zároveň těhotným ženám. Vedení této kliniky má zájem o zařazení tohoto porodního plánu do nabídky služeb pro těhotné ženy. Aby byl snáze dostupný pro maminky, bude tento porodní plán umístěn na internetových stránkách této porodnice. Ženy také budou mít možnost získat porodní plán na kurzech předporodní přípravy pořádaných GPK FN Plzeň. Zde budou moci prodiskutovat jeho jednotlivé části s porodní asistentkou.

Tato práce je přínosem pro zdravotníky GPK FN Plzeň, ale i pro těhotné, které se zde rozhodnou родit. Vytvořený porodní plán je zárukou, že budou eliminována nesmyslná a nespíitelná přání rodiček. Těhotné budou mít možnost promyslet si jednotlivé části porodního plánu a udělat si představu o tom, jak porod probíhá, jaké možnosti jim personální, materiální a technické zázemí porodnice může nabídnout. Práce by mohla být přínosem i pro další studentky či porodní asistentky, které se danou problematikou zabývají.

## 7 Zdroje

1. *Alternativa*. [ on line ]. C 2009. Dostupné z:  
<<http://cs.wikipedia.org/wiki/Alternativn%C3%AD>> [ cit. 2009-12-21 ].
2. *Apgar skóre*. [ on line ]. Dostupné z:  
<[https://atlases.muni.cz/atlases/novo/atl\\_cz/main+novorozenec+klasnov.html#apg](https://atlases.muni.cz/atlases/novo/atl_cz/main+novorozenec+klasnov.html#apg)> [ cit. 2009-12-20].
3. *Apgar skóre*. [ on line ]. Dostupné z:  
< [http://www.neonatologie.cz/fileadmin/user\\_upload/Apgar\\_skore.pdf](http://www.neonatologie.cz/fileadmin/user_upload/Apgar_skore.pdf)> [ cit. 2009-12-20].
4. Beraníková, M., *Koho porod bolí a proč?* [ on line ]. C 2006 – 2009. Dostupné z:  
<<http://spunt.centrum.cz/tehotenstvi-a-porod/zdravi/2009/12/29/clanky/koho-porod-boli-proc/>> [ cit. 2009-12-20 ].
5. Berková, A., *Kde přijde na svět naše dítě? aneb Vybíráme porodnici*. [ on line ]. C 1999 – 2010. Dostupné z:  
<[http://www.mojebetynka.cz/clanek/1117/kde\\_prijde\\_na\\_svet\\_nase\\_dite\\_aneb\\_vybirame\\_porodnici.html](http://www.mojebetynka.cz/clanek/1117/kde_prijde_na_svet_nase_dite_aneb_vybirame_porodnici.html)> [ cit. 2009-12-20 ].
6. *Cesty ke spokojenému porodu*. Informační brožura. Hnutí za aktivní mateřství, 2009.
7. Čech, E., Hájek, Z., Maršál, K., Soukup, B. a kolektiv. *Porodnictví*. 2.přepřacované vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. s.544. ISBN 80-247-1313-9.
8. Česká asociace dul. *Dula- opora pro rodičku*. [ on line ]. Dostupné z:  
<<http://cestazeny.sweb.cz/Porodnictvi/CADkdojetodula.htm>> [ cit. 2009-12-21 ].
9. ČKPA, *Mezinárodní definice porodní asistentky*. [ on line ]. Dostupné z:  
< [http://www.ckpa.cz/source/file/dokumenty/ckpa\\_008.pdf](http://www.ckpa.cz/source/file/dokumenty/ckpa_008.pdf)> [ cit. 2009-12-20 ].
10. Dort, J., a spolupracovníci. *Neonatologie. Vybrané kapitoly pro student LF*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2005. s. 101. ISBN 80- 246-0790-5.
11. Gregora, M., Velemínský M. *Čekáme děťátko*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing,a.s., 2007. s. 368. ISBN 978-80-247-1489-9.
12. Hájek, Z. *Prenatální péče o fyziologické těhotenství*. [ on line ]. c 2000. Dostupné z:  
< [http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2004\\_3/hajek.php](http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2004_3/hajek.php) > [ cit. 2009- 10-20 ]
13. Hanzl, M., Machová, A., Krlínová, G., *Péče o fyziologického novorozence na porodním a operačním sále*. Výukový text. Neonatologické oddělení nemocnice České Budějovice a.s

14. Homeopatická lékařská asociace. *Homeopatie v těhotenství a při porodu*. [ on line ].c 2007 – 2010. Dostupné z: <[http://www.hla-homeopatie.cz/klinicka\\_homeopatie\\_porodnictvi.php](http://www.hla-homeopatie.cz/klinicka_homeopatie_porodnictvi.php)> [ cit. 2010-01-12 ].
15. Chvojková, V., *Užití éterických olejů*. [ on line ]. Dostupné z: <<http://www.zrozeni.cz/zaklady.php#uziti>> [ cit. 2010-01-05 ].
16. Jirásková, V., *Kolik stojí porod doma a co mu u nás brání*. [ on line ]. Dostupné z: <[http://www.aperio.cz/download/aperio0407\\_porod.pdf](http://www.aperio.cz/download/aperio0407_porod.pdf)> [ cit. 2010-01-05 ].
17. Kameníková, M., *Porodní plán*. Praktická gynekologie. 13, 2009. s. 240,241. ISSN 1211-6645.
18. Kasal, E. a kolektiv autorů. *Základy anesteziologie, resuscitace, neodkladné medicíny a intenzivní péče pro lékařské fakulty*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2003. s.197. ISBN 80-246-0556-2.
19. Kopasová, E., *Aromaterapie pro porodní sál*. Výukový materiál. Nobilis Tilia. 2008.
20. Lecjaksová, Š., *Poprvé s bříškem*. 1. vydání. Plzeň: Fraus, 2004. s. 104. ISBN 80-7238-346-9.
21. Leifer, G., *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. s.988. ISBN 80-247-0668-7.
22. Linhartová, V., *Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. s. 152. ISBN 978-80-247-1784-5.
23. Lunny, V., *Vůně života. Aromaterapie pro těhotenství a zdravý životní styl*. 1. vydání. Praha: One Woman Press, 2005. s. 277. ISBN 80-86356-40-X.
24. Marek, V., *Nová doba porodní*. 1. vydání. Praha: Eminent, 2002. s. 260. ISBN 80-7281-090-1.
25. *Mluvme, at' se nebojím!* [ on line ]. C 1999 – 2010. Dostupné z: <[http://www.mojebetynka.cz/clanek/246/mluvme\\_at\\_se\\_nebojim.html](http://www.mojebetynka.cz/clanek/246/mluvme_at_se_nebojim.html)> [ cit. 2009-12-20 ].
26. Odent, M. *Znovuzrozený porod*. 1. vydání. Praha: Agro,1995. s. 152. ISBN 80-85794-05-2.
27. Pařízek, A., *Co je to porodní plán*. [ on line ]. C 2002 – 2009. Dostupné z: <<http://www.porodnice.cz/co-je-porodni-plan>> [ cit. 2009-10-09 ].
28. Pařízek, A., *Kniha o těhotenství a porodu*. 2. vydání. Praha: Galén, 2006. s. 414. ISBN 80-7262-411-3.

29. Pařízek, A., *II. doba porodní (neboli vypuzovací doba)*. [ on line ]. C 2006 – 2009. Dostupné z: < <http://www.porodnice.cz/ii-doba-porodni-neboli-vypuzovaci-doba> > [ cit. 2009-12-21 ].
30. Pařízek, A. a kolektiv. *Porodnická analgezie a anestezie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. s. 536. ISBN 80-7169-969-1.
31. Peschout, R., *Čtvrtá doba porodní*. Moderní babičtví. 14, 2007, s. 9 – 11. ISSN 1214-5572.
32. Pokorná, A., *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2006. s. 86. ISBN 80-7013-440-2.
33. *Porod*. [ on line ]. C 2009. Dostupné z: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Porod>> [ cit. 2009-12-21 ].
34. *Porodní plan*. [ on line ].c 2008. Dostupné z: < <http://www.ferovanemocnice.cz/prava-rodicky-28/porodni-plan-86.html> > [ cit. 2009-12-20 ].
35. *Přirozený porod*. [ on line ]. C 2006 – 2009. Dostupné z: < <http://www.porodnici.cz/prirozeny-porod> > [ cit. 2009-12-21 ].
36. Ratislavová, K., *Aplikovaná psychologie. Porodnictví*. 1. vydání. Praha: Area, s.r.o., 2008. s.106. ISBN 978- 80- 254-4.
37. Richtr, R., Shcäfer, E., *Knihy pro tatínky*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. s.176. ISBN 978-80-247-2083-8.
38. Roztočil, A., *Šestinedělí*. [ on line ]. Dostupné z: <[http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2004\\_3/roztocil.php](http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2004_3/roztocil.php)> [ cit. 2009-12-21 ].
39. Siao-Cheng, CH., *Akupresura pro začátečníky*. 1. vydání. Praha: Pavel Dobrovský – BETA, 2008. s. 94. ISBN 978-80-7306-358-0.
40. Simkin, P. *Partner u porodu*. 1. vydání. Praha: Argo, 2000. s.245. ISBN 80-7203-308-5
41. Stadelmann, I. *Zdravé těhotenství a přirozený porod, citlivý průvodce těhotenstvím, porodem a šestinedělím*. 1. vydání. Praha: One woman press, 2001. s. 584. ISBN 80-86356-04-3.
42. *Tabulka cervix score*. [ on line ]. C 2006 – 2009. Dostupné z: < <http://www.mojetehotenstvi.cz/tabulka-cervix-score-cs> > [ cit. 2009-12-20 ].
43. Vašáková, J., *Deste tipů proti bolesti při porodu*. [ on line ]. c 1999 – 2010. Dostupné z: <[http://zdravi.idnes.cz/deset-tipu-proti-bolesti-pri-porodu-dbh-tehotenstvi.asp?c=A080930\\_141604\\_tehotenstvi-a-deti\\_bad](http://zdravi.idnes.cz/deset-tipu-proti-bolesti-pri-porodu-dbh-tehotenstvi.asp?c=A080930_141604_tehotenstvi-a-deti_bad)> [ cit. 2010-01-12 ]
44. Vavřínková, B. *Péče za porodu a vedení porodu*. [ on line ]. c 2006 – 2009. Dostupné z: < <http://www.porodnici.cz/pece-za-porodu-a-vedeni-porodu> > [ cit. 2009-12-20 ]

45. Víšková, H. *Zkratky a odborné termíny používané v Průkazu těhotných*. [ on line ]. c 2002 – 2006. Dostupné z: < <http://www.porodnice.cz/zkratky-odborne-termíny-pouzivane-prukazu-tehotnych> > [ cit. 2009-12-20 ].
46. WHO. *Obecné aspekty péče při porodu*. [ on line ]. Dostupné z: <[http://www.iham.cz/prirucka-who/prirucka\\_who\\_7.php](http://www.iham.cz/prirucka-who/prirucka_who_7.php)> [ cit. 2009-12-21 ].
47. Wiesenauer, M., *Přehledný průvodce homeopatií*. 1. vydání. Praha: Ikar, 2008. s. 152. ISBN 978-80-249-1055-0.
48. *YAL 2X67.5ML Roztok*. Příbalová informace. Informace pro použití. Výrobce: TROMMSDORFF GMBH & CO., ALSDORF.
49. Yates, S., *Příjemné těhotenství a krásný porod*. 1. vydání. Praha: Computer Press, a.s., 2009. s. 128. ISBN 978-80-251-2475-8.



## **8 Klíčová slova**

Gynekologicko-porodnická klinika FN Plzeň (GPK FN Plzeň)

Porodní plán

Porod

Porodní asistentka

Péče o rodičku

Partner u porodu

Alternativní metody v porodnictví

Komunikace

## 9 PŘÍLOHY

### Seznam příloh

- Příloha 1 Souhlas s provedením výzkumného šetření na GPK FN Plzeň
- Příloha 2 Okruhy otázek polostrukturovaného rozhovoru s lékaři GPK FN Plzeň
- Příloha 3 Okruhy otázek polostrukturovaného rozhovoru s porodními asistentkami  
porodního sálu GPK FN Plzeň
- Příloha 4 Okruhy otázek polostrukturovaného rozhovoru s těhotnými hospitalizovanými  
na rizikovém oddělení GPK FN Plzeň
- Příloha 5 Okruhy otázek polostrukturovaného rozhovoru s nedělkami hospitalizovanými  
na GPK FN Plzeň
- Příloha 6 Pracovní verze porodního plánu
- Příloha 7 Dotazník určený lékařům/lékařkám
- Příloha 8 Dotazník určený porodním asistentkám
- Příloha 9 Dotazník určený maminkám
- Příloha 10 Definitivní porodní plán
- Příloha 11 Vyjádření primáře GPK FN Plzeň Doc. MUDr. Zdeňka Novotného,Csc.
- Příloha 12 Úlevové polohy a polohy při porodu
- Příloha 13 Rodička při CTG monitoraci
- Příloha 14 Éterické oleje vhodné k použití při porodu
- Příloha 15 Vhodné aromaterapeutické směsi k využití při porodu
- Příloha 16 Přehled homeopatických přípravků vhodných pro porod a poporodní období
- Příloha 17 Akupresurní body rukou a nohou
- Příloha 18 Metody hydroanalgezie
- Příloha 19 Masáž hráze
- Příloha 20 Apgar skóre

## Příloha 1 – Souhlas s provedením výzkumného šetření na GPK FN Plzeň

Vrchní sestra Bc. Věra Houdková  
Gynekologicko-porodnická klinika  
FN Plzeň – Lochotín  
Alej Svobody 80  
304 60 Plzeň – Lochotín

Věc: Žádost o povolení provedení výzkumu, který bude sloužit jako podklad pro vypracování bakalářské práce, na téma „Porodní plán, jeho tvorba a testování na GPK FN Plzeň“.

Jsem studentka 3. ročníku JČU v Českých Budějovicích, bakalářského studia, obor porodní asistentka. Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila téma „Porodní plán, jeho tvorba a testování na GPK FN Plzeň“. Ráda bych využila možnost, že na vaší klinice pracuji již několik let jako porodní asistentka na porodním sále a provedla zde svůj výzkum .

Přikládám podklad pro zadání a metodiku mé bakalářské práce.

Domnívám se, že tento výzkum a jeho výsledky budou přínosné i pro provoz GPK FN Plzeň, konkrétně pro práci na porodnických odděleních, kde by vytvořený porodní plán mohl usnadnit komunikaci a spolupráci těhotných, rodiček, nedělek i jejich partnerů s ošetřujícím personálem.

GPK FN Plzeň by tak získala porodní plán „šitý na míru“ potřebám klientek i ošetřujícího personálu.

Děkuji za vyřízení mé žádosti.

Lucie Kubrová  
Hřímálého 28  
Plzeň 301 00  
[kubrova@fnplzen.cz](mailto:kubrova@fnplzen.cz)

V Plzni 6.10. 2009.

Fakultní nemocnice v Plzni  
gynekologicko-porodnická klinika  
přednostka: doc. MUDr. Zdeněk Rokyta, CSc.

Bc. Věra HOUDKOVÁ, RS  
vrchní sestra

12 - 10 - 2009

## **Příloha 2 - Okruhy otázek polostrukturovaného rozhovoru s lékaři/lékařkami GPK FN Plzeň**

1. Kolik máte let praxe ?
2. Lékařka - Pokud jste již rodila, kolikrát a ve kterém roce?  
  
lékař - Pokud jste byl/a přítomen/přítomna u porodu blízké osoby, uveďte prosím, u koho?
3. Co je to podle Vás porodní plán?
4. Kde a k čemu se porodní plán dá využít?
5. Co by měl podle Vás porodní plán obsahovat?
6. Pokud byste uvítal/a možnost využití porodního plánu, uveďte prosím proč?
7. Pokud jste již někdy využil/a porodní plán, uveďte prosím proč?
8. Co je pro Vás při porodu důležité?
9. Co je podle Vás při porodu důležité pro rodičku, eventuálně i pro její doprovod?

### **Příloha 3 - Okruhy otázek polostrukturovaného rozhovoru s porodními asistentkami porodního sálu GPK FN Plzeň**

1. Kolik let máte praxe?
2. Pokud jste již rodila, kolikrát a ve kterém roce?
3. Co je to podle Vás porodní plán?
4. Kde a k čemu se porodní plán dá využít?
5. Co by měl podle Vás porodní plán obsahovat?
6. Pokud jste v minulosti využila porodní plán, uveďte prosím důvod.
7. Pokud byste chtěla v budoucnu porodní plán využít, uveďte prosím důvod.
8. Co je pro Vás při porodu důležité?
9. Jaké máte negativní pocity, spojené s porodem, či pobytem v porodnici ?
10. Jaké máte pozitivní pocity, spojené s porodem, či pobytem v porodnici?

## **Příloha 4 - Okruhy otázek polostrukturovaného rozhovoru určeného těhotným hospitalizovaným na oddělení rizikového a patologického těhotenství GPK FN Plzeň**

1. Váš věk:
2. Pokud jste již rodila, uveďte prosím, kolikrát a ve kterém roce?
3. Kde jste rodila?
4. Co je to podle Vás porodní plán?
5. Kde a k čemu se porodní plán dá využít?
6. Co by měl podle Vás porodní plán obsahovat?
7. Pokud jste v minulosti využila porodní plán, uveďte prosím důvod.
8. Pokud byste chtěla v budoucnu porodní plán využít, uveďte prosím důvod.
9. Co je pro Vás při porodu důležité?
10. Jaké máte negativní pocity, spojené s porodem, či pobytem v porodnici?
11. Jaké máte pozitivní pocity, spojené s porodem, či pobytem v porodnici?

**Příloha 5 - Okruhy otázek polostrukturovaného rozhovoru určené ženám po porodu (nedělkám) hospitalizovaným na oddělení šestinedělí GPK FN Plzeň**

1. Váš věk:
2. Pokud jste již rodila, kolikrát a ve kterém roce?
3. Kde jste rodila?
4. Co je to podle Vás porodní plán?
5. Kde a k čemu se porodní plán dá využít?
6. Co by měl podle Vás porodní plán obsahovat?
7. Pokud jste v minulosti využila porodní plán, uveďte prosím důvod.
8. Pokud byste chtěla v budoucnu porodní plán využít, uveďte prosím důvod.
9. Co je pro Vás při porodu důležité?
10. Jaké máte negativní pocity, spojené s porodem, či pobytem v porodnici?
11. Jaké máte pozitivní pocity, spojené s porodem, či pobytem v porodnici?

## Příloha 6 – Pracovní verze porodního plánu

Milá maminko,

naší snahou je, abyste prožila svůj porod v pohodě a podle svých představ. Rádi bychom Vám, vedle našich odborných rad a pomoci, dali prostor k vyjádření Vašich přání a požadavků ohledně Vašeho porodu. Připravili jsme pro Vás tento porodní plán, ve kterém jsou možnosti, které doporučujeme promyslet. Samozřejmě zde máte prostor i pro vlastní připomínky a přání. Tento porodní plán předejte, prosím, při příchodu na porodní sál, porodní asistence, která Vás bude přijímat. Protože je porod jedinečnou událostí, těžko lze předpokládat, jaký bude jeho průběh. Proto Vás musíme upozornit, že mohou nastat situace, kdy nebude možné splnit všechny Vaše požadavky. Lékař a porodní asistentka Vám vždy každou situaci vysvětlí, včetně všech možných alternativ. Porodní plán bude součástí Vaší dokumentace.

Děkujeme za spolupráci.

### Vaše osobní údaje:

	matka dítěte	otec dítěte
jméno a příjmení		
rodné číslo		
adresa		
kontaktní telefon		
zdravotní pojišťovna		
- alergie - zdravotní problémy - dlouhodobé užívání léků - operace, vážný úraz		
výška a hmotnost		



kolikátý je tento porod	
gynekologické potíže	
obvodní gynekolog ( adresa )	

**Údaje o dítěti:**

jméno dítěte ( dětí )	
dětský lékař ( adresa )	

**Údaje o porodu:**

(Označte, prosím správnou odpověď. Na volné řádky, prosím napište další možnosti, dle svého uvážení.)

**1. Můj postoj k porodu:**

.....  
.....

**2. Moje obavy týkající se porodu, nebo pobytu v porodnici:**

.....  
.....

**3. Zvláštní přání z důvodů mých zvyků, národnosti, nebo náboženství:**

.....  
.....



**10. Z relaxačních pomůcek si donesu:**

přehrávač hudby

hudbu

masážní pomůcky

masážní oleje

žádné

jiné: .....

**11. Preferuji tuto polohu při tlačení:**

polosed na porodnickém lůžku

na boku na porodnickém lůžku

v sedě na porodnické stoličce

na bobku

v kleče

ve stoje

jiné: .....

**12. V případě porodu císařským řezem dávám přednost:**

a) celkové narkóze (celkové anestézii)

b) místnímu znecitlivění (spinální anestézii)

c) podle situace

d) po domluvě s lékařem anesteziologem

**11. Chtěla bych, aby partner přestříhl pupeční šňůru:**

a) ano

b) ne

**12. Chtěla bych položit miminko hned po porodu na břicho:**

a) ano

b) ne

c) podle stavu miminka po porodu

d) podle stavu matky po porodu

**13. Chtěla bych přiložit dítě k prsu na porodním sále:**

a) co nejdříve po porodu je to možné

b) až si odpočinu

c) až ho budu mít v klidu u sebe na pokoji

**14. Mám zájem o nadstandardní pokoj na oddělení šestinedělí:**

a) ano, chtěla bych nadstandardní pokoj

b) ne, nemám zájem o nadstandardní pokoj

c) zatím nejsem rozhodnutá



## **Příloha 7 – Dotazník určený lékařům/lékařkám**

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,

pracuji, jako porodní asistentka na Gynekologicko – porodnické klinice ve FN Plzeň. V současné době studuji kombinovanou formu bakalářského studia oboru Porodní asistentka na Zdravotně sociální fakultě JČU v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro mou bakalářskou práci na téma „ Porodní plán, jeho tvorba a testování na GPK FN Plzeň“. Přečtěte si, prosím, přiložený porodní plán a poté odpovězte na následující otázky. Odpověď, kterou zvolíte, prosím zakroužkujte. Je možné označit i více možností. Pokud zvolíte další možnost, vypište ji, prosím, na volný řádek.

Děkuji za ochotu, Lucie Kubrová.

### **1. Uved'te, prosím, délku své praxe v oboru:**

- a) 1-5 let    b) 6-10 let    c) 11-20 let    d) 21-30let    e) více než 30 let

### **2. Uved'te, prosím, na jakém pracovišti pracujete:**

- a) GPK FN Plzeň  
b) Ordinance soukromého gynekologa  
c) Jiné.....

### **3. Máte již zkušenost s vlastním porodem, eventuálně s porodem blízké osoby?**

- a) Nerodila jsem (vynechejte otázku č. 4)  
b) Nemám zkušenost s porodem blízké osoby (vynechejte otázku č. 5)  
c) Již jsem rodila  
d) Byl/a jsem přítomna u porodu blízké osoby

### **4. Kolikrát jste rodila?**

- a) 1x    b) 2x    c) 3x a více

### **5. Které blízké osobě jste byl/a přítomna u porodu?**

- a) Manželce/družce  
b) Sestře/švagrové  
c) Dobré přítelkyni/ manželce dobrého přítele  
d) Jiné.....

**6. Víte, co znamená pojem „ porodní plán“?**

a) ano, vím (napište, prosím)

.....  
.....

b) ne, nevím

**7. Označte prosím možnosti, kde jste získal/a informace o porodním plánu:**

a) na stránkách internetu

b) v časopise

c) z knih

d) od porodní asistentky

e) od kolegy (gynekologa, porodníka)

f) od rodinného příslušníka ( manželka, přítelkyně, sestra...)

g) na kurzu předporodní přípravy

h) nesnažil/a jsem se získávat informace o porodním plánu

i) jiné.....

**8. Setkal/a jste se již ve své praxi s porodním plánem?**

a) Setkala

b) Neseťkala

**9. Uvítal/a byste možnost využití přiloženého porodního plánu ve své praxi ?**

a) Ano, uvítal/a

b) Ne, neuvítal/a

**10. Hodnotíte přiložený porodní plán jako:**

a) Příliš krátký

b) Krátký

c) Přiměřeně dlouhý

d) Dlouhý

e) Příliš dlouhý

**11. Grafické vypracování přiloženého porodního plánu hodnotíte jako:**

a) Přehledné

b) Nepřehledné

**12. Informace v přiloženém porodním plánu jsou:**

a) Srozumitelné

b) Nesrozumitelné

c) Dostatečné

d) Nedostatečné

e) Zavádějící



## **Příloha 8 – Dotazník určený porodním asistentkám**

Milá porodní asistentko,

pracuji, jako porodní asistentka na Gynekologicko – porodnické klinice ve FN Plzeň. V současné době studuji kombinovanou formu bakalářského studia oboru Porodní asistentka na Zdravotně sociální fakultě JČU v Českých Budějovicích. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro mou bakalářskou práci na téma „Porodní plán, jeho tvorba a testování na GPK FN Plzeň“. Přečtěte si, prosím, přiložený porodní plán a poté odpovězte na následující otázky. Odpověď, kterou zvolíte, prosím zakroužkujte. Je možné označit i více možností. Pokud zvolíte další možnost, vypište ji, prosím, na volný řádek.

Děkuji za ochotu, Lucie Kubrová.

### **1. Uveďte, prosím, délku své praxe v oboru:**

- b) 1-5 let    b) 6-10 let    c) 11-20 let    d) 21-30let    e) více než 30 let

### **2. Uveďte, prosím, na jakém pracovišti pracujete:**

- d) GPK FN Plzeň  
e) Ordinance soukromého gynekologa (vynechejte otázku č. 3)  
f) Jiné.....

### **3. Uveďte, prosím, na jakém oddělení GPK FN Plzeň pracujete:**

- a) porodní sál  
b) oddělení rizikového těhotenství  
c) oddělení šestinedělí  
d) ambulance  
e) jiné.....

### **4. Máte již zkušenost s vlastním porodem, eventuálně s porodem blízké osoby?**

- e) Nerodila jsem (vynechejte otázku č. 5)  
f) Nemám zkušenost s porodem blízké osoby (vynechejte otázku č. 6)  
g) Již jsem rodila  
h) Byl/a jsem přítomna u porodu blízké osoby

### **5. Kolikrát jste rodila?**

- b) 1x    b) 2x    c) 3x a více



**6. Které blízké osobě jste byl/a přítomna u porodu?**

- e) Sestře/švagrové
- f) Dobré přítelkyni/ manželce dobrého přítele
- g) Kolegyni
- h) Jiné.....

**7. Víte, co znamená pojem „ porodní plán“?**

- a) ano, vím (napište, prosím)  
.....  
.....
- b) ne, nevím

**8. Označte prosím možnosti, kde jste získala informace o porodním plánu:**

- j) na stránkách internetu
- k) v časopise
- l) z knih
- m) od klientky
- n) od kolegy (gynekologa, porodníka), kolegyně
- o) od rodinného příslušníka
- p) na kurzu předporodní přípravy
- q) nesnažila jsem se získávat informace o porodním plánu
- r) jiné.....

**9. Setkal/a jste se již ve své praxi s porodním plánem?**

- a) Setkala
- b) Ne setkala

**10. Uvítal/a byste možnost využití přiloženého porodního plánu ve své praxi ?**

- b) Ano, uvítal/a
- b) Ne, neuvítal/a

**11. Hodnotíte přiložený porodní plán jako:**

- f) Příliš krátký
- g) Krátký
- h) Přiměřeně dlouhý
- i) Dlouhý
- j) Příliš dlouhý

**12. Grafické vypracování přiloženého porodního plánu hodnotíte jako:**

- b) Přehledné
- b) Nepřehledné





**6. Kde jste rodila?**

- i) Fakultní nemocnice Plzeň
- j) Vojenská nemocnice Plzeň
- k) Nemocnice Dr. Mulače Plzeň
- l) Nemocnice Rokycany
- m) Nemocnice Stod
- n) Nemocnice Klatovy
- o) Jiné.....

**7. Víte, co znamená pojem „ porodní plán“?**

- a) ano, vím (napište, prosím)  
.....  
.....
- b) ne, nevím

**8. Označte prosím možnosti, kde jste získala informace o porodním plánu:**

- s) na stránkách internetu
- t) v časopise
- u) z knih
- v) od porodní asistentky v poradně mého gynekologa
- w) od svého gynekologa
- x) od rodinného příslušníka
- y) na kurzu předporodní přípravy
- z) nesnažila jsem se získávat informace o porodním plánu
- aa) jiné.....

**9. Setkala jste se již s porodním plánem?**

- a) Setkala
- b) Nesetkala

**10. Uvítal/a byste možnost využití přiloženého porodního plánu?**

- c) Ano, uvítal/a
- b) Ne, neuvítal/a

**11. Hodnotíte přiložený porodní plán jako:**

- k) Příliš krátký
- l) Krátký
- m) Přiměřeně dlouhý
- n) Dlouhý
- o) Příliš dlouhý

**12. Grafické vypracování přiloženého porodního plánu hodnotíte jako:**

- c) Přehledné
- b) Nepřehledné

**13. Informace v přiloženém porodním plánu jsou:**

- a) Srozumitelné
- b) Nesrozumitelné
- c) Dostatečné
- d) Nedostatečné
- e) Zavádějící

**14. Chybí Vám v přiloženém porodním plánu některé informace?**

- a) Ano, chybí (napište jaké)

.....  
.....

- b) Nechybí, je zde dostatek informací

**15. Domníváte se, že jsou v přiloženém porodním plánu, některé z informací přebytné?**

- a) Ano, přebytné jsou tyto informace (napište jaké)

.....  
.....

- b) Ne, všechny informace jsou přínosné

**16. Přiložený porodní plán hodnotíte jako:**

- a) Přínosný
- b) Nepřínosný
- c) Jiné.....

**17. Zde uveďte, prosím, Vaše připomínky a náměty:**

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

## Příloha 10 – Definitivní porodní plán

Milá maminko,

naší snahou je, abyste prožila svůj porod v pohodě a podle svých představ. Rádi bychom Vám, vedle našich odborných rad a pomoci, dali prostor k vyjádření Vašich přání a požadavků ohledně Vašeho porodu. Připravili jsme pro Vás tento porodní plán, ve kterém jsou možnosti, které doporučujeme promyslet. Samozřejmě zde máte prostor i pro vlastní připomínky a přání. Tento porodní plán předejte, prosím, při příchodu na porodní sál, porodní asistenci, která Vás bude přijímat. **Protože je porod jedinečnou událostí, těžko lze předpokládat, jaký bude jeho průběh. Proto Vás musíme upozornit, že mohou nastat situace, kdy nebude možné splnit všechny Vaše požadavky.** Lékař a porodní asistentka Vám vždy každou situaci vysvětlí, včetně všech možných alternativ. Porodní plán bude součástí Vaší dokumentace.

Děkujeme za spolupráci.

### Vaše osobní údaje:

	matka dítěte	otec dítěte
jméno a příjmení		
rodné číslo		
adresa		
kontaktní telefon		
zdravotní pojišťovna		
- alergie - zdravotní problémy - dlouhodobé užívání léků - operace, vážný úraz - gynekologické potíže		
výška a hmotnost		
předchozí těhotenství		

obvodní gynekolog ( adresa )	

**Údaje o dítěti:**

jméno dítěte ( dětí )	
dětský lékař ( adresa )	

**Údaje o porodu:**

(Označte, prosím správnou odpověď. Na volné řádky, prosím napište další možnosti, dle svého uvážení.)

**1. Můj postoj k porodu:**

.....  
 .....

**2. Moje obavy týkající se porodu, nebo pobytu v porodnici:**

.....  
 .....

**3. Zvláštní přání z důvodů mých zvyků, národnosti, nebo náboženství:**

.....  
 .....

**4. Mým doprovodem u porodu bude:**

partner                      matka                      dula                      sestra  
nikdo                      jiná možnost:.....:

**5. Souhlasím s přítomností dalších osob při mém porodu, kromě ošetřujícího personálu (medici, studentky, lékaři stážisté):**

- a) ano s .....
- b) ne s .....
- c) podle aktuální situace

**6. Předporodní příprava:**

Klystýr                      ANO    NE  
Yal gel                      ANO    NE  
Oholení hráze              ANO    NE

**7. Ráda bych měla možnost pohybu v I. době porodní:**

ležet                      chodit                      sedět na balónu  
sprcha                      vana  
jiné: .....

**8. Ráda bych používala tišící prostředky během porodu:**

masáž                      aromaterapie                      akupresura  
homeopatie                      hudba                      přítmí  
teplá voda ( vana/ sprcha)                      úlevové polohy  
žádné                      jiné:.....

**9. Z relaxačních pomůcek si donesu:**

přehrávač hudby                      hudbu                      masážní pomůcky  
masážní oleje                      žádné  
jiné: .....



**10. Preferuji tuto polohu při tlačení:**

- |                               |                              |
|-------------------------------|------------------------------|
| polosed na porodnickém lůžku  | na boku na porodnickém lůžku |
| v sedě na porodnické stoličce | na bobku                     |
| v kleče                       | ve stoje                     |

jiné: .....

**11. V případě porodu císařským řezem dávám přednost:**

- a) celkové narkóze (celkové anestézii)
- b) místnímu znecitlivění (spinální anestézii)
- c) podle situace
- d) po domluvě s lékařem anesteziologem

**12. Chtěla bych, aby partner přestříhl pupeční šňůru:**

- a) ano
- b) ne

**13. Chtěla bych položit miminko hned po porodu na břicho:**

- d) ano
- e) ne
- f) podle stavu miminka po porodu
- g) podle stavu matky po porodu

**14. Chtěla bych přiložit dítě k prsu na porodním sále:**

- h) co nejdříve po porodu je to možné
- i) až si odpočinu
- j) až ho budu mít v klidu u sebe na pokoji

**15. Mám zájem o nadstandardní pokoj na oddělení šestinedělí:**

- k) ano, chtěla bych nadstandardní pokoj
- l) ne, nemám zájem o nadstandardní pokoj
- m) zatím nejsem rozhodnutá

**16. Mám zájem o stálou přítomnost partnera po celý pobyt v porodnici:**

- a) ano
- b) ne
- c) zatím nejsem rozhodnutá

**Vaše připomínky a další přání:**

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

Podpis rodičky:.....

**Příloha 11 – Vyjádření primáře GPK FN Plzeň Doc. MUDr. Zdeňka Novotného, CSc.**


**FN PLZEŇ GYNEKOLOGICKO-PORODNICKÁ KLINIKA**  
Alej Svobody 80, 304 60 Plzeň  
přednosta kliniky Doc.MUDr. Zdeněk Rokyta - tel.: 377 105 229 fax: 377 105 290

Vážená paní  
Lucie Kubrová  
Porodní asistentka  
PS GPK  
FN Plzeň

Věc: Vyjádření k porodnímu plánu .

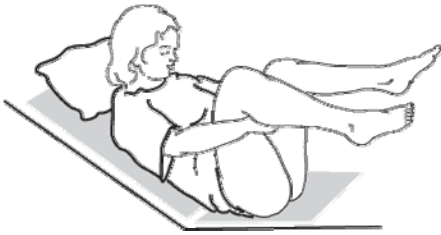
Předložený porodní plán vypracovaný pí. Lucií Kubrovou se jeví jako přehledný a dobře zpracovaný. V práci s rodičkami na porodním sále bude s největší pravděpodobností přínosný a umožní personálu kliniky individualizovat péči o rodičku.

V Plzni dne 3.5. 2010

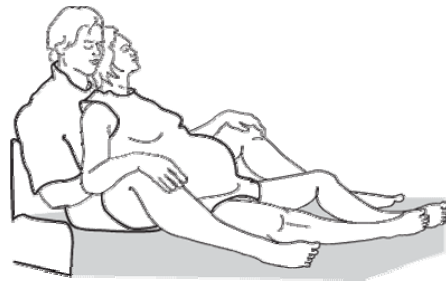
  
Doc.MUDr.Zdeněk Novotný,CSc.  
primář gyn.-por.kliniky LF UK a FN Plzeň

FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ  
Gynekologicko-porodnická klinika  
Přednosta: Doc. MUDr. Zdeněk Rokyta, CSc.  
304 60 Plzeň, alej Svobody 80  
tel.: 377 105 229, Fax: 377 105 290

## Příloha 12 - Úlevové polohy a polohy při tlačení



Klasická poloha při tlačení



Polosed s oporou partnera



Polosed s oporou partnera



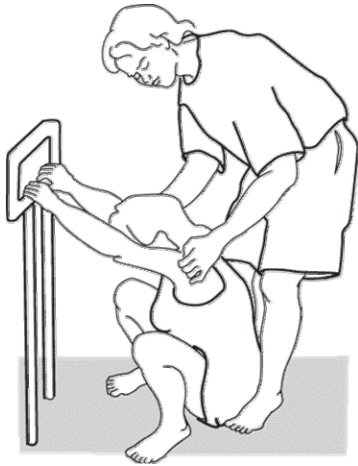
Polosed na lůžku



Polosed s předklonem a oporou partnera



Poloha na bobku s předklonem a oporou



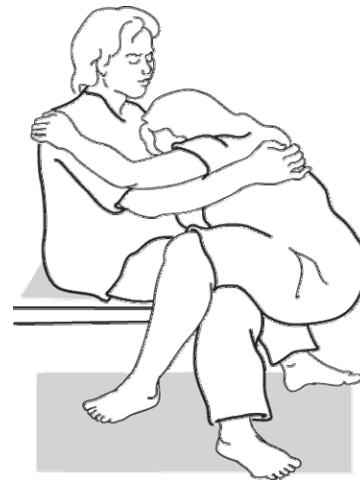
Poloha na bobku s oporou partnera I.



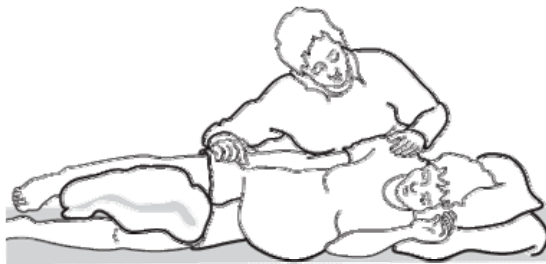
Poloha na bobku s oporou partnera II.



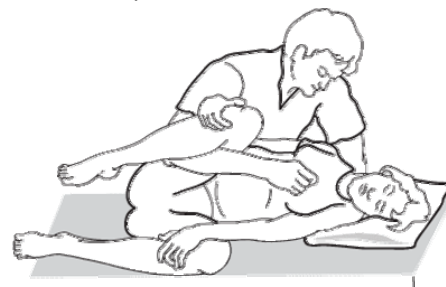
Poloha na bobku s oporou partnera III.



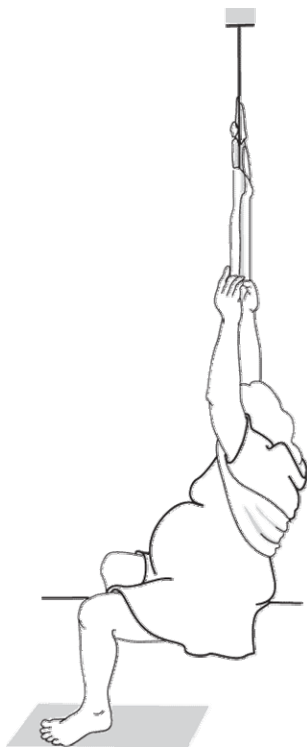
Dřep v klíně



Leh na boku



Leh na boku s oporou partnera



Podřep se zavěšením



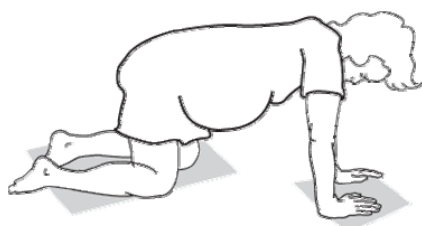
Podřep s oporou partnera



Poloha v kleče s oporou I.



Poloha v kleče s oporou II.



Poloha na všech čtyřech



Kolenoprsní poloha

*Polohy při porodu.* [ on line ]. C 1999 – 2010. Dostupné z:  
<<http://www.rodina.cz/clanek5840.htm>> [ cit. 2010-3-12 ].

## Příloha 13- Rodička při CTG monitoraci



Foto 1 - Rodička při CTG monitoraci na porodnickém lůžku



Foto 2 - Rodička při CTG monitoraci vsedě na balonu

Zdroj: archiv autorky

Osoby na těchto snímcích dali souhlas s jejich publikováním v této práci.

## **Příloha 14- Éterické oleje vhodné k použití za porodu**

- Levandule úzkolistá – analgetické účinky, antidepresivní, antibakteriální, pomáhá ženě uvolnit se a připravit děložní svaly na porod, ! snižuje TK !
- Heřmánek římský v jobě – analgetikum, vhodný při úzkosti, mírně antidepresivní
- Citron – obnovuje energii, zlepšuje koncentraci, ulevuje od stresu a napětí, proti nevolnosti, ! citrusy způsobují fotosenzitivitu !
- Růžové dřevo – mírně analgetické, pročišťuje hlavu, antidepresivum, stabilizuje nervovou soustavu, baktericidní
- Růže v jobě – tonizuje dělohu a nervový systém, odstraňuje duševní vyčerpání, vhodná při úzkosti a sklíčenosti, baktericidní
- Geranium – zajišťuje emoční ochranu, povzbuzuje nervový systém, osvěžuje psychiku, vhodný při depresích a úzkostech, ! kontraindikován u osob s poruchou srážlivosti krve !
- Rozmarýn – silně stimulační EO, jak po fyzické, tak i mentální stránce, silné analgetikum, ! zvyšuje TK, pozor při epilepsii !
- Jasmín v jobě – děložní tonikum, antidepresivum, dodává důvěru sama v sebe, obnovuje energii
- Hřebíček plody – děložní tonikum, vnitřně prohřívá, analgetikum, antibakteriální, je hodně účinný a maminka nabere síly porod dokončit, ! neužívat při epilepsii !
- Šalvěj muškátová – děložní tonikum, nervové tonikum, velmi silný účinek, hřejivá a antispazmická, napomáhá pročištění emocí, vyrovnanosti a vnitřní síle, ! ne u epilepsie!



## **Příloha 15 - Vhodné aromaterapeutické směsi k použití za porodu**

- Nepostupující porod ( pomalé otevírání ) – 50 ml mandlového oleje ( MO ) + 5 kp růžového dřeva + 8 kp levandule úzkolisté + 2 kp růže v jojobě – nakapat na kapesník a inhalovat; Lžice hydrofilního oleje + 6 kp levandule úzkolisté +6 kp růžového dřeva – do vany
- Bolestivý kříž – 50 ml MO + 10 kp rozmarýnu + 10 kp levandule úzkolisté – vtírat do kříže a přiložit teplý suchý obklad
- Velmi slabé kontrakce – 10 ml MO + 2kp hřebíčku – vetřít do podbřišku a přiložit teplý suchý obklad
- Podpora kontrakcí ve II. době porodní – 50 ml MO + 6 kp jasmínu v jojobě + 3 kp šalvěže muškátové – masáž podbřišku
- Odloučení placenty – 10 ml MO + 2 kp jasmínu + 1 kp šalvěže muškátové + 3 kp heřmánku římského – vmasírovat na podbřišek a přiložit teplý suchý obklad.

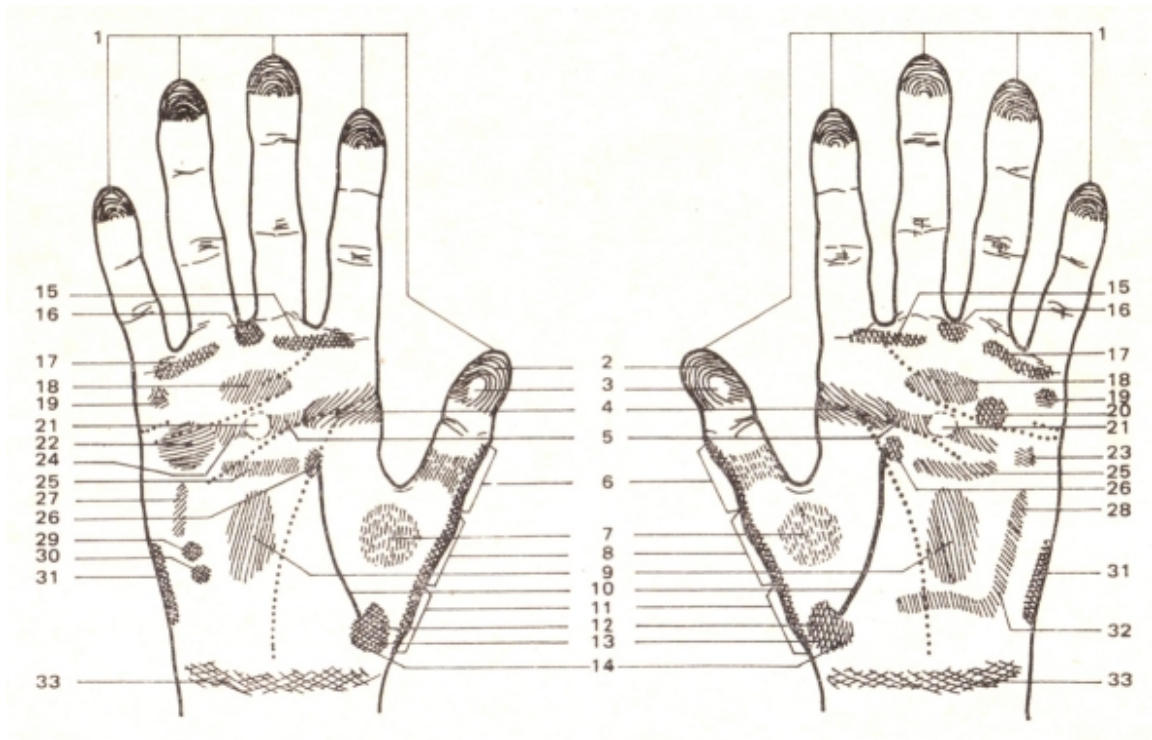
## **Příloha 16 - Příklad homeopatických přípravků vhodných pro porod a poporodní období**

- *Arnica montana* 9 CH (5 granulí denně 14 dní před porodem)
  - pro dobrou funkci svalů a cév
  - prevence vzniku krvácení
- *Gelsemium sempervirens* 15 nebo 30 CH (5 granulí jakmile začnou obavy z porodu)
  - strach a úzkost před porodem
- *Caulophyllum thalictroides* 5 nebo 9 CH (při nástupu porodní činnosti 5 granulí každých 30 minut, po odtoku plodové vody 5 granulí každých 15 minut)
  - nepoddajnost děložního hrdla
  - nepravidelné, neúčinné, křečovitě bolestivé stahy
  - atonická děloha
- *Actaea racemosa* 5 nebo 9 CH (stejně jako u léku *Caulophyllum* terapeutické schéma: střídat léky *Caulophyllum* a *Actaea racemosa* v uvedených časových odstupech)
  - silné nepravidelné porodní bolesti
  - křeče děložního hrdla
  - bolesti vystřelující do stehů
- *Arnica montana* 9 CH (5 granulí 2x denně)
  - urychlení hojení, vstřebání hematomů
  - odstranění pocitů zhmoždění
  - lék má specifický účinek na svaly a kapiláry
- *China* 5 nebo 9 CH (5 granulí 2x denně)
  - únava způsobená velkou ztrátou tělesných tekutin (krev, plodová voda)
- *Staphysagria* 5 nebo 9 CH (5 granulí 2x denně)
  - na hojení řezných chirurgických ran (nástřih hráze, císařský řez)

- *Sepia officinalis* 9 nebo 15 CH (5 granulí 1x denně, podle obtíží užívat některé z uvedených léků po dobu 7 dní)
  - k odstranění pocitu „prázdného“ břicha
  - v případě depresí
  
- *Ricinus communis* 5 CH (5 granulí 2x denně)
  - nedostatečná tvorba mléka
  
- *Nitricum acidum* 5 nebo 9 CH (5 granulí 2x denně)
  - praskliny s ostrými okraji, snadno krvácející
  - bodavé bolesti jako od zaraženého trnu
  
- *Belladonna* 5 nebo 9 CH (5 granulí 4x denně)
  - akutní zánětlivé zduření prsu
  - zčervenání, otok, bolest, horkost
  - pulzující bolesti zhoršené dotekem a otřesy

Homeopatická lékařská asociace. *Homeopatie v těhotenství a při porodu*. [ on line ].c  
 2007 – 2010. Dostupné z: <[http://www.hla-homeopatie.cz/klinicka\\_homeopatie\\_porodnictvi.php](http://www.hla-homeopatie.cz/klinicka_homeopatie_porodnictvi.php)> [ cit. 2010-01-12 ].

## Příloha 17 - Přehled akupresurních bodů



- |  |                       |                           |
|--|-----------------------|---------------------------|
| 1 sinusové reflexy                     | 12 močový měchýř      | 23 slezina                |
| 2 Mozek                                | 13 prostata a děloha  | 24 žlučník                |
| 3 hypofýza                             | 14 konečník           | 25 příčný tračník         |
| 4 žaludeční oblast                     | 15 oči                | 26 ledviny                |
| 5 slinivka břišní                      | 16 Eustachova trubice | 27 vzestupný tračník      |
| 6 krční obratle                        | 17 uši                | 28 sestupný tračník       |
| 7 štítná žláza, příštítná tělíska      | 18 plíce              | 29 ileocecální chlopeň    |
| 8 hrudní obratle                       | 19 ramena, paže       | 30 oblast slepého střeva  |
| 9 tenké střevo                         | 20 srdce              | 31 vaječníky nebo varlata |
| 10 močovod                             | 21 solární plexus     | 32 esovitý tračník        |
| 11 bederní, křížové a kostrční obratle | 22 játra              | 33 oblast ischiasu        |



1	hlava a sinusy	11	ledviny	21	plíce, bronchie	31	ischias
2	epifýza	12	žaludek, solar plexus	22	játra	32	srdce
3	hypofýza	13	slinivka	23	žlučník	33	slezina
4	migréna	14	močový měchýř	24	nadledvinky	34	zánět, energie
5	hlasivky, štítná žláza	15	močovod	25	tlusté střevo	35	dna, prostata, koleno
6	Krk	16	trojklanný nerv	26	slepé střevo	36	dýchání, slezina, slinivka
7	Záda	17	hemeroidy, konečník	27	kyčel	37	oči, limfatické žlázy
8	štítná žláza	18	oči	28	tenké střevo, vnitřnosti	38	prostata, vaječník
9	příštitná tělíska	19	paže, ruce, ramena	29	koleno	39	prostata, penis, dělohy
10	koleno	20	uši	30	lýtka	40	prostata, trojklanný nerv

*Akupresurní body.* [ on line ]. Dostupné z: <<http://www.terapie.aztip.cz/alternativni-terapie/dotekove-terapie/akupresura/akupresura-rukou>> [ cit. 2010-01-12 ].

## **Příloha 18 - Metody hydroanalgezie**

1. *Relaxační koupel* – rodička prožije ve vaně I. dobu porodní (otevírací), II. doba porodní již většinou probíhá mimo vodu. Vana je hygienicky ošetřena a má tvar příznivý pro snadné zaujmutí vhodné polohy pro rodičky.
2. *Porod do vody* – voda má velmi dobré relaxační a uvolňovací účinky na porodní cesty a proto porod často urychlí. Pro porod do vody musí být splněny podmínky, které stanovila ČGPS – žena musí být zdravá a její těhotenství fyziologické, porod musí být v termínu, nesmí být přítomny žádné známky stresu plodu, nesmí být přítomno žádné infekční onemocnění rodičky, nesmí být přítomna žádná patologie v I. a II. době porodní, porod do vody není doporučen ženám po podání analgetik, nebo epidurální analgezie za porodu. Zařízení, která umožňují porod do vody, musí splňovat hygienická a bezpečnostní opatření, pro případ komplikací za porodu do vody. Před vstupem do vody se rodičce podává očistné klyzma. Voda ve vaně nesmí přesahovat 38°C. Srdeční frekvence plodu je monitorována přístrojem vhodným pro sledování OP ve vodě. Epiziotomie se provádí výjimečně. Plod je vyjmut z vody bezprostředně po porodu. III. doba porodní se vede již mimo lázeň. Tato metoda nemá v ČR příliš zastánců.
3. *Intradermální injekce sterilní vodou* – kožní obstříky vodou v oblasti kříže (4 pupence cca 0,1 ml sterilní vody). Úleva od křížových bolestí se dostaví cca 30 vteřin po aplikaci vody. Tato metoda není příliš rozšířená již proto, že samotná aplikace vody do kůže je bolestivá.

## Příloha 19 – Předporodní masáž hráze

### PŘEDPORODNÍ MASÁŽ HRÁZE (PERINEA)

Pravidelná masáž hráze (oblast mezi pochvou a konečníkem) v pozdním těhotenství může být prospěšná při přípravě k porodu. Napomůže hrázi, aby byla pružnou a při porodu se dostatečně rozvinula. Sníží se tak nutnost nástřihu (to je podstatě chirurgický zákrok, který má za úkol zvětšit vchod poševní a provádí se těsně před porodem hlavičky) a také pravděpodobnost vážné trhliny, ke které by při porodu mohlo dojít. Masáž hráze může nastávající mamince přiblížit pocity, které bude mít, až se miminko začne objeovat. Také jí může využít k návěku uvolnění hráze, které je při porodu tak žádoucí.

Masáž hráze ještě nepodlehla podrobným vědeckým výzkumům, ale z několika studií, které již byly provedeny, vyplývá, že zmíněný účel zcela splňuje. Doporučujeme, aby nastávající maminky prováděly masáž asi 4-6 týdnů před termínem porodu. Pro některé ženy je to nepřijatelné, takže masáž odmitají provádět, jiné v nich najdou zálibu nebo se pro ně stane sexuální stimulací a tím vlastně jen získají. Lze však říci, že většina z těch, které masáž pravidelně prováděly. Zjistila, že to bylo výhodné.

Upozornění: Objeví-li se výtok, herpes nebo jiný vaginální problém, je dobré s masáží přestat do doby, než se problém vyřeší (masáž by mohla situaci zhoršit, eventuelně rozšířit infekci).

Masáž může provádět nastávající maminka sama nebo společně s partnerem. K relaxaci svalů před masáží přispěje teplá lázeň, která změkčí tkáň, zahřeje, prokrví a připraví pro masáž. Olej je možné použít i při samotném porodu pro usnadnění jeho průběhu.

#### Jak masáž provádět – instruktáž pro partnera:

☞ Bezpodmínečně musíte mít čisté ruce. Raději si je před prováděním masáže ještě jednou umyjte. Máte-li hrubší pokožku na konečcích prstů, raději použijte jednorázové rukavice, předejete tak vzniku případného poranění.

☞ Posadte se pohodlně do polohy v polosedě s nohama pokrčenými a mimě od sebe. Naneste na prsty několik kapek oleje (olej na prsty nakapejte, aby nedošlo k jeho kontaminaci).

☞ Vmasírujte jemně dostatečné množství oleje do hráze. Prsty by měly po tkáni jemně klouzat a snižovat vchod poševní. Nejdřív použijte jen ukazováček, potom přidejte i prostředníček. Prsty by měly vniknout do pochvy až ke druhému kloubu. Přejíždějte od jedné strany ke druhé a vždy „na dně“ stlačujte stěnu pochvy směrem dopředu a dolů. Masáž provádějte asi 3 min. Pomůžete tak uvolnění poševní tkáně, svalů obklopujících pochvu a kůži hráze.

☞ Masáž zakončete asi minutovým mnutím kůže na hrázi mezi palcem a ukazováčkem (palec je vně, ukazovák uvnitř pochvy). Zpočátku se bude kůže zdát velmi pevná, ale s postupujícím časem a opakovaním masáže se stane jemnou a pružnou. Masáž by se celkově měla provádět 4-5 minut.

☞ Řekněte nastávající mamince, aby uvolnila hráz až ucítí tlak. Jakmile se dokáže uvolnit, zvyšte tlak na hráz tak, aby žena pocítila velmi silný tlak (až palčivé zabolení), způsobený napínáním hráze. Podobný pocit se objeví při porodu hlavičky.

☞ Budete-li mít jakékoli dotazy poté, co vyzkoušíte masáž, neváhejte a zeptejte se porodní asistentky při předporodních kurzech.

Použití éterických olejů a produktů z nich během těhotenství, porodu a šestinedělí je bezpečný, přirozený a krásný způsob, jak budoucí mamince pomoci, aby se cítila klidně a sebejistě v době, kdy prochází jedním z nejdůležitějších období svého života. Správné použití éterických a rostlinných olejů může zmírnit nevolnost i bolest, ulevit od napětí, prohloubit stahy, napomoci správnému dýchání a poskytnout celkový pocit pohodlí a uvolnění. Budoucí maminka se cítí jistější a více si důvěřuje.

Panenské rostlinné oleje lisované za studena (LZS) jsou vysoce kvalitní, mají zachované všechny bioaktivní složky, vitamíny a minerály v koncentrované a účinné formě, jejich vstřebatelnost je jedinečná. Neobsahují žádné konzervační ani syntetické látky a jsou schválené i jako potravina (při vnitřním užití působí blahodárně na organismus, posilují imunitu, dodávají živiny).

#### Nabízíme Vám přírodní aromaoleje pro období:

##### TĚHOTENSTVÍ

Masážní olej na strie  
Olej na masáž hráze  
Gel na intimní hygienu  
Balzám na hemeroidy  
Gel na otoky nohou

##### PORODU

Olej na I.dobu porodní  
Olej na II.dobu porodní  
Růžová voda při porodu

##### ŠESTINEDĚLÍ

Gel na hojení hráze  
Olej na zavínování dělohy  
Protizánětlivý olej na prsa  
Extrakt na popraskané bradavky

##### PÉČE O DÍTĚ

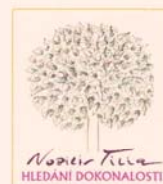
Olej pro péči o miminko  
Olej na bolesti bříška  
Olej na dásně  
Gel na opruzeniny  
Dětský přírodní šampón  
Dětská přírodní mýdla  
Eukalyptový sprej na odhhlenění

##### PÉČE O CELOU RODINU

a

##### ROSTLINNÉ OLEJE LZS

##### ÉTERICKÉ OLEJE



kontakt: Nobilis Tilia s.r.o., Krásná Lipa, MT: 774 156 547, www.nobilis.cz

HERBÁLNÍ MEDICÍNA

## Příloha 20 – Apgar skóre

Popisovaný znak	Skóre = 0	Skóre = 1	Skóre = 2
Akce srdeční	Nedetekovatelná	Pod 100/min	Nad 100/min
Dechová aktivita	Nedetekovatelná	Slabá, nepravidelná, lapavé dýchání (gasping)	Normální, pláč
Svalový tonus	Minimální	Náznak flexe končetin	Flexe končetin, nebo aktivní pohyby končetinami
Reflexní dráždivost	Žádná odezva	Grimasování, nebo slabý pláč	Pláč
Barva	Centrální cyanóza, nebo bledost	Akrální cyanóza	Růžová barva kůže celého těla

Dítě je standardně hodnoceno v 1., 5. a 10. minutě po porodu (děti ve špatném stavu také v 15. případně 20. minutě).

Výsledné skóre se získá součtem jednotlivých položek :

8b–10b - normální - dítě nevyžaduje žádnou ventilační podporu.

4b–7b - lehká porodní asfyxie, provádí se inhalace kyslíku maskou nebo insuflace ambuvakem, obvykle je tendence k rychlému zlepšení

0b–3b – těžká porodní asfyxie - dítě vyžaduje okamžitou intervenci včetně endotracheální intubace a nepřímé srdeční masáže

Apgar skóre umožňuje rychlé zhodnocení novorozence po porodu, s cílem odhalit novorozence s potřebou resuscitační péče. Stoupající skóre znamená účinnou resuscitaci. Výpovědní hodnota Apgar skóre má však svá omezení. Hodnocená kritéria jsou mimo jiné ovlivněna nezralostí, farmakologickým útlumem dítěte, vrozenými vadami, infekcí, porodním traumatismem a zkreslena samotným zahájením resuscitace.

*Apgar skóre.* [ on line ]. Dostupné z:

<[https://atlases.muni.cz/atlases/novo/atl\\_cz/main+novorozenec+klasnov.html#apg](https://atlases.muni.cz/atlases/novo/atl_cz/main+novorozenec+klasnov.html#apg)>

[ cit. 2009-12-20].