



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

# Autonomie ženy v těhotenství a průběhu porodu

Vypracoval: Alena Novotná  
Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová

České Budějovice Rok 2014

# **Abstrakt**

## **Teoretická východiska**

Bakalářská práce se zabývá problematikou autonomie ženy v těhotenství a během porodu. Autonomii vykládá psychologický slovník jako prostor, ve kterém je člověk sám sebou, volí si činnosti či nečinnosti ve zvoleném čase a prostoru. Teoretická část shrnuje aspekty týkající se možnosti volby těhotné ženy v období těhotenství a v průběhu porodu. Autonomie ženy je na jedné straně podporována celou řadou profesních dokumentů a na straně druhé je určena individuálními možnostmi a potřebami ženy v otázkách týkajících se těhotenství a porodu rozhodovat. Z dokumentů, kde je autonomie ženy pevně zakotvena, nutno zmínit např. Úmluvu o biomedicíně nebo mezinárodně uznávaný etický kodex porodních asistentek či iniciativu s názvem Deset kroků k optimální porodní péči. V praxi je autonomie realizována prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Bakalářská práce se věnuje reálným možnostem volby ženy v těhotenství a během porodního děje v jednotlivých etapách. Práce v chronologické posloupnosti popisuje průběh těhotenství a porodu včetně situací, které si přímo žádají nebo podněcují těhotné ženy k rozhodování. Teoretická část bakalářské práce dále vykresluje porodní děj dle dostupných zdrojů a na základě obvyklých podmínek panujících v českém porodnictví včetně jednotlivých možností volby, které z nich pro těhotnou ženu plynou. Praktická část bakalářské práce předkládá prostřednictvím výsledků výzkumu konkrétní přání a volby těhotných žen týkající se těhotenství a porodu včetně faktorů, které mají na těhotnou ženu v otázkách těhotenství a porodního děje vliv.

## **Cíle práce**

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, která rozhodnutí týkající se těhotenství a porodu pokládá těhotná žena za důležitá. Cílem druhé části výzkumu bylo zmapovat, jaké faktory těhotné ženy při jejich rozhodování v otázkách těhotenství a porodu ovlivňují.

## **Použité metody**

Ke zjištění potřebných informací bylo použito kvalitativní šetření pomocí hloubkových rozhovorů. Sběr dat byl realizován u žen po spontánním porodu na oddělení šestinedělí. Rozhovory byly písemně zaznamenávány a následně transkribovány do počítačové formy. Získaná data byla hloubkově analyzována metodou „papír a tužka“ a dále pak rozvržena do čtyř kategorií. Výsledky výzkumného šetření byly v diskuzi konfrontovány s dostupnými teoretickými poznatky.

## **Výsledky**

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že dotazované ženy nemají příliš velkou potřebu podílet se na rozhodování v otázkách týkajících se těhotenství nebo porodu. Respondentky dle svých výpovědí uplatňovaly nejčastěji právo při rozhodování v otázkách volby porodnice, přítomnosti blízké osoby a v případě nefarmakologických metod tlumení bolesti. V situacích, jejichž rozhodnutí je podmíněno odbornými znalostmi, přenechávaly dotazované ženy autonomii v rukou personálu. Jak se ukázalo z druhé části výzkumného šetření, ovlivňují proces rozhodování během těhotenství a porodu dva faktory. Bylo zjištěno, že hlavními determinanty autonomie těhotné ženy v otázkách týkajících se těhotenství a porodu je informovanost a aktuální psychický stav. Mezi nejčastěji zmiňovanými zdroji informací těhotných žen byly identifikovány internet a zkušenosti, ať už vlastní či zprostředkované.

## **Závěr**

Výzkumným šetřením se podařilo hrubě identifikovat přání a volby žen během těhotenství a porodu. Podpora autonomie těhotných žen si žádá vyšší míru informovanosti žen a individuální přístup. Získané poznatky lze prezentovat na semináři pro porodní asistentky. Výsledky výzkumného šetření by bylo vhodné doplnit kvantitativní metodou, která by v dané problematice doplnila statistickou hodnotu.

**Klíčová slova:** autonomie, rozhodování, těhotenství, porod

# **Abstract**

## **Theoretical Foundations**

The bachelor thesis deals with the woman's autonomy during pregnancy and childbirth. The theoretical part summarizes aspects related to the pregnant woman's choice. On the one hand the choice is supported by a wide range of professional documents and on the other hand, the individual woman's choice and needs determine to decide on what is happening during pregnancy and childbirth. It is important to mention the documents in which the autonomy of women is firmly established, for example the Convention on Biomedicine and internationally recognized code of ethics for midwives or initiative called Ten Steps to optimal maternity care. In practice, autonomy is realized through the nursing process. The thesis deals with real woman's options of choice during pregnancy and birth process at each stage. Working in a chronological sequence describes the process of pregnancy and childbirth including situations that directly require or encourage pregnant women to decision-making. The theoretical part also portrays the birth process according to available resources and under the usual conditions prevailing in the Czech obstetrics including individual choice resulting from them for a pregnant woman. The practical part of the thesis presents the results of research through specific wishes and choices of pregnant women. These outcomes regard pregnancy and childbirth including factors that have an impact on a pregnant woman in matters of pregnancy and birth process.

## **Aims of the study**

The survey aims to explain which decisions regarding pregnancy and childbirth are considered to be important for a pregnant woman. The second part of the research is to explore what factors influence the decision of a pregnant woman factors in matters of pregnancy and childbirth.

## **The methods used**

To find the information needed qualitative research was used the depth interviews. The data were collected with women after spontaneous delivery at the

Department of confinement. The data was analyzed in depth by the "paper and pencil" and then divided into four categories. All results of the research have been confronted with available theoretical knowledge in discussion.

### **Results**

The research showed that the interviewed women do not have much need to participate in decision making on issues related to pregnancy or childbirth. According to statements respondents applied most often when deciding on the choice of hospital, presence of a loved one, and in the case of non-pharmacological methods of pain control. In situations where expert knowledge was conditional the interviewed women left the autonomy in the hands of personnel. As the second part of the research turned out, two factors influence the decision making process during childbirth. The main determinants of the autonomy of pregnant women is awareness and current psychological state. It was found that awareness and current psychological state are the main determinants of the pregnant woman's autonomy in matters relating to pregnancy and childbirth. Internet and experience (own or indirect) were identified as the most frequently mentioned source of information for pregnant women.

### **Conclusion**

Research investigation was able to roughly identify the wishes of women during pregnancy and childbirth. The autonomy support of pregnant women requires a higher level of awareness of women and individual approach. The knowledge gained can be presented at a seminar for midwives. Results of the investigation would be appropriate to supply with a quantitative method that would complement the problems of the statistical value.

**Key words:** autonomy, decision, pregnancy, childbirth

## **Prohlášení**

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

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

V Českých Budějovicích dne 06.05.2014

.....

Alena Novotná

### **Poděkování**

Můj vřelý dík náleží PhDr. Drahomíře Filausové za cenné rady a trpělivost při odborném vedení bakalářské práce. Děkuji dotazovaným ženám za zajímavé informace a věnovaný čas, a v neposlední řadě děkuji mé rodině za podporu.

# Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav.....	11
1.1 Autonomie.....	11
1.1.1 Autonomie v psychologii.....	11
1.1.2 Psychologie ženy v průběhu porodu.....	12
1.1.3 Autonomie v profesních dokumentech.....	13
Etický kodex.....	13
Informovaný souhlas.....	13
Kompetence PA.....	14
Holismus a ošetrovatelský proces.....	14
Deset kroků k optimální porodní péči.....	15
Desatero přirozeného porodu v porodnici.....	16
1.2 Těhotenství.....	16
1.2.1 Prenatální péče.....	17
1.2.2 Předporodní příprava.....	19
1.2.3 Volba prostředí porodu.....	20
1.2.4 Porodní plán.....	22
1.3 Porod.....	23
1.3.1 Průběh porodu.....	23
1.3.2 Poloha plodu koncem pánevním.....	27
1.3.3 Doprovázející osoba u porodu.....	28
1.3.4 Management bolesti v průběhu porodu.....	28
1.3.5 Alternativní polohy rodičky při porodu.....	30
1.3.6 Ambulantní porod.....	31
2 Cíl práce a výzkumné otázky.....	32
2.1 Cíl práce.....	32
2.2 Výzkumné otázky.....	32



3 Metodika	
3.1 Použité výzkumné metody	33
3.2 Analýza získaných údajů	33
3.3 Charakteristika výzkumného souboru	34
3.4 Charakteristika prostředí výzkumu	35
4 Výsledky	36
4.1 Kategorie – Autonomie v těhotenství a v průběhu porodu	36
4.1.1 Podkategorie – Životospráva	36
4.1.2 Podkategorie – Předporodní příprava	37
4.1.3 Podkategorie – Porodní plán	37
4.1.4 Podkategorie – Volba porodnice	38
4.2 Kategorie – Autonomie v těhotenství a v průběhu porodu	39
4.2.1 Podkategorie – Příprava k porodu	39
4.2.2 Podkategorie – Přítomnost blízké osoby u porodu	40
4.2.3 Podkategorie – Metody tlumení bolesti	40
4.2.4 Podkategorie – Porodní poloha	41
4.2.5 Podkategorie – Bonding	41
4.3 Kategorie – Determinanty rozhodování	42
4.3.1 Podkategorie – Zdroje informací	43
4.3.2 Podkategorie – Aktuální psychický stav	43
4.4 Kategorie – Postoj k autonomii	44
4.4.1 Podkategorie – Nutnost rozhodovat	45
4.4.2 Podkategorie – Potřeba rozhodovat	45
4.4.3 Podkategorie – Potřeba nerozhodovat	46
5 Diskuze	48
6 Závěr	52
7 Seznam informačních zdrojů	54

# Úvod

Autonomie člověka v roli pacienta se po staletí vyvíjela, vyvíjí a do budoucna nejspíš vyvíjet bude. Mění se tak, jak se mění lidská společnost, mezilidské vztahy a léčebné postupy. Paternalistický přístup byl nahrazen vztahem demokratickým. Autonomie jedince vychází z míry odpovědnosti, kterou si nese každý za svá rozhodnutí. U těhotné ženy se váha odpovědnosti násobí faktem, že se provedená rozhodnutí týkají nejen jí, ale i ještě nenarozeného dítěte. V těhotenství a během porodu se může těhotná žena ocitnout v celé řadě situací, které si žádají svá řešení. K tomu, aby těhotná žena mohla učinit náležité rozhodnutí, potřebuje dostatek adekvátních informací.

Cílem bakalářské práce bylo identifikovat a porozumět okamžikům v těhotenství nebo během porodu, které ve smyslu autonomie pokládá těhotná žena za důležité. Druhým cílem výzkumného šetření bylo zmapovat faktory, které těhotnou ženu při jejím rozhodování v otázkách týkajících se těhotenství a porodu ovlivňují.

Téma autonomie ženy v těhotenství a v průběhu porodu je velmi aktuální. V uplynulém roce byla předmětem politických diskuzí zejména ve spojení s porody mimo zdravotnický ústav. V České republice působí celá řada iniciativ, které v dané problematice doslova bojují za právo těhotné ženy na sebeurčení. V reakci na podněty ze strany těchto iniciativ a v souladu s rozvířenou situací kolem porodů v domácím prostředí, přijalo ministerstvo zdravotnictví s platností od 1. ledna 2014 kompromisní řešení. První změna umožňuje za určitých podmínek ambulantní porod. Druhá novinka umožňuje ženám родit pouze v doprovodu porodní asistentky v příslušně vybavené porodnici za předpokladu, že tento postup schválí ošetřující porodník.

Prostřednictvím bakalářské práce jsem chtěla lépe porozumět potřebám těhotných žen podílet se na rozhodování v otázkách týkajících se těhotenství a porodu. Zjistit kdy, jak a proč se ženy v těhotenství a během porodu rozhodují.

# 1 Současný stav

## 1.1 Autonomie

Pojem autonomie vykládá Ottův naučný slovník jako svézákonnost (Otto, 1909). Psychologický slovník hovoří o autonomii jako o svébytnosti, nezávislosti, funkční samostatnosti, samosprávě. Autonomii osobnosti popisuje jako rozsah, ve kterém je člověk sám sebou a může svobodně volit svoji činnost, její místo, čas i druh, případně zvolit nečinnost (Hartl, Hartlová, 2009, s. 65). Osobní autonomie jedince se individuálně liší, dle většího či menšího pocitu vlivu na události a výsledky činnosti. Dle tohoto přesvědčení rozlišujeme internalisty a externalisty. Internalisté žijí v přesvědčení, že jsou strůjci vlastního osudu. Externalisté věří, že jen naplňují svůj osud, který je předem již stanoven (Smékal, Hartlová, 2009, s. 345).

### 1.1.1 Autonomie v psychologii

*Rozhodování* je součástí volných procesů, které spolu s motivací a emocemi patří k aktivačním a regulačním mechanismům lidské psychiky. „Vůle je schopnost chtění, vědomé volby určitého cíle a s ním spojeného úsilí, zaměřeného na jeho dosažení, které nebývá vždycky snadné (Vágnerová, 2007, s. 79)“. Rozhodování je vědomý akt, většinou spojený s prožitkem uvědomění významu a důsledku vlastní aktivity (Vágnerová, 2007, s. 82). Volní proces obsahuje fázi rozhodovací a fázi realizační (Vágnerová, 2007, s. 80) V procesu rozhodování hrají svou úlohu rozdíly v oblasti vrozených dispozic (např. rychlost rozhodování, intenzita a proměnlivost citového prožívání apod.). Při rozhodování se dále uplatňuje zkušenost. Dalšími faktory ovlivňujícími rozhodování mohou být rozumové zvažování a hodnocení, které spočívá v racionálním posouzení výhod a nevýhod. Svou roli při rozhodování sehraje též emoční prožívání, které může působit jak kladně (prospěch), tak i záporně (strach). Zapojení hodnotové hierarchie skýtá prostor pro posouzení různých možností a cílů

s ohledem na jejich osobní význam. V samotné rozhodovací fázi sehrává klíčovou roli aktuální stav a emoční ladění. Může tedy dojít k tomu, že zásadní životní rozhodnutí změní např. únava a špatná nálada (Vágnerová, 2007, s. 81). Na rozhodování se záporně podílí nedostatek informací, přemíra neutříděných informací a časový tlak. Ve fázi realizace se mohou objevit překážky nebo ztráta významu původního motivu a úsilí, které závisí na pružnosti vůle (Vágnerová, 2007, s. 81).

### **1.1.2 Psychologie ženy v průběhu porodu**

Specifickým chováním rodičky se již v minulosti zabývalo několik autorů. Dle Ferversovy klasifikace ze 40. let 20. století rozlišujeme čtyři reakční typy rodiček. Typ *tetanický neovladatelný* se vyznačuje nedůvěrou, násilnou manipulací vůči sobě či okolí a zmítáním. Typ *tetanický ukázněný* je charakteristický svým racionálním přístupem k porodu. Rodička tohoto typu si přeje být plně informována a k farmakologické analgesii zaujímá většinou odmítavý postoj. Typ *pathetický neukázněný* je ovládán úzkostí a strachem, hroutí se; specifický je zoufalý křik o pomoc. Typ *pathetický ukázněný* vystupuje klidně, tiše a trpělivě. Potřebuje taktní a pozornou péči. Z analytického hlediska rozlišuje Molinski dva typy chování rodičky za porodu. Chování adaptivní a kooperativní pozorujeme u žen, které přijímají porod jako přirozený proces. Vědomě zažívají určitý stupeň úzkosti, hněvu, ale i pocity spokojenosti a štěstí. Při patologickém chování rodičky se mohou objevit bezplánovitá aktivita, úzkostné chování provázené křikem a nespolupráce. Patologické chování se může stupňovat v chování zlostné, projevující se mrzutostí a vzpurností nebo může naopak vyústit v apatii spojenou s bezmocností a ztrátou aktivity. V současné době se dají ženy z hlediska vlastního přístupu k porodu rozdělit jednak na ženy, které se chtějí porodu aktivně účastnit. Jsou to ženy, které mají o svém porodu jasnou představu a věnují se předporodním přípravám tak, aby svou představu naplnily. Druhou, početnější skupinu tvoří ženy, které nenaslouchají a nedůvěřují přirozeným procesům

svého organismu a ve větší míře se spoléhají na farmakologické prostředky tlumení bolesti v průběhu porodu (Ratislavová, 2008, s. 60).

### 1.1.3 Autonomie v profesních dokumentech

*Etický kodex*, coby veřejná listina, hlásá hodnoty a přesvědčení určité profese a jejich vykonavatelů. Etické principy v medicíně jsou položeny na čtyřech základech. Princip prospěšnosti se zakládá na myšlence „*primum non nocere*“, tj. především neškodit. Každá léčebná intervence si ovšem s sebou kromě prospěšnosti nese i možné riziko škody. Tým výkon má tedy pro různé pacienty různou „prospěšnost“, anebo „škodou“. K tomuto principu se nutně váže druhý postoj, kterým je respekt k autonomii. Ten ctí individualismus jedince dle jeho osobních hodnot a přesvědčení. Právo na sebeurčení je formalizované v informovaném souhlasu. Třetí princip „dobřečinění“ představuje pozitivní dimenzi neškození. Čtvrtý princip spravedlnosti neboli ekvity předpokládá rovný přístup bez rozdílů (Munzarová, 2005, s. 43; Kutnohorská, 2011, s. 18).

Ačkoliv mají práva pacientů v České republice legislativní základ, snaží se etický kodex vnést uniformitu v přístupu k jedinci v celosvětovém měřítku s důrazem na morální úskalí jednotlivých oborů. Pro činnost porodních asistentek je platný etický kodex porodních asistentek, který byl převzat od Mezinárodní konfederace porodních asistentek v roce 1993. Vznikl na základě jednání, která započala již v roce 1986. Etický kodex porodních asistentek mj. vyzývá porodní asistentky k respektování práva ženy na informovanou volbu, která má zvýšit podíl ženy odpovědnosti za její rozhodnutí. Klade si za cíl podporovat aktivní účast na rozhodnutích, které se týkají poskytované péče. (Unipa, 1999).

*Informovaný souhlas* slouží coby nástroj k poskytování informací pacientovi a používá se jako prostředník projevu pacientovy vůle (Haškovcová, 2007, s. 25). Proces informovaného souhlasu je výsledkem kontinuální interakce dvou autonomních osob, tj. pacienta a lékaře (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 111). V roce 2001

ratifikoval Parlament České republiky mezinárodní smlouvu – Úmluvu na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (tzv. Úmluvu o biomedicině). Jedná se o nejvyšší zdravotnický zákon země, jehož platnost převyšuje ostatní dosud platné zdravotnické zákony (Haškovcová, 2007, s. 9). Článek 5 Úmluvy o biomedicině uvádí: „Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas (Úmluva o lidských právech a biomedicině č. 96/2001 Sb. mezinárodních smluv, kapitola II, článek 5)“. Výjimku tvoří situace, kdy nelze příslušný souhlas získat a současně je lékařský zákrok nutný pro záchranu zdraví a života nemocného. Souhlas pacienta musí splňovat čtyři kritéria, tzn. že pacient musí být poučený, kvalifikovaný, svobodný a kompetentní. Pacient má mít dostatečný vhled do situace svého zdravotního stavu, aby se mohl sám za sebe rozhodovat. Smyslem informovaného souhlasu je srozumitelně poučit nemocného, umožnit potřebnou léčbu a péči a poskytnout právní ochranu lékaři při případných soudních dopadech (Haškovcová, 2007, s. 25; Ptáček, Bartůněk a kol., 2011, s. 111). Aktuální ustanovení informovaného souhlasu spolu s právy pacienta přesně definuje čtvrtá část zákona 372/2011 Sb., podle které lze pacientovi poskytovat zdravotní služby pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem. Pacient má právo na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni. Poskytovatel má povinnost informovat pacienta o jeho zdravotním stavu a navrženém individuálním léčebném postupu. Zákon klade povinnost sepsat písemný souhlas s hospitalizací (Předpis č. 372/2011 Sb.).

*Kompetence porodní asistentky* vychází z vyhlášky o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, která přesně vymezuje rozsah a podmínky činností prováděných porodní asistentkou v České republice: „Porodní asistentka poskytuje a zajišťuje bez odborného dohledu a bez indikace základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotné ženě, rodící ženě a ženě do šestého týdne po porodu prostřednictvím ošetrovatelského procesu (Předpis č. 55/2011 Sb., část druhá, § 5)“.

*Holistický přístup* k pacientům se realizuje prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Základní myšlenku celostního přístupu k jednotlivci položil Abraham H. Maslow ve své pyramidě potřeb již v roce 1943. Lidské potřeby sestavil do pomyslné

pyramidy dle jejich naléhavosti. Splnění potřeb vyšších je podmíněno splněním potřeb nižších. K nižším potřebám, které zauímají místo na základně pyramidy, patří fyziologické potřeby a potřeby bezpečí a jistoty. Vyššími potřebami jsou potřeby sounáležitosti, uznání a seberealizace, která ční na samém vrcholu pyramidy.

Potřeba autonomie se odráží v potřebě uznání a sebeúcty. Potřeba sebeúcty a sebehodnocení předpokládá důvěru od okolního světa a nezávislost na mínění druhých. Druhá ze zmíněných potřeb vyjadřuje touhu po respektu druhých lidí a postavení uvnitř sociální skupiny. Maslow mj. zjistil, že lidé, kteří uspokojují své základní potřeby, jsou šťastnější, zdravější a výkonnější, než jedinci s neuspokojenými potřebami (Trachtová, Mastiliaková, Fojtová, 2001, s. 13).

Ošetřovatelský proces představuje systém přístupů k pacientovi v bio-psycho-sociálním měřítku. Vzájemná interakce potřeb např. způsobí, že při nedostatku v jedné sféře se deficit promítne i v oblasti jiné. Ošetřovatelský proces nám pomáhá uvědomit si člověka jako celek a dle zavedených metod směřovat cílenou péči k jednotlivci přesně dle jeho individuálních potřeb (Tóthová a kol., 2009, s. 14).

*Deset kroků k optimální porodní péči* je iniciativou mezinárodní organizace za porodní péči pro matku a dítě. V České republice se prezentuje mj. prostřednictvím společnosti Aperio. Jedná se o písemnou strategii, která doporučuje optimální postupy pro vzdělávání a praxi v péči o matku a dítě. Autonomie ženy je vyjádřena v kroku jedna, který nabádá, aby se při jednání se ženou zachovávala úcta a respekt. Předpokládá poskytování srozumitelných informací s ponecháním prostoru pro vlastní zhodnocení a rozhodnutí. Další kroky kladou důraz na podporu ženy, na prokazatelně přínosné postupy, na návaznost zdravotní péče, atd. Krok šest předkládá výčet intervencí, které řadí mezi potenciálně škodlivé. Přínos z jejich realizace by měl převyšovat nad rizikem. Provedení některého z vyjmenovaných výkonů by mělo být s rodičkou prodiskutováno tak, aby mohla učinit informovaný souhlas. K těmto postupům patří, jak z dokumentu vyplývá, veškeré umělé zásahy do přirozeně probíhajícího porodního děje, jako např. klystýr, vyvolání nebo urychlení porodu, umělé protržení vaku blan, nařízená horizontální poloha atd. (IMBCI, 2008)

V České republice vznikl v roce 2012 projekt s názvem *Přirozený porod v porodnici (PPP)*, který reaguje na snahy o změny v systému českého porodnictví. Smyslem projektu je šíření přesvědčení, že v porodnici lze родit přirozeně a bezpečně s respektem k individuálním potřebám rodičky i novorozence při zachování co nejméně prostředí, bez rutinních lékařských zásahů. Desatero přirozeného porodu v porodnici klade důraz především na vstřícnou komunikaci, informovanost rodičky a individuální přístup. Podporuje přítomnost osoby blízké u porodu a ranou vazbu kůže na kůži matky a novorozence. V průběhu roku 2013 se do projektu zapojilo 17 porodnic z České republiky a 14 z nich již obdrželo certifikát PPP. (Babyweb.cz, 2012)

## **1.2 Těhotenství**

Období života ženy, kdy v jejím organismu dochází k vývoji plodu, nazýváme těhotenství. Trvá v průměru 40 týdnů; deset měsíců po 28 dnech; to jest 280 dní od poslední menstruace (Roztočil, 2008, s. 86).

Těhotenství dělíme na tři trimestry. První trimestr do 12. týdne, druhý od začátku 12. týdne do konce 27. týdne a třetí trimestr od 28. týdne těhotenství do porodu (Slezáková, 2011, s. 137). Dle stádií vývoje těhotenství rozlišujeme období blastogeneze, embryogeneze a fetogeneze. Blastogeneze představuje časný vývoj oplodněného vejce, který trvá tři týdny. V tomto období se vajíčko dělí – rýhuje, putuje vejcovodem do děložní dutiny – migruje, kde se zanořuje do hormonálně připravené děložní sliznice – niduje. Ve fázi embryogeneze se tvoří základy orgánů, nejdříve mozku a srdce, postupně se vytváří tělesná struktura – hlava, trup, končetiny (Čech, 2006, s. 39). Při ultrazvukovém vyšetření v 6. týdnu těhotenství je již patrná činnost primitivního srdce (Caldá a kol., 2010, s. 35). Embryogeneze končí v 10. týdnu od oplodnění. Následuje období fetogeneze, které se v časném fetálním období mezi 10. a 26. týdnem těhotenství vyznačuje růstem a zráním plodu a jeho orgánů. V pozdním



fetálním období, které probíhá od 27. týdne těhotenství do porodu, se plod dále vyvíjí a především se zvyšuje jeho životaschopnost (Čech, 2006, s. 39).

### 1.2.1 Prenatální péče

Těhotenská poradna zajišťuje všestranné zabezpečení těhotné ženy a plodu se zaměřením na prevenci možných chorobných stavů a včasný záchyt odchylek od fyziologického průběhu těhotenství. Pravidelná prenatální péče je nejlepší cestou, jak úspěšně provést ženu těhotenstvím až k porodu (Leifer, 2004, s. 56). Všechny těhotné ženy dělíme do tří základních skupin dle míry možného rizika. U těhotných žen s malým rizikem probíhá těhotenství fyziologicky, v jejich anamnéze se nevyskytují žádné rizikové faktory a výsledky vyšetření v průběhu gravidity jsou fyziologické. Dispenzarizace těhotné probíhá do 28. týdne těhotenství v intervalu 4-6 týdnů, ve 29. - 36. týdnu těhotenství po 3-4 týdnech a od 37. týdne do termínu porodu navštěvuje těhotná žena prenatální poradnu jedenkrát týdně. Těhotné ženy se středním rizikem mají svou anamnézu zatíženou rizikovými faktory, jejich vyšetření však nevykazují odchylky od fyziologických hodnot. Frekvence návštěv se odvíjí od aktuálního vývoje zdravotního stavu ženy. Objeví-li se v průběhu prenatálních vyšetření výsledky mimo fyziologické pásmo, převádí se těhotná žena do třetí skupiny. Sem patří těhotné s vysokým faktorem rizika, jejichž těhotenství probíhá dle klinických či patologických výsledků patologicky, jsou dispenzarizovány individuálně. Harmonogram těhotenské poradny se řídí dle doporučených postupů České gynekologicko-porodnické společnosti JEP (Slezáková, 2011, s. 139).

Součástí prenatální diagnostiky je i detekce výskytu vrozených vad plodu. Mezi nejčastější chromozomální aberace patří Downův syndrom charakterizovaný mentální zaostalostí, strukturálními a degenerativními poruchami. Provádění včasného záchytu tohoto neléčitelného onemocnění předpokládá majoritní postoj populace, kdy se jako přijatelnější jeví ztráta těhotenství před narozením postiženého dítěte. Konečné rozhodnutí ovšem závisí na těhotné ženě (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 17). V současné

době se doporučuje prvotrimestrální kombinovaný test sestávající z biochemického vyšetření mateřského séra v 9. – 11. týdnu těhotenství (PAPP-A a free-beta-hCG) a ultrazvukového vyšetření šíjového projasnění na konci prvního trimestru při maximální temeno-kostrční délce plodu o 85 mm cca 14 dnů po odběru. Po posouzení výsledných biochemických parametrů a šíjového projasnění s přihlédnutím k věku ženy se těhotné ženě doporučí další postup. Pokud je screening vyhodnocen jako negativní, pokračuje se dle standardního harmonogramu prenatalní péče. Při zjištění vysokého rizika výskytu Downova syndromu se žena odešle na genetickou konzultaci. Dle doporučení genetika se, po dohodě se ženou, obvykle provede karyotypizace prostřednictvím biopsie choria v 11. - 14. týdnu těhotenství nebo amniocentézy v 15. – 20. týdnu těhotenství (za nejbezpečnější je považován 16. týden těhotenství). (Doporučený postup ČGPS ČLS JEP, 2010)

Jedná se o invazivní vyšetřovací metody. Při biopsii choria se odebere vzorek placentární tkáně a v případě amniocentézy se pod ultrazvukovou kontrolou odebere cca 20 ml plodové vody. Riziko ztráty těhotenství je u amniocentézy i u biopsie choria 1 ze 100-200 odběrů. Biochemický screening (AFP, hCG, estriol) v 16. týdnu těhotenství se provádí jen u žen, které nepodstoupily prvotrimestrální screening (Slezáková, 2011, s. 140).

Česká gynekologicko-porodnická společnost vydala v roce 2013 doporučený postup k provádění prevence RhD aloimunizace u RhD negativních žen. Nově se kromě běžných indikací a standardní imunizace do 72 hodin po porodu doporučuje antepartální profylaxe ve 28. týdnu těhotenství. (Doporučený postup ČGPS ČLS JEP, 2013) Aloimunizace matky, dříve nazývaná izoimunizace, vzniká při inkompatibilitě krevní skupiny matky a plodu. Rh-pozitivní erytrocyty plodu po přechodu do krevního řečiště těhotné ženy s Rh-negativními červenými krvinkami vyvolávají tvorbu protilátek. Ty mohou po transplacentárním přechodu vyvolat intrauterinní anemii plodu nebo postnatální akumulaci hemolytických produktů. K prevenci aloimunizace se v těhotenství provádí vyšetření krevní skupiny a Rh-faktoru včetně screeningu protilátek v I. trimestru s jejich následným monitorováním. V anamnéze Rh negativní ženy se pátrá po průběhu předchozích gravidit, krevních převodech, amniocentézách aj.

Zjišťuje se Rh faktor otce dítěte, provádí se dopplerovské měření arteria cerebri media. Dosud se RhD imunizace prováděla do 72 hodin po porodu v případě potvrzení Rh pozitivitu novorozence (Roztočil, 2008, s. 205). Na doporučení gynekologa a zvážení těhotné ženy v případě absence varovných signálů zůstává, zda očkovat již v průběhu těhotenství nebo po porodu.

### **1.2.2 Předporodní příprava**

Historie psychopfylytické přípravy sahá do začátku 20. století. Teorie přípravy těhotných před porodem se vyvíjely nezávisle na sobě v Anglii a na sovětské Ukrajině. Základní mechanismus syndromu strach-napětí-bolest popsal anglický lékař Dick Read v roce 1933. Hlavní principy jeho metody spočívaly v aktivním uvolnění, nácviku techniky dýchání, relaxace a tlačení. Předporodní příprava zahrnovala i podání informací a odstranění předsudků. V Sovětském svazu se předporodní přípravě věnoval Velvovskij, jeho metoda byla založena na poznatcích z Pavlovova učení o podmíněných reflexech s využitím pozitivního programování psychiky těhotné. Na učení Velvovského navázal francouzský porodník Ferdinand Lamaze, jeho základní myšlenka spočívala ve faktu, že mysl může být cvičena k prevenci porodní bolesti. Zdůraznil roli manžela, který provázel ženu v těhotenství a za porodu. Metoda Zilgrei autorů Zilla a Greissinga využívala nácviku poloh při porodu a vizualizací (Ratislavová, 2008, s. 49).

V České republice probíhají v současné době předporodní kurzy většinou pod záštitou porodnických oddělení prostřednictvím zkušené porodní asistentky. Kurzy si kladou za cíl připravit matku na duševní a tělesné změny, které těhotenství a pozdější mateřství přináší. Mají za úkol zmírnit nebo zcela odbourat negativní emoce spojené s porodem, snížit strach z porodních bolestí a minimalizovat obavy o dítě. Snahou kurzů je získání a posílení důvěry vůči zdravotnickému personálu. Podporují účast partnerů nejen během těhotenství a porodu. Pomáhají navodit u těhotné ženy pozitivní myšlení. Předporodní příprava bývá rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části

získá těhotná žena informace o vhodné životosprávě v těhotenství, o fyziologických změnách organismu v těhotenství, o průběhu porodu, o kojení a šestinedělí. Praktická část může zahrnovat cvičení pro těhotné. Nacvičují se dýchací techniky k porodu, polohy a účinné používání břišního lisu a pánevního dna. Těhotná žena se seznámí s nefarmakologickými metodami tišení porodních bolestí. Připravené matky se cítí na porodním sále příjemněji, lépe spolupracují, vytváří se pozitivní vztah k novorozenci a předpokládá se zdárný průběh šestinedělí (Pařízek, 2008, s. 380). Na zvážení ženy závisí, zda se předporodního kurzu zúčastní, či nikoliv. Jedná se sice o službu zpoplatněnou, u pojištěnců většiny zdravotních pojišťoven však částečně finančně podporovanou příspěvkem. (Pruvodcezp.cz, 2010)

### **1.2.3 Volba prostředí porodu**

Volba prostředí porodu v České republice neopouští v současné době ženě příliš prostoru pro autonomní rozhodnutí. Porody mimo zdravotnické zařízení nemají v České republice legislativní podporu. Českou gynekologicko-porodnickou společností jsou označeny za postup non-lege-artis. (Předpis č. 372/2011, § 10 odstavec 3; Předpis č. 134/1998 Sb.; Odborné stanovisko ČGPS ČLS JEP, 2008)

Metodické opatření číslo 7 věstníku 9/2003 ministerstva zdravotnictví České republiky přesně definuje a určuje standard poskytování a podmínky péče porodnické a neonatologické. Perinatologická péče (porodnická i neonatologická) v České republice se zakládá na diferencované třístupňové regionální péči o těhotné ženy a jejich novorozence. Způsob poskytování péče se člení na I. stupeň – základní, II. stupeň – intermediární (centralizace předčasných porodů od ukončeného 32. týdne těhotenství) a III. stupeň – intenzivní (od začátku 24. týdne do 32. týdne těhotenství). Perinatologická centra koncentrují závažná onemocnění matky, jako jsou např. kardiopatie, diabetes mellitus včetně gestačního, závažné preeklampsie a případy růstové retardace plodu do 34. týdne těhotenství. Základem perinatologie je těsná mezioborová spolupráce oboru gynekologie-porodnictví a neonatologie. Klade si za cíl

zajištění vysoké kvality populace z hlediska medicínského, ale i sociálního a ekonomického. Odborná náplň péče o novorozence se zaměřuje zejména na péči o extrémně a velmi nezralé novorozence (24. - 32. týden těhotenství), perinatálně vzniklé, závažné infekce (zejména sepse), perinatální asfyxii a stavy s ní související, na dlouhodobou ventilaci, na péči o novorozence s nitroděložní retardací růstu a v neposlední řadě na péči o novorozence s VVV, slučitelnými s životem, ale vyžadující chirurgické řešení a následnou vysoce specializovanou péči. Perinatologická centra musí splňovat přísné podmínky poskytované péče prostřednictvím provozního a prostorového uspořádání, personálního a přístrojového zajištění dle indikátorů kvality služeb. (MZ ČR, 2003)

Za objektivní měřítko sloužící k posouzení úrovně poskytované péče v porodnici lze použít porodnost a zdravotní stav matek a jejich dětí počínaje laboratorními výsledky a délkou hospitalizace konče. (Pařízek, 2008, s. 360). U kvalitní porodnice se předpokládá dosažení minimálně 500 porodů za rok. Při nižším počtu porodů lze očekávat nižší výskyt komplikací, což by mohlo mít za následek snížení odbornosti personálu. Za další možný ukazatel kvality poskytovaných služeb dané porodnice lze považovat i počet provedených císařských řezů za rok nebo perinatální úmrtnost. Aby bylo srovnání objektivní, je nutné posuzovat zvláště perinatologická centra, intermediární centra a ostatní porodnice. Dá se předpokládat, že v perinatologických centrech, kde se soustředí těhotné se závažnými komplikacemi, bude vyšší incidence operačních porodů a vyšší perinatální úmrtnost než v ostatních porodnicích. Každá porodnice by měla být vybavena odpovídajícím počtem kardiogramů. V naléhavém případě by měla být možnost provést akutní císařský řez do patnácti minut od indikace (Čepický, Černá, 2006, s. 40).

Důležitým měřítkem pro těhotnou ženu při volbě porodnice může být i místní dostupnost a doporučení zakládající se na osobní zkušenosti ze strany blízkých osob. Rozhodování o volbě místa porodu mohou usnadnit objektivní informace uvedené na webových stránkách dané porodnice. Tady se žena dočte, jaký porodní servis porodnice nabízí. S přihlédnutím ke svým individuálním požadavkům může osobně porodnici navštívit, a tak ideálně získat aktuální informace a současně se i seznámit s prostředím

a personálem vybrané porodnice (Chmel, 2005, s. 15). Nejčastěji kladené dotazy ze strany těhotných žen se obvykle týkají vybavení a zařízení porodnického oddělení, přítomnosti blízké osoby u porodu a délky hospitalizace. K průběhu porodu se ženy většinou dotazují na možnosti tlumení bolesti, porodní pozice, nebo jestli se rutinně provádí epiziotomie či klyzma. Zda se podporuje bonding a jestli novorozenecké oddělení disponuje jednotkou intenzivní péče. Pro některé ženy může být klíčovým vodítkem volby zdravotnického zařízení možnost provést odběr pupečnickové krve (Gregora, Velemínský, 2011, s. 36).

#### **1.2.4 Porodní plán**

Svá přání týkající se průběhu porodu a raného šestinedělí může žena sdělit prostřednictvím porodního plánu. Odborníci se shodují, že porodní plán by měl být vypracován na základě rozhovoru mezi těhotnou ženou a porodní asistentkou, která působí na zvoleném porodním sále. Na papíře se tak ocitnou reálná přání, která lze dle dispozičních a metodologických možností porodního sálu splnit. Ku prospěchu může být seznámení těhotné ženy s prostředím a servisem, které porodnice nabízí. Naproti tomu, pokud se přání nebo představy ženy vymykají běžným zvyklostem, lze v dostatečném předstihu připravit podmínky pro jejich splnění nebo včas umožnit ženě volbu jiné vhodnější porodnice (Čepický, Černá, 2006, s. 41). Porodní plán by měl být vypracován tak, aby v případě porodních nepravidelností, které často matka ani na svém těle nemusí pociťovat, nebyl dogmatem, jehož úzkostlivé dodržování by mohlo ohrozit zdraví rodičky nebo jejího dítěte. Profesionálně provedený porodní plán má mít vždy, pro každý úsek porodu, několik alternativních řešení. Nikdo nemůže dopředu znát, a tedy ani zaručit hladký průběh porodu. (Pařízek, 2008, s. 363)

### 1.3 Porod

„Porod je děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce (plod, placenta, pupečník, plodová voda, plodové obaly) porozením z organismu matky (Roztočil, 2008, s. 109)“.

#### 1.3.1 Průběh porodu

Dle časové posloupnosti a probíhajících procesů dělíme porod na období přípravné, tři doby porodní a dobu poporodní, která se nazývá IV. doba porodní.

*V období přípravném* může pociťovat prvorodička cca v posledním měsíci těhotenství a vícerodička obvykle těsně před porodem předzvěstné stahy neboli poslíčky. Vyskytují se nepravidelně a nemají otevírací efekt na dolní děložní segment. V posledním měsíci těhotenství může být děloha vlivem palpáce zvýšeně dráždivá. Odchod hlenové zátky signalizuje otevření cervikálního kanálu několik dní před začátkem porodu (Roztočil, 2008, s. 113).

Rodička je přijímána na porodní sál v případě, že nastoupila pravidelná děložní činnost nebo odtekla plodová voda nebo začala krvácet či má být přijata plánovaně. K hospitalizaci mohou vést příznaky vybočující od fyziologického průběhu těhotenství. Porodní asistentka rodičku přijme, sepíše s ní podrobnou anamnézu a provede základní vyšetření (TK, P, TT, hmotnost, biochemické vyšetření moči, CTG, případný průkaz odtoku VP). Po zevním a vnitřním vyšetření rodičky lékař ženu informuje, ta podepisuje informovaný souhlas s hospitalizací. Pokud rodička přichází s porodním plánem, ujasní si společně s porodní asistentkou jednotlivé body plánu. Porodní asistentka vysvětlí rodičce následující průběh tak, aby se rodička zbavila nejistoty a obav. Po domluvě s porodní asistentkou a dle pokročilosti nálezů se provede oholení a klyzma (Slezáková, 2011, s. 167). Oholení rodidel se doporučuje především z hygienických důvodů. Na přání ženy záleží, zda se oholí sama nebo jestli holení provede personál na porodním sále. Holí se obvykle jen velké stydké pysky a oblast hráze. Na domluvě mezi rodičkou

a personálem závisí, zda se podá očistné klyzma. Alternativou může být aplikace přípravku Yal, který si rodička přinese do porodnice. Ten se vydává se v lékárně na předpis (Gregora, Velemínský, 2011, s. 39).

### *První doba porodní*

Vlivem pravidelných děložních kontrakcí dochází k pasivnímu rozvíjení dolního děložního segmentu. Na konci I. doby porodní již není bariéra mezi dutinou děložní a pochvou. První doba porodní se člení na tři fáze. Během latentní fáze se děložní hrdlo spotřebovává a vzniká porodnická branka. Roztahování hrdla probíhá za průběžného zkracování. V průběhu aktivní fáze dochází k dilataci branky na 8 cm a kontrakční aktivita se zrychluje. Aktivní fáze probíhá velmi individuálně a její délka se odvíjí od celé řady endogenních a exogenních faktorů. Ve fázi tranzitorní se rozvoj porodního nálezu mírně zpomaluje, dochází k sestupu naléhající části plodu do nižších rovin porodního kanálu. V této fázi dochází obvykle ke spontánní ruptuře vaku blan, pokud k němu nedošlo dříve. Zvyšuje se intenzita sakralgií, zánikem branky končí první doba porodní (Roztočil, 2008, s. 114).

Úloha porodní asistentky v první době porodní spočívá ve sledování somatického a psychického stavu rodičky. Pozornost se věnuje dostatečnému zásobení plodu kyslíkem a postupu porodního nálezu. Všechna zjištění se pečlivě zaznamenávají do dokumentace. Porodní asistentka kontroluje kontrakce děložní, hodnotí jejich frekvenci, sílu, délku trvání kontrakce i mezikontrakčního období a plní ordinace lékaře. Hodnotí porodní bolesti a pomáhá rodičce lépe je snášet pomocí nefarmakologických metod tlumení bolesti. (viz. kapitola 1.3.3 Metody tlumení bolesti) Zajistí případnou přítomnost blízké osoby. Porodní asistentka dále monitoruje srdeční ozvy plodu každých patnáct minut. Kardiotokografický záznam, pokud je posouzen jako fyziologický, provádí se obvykle á 2 - 3 hodiny. Vaginálním vyšetřením se zjišťuje progrese nálezu na hrdle děložním a vstupování hlavičky do porodních cest. Při odtoku plodové vody se hodnotí její množství a kvalita. Po odtoku plodové vody se kontrolují ozvy plodu, aby se včas odhalil případný výhřez pupečníku. Pokud nedojde k samovolnému odtoku plodové vody, provádí se obvykle dirupce vaku blan nejčastěji



při nálezu na brance 3-5 cm. Se souhlasem rodičky se při vaginálním vyšetření protrhne vak blan. Následně se kontroluje odtok plodové vody a ozvy plodu tak, aby se zabránilo případné kompresi pupečníku. Po odtoku plodové vody se děložní kontrakce zesilují a I. doba porodní se zkracuje. Porodní asistentka sleduje a zaznamenává do dokumentace fyziologické funkce, všímá si případných obtíží. Dbá, aby rodička měla vyprázdňený močový měchýř. Všímá si psychického stavu rodičky (Slezáková, 2011, s. 170).

V této fázi porodu napomáhá porodní asistentka k zajištění příjemného prostředí a pohodlí rodičky. Dle individuálního přání ženy upraví pokojovou teplotu a osvětlení, popřípadě umožní poslech rodičkou zvolené hudby. Ke zvýšení komfortu rodičky je možné zvlhčovat obličej a rty. Žena si přirozeně volí polohu, která jí napomáhá lépe snášet porodní bolesti. V časných fázích porodu se doporučují vertikální polohy, které dodávají sílu děložním stahům. Pokud žena nepříjemně pociťuje tlak na bederní páteř, může si ulevit polohou v předklonu či vkleče. U žen, které raději zůstávají na lůžku, bývá oblíbená poloha na boku. Střídáním levého a pravého boku se snižuje tlak a napětí svalů. Na přání rodičky je možné podkládat záda a končetiny polštáři. (Leifer, 2004, s. 161)

### *Druhá doba porodní*

V této fázi prostupuje plod měkkými a tvrdými porodními cestami. Rodička má potřebu zapojit břišní lis vlivem tlaku hlavičky na nervové pleteně v oblasti pánevního dna. Koordinací vhodného dýchání spolu se zapojením břišního lisu s děložními kontrakcemi se rodička podílí na další progresi hlavičky směrem k pánevnímu východu. Kontrakce se objevují každé 2-3 minuty a trvají 60-90 sekund o intenzitě 70-80 torrů. Délka trvání druhé doby porodní by neměla přesáhnout jednu hodinu (Roztočil, 2008, s. 114).

Srdeční ozvy plodu se v druhé době porodní monitorují dle potřeby kontinuálně nebo pravidelně po každé kontrakci. Sledují se kontrakce děložní, postup porodu, náplň močového měchýře, fyziologické funkce a celkový stav rodičky. V období, než začne velká část plodu naléhat na pánevní dno, umožní porodní asistentka rodičce polohu, která jí vyhovuje. Důležitá je spolupráce s doprovázející osobou. Na místě je klidný

přístup, vysvětlení kroků, které budou následovat za neustálé podpory ženy. Rodička je vybízena k relaxaci mezi kontrakcemi. Probíhá krátká edukace o vhodném dýchání a správné technice tlačení. V případě, že žena není schopna spontánního vymočení, vyprázdí se naplněný močový měchýř gumovou cévkou. Porodní asistentka si připraví dle zvyklostí pracoviště sterilní stůl s pomůckami potřebnými k porodu. Vlastní průběh porodu probíhá v poloze dle zvyklostí a možností oddělení. (viz. kapitola 1.3.4 Polohy při porodu) Následuje dezinfekce rodidel. Dle potřeby a se souhlasem rodičky se provádí epiziotomie mediální nebo mediolaterální, za účelem ochrany ženy před zbytečně velkým porodním poraněním, případně k urychlení porodu. Neustále se s rodičkou udržuje kontakt. Jakmile se porodí hlavička, aplikují se obvykle intravenózně uterotonika k aktivnímu vedení třetí doby porodní. Tím se urychluje odloučení a vypuzení placenty a vyvoláním kontrakce myometria se sníží krevní ztráta. Po přerušení pupečnicku se dítě ukáže rodičům a předá dětské sestře. Ta před zraky rodičů provede identifikaci, a pokud to zdravotní stav novorozence i matky dovolí, uloží novorozence po jeho ošetření na hrudník matky (Slezáková, 2011, s. 179).

Nepřetržitý kontakt matky a dítěte bezprostředně po porodu, zvaný bonding, má pro nově vzniklou rodinu velký význam. Podněcuje tvorbu zdravých reakcí, navozuje neopakovatelné hormonální změny a při nepřerušném kontaktu „kůže na kůži“ vytváří psychickou i zdravotní stabilitu matky i dítěte. U novorozence pozorujeme vyšší kardiopulsační stabilitu, nenarušenou poporodní adaptaci, snazší nástup laktace a u ženy snížení rizika poporodního krvácení. Podpora raného kontaktu matky (resp. otce či blízké osoby v případě, že se žena nachází v život ohrožující situaci) s dítětem je základem kvalitní porodní péče (Mrowetz, Chrastilová, Antalová, 2011).

### *Třetí doba porodní*

Třetí doba porodní začíná porodem plodu a končí porodem placenty. Ve fázi odlučovací retrahuje děloha, jejíž objem se zmenšuje a od její stěny se odlučuje placenta. Při fázi vypuzovací se za pomoci slabých děložních kontrakcí a ženina břišního lisu porodí placenta spolu s blánami. V poslední fázi hemostatické dochází za přispění retrakce hladkého svalstva myometria a trombózy cév k zástavě krvácení.

K posouzení odloučení placenty slouží známky odloučení placenty. Placenta se odlučuje třemi způsoby (Roztočil, 2008, s. 117). Vždy je nutné zkontrolovat celistvost porozené placenty a blan. Při aktivním vedení třetí doby porodní trvá zhruba 5 – 10 minut. Délka trvání třetí doby porodní by neměla přesáhnout 30 minut, 40 minut v případě, že žena nekrvácí. Následuje revize porodních cest, vyšetření per rectum a ošetření případného porodního poranění. Vše se zaznamená do dokumentace (Slezáková, 2011, s. 183).

#### *Čtvrtá doba porodní*

V průběhu poporodního období, které trvá obvykle dvě hodiny po porodu placenty, dochází k dokončování děložní retrakce. Během této doby je žena nejvíce ohrožena časným poporodním krvácením. Porodní asistentka monitoruje fyziologické funkce zpravidla á 15 min a kontroluje krvácení a stažení dělohy. Žena zůstává ležet na porodním sále a dle možností oddělení se za pomoci dětské sestry přikládá novorozeneck k prsu (Slezáková, 2011, s. 183).

### **1.3.2 Poloha plodu koncem pánevním**

Jedná se o polohu podélnou, kdy část naléhající na pánevní vchod je konec pánevní plodu. Dle držení plodu se rozlišuje úplná poloha koncem pánevním, kdy je držení plodu zachováno. Ostatní polohy se řadí k polohám neúplným. Až do 33. týdne těhotenství zaujímá plod polohu v děloze labilní. Libovolně přechází z polohy hlavičkou přes polohu příčnou do polohy koncem pánevním. Dle doporučených postupů lze se souhlasem ženy mezi 36. – 38. týdnem těhotenství, při splnění podmínek, provést bipolární obrat plodu zevními hmaty. Pokud se neprovede, je nutné stanovit strategii vedení porodu. Úkol lékaře spočívá ve zhodnocení indikací a kontraindikací k vaginálně vedenému porodu koncem pánevním. V případě, že se ze strany matky ani plodu nevyskytují žádné kontraindikace, musí lékař ženu poučit o možnostech vedení porodu, o možných výhodách a především rizicích obou variant. Žena rozhodne, zda porodí spontánně nebo císařským řezem (Roztočil, 2008, s. 285).

### **1.3.3 Doprovázející osoba u porodu**

V lidské kultuře je přítomnost partnera u porodu velmi neobvyklá. Účast partnera u porodu se realizovala teprve v 70. letech minulého století v Spojených státech, v 80. letech minulého století v západoevropských zemích a v 90. letech se partneri začali objevovat i v českých porodnicích (Čepický, Černá, 2006, s. 45). Přítomnost partnera u porodu by měla vycházet ze vzájemné dohody obou nastávajících rodičů. Je-li společný porod oboustranným přání rodičů, poskytuje partner nezastupitelnou oporu rodičce a personálem porodního sálu je vítán. U většiny žen přispívá přítomnost otce ke klidu a rozvaze při řešení stresových situací v průběhu porodu. Napomáhá rovněž ke zvládnutí strachu z neznámého a při úzkostných a panických reakcích, které se mohou během porodu rovněž objevit. Pozitivní efekt přítomnosti partnera u porodu se ještě znásobí, absolvuje-li spolu s těhotnou ženou předporodní přípravu (Chmel, 2005, s. 29). Oporou ženy v průběhu porodu ovšem nemusí být jen partner, ale např. osoba blízká nebo dula. Dula poskytuje rodičce jistý komfort. Kromě psychické podpory může dula pomoci ženě při zvládnutí porodních bolestí použitím masáží, obkladů či aromaterapie. Mezi dula a personálem porodního sálu by však měla dobře fungovat komunikace a vzájemný respekt. (Gregora, Velemínský, 2011, s. 42).

### **1.3.4 Management bolesti v průběhu porodu**

Bolest je nepříjemný a stresující příznak, který lze posoudit jen subjektivně. Nikdo není schopen cítit bolest druhého člověka, empatický přístup ošetrovatelské péče však překonávání bolesti usnadňuje. Porodní bolest se od ostatních druhů bolesti liší faktem, že je součástí fyziologického tělesného procesu a po narození dítěte mizí. Existuje celá řada faktorů, které mají vliv na vnímání porodních bolestí. Každá žena má jiný práh bolesti, který zůstává neměnný a různou tolerancí bolesti, která se může lišit. Dalším faktorem, který ovlivňuje vnímání bolesti je zdravotní stav těhotné ženy. Patří

sem připravenost děložního hrdla, velikost a tvar pánve, intenzita porodu a vyčerpání rodičky. Mezi další determinanty bolesti patří psychické rozpoložení rodičky, její informovanost, psychosociální faktor osobnosti a psychická připravenost k porodu (Leifer, 2004, s. 172). Bolest může negativně zasáhnout do porodního děje. Iniciuje začarovaný kruh Dicka Reada bolest-napětí-strach. Cílem moderního porodnictví je snižování bolestivosti porodu a vytváření optimálních podmínek pro narození dítěte (Roztočil, 2008, s. 117). Metoda analgesie nesmí ovlivnit zdraví matky ani dítěte a nesmí zasáhnout do činnosti dělohy. Rozlišujeme metody nefarmakologické a farmakologické (Čech, 2006, s. 143). Na rozhodnutí ženy závisí, kterou z metod tišení bolesti zvolí.

*Nefarmakologické metody* tlumení bolesti si žena volí sama dle vlastních potřeb za pomoci partnera nebo porodní asistentky. Nesporná výhoda těchto způsobů tišení bolesti spočívá v tom, že nemají žádné nežádoucí účinky a nemají vliv na tempo porodu (Leifer, 2004, s. 180). K nelékovým metodám tlumení bolesti patří informovanost rodičky, dechové techniky, relaxace a vizualizace, masáže - dotek - akupresura, obklady, hydroanalgezie, aromaterapie, muzikoterapie, poloha - pohyb a v neposlední řadě vliv prostředí s příjemnou atmosférou.

Relaxace znamená pocit uvolnění, ochabnutí a prokrvení svalů. Během relaxace dochází k obnově sil a k vyplavení žádoucích hormonů v těle (oxytocinu, endorfinu, prolaktinu). K navození pocitu uvolnění přispívá příjemné prostředí, pocit bezpečí a především pozitivní přátelská atmosféra. Vhodná doba k relaxaci je mezi kontrakcemi. Relaxaci můžeme doplnit o muzikoterapii nebo aromaterapii. Stimulaci kůže a svalů prostřednictvím dlaní, prstů, míčku, masážního strojku nebo válečku lze provádět tzv. efreláží, hloubkovým dotekem, hloubkovým tlakem či hnětením. K masáži lze využít oleje. S využitím hydroanalgezie ve sprše či vaně se dá též dosáhnout žadoucího uvolnění. K mentální stimulaci rodičky lze doporučit vizualizace a dechové techniky. Tyto metody se zakládají na odvedení pozornosti rodičky od bolesti. Při vizualizaci si může žena představovat např. příjemné místo nebo může myslet na miminko. Otevírání děložní branky během kontrakcí se dá připodobnit k rozvíjejícímu se poupěti nebo k brance, která se otevírá nenarozenému dítěti. Dechové techniky napomáhají kromě

odvedení pozornosti od bolesti navíc k uvolnění a k dostatečnému prokrvení svalů. Dodávají ženě pocit spoluúčasti, navozují hlubší stav vědomí a zklidňují mysl. Dle potřeby může žena zaujímat celou řadu úlevových poloh. Jen na ženě záleží, s jakou metodou se nejvíce ztotožní (Balaskas, 2010; Čermáková, 2010; Yates, 2009).

*Farmakologické metody* využívají medikamentózní účinek analgetik, který ovšem může mít nežádoucí vliv na průběh porodu nebo na plod. Dává se přednost aplikaci i.v. v nižších dávkách ve spolupráci s anesteziologem před aplikací i.m. V průběhu aplikace je nutné sledovat vitální funkce. K nejúčinnějším metodám v ovlivnění bolesti za porodu patří epidurální analgezie, při níž dochází k přechodnému přerušení nervových vzruchů podáním anestetika do prostoru v oblasti lumbální páteře. Indikaci k podání včetně vhodného načasování závisí na konzultaci mezi porodníkem a anesteziologem, s přihlédnutím k přání rodičky. Porod s epidurální analgezií umožňuje rodičce volný pohyb. Nezabývá ji bolesti zcela, rodička tak lépe reaguje na nutkavou potřebu tláčit a ve druhé době porodní více spolupracuje (Čech, 2006, s. 146).

### **1.3.5 Alternativní polohy rodičky při porodu**

Studie tzv. přírodních národů nedotčených vlivy civilizace prokázaly, že cca 85 % těchto žen rodí ve vertikální poloze. Jedná se o polohy vestoje, v kleče, v dřepu a vsedě. Proti poloze horizontální na zádech je namítáno, že se jedná o polohu nepřirozenou, která nevyužívá vlivu gravitace jako porodních sil. Plod je vypuzován směrem vzhůru, což vede k prodlužování druhé doby porodní a současně k většímu vyčerpání rodičky. S přihlédnutím k vyššímu riziku vzniku rozsáhlejších poranění ve vertikální poloze se jeví výhoda jako sporná. Jistým kompromisem je poloha v polosedě, která částečně využívá vlivu gravitace a zároveň umožňuje přístup k rodičce při vyšetřování a léčebných zákrocích (Roztočil, 2008, s. 155).

Pokud si žena přeje rodit v jiné než horizontální poloze, zohlední jistě tento fakt již při volbě porodnice. V některých porodnicích nabízí možnost rodit v poloze v kleku,

ve dřepu, ve stoje se zavěšením, na porodnické stoličce nebo ve vodě (Mikulandová, 2007, s. 100).

### **1.3.6 Ambulantní porod**

Od ledna 2014 se nabízí ženám možnost opustit zdravotnické zařízení dříve než po uplynutí doporučených 72 hodin od porodu. Ministerstvo zdravotnictví vypracovalo metodický návod následné péče v případě předčasného odchodu z porodnice. Žena se musí následující den po propuštění dostavit na ambulantní kontrolu na neontologické oddělení nebo k obvodnímu pediatrovi. V případě pochybností o zdravotním stavu novorozence bude následovat opětovná hospitalizace. (MZ ČR, 2013)

## **2 Cíl práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

- 1) Zjistit, jaká rozhodnutí pokládají těhotné ženy za nejdůležitější v průběhu těhotenství a kolem porodu.
- 2) Jaké faktory ovlivňují těhotné ženy při jejich rozhodování.

### **2.2 Výzkumné otázky**

- 1) Jaká zásadní rozhodnutí pokládají těhotné ženy za nejdůležitější v průběhu těhotenství a kolem porodu?
- 2) Jaké faktory ovlivňují těhotné ženy při rozhodování v otázkách týkajících se těhotenství a porodu?



## **3 Metodika**

### **3.1 Použité výzkumné metody**

Praktická část bakalářské práce si klade za cíl zjistit, která rozhodnutí v otázkách týkajících se těhotenství a porodu pokládají těhotné ženy za klíčová a jaké faktory těhotné ženy při jejich rozhodování ovlivňují. K danému tématu byl zvolen kvalitativní výzkum, jehož cílem je především získání komplexních detailů o dané problematice (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007). Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí případové studie, která se zaměřuje na několik málo případů. Tato metoda se podobá mikroskopu: její hodnota závisí na tom, jak dobře je zaostřena. Předpokládá se, že díky důkladnějšímu prozkoumání jednoho případu, porozumíme případům podobným (Hendl, 2012).

Data byla získávána prostřednictvím metody hloubkových rozhovorů polostrukturovaného typu v období únor až březen 2014. Respondentkám byly pokládány předem připravené otevřené otázky, které byly dle potřeby doplňovány dalšími podotázkami. Rozhovory probíhaly anonymně, se souhlasem vedení nemocnice, primáře a vrchní sestry oddělení i samotných respondentek. Dotazované ženy byly o průběhu a účelu rozhovoru předem informovány. Rozhovory byly písemně zaznamenány. Jeden rozhovor probíhal v délce trvání v rozpětí půl až jedné hodiny. Při výzkumném šetření zastával výzkumník roli „domorodce“ (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007).

### **3.2 Analýza získaných údajů**

Záznamy všech rozhovorů byly nejprve formou komentované transkripce převedeny do počítačové formy. Přepisem vznikl shrnující protokol, který byl dále podroben obsahové analýze. Každé z respondentek bylo přiděleno číslo. Následně byly jednotlivé řádky očíslovány pro přehlednější odkazování v textu. Materiál byl podroben

kódování metodou „papír a tužka“ (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007). Jedním z cílů obsahové analýzy bylo popsat klíčové rozcestníky ženy v období těhotenství a během porodu. Formou indukce byly vytvořeny hlavní kategorie – Autonomie v těhotenství a v průběhu porodu s dalšími podkategoriemi. Druhá výzkumná otázka si klade za cíl identifikovat determinanty ovlivňující těhotné ženy při jejich rozhodování. Rozborem získaných údajů byla vytvořena druhá kategorie – Determinanty rozhodování. Vytváření logických řetězců ve smyslu autonomie dalo vzniknout třetí kategorii – Potřeba autonomie. Pro přehlednost byla vytvořená členění zaznamenána do schémat.

### 3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem sedm respondentek. Základním kritériem výběru byl stav po spontánním porodu. Rozhovory byly realizovány do teoretického nasycení výzkumných otázek. Pro snadnější orientaci jsou všechny dotazované ženy uvedeny v tabulce s popisem věku a počtu gravidity a parity. Viz. Tabulka 1.

Tabulka 1 Základní identifikační údaje dotazovaných žen

	věk	gravidita	parita
R 1	38	II.	II.
R 2	33	I.	I.
R 3	32	II.	II.
R 4	23	I.	I.
R 5	35	III.	II.
R 6	38	III.	III.
R 7	21	I.	I.

Tabulka uvádí věkové rozpětí rodiček od 21 do 38 let, dále pak jejich graviditu a paritu.

### **3.4 Charakteristika prostředí výzkumu**

Výzkumné šetření bylo realizováno u žen po porodu na oddělení šestinedělí. Oddělení disponuje celkem patnácti lůžky (sedmi dvoulůžkovými a jedním jednolůžkovým pokojem). S celkovým počtem cca pětiset porodů ročně se řadí spíše k menším porodnicím. Dle dispozičních možností, vybavení a personálního obsazení patří ke spádovým porodnicím zajišťující I. stupeň – základní péče o rodící ženy od 36. týdne těhotenství. Rozhovorům byla věnována příprava a především vhodné načasování tak, aby nijak nenarušovaly harmonogram činností personálu ani dotazovaných žen.

## 4 Výsledky

### 4.1 Kategorie – Autonomie v těhotenství

Schéma 1 – Autonomie v těhotenství

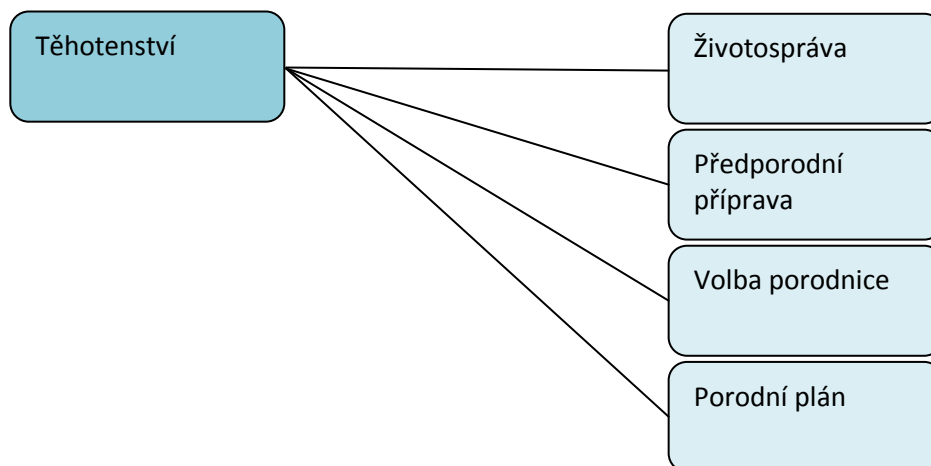


Schéma 1 zobrazuje podkategorie týkající se autonomie v těhotenství.

#### 4.1.1 Podkategorie – Životospráva

Podkategorie životospráva vypovídá o individuální potřebě ženy rozhodnout o svém životním stylu v těhotenství. Žena může více či méně upravit jídelníček, denní režim či trávení volného času. V otázce životosprávy se R 1, 2 a 6 ve svých odpovědích shodly, že se snažily stravovat zdravě. R 3/60 připustila, že svůj jídelníček v druhém těhotenství nijak zvlášť neupravila: „*Dala jsem si třeba večer sklenku bílého*“. R4/106 pokládala zdravý životní styl v těhotenství za důležitý: „*Dávala jsem si pozor na to, abych netahala nic těžkého*.“ R 5/151 po nepříjemné zkušenosti z prvního těhotenství, kdy byly při ultrazvukovém vyšetření v druhém trimestru zjištěny četné vývojové vady plodu, vypovídá: „*Do dalších těhotenství jsem vstupovala se strachem, který mě*

*provázel až do cca 20. týdne těhotenství. Dávala jsem si velký pozor na zdravý životní styl. Abych třeba nepřišla do styku s chemikáliemi.“ R 7/214 se k životosprávě v těhotenství vyjadřuje následovně: „Snažila jsem se stravovat zdravě. Musela jsem skončit v práci. Měla jsem namáhavé zaměstnání. A taky jsem zredukovala kouření“*

#### **4.1.2 Podkategorie – Předporodní příprava**

Tato podkategorie se věnuje přípravám těhotných žen prostřednictvím předporodních kurzů. R 1/31 připouští, že by se na příští porod připravila lépe: *„Měla jsem problém prodýchat poslední kontrakce.“* R 2/46 se na porod nijak zvlášť nepřipravovala. R 3/69 navštěvovala předporodní kurzy pořádané porodnicí v prvním těhotenství. R 4/111 kurzy nenavštěvovala: *„Zdály se mi drahé, 1000 korun za šest lekcí. To raději koupím nějaké věci na miminko.“* R 5 má jako porodní asistentka informací o průběhu porodu dostatek, předporodní kurzy tudíž nenavštěvovala. R 2, 6 a 7 shodně vypověděly, že kurzy nenavštěvovaly, ať už z důvodu finanční nebo časové tísně.

#### **4.1.3 Podkategorie – Porodní plán**

Porodní plán slouží, co by nástroj k sebeurčení. R 1/13 stavěla na svých zkušenostech z porodu, který proběhl před devatenácti lety. Velmi ji překvapilo, když si přečetla porodní plán, který dostala v nemocnici při pravidelném natáčení CTG záznamu: *„Myslela jsem si, že to bude probíhat stejně. Byla jsem překvapená, když jsem si přečetla, jaké jsou možnosti. Že si člověk může vybrat.“* Na otázku týkající se porodního plánu R 2/45 odpověděla: *„Porodní plán jsem dostala v porodnici, kam jsem chodila na CTG.“* R 3/78 dostala porodní plán stejným způsobem a k možnostem volby dodává: *„Porodní plán jsem vyplnila, ale moc jsem tomu nerozuměla. Víceméně jsem zaškrtnula, že vše ponechávám na personálu.“* R 6/195 byla v grav. hebd. 39+2

hospitalizována pro suspektní CTG záznam. Na otázku týkající se porodního plánu odpověděla: „*Plán jsem sice dostala, ale nestihla jsem ho vyplnit. Praskla mi voda a já porodila.*“ R 7/229 vypovídá, že porodní plán obdržela při pravidelném natáčení CTG záznamu v nemocnici: „*Nevyplnila jsem ho, spíš jsem si řekla, že personál by měl rozhodnout za mě.*“

#### **4.1.4 Podkategorie – Volba porodnice**

R 1/8 měla o volbě porodnice jasno: „*Prostě je tady a je nejbliž. Ani jsem neuvažovala, že bych rodila někde jinde.*“ R 2/40 se v otázce volby porodnice dlouho nerozmýšlela: „*Tahle porodnice je v místě bydliště a kamarádky byly spokojené.*“ I R 3/70 udává místní dostupnost jako zásadní faktor při volbě porodnice: „*Rozhodla jsem se pro porodnici v blízkosti bydliště.*“ R 4/114 vybírala porodnici na doporučení kamarádek: „*Porodnici jsem zvolila na doporučení spokojených kamarádek.*“ R 5/159 je porodní asistentka, která zná místní porodnici z druhého břehu a ke své volbě dodává: „*Měla jsem tu dobrou zkušenost ze svého prvního porodu.*“ R 6/189 při volbě porodnice ovlivnila vlastní zkušenost: „*Už jsem tu dvakrát rodila a pokaždé jsem byla spokojená.*“ R 7/224 při volbě porodnice rozhodovala na základě dostupnosti: „*Klíčová pro mě byla vzdálenost od bydliště, kvůli matrice.*“

## 4.2 Kategorie – Autonomie v průběhu porodu

Schéma 2 – Autonomie v průběhu porodu

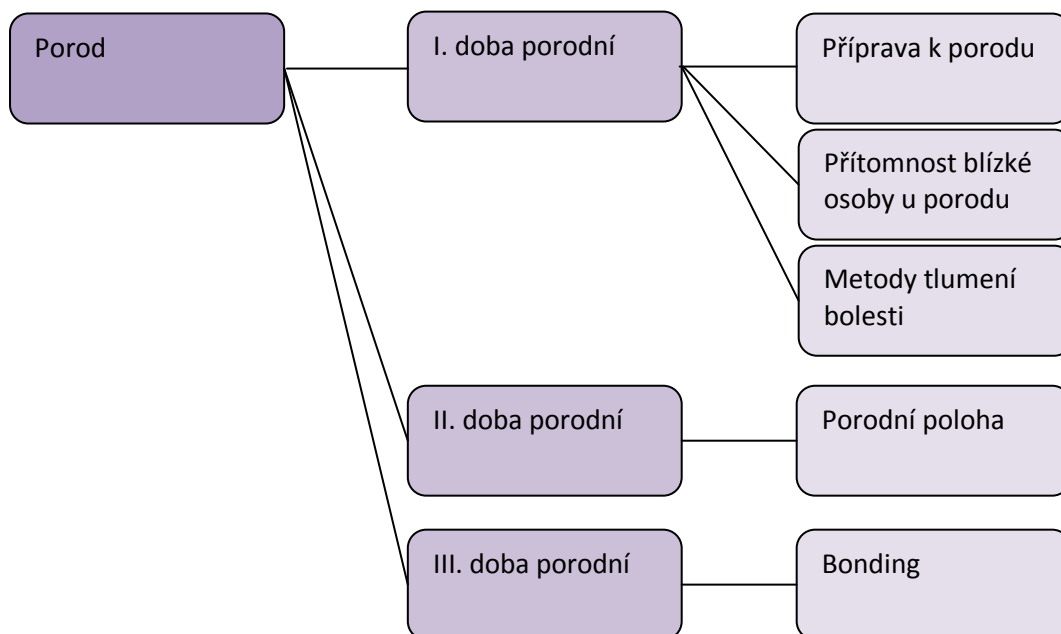


Schéma 2 zobrazuje podkategorie týkající se autonomie v průběhu porodu.

### 4.2.1 Podkategorie – Příprava k porodu

Tato podkategorie se zabývá bezprostřední předporodní přípravou. Ať už tělesnou, která spočívá v podání klyzmatu, oholení aj. nebo přípravou psychickou. R 2/46 se na porod nijak zvlášť nepřipravovala: „*Koupila jsem si yal, ale nestihla jsem ho použít.*“ Při příjmu na porodní sál se R 3/89 dotazovala na možnost klystýru. Pociťovala zábrany, kvůli možnému nežádoucímu odchodu stolice v průběhu porodu. Obávala se, že se doma dostatečně nevyprázdnila: „*Asistentky mi řekly, že to jsou známky počínajícího porod, a že nemusím mít strach, že je to přirozené.*“ R 4/121 se na

porod bezprostředně nepřipravovala: „Žádnou konkrétní vizi jsem neměla, tak nedokážu zhodnotit, jaká bych mohla mít přání. Oholená jsem byla. Slyšela jsem, že se někde dává klystýr, ale neznala jsem podrobnosti. Prostě jsem to nechala plynout dle situace.“ R 5/167 porodnici zná coby porodní asistentka, která zde před nástupem na mateřskou dovolenou pracovala: „Na porod jsem se nepřipravovala. Víím, jak to tu chodí.“ R 7/230 v rozhovoru zmínila, že s ohledem k první zkušenosti s porodem nevěděla, co očekávat. Nechávala tomu tedy volný průběh: „Koupila jsem si sice yal, ale ani na něj nedošlo.“

#### **4.2.2 Podkategorie – Přítomnost blízké osoby u porodu**

V této podkategorii je identifikováno rozhodnutí těhotné ženy o doprovázející osobě u porodu. R 1/21 na otázku přítomnosti blízké osoby u porodu odpověděla: „Jediné, co jsem si přála, tak aby tam byl partner se mnou.“ R 2/48 vypověděla téměř shodně: „Důležitá pro mě byla přítomnost partnera, jinak jsem žádné zvláštní přání neměla.“ Shoduje se i odpověď R 3/83: „Vše jsem nechávala na personálu, důležitá pro mě byla přítomnost partnera.“ Přítomnost partnera byla pro R 4/123 jediným přáním: „To pro mě bylo nejdůležitější. Byl mi oporou a oba jsme se na tom shodli, že bude u toho.“ R 6/199 měla dvě klíčová přání: „Prioritou pro mě byla přítomnost partnera a volnost pohybu. Jiná přání jsem neměla.“ Partner R 7/232 o přítomnosti u porodu váhal: „Jinou variantu jsem neměla. Nakonec jsem to zvládla sama.“

#### **4.2.3 Podkategorie – Metody tlumení bolesti**

Podkategorie Metody tlumení bolesti mapuje, které metody volily těhotné ženy k tišení porodních bolesti nejčastěji. R 2/47 si přála k tišení porodních bolestí využití nefarmakologických metod: „Přála jsem si volnost pohybu, vanu, masáž.“ R 3/85 volila rovněž z nefarmakologických metod zmírňujících vnímání kontrakcí: „Přála jsem si



*sprchu, míč a dýchání. Věděla jsem, že nesmím zadržovat dech, že musím dýchat pravidelně, musela jsem dýchat zhluboka (pejsek nebo mašinka mi nevyhovovaly). Dále jsem si přála volnost pohybu. Z předchozího porodu jsem si pamatovala, že mi bylo nepříjemné sezení a ležení.“* Primipara R 4/126 si předem nedokázala představit průběh porodu, ponechávala tomu volný průběh: *„Potřebovala jsem najít sama cestu, dalo se to vydržet.“* Porodní asistentka R 5/165 si kromě nefarmakologických metod (vana, masáže, volný pohyb, atmosféra) přála i farmakologické tlumení porodních bolestí. Konkrétně i.v. analgesii, která se podává ve spolupráci s ARO. R6/200 na otázku týkající se porodních bolestí odpověděla: *„Potřebovala jsem chodit nebo stát. Jen tak byly bolesti snesitelnější.“* R 7/236 zpětně vypovídá: *„Bolesti se daly zvládnout. Vyhovovala mi poloha vleže.“*

#### **4.2.4 Podkategorie – Porodní poloha**

V otázce týkající se porodní polohy se odpovědi respondentek příliš neliší. Dotazované ženy jednotně vypověděly, že horizontální polohu přijaly se samozřejmostí. R 5/168 se k otázce porodní polohy vyjádřila následovně: *„O alternativní poloze při porodu jsem neuvažovala.“* R 6/201 porodní polohu akceptovala: *„Jiná možnost mě ani nenapadla.“* R 7/237 se na téma porodní polohy vyjádřila následovně: *„Poloha vleže mi vyhovovala.“* R 1, 2 a 3 horizontální polohu přijaly jako fakt.

#### **4.2.5 Podkategorie – Bonding**

Podkategorie Bonding se věnuje rozhodnutí ženy mít miminko po porodu na svém těle „kůži na kůži“. Většina dotazovaných žen o takové možnosti sice předem nevěděla, ale když došlo na rozhodnutí bezprostředně po porodu, volily všechny dotazované nepřetržitý kontakt s miminkem. R 3/94 si přála mít miminko po porodu pořád u sebe: *„Po porodu jsem malého dostala k sobě a celé ty dvě hodiny na mě ležel.“* R 4/141 se

k otázce raného kontaktu matky a novorozence vyjádřila: „*O bondingu jsem nevěděla, ale bylo to fajn, mít po porodu broučka hned celou dobu na sobě.*“ R 1, 2, 5, 6 a 7 se ve svých výpovědích shodují, že možnost, mít miminko po porodu na sobě, uvítaly.

### 4.3 Kategorie – Determinanty rozhodování

Schéma 3 – Determinanty rozhodování

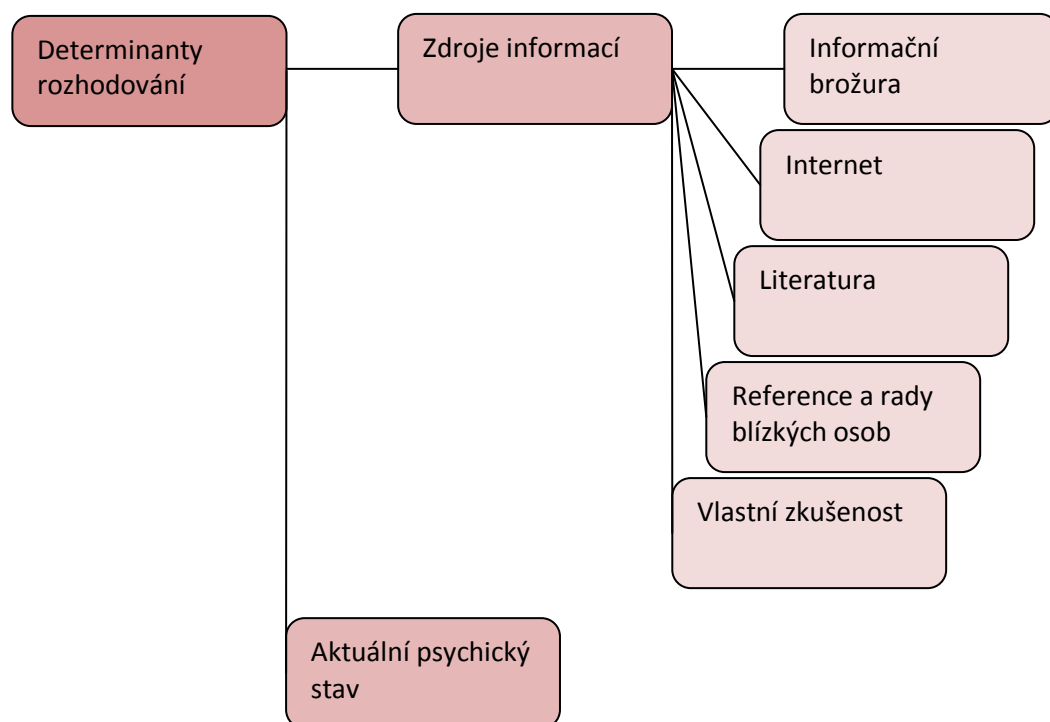


Schéma 3 znázorňuje faktory mající vliv na rozhodování ženy v těhotenství a zejména během porodu.

#### 4.3.1 Podkategorie – Zdroje informací

Schopnost učinit rozhodnutí je podmíněno mj. dostatečným množstvím kvalitních informací k dané problematice. R 1/6 čerpala informace převážně z předchozího těhotenství a porodu, ponejvíce však z internetu. Zdrojem informací R 2/38 se stal též internet, literatura, zkušené matky. R 3/65 se k otázce shromažďování informací k otázkám týkajících se těhotenství vyjádřila následovně: *„Informace jsem měla načerpané z prvního těhotenství a porodu. Pročítala jsem si tři roky staré časopisy. Dále z internetu. Myslím, že se to jmenovalo Klub maminek. Byl tam rozepsaný týden po týdnu a po zaregistrování mi pravidelně chodily e-maily. Na kurzy jsem chodila v prvním těhotenství.“* R 4/112 sbírala informace též z více zdrojů: *„Částečně z internetu, od rodičů – takové ty babské rady, odborné dotazy jsem řešila s lékařem. Kurzy se mi zdály drahé. Informace k porodu jsem čerpala od kamarádek a pak z pořadu České televize Čtyři v tom.“* Porodní asistentka R 5/155 nasbírala informace týkající se těhotenství a porodu ve škole, z literatury a z osmileté praxe. K tomuto tématu dodává: *„Jen ne z internetu.“* R 6/190 čerpala informace z předchozího těhotenství a porodu: *„Hlavně z internetu a z diskuzí. Dříve internet nebyl.“* R 7/221 obdržela v prenatalní poradně informační brožurku o těhotenství a porodu: *„Bylo tam vše rozepsané týden po týdnu, vývoj, životospráva, postupy při porodu, tišení bolestí. Nejvíce informací jsem si zjišťovala od kamarádek, které už mají po porodu. Na internetu je hodně rizik, tak jsem to raději nečetla.“*

#### 4.3.2 Podkategorie – Aktuální psychický stav

Na rozhodování se do určité míry podílí i aktuální psychický stav, který se během porodu individuálně vyvíjí. Na otázku, jak průběh porodu ve smyslu autonomie vnímala, R 1/26 odpověděla: *„Cítila jsem se dobře. Neměla jsem potřebu o něčem rozhodovat. Oni nejlépe vědí, co mají dělat.“* R 2/53 se k pocitům v průběhu porodu vyjadřuje: *„Probíhalo to velmi rychle. Asistentky i doktor se mě na všechno ptali.“*

*Neměla jsem pocit, že jsem mimo.“ R 3/99 dle vlastních slov: „ Cítila jsem se bezpečně. Byla jsem ráda, že za mě rozhodoval personál. Ani jsem nestála o to si sama rozhodovat. Svěřila jsem se do jejich rukou a pomozte mi.“ R 4/134 pocity v průběhu porodu popisuje následovně: „Porod mi připadal jako sen, pocity se střídaly. Mezi kontrakcemi jsem si říkala – to dáš. Při kontrakcích jsem si myslela, že umřu. Byla jsem mimo, chvilčkama jsem se ztrácela. Partner mě držel nohama na zemi.“ R 5/177 se cítila paralyzována bolestí: „Nedovolovala mi reálně uvažovat. Nebyla jsem nohama na zemi.“ R 6/210 měla pocit, že přání jsou jí plněna: „Ostatní jsem ponechávala na rozhodnutí personálu. Ten nejlépe ví, co je potřeba.“ R 7/244 své rozpoložení během porodu vnímá takto: „Byla jsem ráda, že mi asistentky pomáhaly a říkaly, co mám dělat.“*

#### 4.4 Kategorie – Postoj k autonomii

Schéma 4 – Postoj k autonomii

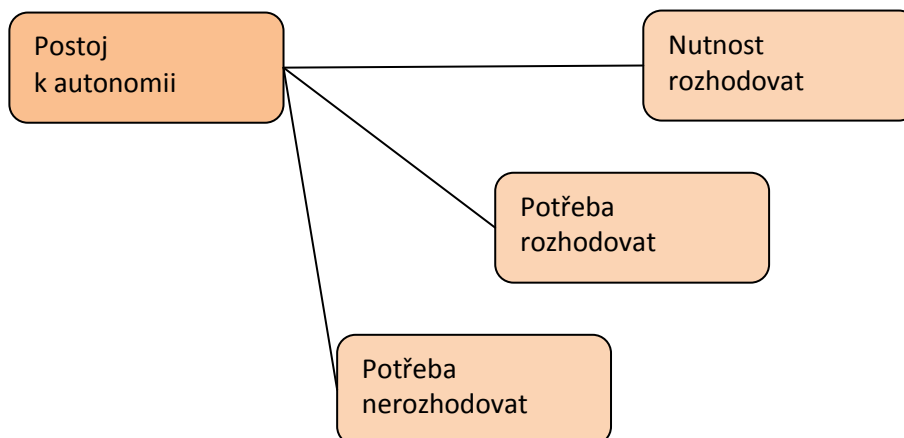


Schéma 4 vykresluje postoje těhotných žen k autonomii v těhotenství a v průběhu porodu.

#### 4.4.1 Podkategorie – Nutnost rozhodovat

Dotazované ženy zařazené do této kategorie se napříč těhotenstvím nebo porodem dostaly do situace, kdy se nutně musely rozhodnout. R 5 byly v prvním těhotenství při ultrazvukovém vyšetření prováděném ve druhém trimestru těhotenství zjištěny četné vývojové vady plodu. Zcela chyběly holenní a lýtkové kosti dolních končetin, uši byly nízko posazené atd. R 5/144 se k tomu vyjadřuje: „*Musela jsem se rozhodnout, jestli přerušit nebo donosit.*“ Své rozhodování popsala jako obtížné a bolestné. „*V pátek jsem se rozhodla pro přerušeni a následně během víkendu to odumřelo.*“ V grav. hebd. 24+2 byl indukován potrat. R 6/180 byla zařazena z důvodu pozitivní rodinné anamnézy do skupiny těhotných žen s vyšším rizikem výskytu vrozených vývojových vad plodu. Genetikem byl doporučen odběr a vyšetření plodové vody. Své rozhodnutí, zda vyšetření podstoupit či nikoliv, vylicila jako náročné a nepříjemné. R 6/183 se k němu vyjadřuje slovy: „*Nakonec jsem souhlasila, chtěla jsem mít do konce těhotenství jasno. Nechtěla jsem čekat až do porodu a trnout.*“ Ostatní respondentky se během těhotenství a v průběhu porodu nedostaly do situace, kdy by musely nutně rozhodovat o dění týkající se těhotenství nebo porodu.

#### 4.4.2 Podkategorie – Potřeba rozhodovat

V podkategorii Potřeba rozhodovat se odráží přání rodiček týkající se především průběhu porodu. R 1/21 prohlásila: „*Jediné, co jsem si přála, tak aby tam byl partner se mnou.*“ Téměř totožná je i výpověď R 2/47: „*Důležitá pro mě byla přítomnost partnera, jinak jsem žádné zvláštní přání neměla.*“ Dále R 2/46 dodává: „*Přála jsem si volnost pohybu, vanu, masáž.*“ R 3/83 na otázku, týkající se klíčových rozhodnutí v těhotenství nebo při porodním ději, shodně odpovídá: „*Důležitá pro mě byla přítomnost partnera.*“ R 3/84 se dále k potřebě rozhodovat vyjadřuje: „*K tišení bolesti jsem si přála sprchu, míč a dýchání.*“ Na základě zkušenosti s prvním porodem již R 3 věděla, jaké dechové techniky jí vyhovují a která úlevová poloha pomáhá snášet

kontrakce lépe: „Přála jsem si volnost pohybu, z předchozího porodu jsem si pamatovala, že mi bylo nepříjemné sezení a ležení.“ R 4/122 zdůrazňuje jako nejdůležitější přítomnost partnera u porodu: „Byl mi oporou a oba jsme se na tom předem shodli, že bude u toho.“ R 5/165 kromě nefarmakologických metod tišení bolesti žádala i farmakologické tlumení porodních bolestí: „Ty bolesti si člověk předem nepředstaví a do dalšího porodu je zapomene. Přála jsem si i.v. analgesii.“ R 6/197 se k otázce týkající se potřeby rozhodovat o dění během porodu vyjádřila následovně: „Prioritou pro mě byla přítomnost partnera u porodu a volnost pohybu. Jiná přání jsem neměla. Potřebovala jsem chodit nebo stát. Jen tak byly bolesti snesitelnější.“ R 7/231 si přála volný průběh: „Jediné, čeho jsem se obávala, byly komplikace. Bála jsem se, abych nemusela rodit císařským řezem. To jediné jsem nechtěla.“

#### **4.4.3 Podkategorie – Potřeba nerozhodovat**

Tato podkategorie mapuje situace, při kterých těhotné ženy neprojevily potřebu se rozhodovat. R 1/3 průběh těhotenství vystihuje slovy: „Jak to přišlo, tak to šlo. Neměla jsem žádné problémy a nemusela jsem o ničem rozhodovat.“ R 2/35 se připojuje: „Těhotenství jsem brala úplně přirozeně, nemusela jsem řešit žádné rozhodující momenty.“ R 7/213 má podobnou zkušenost: „V těhotenství jsem nemusela nic řešit.“ K průběhu porodu v otázce potřeby rozhodování dotazované ženy odpovídaly: R 1/19 „Dostala jsem porodní plán na pásech. Byla jsem překvapená možnostmi, ale přesto jsem na ničem nelpěla. Ponechávala jsem to na vývoji situace a na posouzení personálem.“ A dále dodává: „V průběhu porodu jsem se cítila dobře. Neměla jsem potřebu o něčem rozhodovat. Oni sami nejlépe vědí, co mají dělat.“ R 3/77 se v otázce volby vyjadřuje: „Porodní plán jsem sice vyplnila, ale víceméně jsem zaškrtnula, že vše ponechávám na personálu.“ Na otázku, zda měla potřebu v průběhu porodu o něčem rozhodovat, R 3/96 odpověděla: „Byla jsem ráda, že za mě rozhodoval personál. Ani jsem nestála o to si sama rozhodovat. Svěřila jsem se do jejich rukou a pomozte mi.“ R 4/136 svou potřebu rozhodovat shrnula větami: „Neměla jsem potřebu o něčem

*rozhodovat. Ono je těžké, o něčem rozhodovat, když nevím, do čeho jdu.“ R 6/205 k rozhodování v průběhu porodu dodává: „Měla jsem pocit, že přání jsou mi plněna. Ostatní jsem ponechávala na rozhodnutí personálu. Ten nejlépe ví, co je potřeba.“ R 7/227 byla před porodem toho názoru, že personál by měl rozhodovat za ni. R 7/239 svůj porod rekapituluje slovy: „Byla jsem ráda, že mi asistentky pomáhaly a říkaly, co mám dělat.“*

## 5 Diskuze

Téma autonomie ženy v těhotenství a průběhu porodu bylo v uplynulém roce předmětem mnoha politických diskuzí. Autonomii těhotné ženy na jedné straně vymezují možnosti volby a na straně druhé individuální potřeba každé ženy rozhodovat v otázkách týkajících se těhotenství a porodu. V rovině typologie se jedná o dva protipóly.

Bakalářská práce si kladla za cíl zjistit, která rozhodnutí v otázkách týkajících se těhotenství a porodu pokládají těhotné ženy za klíčová. Výzkum se zaměřil na situace, ve kterých si přejí mít budoucí matky rozhodující slovo. Druhá výzkumná otázka bakalářské práce definuje faktory, které těhotnou ženu při jejích rozhodnutí ovlivňují.

Výzkum byl realizován metodou kvalitativního šetření formou hloubkových rozhovorů s předpokladem získání detailních údajů o dané problematice. Dalším argumentem pro zvolení kvalitativní metody bylo očekávání, že k získávání individuálních informací bude potřeba i individuálního dotazování. Hloubkových rozhovorů se zúčastnilo celkem sedm žen po spontánním porodu. Výzkum probíhal na oddělení šestinedělní gynekologicko-porodnického oddělení poskytující těhotným ženám péči I. stupně.

Údaje získané z rozhovorů byly po zpracování kódovány a podrobeny obsahové analýze metodou „papír a tužka“. Vyhodnocením vznikla kategorizace výsledků ve třech rovinách. V první a druhé kategorii byla rozčleněna data týkající se otázek těhotenství a porodu chronologicky. Z výzkumného šetření tak vyplynula jednotlivá přání těhotných žen v daném období. Třetí kategorie se věnuje otázce faktorů, které ženu při rozhodování v otázkách týkajících se těhotenství a dění kolem porodu ovlivňují. Čtvrtá kategorie interpretuje výsledky výzkumu ve smyslu postoje ženy k samotnému rozhodování. Porovnáním odpovědí dotazovaných těhotných žen, zařazených do této kategorie, nelze nepoložit otázku: „Chtějí dotazované ženy rozhodovat?“

Jedna z možných dilemat, které potká snad každou ženu v průběhu těhotenství, se týká *místa porodu*. Chmel ve své knize *Otázky a odpovědi o porodu* vydané v roce 2005



v otázce týkající se volby porodnice pokládá místní dostupnost za výhodu. S tímto tvrzením se shodují i odpovědi dotazovaných žen. Jako klíč k výběru uváděly svorně právě vzdálenost od místa bydliště. Dalším vodítkem volby porodnice byla vlastní dobrá zkušenost či reference blízkých. *Porodní plán* slouží v porodním ději coby nástroj k vyslovení přání. Pro malý vzorek respondentek není možné výsledek výzkumu zobecňovat. V případě dotazovaných žen nelze hovořit o volbě, porodní plán dostávaly v porodnici, kam docházely na pravidelné natáčení CTG záznamů. Z rozhovorů vyplynulo, že plán žena sice vyplnila, ale ve většině případů zaškrtnula možnost ponechání rozhodnutí na personálu. Za výhodné pokládám, pokud těhotná žena před porodem osobně vybranou porodnici navštíví a svou představu konzultuje s porodní asistentkou. Aktivně si tak zjišťuje reálné možnosti dané porodnice. Pasivní vyplnění porodního plánu o autonomii těhotné ženy nesvědčí. Jedno z přání, na kterém se většina dotazovaných žen shodla, je *přítomnost blízké osoby u porodu*. Roztočil (2008) zmiňuje, že přítomnost blízké osoby u porodu může mít navozením pocitu bezpečí a přetnutím tak bludného Readova kruhu příznivý vliv. Pozitivní vliv doprovázející osoby však nebyl prokázán a záleží především na rozhodnutí rodičky, zda přítomnost blízké osoby pokládá či nepokládá za přínosnou. V otázce doprovázející osoby zaznívaly výrazy jako: „*priorita, nejdůležitější, jediné přání*“. Individuální přístup a podpora přítomnosti blízké osoby zaznívá z iniciativ, jakými je např. přirozený porod v porodnici nebo mezinárodní projekt deset kroků k optimální porodní péči.

Fyziologický průběh porodu je podmíněn celou řadou faktorů. Jedním z nich je pravidelná a efektivní děložní činnost, která si s sebou nese bolestivé vnímání kontrakcí v různé intenzitě. Dotazované ženy z nefarmakologických *metod tlumení bolesti* nejčastěji zmiňovaly hydroanalgesii, úlevovou polohu, dechové techniky a relaxaci. R 3/86 si přála čelit porodním bolestem prostřednictvím sprchy, cvičením na míči a vhodnou technikou dýchání. R 5/169 volila též hydroanalgezií ve formě vany, přála si mít volnost pohybu v kombinaci s masážemi. Leifer (2004) zmíněné metody, které pomáhají ženě lépe snášet porodní bolesti, doporučuje. Osobně pokládám za ideální metodu tišení bolesti tu, kterou si žena sama zvolí. V rozhovorech se objevilo i jedno přání o podání farmakologického prostředku k tišení bolesti. V otázce *volby porodní*

*polohy* dotazované ženy neměly potřebu prosadit vlastní přání. Horizontální polohu s abdukovanými dolními končetinami plně akceptovaly. Roztočil (2008) připouští, že se ve vertikální poloze účinněji využívá vlivu gravitace coby porodní síly. Poukazuje však na možné riziko rozsáhlejšího poranění ženy. Za kompromis pokládá polohu v polosedě. Mikulandová (2007) ve své knize zmiňuje alternativní polohy při porodu a ženám doporučuje přihlédnout k tomuto faktu při volbě porodnice. Všechny dotazované ženy však akceptovaly pro danou porodnici obvyklou, horizontální porodní polohu. V současné době je v bezprostředním poporodním období podporován *nepřetržitý kontakt s miminkem po porodu* nazývaný bonding. Michaela Mrowetz (2011) k ranému připoutání miminka k matce dodává, že podněcuje tvorbu zdravých reakcí, navozuje neopakovatelné hormonální změny a při nepřerušeném kontaktu „kůže na kůži“ vytváří duševní i tělesnou stabilitu matky i dítěte. V porodnici, kde byl výzkum realizován, je raný kontakt matky a dítěte podporován. Nejedná se o bonding v pravém slova smyslu, protože první ošetření novorozence neprobíhá na těle matky. Po porodu se novorozenec, pokud to situace dovoluje, položí na břicho ženy. Po dotepání a přerušení pupečnicku se novorozenec odnese k prvnímu ošetření a vyšetření. Provedou se pouze nejnnutnější intervence, jakými jsou identifikace, kredeizace, zvážení a vyšetření novorozence za stálého dodržování termomanagementu. Poté již následuje přiložení k prsu „kůže na kůži“. Miminko leží na hrudníku matky po celou IV. dobu porodní. Dotazované ženy si bonding předem nevymínily, v rozhovorech však připustily, že pocity při kontaktu „kůže na kůži“ byly příjemné.

Druhá část výzkumného šetření se věnuje faktorům, které těhotnou ženu ovlivňují při jejím rozhodování v otázkách týkajících se těhotenství a porodu. Schopnost učinit rozhodnutí je podmíněno určitým povědomím o dané problematice. Dle zákona 372/2011 Sb. lze pacientovi poskytovat zdravotní služby pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem. Dle článku Čepického (2009) uveřejněném v časopise Psychosom se z informovaného souhlasu nestal nástroj k poskytování informací, ale dokument sloužící k ochraně zdravotníků v případném soudním sporu. A z předpokládaného partnerství mezi lékařem a pacientem se vyvinul vztah spíše vyostřený. Šimek (2010) na článek věnující se rostoucí autonomii žen v průběhu porodu

reaguje rovněž příspěvkem v časopise Psychosom tak, že nabádá k individuálnímu vyjednávání mezi lékařem a ženou (pacientem). Odkazuje na etický princip prospěšnosti, který se zakládá na myšlence „primum non nocere“, kdy každý vnímá profit určitého výkonu jiným způsobem. Zastávám ten názor, že žena potřebuje individuální přístup, dostatek informací a prostor k vlastnímu sebeurčení, pokud o něj projeví zájem. V tom případě je na místě naslouchání a respekt.

Kromě R 5 a R 7 čerpaly ostatní respondentky informace týkající se těhotenství a porodu především na internetu. Dalším zdrojem informací všech respondentek byly zkušenosti, ať už vlastní nebo zprostředkované od kamarádek či blízkých osob. R 2 a R 5 získávaly informace z literatury, R 3 pročitáním časopisů. R 7 obdržela v prenatalní poradně informační brožuru, která se jí stala průvodcem v těhotenství a zdrojem informací k porodu. Fenomén internet, coby zdroj informací, lze přirovnat k ohni. Dobrý sluha, špatný pán. V otázkách, které se zabývaly determinanty rozhodování, vypovídaly respondentky na dotaz pocitů ve smyslu autonomie především o porodním ději. Ženy se dle výpovědí cítily bezpečně, přenechávaly vlastní autonomii v rukou zdravotníků, do kterých vkládaly svou plnou důvěru. V některých případech ženy připustily, že byly porodními bolestmi tak pohlceny, že ani nebyly schopné reálného úsudku.

Cílem práce bylo zjistit, v jakých rozhodujících okamžicích prosazují těhotné ženy své právo na sebeurčení a co je při jejich rozhodnutí, v otázkách týkajících se těhotenství a porodního děje, ovlivňuje. Z výsledků výzkumného šetření plynou dva poznatky. Dotazované ženy nemají dostatečný vhled do dění v průběhu těhotenství a během porodu a tudíž nedokáží vznést vlastní přání a požadavky. Respondentky vkládají plnou důvěru do rukou personálu a nemají valnou potřebu v těhotenství nebo během porodu uplatňovat vlastní přání. Pokud si přejí rozhodovat, tak nejčastěji v otázkách týkajících se volby porodnice, volby přítomnosti blízké osoby u porodu a metod tlumení bolesti. Vzhledem k tomu, že výzkumné šetření probíhalo ve spolupráci s malým počtem respondentek, není možné výsledky zobecňovat a zavírat tak oči před ženami, které si právo na rozhodování prosazují ve vyšší míře.

## 6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala rozhodováním těhotných žen v otázkách týkajících se těhotenství a porodu. Cílem práce bylo zjistit, jaká rozhodnutí v těhotenství a během porodního děje pokládají těhotné ženy za důležitá. Dále se výzkumného šetření věnovalo otázce vlastní autonomie a faktorů, které mají na rozhodování žen v těhotenství a během porodu přímý vliv.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že dotazované ženy v průběhu těhotenství a především během porodu svou autonomii valně neprosazují. Dle svých výpovědí uplatňovaly respondentky nejčastěji právo při rozhodování v otázkách volby porodnice, přítomnosti blízké osoby a v případě nefarmakologických metod tlumení bolesti. V situacích, jejichž rozhodnutí je podmíněno odbornými znalostmi, přenechávaly dotazované ženy autonomii v rukou personálu se slovy: „oni nejlépe vědí, co mají dělat.“ V rozhovorech s primiparami navíc zaznívalo tvrzení, že si těžko něco přát, když neexistuje povědomí o nadcházejícím porodu. Sekundi- a multipary zase nepocíťovaly potřebu cokoliv měnit, když s průběhem prvního porodu byly spokojené. Nejedná se ovšem o kvantitativní výzkumné šetření a výsledky výzkumu nemají tedy statistickou hodnotu.

Ze získaných dat lze vyvodit možná přání žen, ať už se jedná o přání týkající se těhotenství, porodu nebo přání si nepřát. Ženám v průběhu těhotenství a porodu náleží individuální přístup. Klíčová role porodní asistentky spočívá v provázení ženy fyziologickým těhotenstvím a porodem. Zásadní problém, který z rozhovorů s ženami na oddělení šestinedělí vyplynul, shledávám v nedostatečné informovanosti žen. V některých případech dotazované ženy čerpaly z neseriózních zdrojů. Předporodní kurzy jedna respondentka nenavštěvovala z finančních důvodů, jiné z důvodů nedostatku času. Součástí práce porodní asistentky je přiměřená a vhodně načasovaná edukace, umění naslouchat, pozorovat, respektovat a ponechat ženě dostatečný prostor k prožívání porodního děje.

Výsledky bakalářské práce lze využít jako podklad k dalšímu výzkumu. Faktická data získaná výzkumným šetřením lze prezentovat na semináři pro porodní asistentky, jejíž součástí by byla otevřená diskuze formou brainstormingu s výzvou: „Naslouchejme, informujme a ponechejme prostor.“

## 7 Seznam informačních zdrojů

Babyweb.cz. *Babyweb.cz* [online]. 2012 [cit. 2014-04-20]. Dostupné z: <http://www.babyweb.cz/desatero-prirozeneho-porodu-v-porodnici>

BALASKAS, Janet, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ. *Aktivní porod: stručný průvodce přirozeným porodem*. Vyd. 1. Praha: Argo, 2010, 279 s., [64] s. obr. příl. Šťastné dítě. ISBN 978-802-5701-782.

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, 188 s. ISBN 80-247-1197-4.

CALDA, Pavel a kol. *Ultrazvuková diagnostika v těhotenství a gynekologii*. 2., kompletně přeprac. a rozš. vyd. Praha: Aprofema, 2010. 496 s. ISBN 978-80-903706-2-3.

ČECH, Evžen, Zdeněk HÁJEK, Karel MARŠÁL a Bedřich SRP. *Porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2007, 544 s. ISBN 978-80-247-1303-8.

ČEPICKÝ, Pavel a Marcela ČERNÁ. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence: příručka pro gynekology-porodníky*. Vyd. 1. Praha: Levret, 2006, 99 s. Sestra. ISBN 80-903-1839-8.

ČEPICKÝ, P. Kam nás dovedla autonomie ženy v porodnictví? *PSYCHOSOM: Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu* [online]. 2010, č. 4 [cit. 2014-04-20]. Dostupné z: [http://www.psychosom.cz/?page\\_id=616](http://www.psychosom.cz/?page_id=616)

ČERMÁKOVÁ, Blanka, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ. *K porodu bez obav: stručný průvodce přirozeným porodem*. 2., aktualiz. vyd. Vážany nad Litavou: Argo, 2010, 148 s. Šťastné dítě. ISBN 978-80-904414-3-9.

Česká gynekologická a porodnická společnost České lékařské společnosti JEP: Sekce perinatální medicíny. *Návrh doporučení k provádění screeningu trizomie 21* [online]. CALDA, Pavel. 2010 [cit. 2014-04-20]. Dostupné z: <http://www.perinatologie.cz/dokumenty/>

GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3081-3.

Gynultrazvuk.cz: Ultrazvuk v gynekologii a porodnictví. *Doporučení k provádění prevence RhD aloimunizace u RhD negativních žen* [online]. LUBUŠKÝ, M., M. PROCHÁZKA, O. ŠIMETKA a I. HOLUSKOVÁ. 2013 [cit. 2014-04-20]. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/doporucene-postupy-cgps-cls-jep-k17.html>

Gynultrazvuk.cz: Ultrazvuk v gynekologii a porodnictví. *Odborné stanovisko výboru ČGPS ČSL JEP a výboru sekce perinatální medicíny ČGPS ČSL JEP k porodům v domácnosti* [online]. MĚCHUROVÁ, A. 2008 [cit. 2014-04-20]. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/doporucene-postupy-cgps-cls-jep-k17.html>

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009, 774 s. ISBN 978-807-3675-691.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas: proč a jak?*. 1. vyd. Praha: Galén, c2007, 104 s. ISBN 978-807-2624973.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha: Galén, 2002, 272 s. ISBN 80-726-2132-7.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-802-6202-196.

CHMEL, Roman. *Otázky a odpovědi o porodu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 114 s. Pro rodiče. ISBN 80-247-1124-9.

IMBCI. *International MotherBaby Childbirth Organization* [online]. 2008 [cit. 2014-04-20]. Dostupné z: <http://imbc.com/>

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. ISBN 80-247-2069-8.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 175 s. Sestra. ISBN 978-802-4727-134.

LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, xxxiii, 951 s., čb. obr. ISBN 80-247-0668-7.

MIKULANDOVÁ, Magdalena. *Nejčastěji kladené otázky a odpovědi*. Vyd. 1. Computer Press, 2007, 136 s. ISBN 978-80-251-1470-4.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Věstník č. 9* [online]. 2003 [cit. 2014-04-28]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik\\_3660\\_1782\\_11.html](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3660_1782_11.html)

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Změny v porodnictví v roce 2014* [online]. 2013 [cit. 2014-04-20]. Dostupné z: [http://mzcr.cz/dokumenty/zmeny-v-porodnictvi-v-roce-2014porod-pouze-za-pomoci-porodni-asistentky-a-tzv-8532\\_2778\\_1.html](http://mzcr.cz/dokumenty/zmeny-v-porodnictvi-v-roce-2014porod-pouze-za-pomoci-porodni-asistentky-a-tzv-8532_2778_1.html)

MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ. *Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. 1. vyd. Praha: DharmaGaia, 2011, 279 s., [64] s. obr. příl. ISBN 978-807-4360-145.



MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.

PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3. vyd. Praha: Galén, c2008, 685 s. ISBN 978-80-7262-594-9.

PRŮVODCE ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍM. *První nezávislý průvodce zdravotním pojištěním* [online]. 2010 [cit. 2014-04-20]. Dostupné z: <http://www.pruvodcezp.cz/>

Předpis č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

Předpis č. 55/2011 Sb., Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Předpis č. 134/1998 Sb., Vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

PTÁČEK, Radek, Petr BARTŮNĚK a kolektiv. *Etika a komunikace v medicíně*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. ISBN 80-247-3976-3.

RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-802-4719-412.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 269 s., [8] s. barev. obr. příl. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4733-739.

SMÉKAL, Vladimír. *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání*. 3., opr. vyd. Brno: Barrister, c2009, 523 s. Studium (Barrister. ISBN 978-808-7029-626.

ŠIMEK, J. Byla to autonomie ženy, která nás dovedla tam, kde jsme?. *PSYCHOSOM: Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu* [online]. 2010, č. 1 [cit. 2014-04-20]. Dostupné z: [http://www.psychosom.cz/?page\\_id=749](http://www.psychosom.cz/?page_id=749)

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 377 s. Sestra. ISBN 978-80-7367-313-0.

TÓTHOVÁ, Valérie. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace: člověk v zrcadle vědomí a jednání*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2009, 159 s. Studium (Barrister). ISBN 978-80-7387-286-1.

TRACHTOVÁ, Eva, Dagmar MASTILIAKOVÁ a Gabriela FOJTOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 2., nezměn. V Brně: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 185 s. ISBN 80-701-3324-4.

UNIPA. *Unie porodních asistentek* [online]. 1999 [cit. 2014-04-20]. Dostupné z: [http://www.unipa.cz/index.php?option=com%20\\_content&view=article&id=161%3Aetickykodex&catid=36&Itemid=100](http://www.unipa.cz/index.php?option=com%20_content&view=article&id=161%3Aetickykodex&catid=36&Itemid=100)

VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy obecné psychologie*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2007. 91 s. ISBN 978-80-7372-283-8.

YATES, Suzanne, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ. *Příjemné těhotenství a krásný porod: stručný průvodce přirozeným porodem*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2009, 148 s. Šťastné dítě. ISBN 978-80-251-2475-8.