



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

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

**Porodní plán z pohledu porodních asistentek**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **PORODNÍ ASISTENCE**

**Autor:** Barbora Tomášková

**Vedoucí práce:** Mgr. Romana Belešová

České Budějovice 2020

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Porodní plán z pohledu porodních asistentek jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 20.7. 2020

.....

Barbora Tomášková

### **Poděkování**

Touto cestou bych chtěla poděkovat paní Mgr. Romaně Belešové za odborné vedení bakalářské práce, za trpělivost, a především za cenné rady, které mi pomohly při zpracování této práce.

## **Porodní plán z pohledu porodních asistentek**

### **Abstrakt**

Bakalářská práce pojednává o porodním plánu z pohledu porodních asistentek. Byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit postoje porodních asistentek k porodnímu plánu a druhým cílem bylo zjistit, jaký je přístup porodních asistentek k rodičkám s porodním plánem.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, a to na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se zabývá seznámením s profesí porodní asistentky a jejími kompetencemi. Dále je v teoretické části popsán význam porodního plánu a některá přání, která si ženy mohou uvést ve svém porodním plánu. V jedné z kapitol je obecně popsán porod a všechny jeho doby porodní (první, druhá, třetí a čtvrtá). Závěr teoretické části tvoří charakteristika období šestinedělí.

Praktická část bakalářské práce byla provedena kvalitativním výzkumným šetřením. Vznikl jeden výzkumný soubor na základě individuálních polostrukturovaných rozhovorů, který byl uskutečněn s porodními asistentkami pracujícími na porodním sále v Nemocnici Český Krumlov, a.s. a v Nemocnici České Budějovice, a.s. Porodních asistentek bylo celkem jedenáct. Hlavními kritérii pro výběr výzkumného šetření bylo, aby porodní asistentky pracovaly na porodním sále, měly zkušenost s porodním plánem a souhlasily s poskytnutím rozhovoru.

Před realizací rozhovorů byly všechny porodní asistentky obeznámeny s tématem bakalářské práce a zároveň byly upozorněny na to, že získané informace zůstanou v anonymitě. Jednotlivý rozhovor byl nahráván na diktafon a následně byl doslovně přepsán. Následovala analýza a zpracování dat, které proběhlo formou otevřeného kódování, metodou „tužka a papír“ (Švaříček et al., 2014). Pro vyhodnocení dat, byly stanoveny dvě hlavní kategorie a k nim deset podkategorií.

### **Klíčová slova**

edukace; porod; porodní asistentka; porodní plán; šestinedělí; žena

## **Birth plan from a midwife's perspective**

### **Abstract**

The bachelor's thesis deals with the birth plan from a midwife's perspective. Two goals were established advance. The first goal was to find out the attitudes of midwives to the birth plan and the second goal was to find out what is the approach of midwives to mothers with a birth plan.

The bachelor thesis is divided into two parts. The theoretical part and the practical part. The theoretical part introduces the profession of midwife and profession competencies. Furthermore, the theoretical part presents the importance of the birth plan, which women usually create a birth plan and the wishes that women can state in their birth plan. One of the chapters describes a childbirth and all his periods of birth (first, second, third and fourth). The end of the theoretical part is described the characteristic of the puerperium.

The practical part of the bachelor thesis was based of a qualitative research survey. One research group was created with the help of semi-structured interviews, which was carried out with midwives working in the delivery room at Český Krumlov Hospital, a.s. and at the Hospital of České Budějovice, a.s. There were total an eleven midwives. The main criterion for the research survey was requirement for midwives to work in the delivery room and have experience with the birth plan.

Before the interviews began, the topic of the bachelor's thesis was explained to all midwives and it was pointed out that the information obtained would remain anonymous. Interviews were conducted with the consent of the midwives. The individual interviews were recorded on a dictaphone and then literally transcribed. This was followed by data analysis and processing. To evaluate the data, two main categories and ten subcategories were identified.

### **Key words**

education; childbirth; midwife; birth plan; puerperium; woman

## Obsah

Úvod .....	8
1 Současný stav .....	9
1.1 Obor porodní asistence .....	9
1.2 Porodní asistentka a její kompetence.....	9
1.3 Edukace a komunikace .....	11
1.4 Porodní plán .....	11
1.4.1 Pravidla pro sepsání porodního plánu.....	12
1.5 Porod .....	14
1.5.1 První doba porodní .....	15
1.5.1.1 Role porodní asistentky během první doby porodní.....	16
1.5.2 Druhá doba porodní .....	17
1.5.2.1 Role porodní asistentky během druhé doby porodní .....	18
1.5.3 Třetí doba porodní .....	19
1.5.3.1 Role porodní asistentky během třetí doby porodní.....	20
1.5.4 Čtvrtá doba porodní .....	20
1.5.4.1 Role porodní asistentky během čtvrté doby porodní .....	21
1.6 Období šestinedělí .....	22
1.6.1 Role porodní asistentky v období šestinedělí.....	24
2 Cíle práce a výzkumné otázky .....	25
2.1 Cíle práce .....	25
2.2 Výzkumné otázky.....	25
2.3 Operacionalizace pojmů.....	25
3 Metodika výzkumu.....	27
3.1 Metodika a technika výzkumu .....	27
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	28
4 Výsledky výzkumu.....	29
4.1 Identifikační údaje porodních asistentek .....	29

4.2 Kategorizace dat .....	32
4.2.1 Výsledky výzkumného šetření s porodními asistentkami .....	33
5 Diskuse .....	43
6 Závěr .....	50
7 Seznam použité literatury .....	51
8 Přílohy .....	55

## Úvod

Porodní plán lze popsat jako seznam osobních požadavků, které si žena přeje, aby byly dodrženy v celém průběhu jejího porodu. Přání se mohou týkat ženy samotné, jejího doprovodu, ale i novorozence. Nejčastěji si ženy uvádějí přání v souvislosti s průběhem porodu, následnou péčí o novorozence a přání v období šestinedělí.

Těhotenství je období, které změní ženu, jak z fyzické, tak i z psychické stránky. Změny se však po porodu upravují do původního stavu v období šestinedělí. Jedná se o nezapomenutelné období, kdy žena získá novou roli, a to roli matky. Podvědomí žen o průběhu těhotenství je vždy individuální. Budoucí rodiče získávají informace o průběhu těhotenství a porodu z knih, z médií nebo z jejich okolí. Otázkou však je, zda mají správné informace a pokud má rodička podrobnější otázky, kam má jít hledat odpovědi? V dnešní době bývá první volbou internet. Ale proč? Jedná se o snadný a rychlý přístup k informacím, ale bohužel mnohdy smyšleným a nepravdivým. Má-li žena otázky ohledně těhotenství, porodu nebo období šestinedělí, nejvhodnější volbou je navštívit porodní asistentku u svého obvodního gynekologa a potřebné otázky prokonzultovat.

V současné době je obor Porodní asistence na vzestupu, co se týče informovanosti o oboru a poskytování služeb ve zdravotnických zařízeních či komunitních centrech. Porodní asistentka by měla ženu vnímat z bio-psycho-socio a spirituální stránky. Nové poznatky, zkušenosti a dovednosti si porodní asistentky předávají při různých seminářích a konferencích, kde probíhají diskuse různých témat z oboru.

Téma porodní plán mě zaujalo nejen díky zvýšenému zájmu o tuto problematiku v současné době, ale především jako nástroj rozvinutí a zlepšení komunikace mezi porodní asistentkou a těhotnou ženou. Každý si pod pojmem porodní plán představí něco jiného. Podle mého názoru jde o určitý seznam přání a možností, které si sama žena předem vybere a zhodnotí podle svého uvážení, co je pro ni vhodné a co naopak ne. Žena má svobodnou volbu porodních přání, volbu porodnice, kde si přeje родit a kdo by měl být přítomen u porodu. Většina prvorodiček, ale i žen, které rodí podruhé či víckrát, mají strach. Strach je naprosto přirozený. Nedá se zcela odstranit, ale určitě ho lze zmírnit tím, že žena bude родit tak, jak si přeje.



# 1 Současný stav

## 1.1 Obor porodní asistence

Zákon č. 96/2004 Sb., hovoří o získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, © 2014). Za vykonávání profese porodní asistentky je považováno poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, to je poskytnutí nezbytného dohledu, zajištění péče a předávání rad ženám během těhotenství, při porodu a šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, © 2014). Obor je charakterizovaný komplexním přístupem k matce a dítěti (Eliašová, 2008). Dále se porodní asistentka podílí ve spolupráci s lékařem na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, © 2014). Nezbytnou součástí této zdravotní péče je bezprostřední péče porodní asistentky o ženu v oboru gynekologie a reprodukčního zdraví ženy (Eliašová, 2008). V roce 1972 vznikl nový dokument, ve kterém byla definována porodní asistentka (Definition od the Midwife) a na dokumentu se podílela Světová zdravotnická organizace (WHO), Mezinárodní federace gynekologů a porodníků (FIGO) a Mezinárodní konfederace porodních asistentek. V roce 1990 bylo poprvé upraveno znění dokumentu. Dále v roce 2005 proběhl kongres Mezinárodní konfederace porodních asistentek, kde bylo přijato znění dokumentu (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, © 2014).

## 1.2 Porodní asistentka a její kompetence

Porodní asistentkou se stává osoba, která vystudovala a úspěšně ukončila oficiální vzdělávací program pro porodní asistentky včetně splněné praxe ve zdravotnických zařízeních i mimo ně a získala kvalifikaci vykonávat povolání porodní asistentky (Porodní dům U Čápa, © 2000-2019). Vzdělávací program poskytuje vysokoškolské studium na zdravotnických školách, přičemž studium je tříleté a poté absolventka získá bakalářský titul (Porodní dům U Čápa, © 2000-2019).

Porodní asistentka je velmi důležitou osobou pro těhotné ženy, ženy během porodu a bezprostředně pro ženy v období šestinedělí, a to jak ve zdravotnickém, tak i v komunitním prostředí (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, © 2014). Svou profesi může porodní asistentka vykonávat v lůžkových a ambulantních zdravotnických zařízeních, nebo v domácím prostředí těhotné ženy (Porodní dům U Čápa, © 2000-2019).

Porodní asistentka může pečovat i o ženu, trpící sterilitou a infertilitou a o ženu s onkologickým onemocněním v oblasti gynekologie (Slezáková, 2011).

Porodní asistentka by z právního hlediska měla, chce-li si založit vlastní praxi pro své klientky a pracovat samostatně, splnit náležité podmínky (Porodní dům U Čápa, © 2000-2019). Tou první je úspěšné absolvování bakalářského studia v oboru porodní asistentka, druhou podmínkou je způsobilost a osvědčení k vykonávání povolání porodní asistentka, nikoliv s odborným dohledem nařízené zákonem č. 96/2004 Sb., a tou poslední je registrace Nestátního zdravotnického zařízení Porodní asistentka (Porodní dům U Čápa, © 2000-2019).

Porodní asistentka spolupracuje s gynekologem v prenatální poradně, kde natáčí kardiokografický záznam (kontinuální sledování ozev plodu), měří krevní tlak, vyšetřuje moč chemicky, kde se především zaměřuje na přítomnost bílkoviny a cukru, sleduje hmotnostní přírůstek u ženy od minulé návštěvy. Dále se zaměřuje na otoky v obličeji, dolních a horních končetin a v neposlední řadě ženu edukuje (Gregora, Velemínský ml., 2013). Smyslem vyšetření v prenatální poradně, je včas zachytit rizikové známky, které by mohly ohrozit stav ženy i plodu (Gregora, Velemínský ml., 2013). Porodní asistentka je povinna při zjištění některých náhlých a neadekvátních změn u těhotné ženy neprodleně informovat lékaře (Eliašová, 2008). Ve spolupráci s lékařem se podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné a následně na dispenzární péči (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, © 2014).

Eliašová (2008) uvedla, že porodní asistentka může ženě poskytovat poradenství a edukaci v oblasti plánovaného rodičovství, sexuální výchovy, prevence v gynekologii a dále v porodnictví. Může být nápomocna ke spolupráci, při sepsání porodního plánu (Eliašová, 2008). Se ženou jedná v partnerském vztahu, poskytuje jí podporu, uspokojuje potřeby ženy a nedílnou součástí komunikace jsou rady, které porodní asistentka ženě předává (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, © 2014). Porodní asistentka má kompetenci pečovat o ženu ve všech dobách porodních a odvádět sama porody na vlastní zodpovědnost (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, © 2014). Slezáková et al., (2011) uvádějí kompetence porodní asistentky na porodním sále, a to zejména sledování stavu plodu v děloze, jak klinickými, tak i technickými prostředky a asistovat lékaři při vaginálním vyšetření. Kompetencí porodní asistentky je však i péče o novorozence na porodním sále (International definition of the midwife, 2017). A v neposlední řadě může

porodní asistentka poskytovat péči i v kojeneckém věku dítěte (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, © 2014).

### ***1.3 Edukace a komunikace***

Edukace je definována jako výchova a vzdělání jedince (Juřeníková, 2010). Dušová et al., (2019) uvádějí, že edukace je nejčastěji vnímána jako výchova. Porodní asistentka má roli edukátorky, která však není jednoduchá a vyžaduje odborné znalosti, dovednosti z oboru, didaktiky a pedagogiky (Šulistová, Trešlová, 2012). Edukace má význam nejen pro porodní asistentky, ale především pro ženy, u kterých může edukace snížit obavy a zvýšit spokojenost (Dušová et al., 2019). Porodní asistentka jako edukátorka by měla umět plánovat a provést přípravu edukace (zvolit cíle, kritéria a prostředky ke komunikaci), realizovat edukační plán, řešit projevy nežádoucího chování edukantů, zhodnotit výsledky a provést sebereflexi (Dušová et al., 2019). Nezbytnou podmínkou pro získání důvěry mezi porodní asistentkou a ženou je projevení skutečného zájmu o ženu a její situaci (Takács, Pečená, 2015). Velmi důležitá je však osobnost porodní asistentky (Šulistová, Trešlová, 2012). Mezi osobnostní charakteristiky lze zařadit temperament, ochotu a trpělivost, motivační schopnost, empatii a v neposlední řadě komunikační dovednosti (Dušová et al., 2019). Dobrá komunikace mezi porodní asistentkou a ženou tvoří klíčový moment pro vybudování důvěry a další bezproblémovou spolupráci (Takács, Pečená, 2015). Zacharová (2016) uvedla, že žádná sociální skupina nemůže existovat bez komunikace. Komunikace je nástroj, který přispívá k uspokojování potřeb ženy (Zacharová, 2016). Dále může komunikace velmi příznivě ovlivnit ženu k pozitivnějšímu průběhu porodu a poporodního období včetně šestinedělí (Takács, Pečená, 2015).

### ***1.4 Porodní plán***

Porodní plán představuje písemný seznam požadavků těhotné ženy, které by si přála dodržet v průběhu porodu a bezprostředně po něm (Pařízek, 2015). Porodní plán může eliminovat obavy z výkonů, které bývají součástí porodu (Beaumont, 2016). Ideální čas na sepsání porodního plánu je mezi 34. – 36. týdnem těhotenství (Bašková, 2015). Některá přání však nemohou být v nemocničních zařízeních uskutečněna. Je důležité, aby žena byla smířená s tím, že během porodu mohou nastat určité komplikace a lékař v takové chvíli nemusí brát zřetel na porodní plán a bude jednat podle akutního stavu (Sovová, © 2018). Roztočil et al., (2017) uvedli, že velké zastoupení žen, které si vypracovávají porodní plán, bývají ženy alternativní, ekologicky a přírodně založené,

vzdělané v humanitárním směru, ženy pracující ve školství a také ženy, které mají negativní zkušenosti z předešlého porodu.

Důležité pro vypracování porodního plánu je, aby žena měla kvalitní a spolehlivé informace o průběhu porodu, získané na kurzech předporodní přípravy, v prenatální poradně či v odborné literatuře (Sovová, © 2018). Podle toho, kdo se ženou sepisuje porodní plán, ať už se jedná o porodní asistentku u obvodního gynekologa, v kurzu předporodní přípravy, nebo o komunitní porodní asistentku či dudu, měly by prokonzultovat se ženou každé její přání a vzájemně si ujasnit, jak by měl porod ideálně probíhat, pokud nenastanou komplikace (Dušová et al., 2019). Dušová et al., (2019) uvedli, že v dnešní době se stále častěji setkáváme s ženami, které si přejí родit přirozeně, tím ženy myslí, aby zdravotničtí pracovníci nezasahovali jakýmkoliv způsobem do průběhu porodu. Roztočil et al., (2017) uvedli, že pro Českou republiku neexistují přesné statistiky, které by ukázaly, kolik žen mělo ke svému porodu vypracovaný porodní plán.

#### ***1.4.1 Pravidla pro sepsání porodního plánu***

Jirásková (2011) uvedla, že porodní plán by neměl mít příliš velký rozsah, maximálně na jednu stránku a měl by být přehledně zpracovaný. V záhlaví je vhodné napsat jméno ženy, případně datum narození, kdo bude ženu při porodu doprovázet a kontakt na ženu samotnou či na doprovázející osobu (Jirásková, 2011). Součástí porodního plánu by měl být stručný odstavec o tom, z jakého důvodu si žena vybrala (nebo společně se svým doprovodem) právě určitou porodnici (Roztočil et al., 2017). Obvykle žena zmíní v porodním plánu krátký vzkaz pro zaměstnance porodnického oddělení, kde dopředu poděkuje za vstřícnost a ochotu. Jirásková (2011) řekla, že porodní plán by měl vycházet z doporučených postupů tak, aby byl přínosný jak pro ženu, tak i pro novorozence. Porodní plán může obsahovat přání, ale také výkony, kterým by se žena ráda, pokud půjde o fyziologický porod, vyhnula (Dušová et al., 2019).

Je vhodné, aby žena měla s sebou do porodnice více kopií porodního plánu, přičemž jednu odevzdá hned při příjmu a porodní asistentka ji založí do dokumentace, druhou si nechá žena u sebe a třetí by měla mít k dispozici osoba, jež bude ženu doprovázet při porodu (Jirásková, 2011). Praktické také je sepsat na samostatný papír přání ohledně péče o novorozence a předat ho dětské sestře, která přijde ženu při příjmu do porodnice edukovat ohledně novorozence (Jirásková, 2011). Dětská sestra je osoba, která pečuje o novorozence.

Porodní plán může obsahovat osobní přání týkající se například možnosti fotografování či muzikoterapie (Bašková, 2015). V plánu může být zmíněna skutečnost, že si žena nechá během porodu poradit, ale ne poroučet (Roztočil et al., 2017). Takové vystupování by mělo být zachováno v jakékoliv situaci, která může v průběhu porodu nastat. Další přání může být volba počtu osob u porodu, které si sama žena dopředu určí (Bašková, 2015). Obvykle bývá doprovodem otec dítěte. Davidson (2019) však uvádí, že těhotnou ženu může u porodu doprovázet kamarádka, dula či jiná osoba, která je se ženou úzce spjata. Často bývají v porodním plánu obsaženy i zvláštní situace, do kterých se může fyziologicky těhotná žena dostat. Obvykle se jedná o císařský řez a s ním spojená volba anestezie, předčasný porod, novorozenec, který je ve špatném stavu nebo vrozená vývojová vada novorozence (Roztočil et al., 2017).

Některá žena však nemusí v první době porodní souhlasit s oholením rodidel, vyprázdněním střev takzvaným očistným klyzma, či s provedením dirupce vaku blan (Hanáková et al., 2015). Dále může žena preferovat přirozený porod v maximální možné míře. Indukovaný porod je porod, jenž je uměle vyvolán aplikací léků, které mají vliv na děložní činnost (Slezáková, 2013). Indukovaný porod bývá v porodním plánu obvykle odmítnutý a žena dává přednost přirozenému porodu, ale pokud těhotenství dosáhne 42. týdne, měl by lékař ženu informovat o možných rizicích, která by mohla poškodit plod (Roztočil et al., 2017). Většina žen aktivně v těhotenství vyhledává alternativní způsoby preindukce a indukce. Do těchto alternativních metod patří pití bylinných čajů, masáž prsních bradavek či nechráněný pohlavní styk s partnerem (Roztočil et al., 2017). Do alternativních technik relaxace řadíme aromaterapii, muzikoterapii či hydroterapii a zcela častá touha bývá volba polohy v první i ve druhé době porodní (Hanáková et al., 2015). Na polohování ženy lze využít gymnastický míč, porodní židli nebo žíněnku (Dušová et al., 2019). Je vhodné, aby žena nebyla jen v pozici na zádech a využila i úlevovou polohu na boku, vestoje nebo vkleče (Dušová et al., 2019). Také bývá součástí porodního plánu prosba minimalizace kontinuálního kardiokografického monitoringu plodu (souvislé sledování ozev plodu) (Bašková, 2015).

Ve druhé době porodní, kdy nastává samotný porod, žena obvykle uvede přání týkající se zapojení břišního lisu podle svého uvážení, nikoliv na pokyn od porodní asistentky či porodníka (Roztočil et al., 2017). Tato žena na základě porodního plánu může odmítnout epiziotomii (nástřih hráze) či aplikaci uterotonika, to znamená odmítnutí aktivního vedení třetí doby porodní, kdy je ženě aplikován nitrožilně hormon oxytocin, který slouží jako

prevence malých krevních ztrát (Roztočil et al., 2017). Dalším přáním může být požadavek odběru pupečnickové krve za účelem dárcovství, nebo pro potřeby novorozence (Hanáková et al., 2015). Odebírají se kmenové buňky z pupečnickové krve, které lze využít i na léčbu leukemie u dětí (Čermáková, 2017). Ženy velmi často žádají o omezený počet osob při porodu ze strany zdravotnického personálu. (Gregora, Velemínský ml., 2013).

Co se týče třetí doby porodní, obvykle ženy zmiňují v porodním plánu prosbu o přestříhnutí pupečnicku otcem dítěte a bonding na porodím sále (Hanáková et al. 2015). Pokud ho matka není schopna provádět, může jej provést otec novorozence nebo osoba, která doprovází ženu (Dušová et al., 2019). Ve čtvrté době porodní ženy obvykle uvádějí, že přednost dávají zahřívání novorozence na vlastním těle nebo na hrudi otce před použitím vyhřívaného lůžka (Jirásková, 2011). A v neposlední řadě ženy chtějí, aby novorozenec zůstal v jejich blízkosti (Jirásková, 2011).

### ***1.5 Porod***

Porodem (partus) je nazýváno každé ukončení těhotenství, kdy je z dutiny děložní vypuzen živý nebo mrtvý novorozenec (Srp, 2014). Porod je děj, kdy dojde k vypuzení plodu z dutiny děložní a porodní hmotnost je 500 gramů a více bez ohledu na to, jestli se narodí živý nebo mrtvý (Binder, 2015). Termín živě narozený plod znamená, že plod po narození dýchá, nebo projeví alespoň jednu ze známek života a jestliže plod nejeví ani jednu ze známek života, jedná se o mrtvě narozený plod (Klíma et al., 2016). Do známek života je řazena srdeční akce, pulzace pupečnicku nebo prokazatelné pohyby, a to bez ohledu na délku stáří těhotenství (Klíma et al., 2016). Porod je členěn do několika fází, kterým se říká porodní doby (první, druhá, třetí a čtvrtá doba porodní) (Gregora, Velemínský ml., 2013).

Žena může pociťovat známky blížícího se porodu před skutečným začátkem porodu (Procházka et al., 2018). Mezi známky blížícího se porodu jsou řazeny Braxton – Hicksovy kontrakce, to jsou nepravidelné kontrakce, které nemají otevírací efekt na hrdlo děložní a zvýšená vaginální sekrece v důsledku tlaku plodu (Procházka et al., 2018). Dále může být signálem blížícího se porodu odchod hlenové zátky, který se obvykle projeví jako přítomnost hustého hlenu, někdy i s nepatrným množstvím krve (Gregora, Velemínský ml., 2013). Zátka slouží k ochraně dělohy před bakteriemi a infekcemi (Procházka et al., 2018).

### ***1.5.1 První doba porodní***

První doba porodní je charakterizovaná nástupem pravidelných kontrakcí, které vedou k rozvinutí dolního děložního segmentu, hrdla děložního, branky a končí právě zánikem branky (Koudelková et al., 2019). První doba porodní nebo-li doba otevírací, nastane nástupem pravidelných děložních kontrakcí (Gregora, Velemínský ml., 2013). U prvorodiček může trvat 6-7 hodin, ale i 12 hodin, což je ještě považováno za fyziologické (Gregora, Velemínský ml., 2013). U žen, které budou rodit podruhé, potřetí či vícekrát, lze předpokládat, že první doba porodní bude kratší, avšak záleží na tom, po kolika letech žena rodí (Gregora, Velemínský ml., 2013). Pravidelné kontrakce zpočátku mají trvání 20-30 sekund, poté 30-40 sekund. Interval se zkracuje, až dosáhne z původních 10-15 minut na 2-3 minuty ke konci první doby porodní (Gregora, Velemínský ml., 2013). Trča (2009) popisuje, jak pracuje děloha v první době porodní. Stěna dělohy je tvořena děložním svalstvem, které je tvořeno vlákny a ty mají základní vlastnost, a to stahovat se (Trča, 2009). Na začátku porodu se stahují všechna vlákna hromadně a děložní hrdlo se rozšiřuje (Trča, 2009).

Během první doby porodní velmi často dochází k spontánnímu odtoku vody plodové (Procházka et al., 2018). V momentě, kdy k odtoku dojde, je nutné, aby ženu vaginálně vyšetřil lékař nebo porodní asistentka a vyloučil se výhřez pupečníku (Procházka et al., 2018). Pokud voda plodová sama neodteče, je třeba provést výkon zvaný dirupce vaku blan, který je nebolestivý, protože plodové blány nemají nervová zakončení (Trča, 2009). Avšak ženy obvykle uvádějí do porodního plánu, že tento výkon si nepřejí a chtějí nechat porodu volný průběh.

Během porodního děje se porodní cesty otevírají na základě působení porodních sil a vtlačují plod do porodních cest (Hudáková, Kopáčiková, 2017). Mezi porodní síly řadíme stahy děložní svaloviny a tlak břišního lisu (Hudáková, Kopáčiková, 2017). Kontrakce děložního svalu a břišního lisu lze zesílit uterotoniky a naopak zeslabit uterolytiky (Roztočil et al., 2017). Plod během průchodu porodními cestami v první a druhé době porodní provádí několik pohybů, které jsou nazývány porodním mechanismem (Hudáková, Kopáčiková, 2017). Ten se dělí do pěti etap, které na sebe navzájem navazují (Procházka et al., 2018). Tyto etapy jsou pasivní pohyby plodu, které vykonává při poloze podélné hlavičkou (Slezáková, 2017). Porod, který proběhl bez porodního mechanismu nebo bez jedné z pěti částí, je možný pouze u plodů, které jsou extrémně malé (Binder, 2015).

V první době porodní plod provede iniciální flexi (první fáze porodního mechanismu) a hlavička vstupuje do roviny pánevního vchodu a vedoucím bodem je malá fontanela (Procházka et al, 2018). Iniciální flexe znamená přitažení bradičky k hrudníku, záhlaví se stává nejnižším bodem na hlavičce a vedoucím bodem až do konce porodu je oblast malé fontanely (Slezáková, 2017). Druhou fází je progresse hlavičky pánevním kanálem, kdy hlavička vstupuje do pánevního vchodu šípovým švem v šikmém nebo příčném průměru působením porodnických sil (Binder, 2015). V této fázi se většinou uplatňuje předporodní příprava ženy, pokud absolvovala nácvik správného dýchání a zapojení břišního svalstva (Procházka et al., 2018). Ve třetí fázi porodního mechanismu dochází k normální nebo abnormální vnitřní rotaci (Procházka et al., 2018).

#### ***1.5.1.1 Role porodní asistentky během první doby porodní***

Po celou dobu první doby porodní je porodní asistentka s rodící ženou a intenzivně se jí věnuje (Koudelková et al., 2019). Porodní asistentka v první době porodní má za úkol sledovat odtok vody plodové pomocí Temesvaryho činidla a zaznamenat čas, zbarvení a množství do dokumentace (Dušová et al., 2019). Dále poslouchá ozvy plodu v patnáctiminutových intervalech a průběžně kontroluje kontrakce a stanovuje aktuální ošetrovatelské diagnózy (Procházka et al., 2018). Také měří po dvou až třech hodinách krevní tlak a sleduje po šesti hodinách tělesnou teplotu (Koudelková et al., 2019). Žena může pociťovat bolest různé intenzity a úkolem porodní asistentky je sledování bolesti a podání analgetik (léková skupina na tlášení bolesti) podle ordinace lékaře, pokud si o to žena zažádá (Procházka et al., 2018). Existuje nefarmakologická metoda, kdy porodní asistentka může přikládat teplé obklady na hráz, aby se tak uvolnilo svalstvo jako prevence epiziotomie. Porodní asistentka pomáhá najít nejvhodnější polohu pro ženu, která jí bude nejvíce vyhovovat a do jisté míry ulevit od bolesti zad (Čermáková, 2017). V období, kdy velká část plodu nenaléhá na pánevní dno, může porodní asistentka ženě doporučit sprchu, kde si může nahřát břicho a částečně zmírnit porodní bolesti (Slezáková, 2017). Dále sleduje vyprázdnění močového měchýře a připravuje sterilní stolek (Čermáková, 2017). Žena se může během první doby porodní setkat s dosud neznámými výkony, taková situace může nastat, zvláště u prvorodiček a v takové chvíli by měl lékař nebo porodní asistentka dostatečně informovat ženu o postupu a nutnosti provedení výkonu (Dušová et al., 2019). Porodní asistentka by měla pracovat s porodním plánem a maximálně naplnit přání ženy, pokud však některé z přání nelze uskutečnit, je



důležité, aby porodní asistentka ženě vysvětlila, z jakého důvodu nemůže být přání splněno.

### ***1.5.2 Druhá doba porodní***

Ve druhé době porodní dochází k vypuzení plodu (Procházka et al., 2018). Tato doba začíná zánikem branky a je ukončena porodem plodu (Koudelková et al., 2019). U nullipary (žena, která nerodila) je průměrná doba trvání druhé doby porodní padesát minut a u multipary (žena, která již rodila) obvykle trvá okolo dvaceti minut (Procházka et al., 2018). Druhá doba porodní by neměla přesáhnout šedesát minut (Procházka et al., 2018). Bolest ve druhé době porodní je somatická a ostrá a je způsobena tlakem hlavičky na pánevní dno (Raudenská et al., 2015). Je důležité, aby žena byla s porodní asistentkou či lékařem domluvena, v jaké poloze bude rodit, aby se cítila pohodlně a efektivně tlačila (Dušová et al., 2019).

Žena si může vybrat, v jaké poloze bude rodit. Porodní polohy jsou velmi podobné úlevovým polohám z první doby porodní (Čermáková, 2017). Většinou jde o polohy horizontální, a to zejména na zádech a leh na boku, kdy poloha na zádech je nejméně výhodná pro rodičku, ale velmi výhodná pro porodníka a poloha na boku je velmi nápomocna pro plod, usnadňuje plodu vstup do porodních cest (Čermáková, 2017). Ženy prvorodičky s gestačním stářím v rozmezí 37. - 42. týdnu těhotenství uvedly v íránské studii, že nejmenší bolest pociťovaly v poloze v dřepu (Valiani et al., 2016).

Jsou-li porodní cesty připravené k porodu, hlavička sestupuje porodními cestami a žena pociťuje velmi intenzivní nucení na tlačení (Gregora, Velemínský ml., 2013). Žena aktivně zapojuje svalstvo přední stěny břišní a bránici, čímž podporuje děložní stahy a napomáhá k progresi hlavičky do pánevního vchodu (Hudáková, Kopáčiková, 2017). Kontrakce se objevují po 2-3 minutách a jejich trvání je okolo 60-90 vteřin (Hudáková, Kopáčiková, 2017). Je-li při vaginálním vyšetření hlavička dostatečně sestouplá a branka zašlá, porodní asistentka může provést dezinfekci rodidel pomocí tampónových kleští, sterilních tampónů a dezinfekčního roztoku (Koudelková et al., 2019). Pod ženu si připraví sterilní podložku ten, kdo povede porod, a připraví si nástroje a roušku na chránění hráze (Gregora, Velemínský ml., 2013). Žena je porodníkem či porodní asistentkou vyzvána k aktivnímu tlačení, jež probíhá na místě, kde bude žena rodit (Gregora, Velemínský ml., 2013). Obvykle to bývá na porodnickém lůžku, porodní stoličce nebo v jiné poloze, kterou si žena přeje a kterou jí porodní asistentka, nebo lékař

umožní (Gregora, Velemínský ml., 2013). Žena je vyzvána k tlačení, a to tehdy, jen pokud má kontrakci (Hudáková, Kopáčiková, 2017). Při řízeném tlačení provede žena hluboký a rychlý nádech, který zadrží a zatlačí jako na stolicí (Hudáková, Kopáčiková, 2017). Porodní asistentka může pro úplnou představu položit ruku na břicho ženy a ukázat, do jakých míst má nádech směřovat (Dušová et al., 2019). Žena musí mít oči zavřené, bradu má přitaženou k hrudníku a drží se pod koleny (Hudáková, Kopáčiková, 2017). Koyucu a Demirci (2017) porovnali ve své studii techniku řízeného tlačení se spontánním tlačáním, kdy na konci studie nevyšly výsledky, které by naznačovaly, že řízené tlačení je méně vhodné. Gregora a Velemínský ml., (2013) uvedli, že při tlačení má důležitou úlohu poloha ženy, přičemž nejvhodnější pro ženu je stočit se do klubíčka, přitlačit bradu na hrud' a tím žena využije svojí maximální sílu břišních svalů.

Ve čtvrté fázi během tlačení se hlavička plodu opře pod sponou stydkou o týlní oblast – subocciputem a okolo tohoto bodu se vzpřimuje (Binder, 2015). Nejprve se prořezává malá fontanela, dále předhlaví, čelo, obličej a jako poslední brada plodu (Procházka et al., 2018). Porozená hlavička švem šípovým v přímém průměru udělá poslední fázi mechanismu porodu, a tou je zevní rotace (Slezáková, 2017). Hlavička se stáčí na stranu, kde je uložen hřbet plodu, tato rotace je v souvislosti mechanismu porod ramének (Procházka et al., 2018). Jakmile plod dokončí svou zevní rotaci, nejdříve osoba vedoucí porod (například porodník či porodní asistenta) rodí pod symfýzou přední raménko zhruba k úponu deltového svalu na pažní kosti, kde vznikne opěrné místo – takzvaný hypomochlion (Slezáková, 2017). Dále se laterálně flektuje trup a porodí se zadní raménko a ručka (Binder, 2015). Trup plodu se již rodí bez jakéhokoliv mechanismu (Procházka et al., 2018).

#### ***1.5.2.1 Role porodní asistentky během druhé doby porodní***

Porodní asistentka by měla umožnit ženě, pokud je porod fyziologický, zaujmout polohu, kterou si žena uvedla v porodním plánu, nebo kterou si v momentální chvíli přeje a částečně jí ulevuje. Porodní asistentka by měla respektovat přání týkající se techniky tlačení, jestli dá žena přednost vlastním pocitům a bude tláčit podle svého uvážení nebo bude raději tláčit podle instrukcí osoby, která povede porod (Bašková, 2015). Ve druhé době porodní má porodní asistentka za úkol po každé kontrakci poslechnout ozvy plodu (Čermáková, 2017). Po celou dobu porodu porodní asistentka s ženou komunikuje, vysvětluje, jaké kroky budou následovat, a především odpovídá na otázky, které jí rodička položí (Slezáková, 2017). Má-li žena uvedeno v porodním plánu bonding ihned

po porodu, v takovém případě novorozence dětská sestra pouze osuší teplou a suchou rouškou a přiloží ho na holou hrud' matky i s nepřestříhnutým pupečnickem (Dušová et al., 2019). Po porodu porodní asistentka odebírá krev z pupečnicku na příslušná vyšetření a pokud má žena krevní skupinu 0 nebo je její Rh faktor negativní, odebere se ještě jedna zkumavka pupečnickové krve na vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru novorozence (Koudelková et al., 2019). Nakonec porodní asistentka informuje ženu o datu, čase narození novorozence a vše zaznamená do dokumentace (Dušová et al., 2019).

### ***1.5.3 Třetí doba porodní***

Třetí doba porodní se jinak nazývá dobou k lůžku (Procházka et al., 2018). Po porodu plodu nastává tak zvaná třetí doba porodní a končí odloučením a vypuzením placenty včetně plodových blan (Gregora, Velemínský ml., 2013). Průměrně trvá deset až dvacet minut, nesmí však přesáhnout šedesát minut (Procházka et al., 2018). Na třetí dobu porodní je brán ohled již ve druhé době porodní po porození hlavičky plodu, kdy porodní asistentka aplikuje nejčastěji nitrožilně hormon oxytocin, který způsobí stažení dělohy, jde o takzvané aktivní vedení třetí doby porodní (Gregora, Velemínský ml., 2013). Jedná se o prevenci krvácení z cév, které celé těhotenství zásobovaly placentu (Procházka et al., 2018). V porodním plánu ale žena může uvést, že si nepřeje oxytocin nitrožilně aplikovat, stejně jako výkon jednorázové vycévkování, pokud se placenta neodlučuje. Znaky celistvosti placenty se zjišťují ihned po jejím porodu a při podezření na rezidua (zbytky placenty včetně jejích obalů) v dutině děložní, je indikována revize dutiny děložní v celkové anestezii (Roztočil et al., 2017).

Třetí doba porodní má tři fáze, které na sebe navzájem navazují (Slezáková, 2011). První fáze se nazývá odlučovací – po porodu dochází k děložní retrakci v celé děložní stěně a následně dojde ke kontrakci, kdy dochází k odlučování placenty od děložní stěny (Slezáková, 2011). Během druhé fáze se lůžko vypuzuje z dělohy vlivem kontrakcí, a navíc se k nim připojí pocit nutnosti na tlačení a žena placentu spontánně vytlačí (Slezáková, 2011). A v poslední fázi, která je nazývána hemostatická, dojde k zástavě krvácení z plochy na děloze (Slezáková, 2011).

Odlučování a porod placenty má celkem tři mechanismy (Procházka et al., 2018). První mechanismus je pojmenován podle Baudeloque-Schultze (odloučení placenty středem) (Binder, 2015). Druhý typ se nazývá odlučování podle Gessnera (placenta se odlučuje od periferie, ale před odloučením se kornoutovitě sbalí a rodí se svou fetální stranou)

(Binder, 2015). A poslední mechanismus je odlučováním podle Duncana (placenta se odlučuje hranou) (Procházka et al., 2018). Existují tři známky odloučení placenty, které nám určí, zda je nebo není placenta odloučená. První známkou je Ahlfeldovo znamení, druhá známka se nazývá Schröderovo znamení a poslední je Küstnerovo znamení (Procházka et al., 2018). Po porodu placenty lékař nebo porodní asistentka zkontroluje ženu v gynekologických zrcadlech, protože během porodu může dojít k vnitřnímu poranění u ženy (například děložního čípku) a právě zkontrolováním vnitřních rodidel, může být poporodní poranění odhaleno (Dušová et al., 2019). Případná poranění jsou lékařem nebo porodní asistentkou znecitlivěna injekcí s anestetikem a ošetřena (Gregora, Velemínský ml., 2013). Poranění zašije lékař či porodní asistentka vstřebatelnými stehy, které během několika dnů samy vypadnou (Gregora, Velemínský ml., 2013).

#### ***1.5.3.1 Role porodní asistentky během třetí doby porodní***

Žena může být v této chvíli v neklidu a na místě je komunikace mezi ženou, porodní asistentkou a porodníkem. Porodní asistentka plní přání ženy, které si uvede do porodního plánu. V této době porodní se obvykle jedná o prosbu přestříhnutí pupečnicku otcem dítěte a bonding na porodím sále (Hanáková et al. 2015). Porodní asistentka edukuje ženu v oblasti péče o poporodní poranění v rámci šestinedělí (Dušová et al., 2019). Vhodné je sprchovat se vestoje, udržovat poranění v suchu a v čistotě, to znamená častá výměna vložek, a především je nutné upozornit na používání dvou ručníků (jeden na genitál a druhý na zbytek těla) (Dušová et al., 2019). Porodní asistentka asistuje lékaři při šití poporodních poranění (Koudelková, 2019). Dále, je-li to třeba, provádí jednorázové vyprázdnění močového měchýře, je-li to třeba, které musí být provedeno za velmi sterilních podmínek (Procházka et al., 2018). Dále přidává na sterilní stolek materiál, o který si lékař požádá (Čermáková, 2017). Po ošetření porodních poranění omyje porodní asistentka roditel 3% Peroxidem vodíku, položí na ně dlouhou roušku s vložkami a dále uloží ženu do vodorovné polohy a přikryje ji pokrývkou (Koudelková et al., 2019). Je třeba edukovat o nutnosti nedávat po porodu ruce za hlavu a upozornit tak na riziko poporodního krvácení (Čermáková, 2017). Porodní asistentka kontroluje celkový stav ženy, její fyziologické funkce a zavinování dělohy (Čermáková, 2017).

#### ***1.5.4 Čtvrtá doba porodní***

Tato doba se jinak nazývá poporodní období (Slezáková, 2011). Čtvrtá doba porodní začíná po porodu placenty včetně plodových obalů a trvá dvě hodiny na porodním sále (Koudelková et al., 2019). Porod nekončí porožením placenty, jelikož porození placenty

neodstraní riziko poporodního krvácení (Procházka et al., 2018). Dále Procházka et al., (2018) uvedli, že po porodu placenty má děloha tendenci relaxovat. Právě ve dvouhodinovém časovém intervalu je žena nejvíc ohrožena rizikem poporodního krvácení (Slezáková, 2011). Po celou dobu porodu může být na porodním sále přítomen doprovod ženy (Gregora, Velemínský ml., 2013). Ten může provádět bonding (upevnění vztahu dítěte s rodiči), což může být jedno z přání ženy, které sdělí ve svém porodním plánu (Dušová et al., 2019). Bašková (2015) uvedla, že jedno z přání ženy může být, aby byl novorozenec ihned po porodu přiložen na její hrudník a následně i na hrudi ošetřen neonatologem (lékař, který se specializuje na péči o fyziologické i patologické novorozence). Další prosba, kterou si žena uvede v porodním plánu, může být neustálá přítomnost novorozence, dovolí-li to však jeho stav (Jirásková, 2011). V rámci prvního ošetření novorozence na porodním sále, žena může odmítnout kredeizaci u novorozence (vykapávání očních spojivek novorozence jako prevence streptokokové infekce) a aplikaci vitamínu K (jako prevence novorozenecké hemoragie) (Roztočil et al., 2017). Po uplynutí dvou hodin je žena za normálních okolností i s novorozencem převezena na ošetrovací jednotku šestinedělí (Gregora, Velemínský ml., 2013).

#### ***1.5.4.1 Role porodní asistentky během čtvrté doby porodní***

Během této doby, by měly porodní asistentky respektovat přání ženy. Na základě obavy z poporodního krvácení sleduje porodní asistentka u ženy krevní tlak, plus, teplotu a vše zaznamenává do dokumentace (Koudelková et al., 2019). Dále sleduje zavinování dělohy, a především poporodní krvácení (Gregora, Velemínský ml., 2013). Na podporu endogenní sekrece oxytocinu přikládáme novorozence ideálně do třiceti minut od narození (Procházka et al., 2018). Žena má po celou čtvrtou dobu porodní natažené dolní končetiny, horní končetiny má podél těla a je přikryta pokrývkou (Koudelková et al., 2019). Ohled je brán i na psychickou pohodu ženy (Slezáková, 2011). Porodní asistentka by měla ženu edukovat o tom, aby po dobu dvou hodin na porodním sále nepila ani nejedla, aby v případě nečekaných komplikací mohla být žena uvedena do celkové anestezie (Dušová et al., 2019). Je důležité informovat ženu i doprovod na možnost využití signalizace, kdyby u ženy nastaly nečekané komplikace. Ke konci čtvrté doby porodní se provádí u novorozence první ošetření. Po uplynutí dvou hodin na porodním sále porodní asistentka opět zkontroluje u ženy fyziologické funkce, krvácení, přiloží na rodidla čisté vložky a vše zaznamená do dokumentace (Koudelková et al., 2019).

## ***1.6 Období šestinedělí***

Šestinedělí neboli puerperium začíná porozením plodu a končí 42. dnem po porodu (Koudelková, 2013). Změny, které nastaly v organismu ženy převážně na pohlavních orgánech v souvislosti s těhotenstvím, se v šestinedělí vracejí do původního stavu (Dušová et al., 2019). V dnešní době probíhá na ošetrovací jednotce šestinedělí systém rooming-in, což znamená, že žena je na pokoji s novorozencem (Gregora, Velemínský ml., 2013). Spouští se hormonální změny na základě porození dítěte a odloučení placenty (Studničková et al., 2018). Žena je v období šestinedělí víc citlivější a zranitelnější (Gregora, Velemínský ml., 2013). V prvních dnech po porodu žena vyžaduje především náklonost, pochopení, péči a radu od porodní asistentky (Studničková et al., 2018).

Období šestinedělí se dělí na časně a pozdní (Dušová et al., 2019). Časně šestinedělí trvá do prvních sedmi dnů po porodu a pozdní je doba, kdy dochází k zavinování neboli involuci dělohy, jež se dostává na svou původní hmotnost 50-100 g (Studničková et al., 2018). Zavinování dělohy kontrolují porodní asistentky po porodu, a to sledováním výšky děložního fundu, přičemž první den děložní fundus sahá k pupku a v následujících dnech klesá o jeden prst a čtvrtý den po porodu je obvykle děložní fundus v polovině mezi pupkem a stydkou sponou (Binder, 2011). Involuce dělohy probíhá na základě stahování děložní svaloviny, děložního tonusu a hormonálních vlivů (Koudelková, 2013). Děloha se může pomaleji zavinovat po vícečetném těhotenství či po polyhydramniu (velké množství vody plodové) (Koudelková, 2013).

Decidua se vypuzuje ve formě očistků (lochia) a jedná se o sekret z dutiny děložní, skládající se z krve, kousků deciduy, krevních sraženin, sekretu z hrdla děložního a pochvy (Slezáková, 2013). Očistky mají svůj charakteristický nasládlý až mdlý zápach (Dušová et al., 2019). Po porodu děloha vylučuje množství krevních sraženin (lochia rubra), objem očistků postupně klesá a mění svou barvu z červené na hnědo-červenou (lochia fusca) (Studničková et al., 2018). Za pár týdnů je množství opět sníženo a také dojde ke změně barvy lochií z hnědé na žlutou (lochia flava) a poté na barvu bílou (lochia alba) (Studničková et al., 2018). V průběhu šestinedělí množství odcházejících očistků ubývá (Gregora, Velemínský ml., 2013).

V období šestinedělí dochází k hojení porodních poranění, která vyžadují speciální, a především šetrnou péči za aseptických podmínek (Slezáková, 2013). Psychika ženy je v šestinedělí zatížena vysokou zátěží a vychází z hormonálních změn (Dušová et al.,

2019). U většiny žen se krátce po porodu objeví období pláče, únavy, neklidu a špatné nálady a takové období se nazývá poporodní blues (Gregora, Velemínský ml., 2013). Jde o zcela normální reakci, kdy organismus ženy reaguje na prožitý stres a seznamuje se s novou životní situací (Gregora, Velemínský ml., 2013).

Po fyziologickém porodu se ženě spontánně spouští laktace (tvorba mateřského mléka) (Koudelková, 2013). Žena, která kojí, spotřebuje více energie než v těhotenství, proto je důležité, aby výživa kojící matky byla lehká, pestrá, vyvážená a bohatá na bílkoviny (Dušová et al., 2019). Do jídelníčku kojících žen je vhodné zařadit avokádo, pečivo z celozrnné mouky, zeleninu, minerální látky a vitamíny (Dušová et al., 2019). V prvních dnech se tvoří mlezivo (kolostrum), které obsahuje velké množství bílkovin, vitamínů a látek na podporu imunity dítěte (Koudelková, 2013). Obvykle mezi druhým a třetím dnem dochází u ženy k tvorbě pravého mléka (Koudelková, 2013). Důležité je kontrolovat prsa po kojení a včas rozpoznat počínající zánět (Dušová et al., 2019). U žen, které jsou po císařském řezu, může být tvorba mléka prodloužená o jeden nebo více dnů (Koudelková, 2013). Na tvorbu mléka mají velmi příznivý vliv bylinné čaje (například fenýkl) (Studničková et al., 2018). Studničková et al., (2018) uvedli, že je doporučováno kojit podle potřeby novorozence. Zpočátku z obou prsů při jednom kojení, a to na kratší dobu, ale v častějších intervalech (Studničková et al., 2018). Bolest bradavek může vzniknout nesprávnou technikou při kojení, tím je myšleno nesprávné přiložení a nesprávná poloha novorozence dále držení nebo uchopení prsu novorozencem (Dušová et al., 2019). Má-li žena popraskané bradavky, je vhodné na ně nanést tenkou vrstvu hojivého krému například Bepanthen, nebo je možné nanést na bradavky mateřské mléko, které má hojivé účinky (Koudelková, 2013).

Co se týče šestinedělí, bývá také obvykle zmíněno v porodním plánu. Velmi častým přáním ženy bývá nadstandartní pokoj na ošetrovací jednotce šestinedělí (Roztočil et al., 2017). V oblasti péče o novorozence některé ženy uvádějí, že si přejí novorozence poprvé vykoupat až druhý den po porodu (Jirásková, 2011). Stoprocentní kojení je přáním téměř každé ženy, která má porodní plán a obvykle si žena nepřeje novorozence přikrmit uměle vytvořeným mlékem (Roztočil et al., 2017). Některá žena může mít požadavek na novorozeneckou stanicí ohledně kojení a laktačního poradenství (Roztočil et al., 2017).

### ***1.6.1 Role porodní asistentky v období šestinedělí***

Porodní asistentka by měla respektovat přání ženy, která si uvedla v porodním plánu po celou dobu hospitalizace ženy na ošetrovací jednotce šestinedělí. Porodní asistentka má za úkol edukovat ženu o očistkách, dále by měla ženu upozornit, že očistky jsou infekční a měla by klást důraz na častou výměnu použitých vložek (Koudelková, 2013). Nezbytné je, aby porodní asistentka informovala ženu o důležitosti hygieny rukou po manipulaci s použitými vložkami a po použití toalety (Gregora, Velemínský ml., 2011). Dále by měla porodní asistentka poučit o vhodných porodnických vložkách, které jsou mnohem prodyšnější oproti klasickým vložkám a upozornit na zákaz používání tamponů v období šestinedělí (Koudelková, 2013). Je třeba, aby si porodní asistentka všímala i psychických změn, které mohou u žen po porodu nastat. Psychické změny u ženy mohou přetrvávat po několik měsíců (Roztočil, 2017). V období šestinedělí se mohou u ženy vyskytnout tři psychiatrické poruchy (poporodní blues, poporodní deprese a poporodní psychóza (Studničková et al., 2018). Jakmile si porodní asistentka všimne psychických změn u ženy, měla by informovat lékaře, který navrhne další postup.

Edukace ohledně hygieny většinou probíhá při prvním vstávání po porodu na ošetrovací jednotce šestinedělí a porodní asistentka edukuje o důkladné hygieně genitálu, a to především omývání teplou vodou a po sprše vždy dokonalé osušení (Koudelková, 2013). Co se týče edukace v oblasti péče o prsy, je třeba, aby porodní asistentka kladla důraz na edukaci hygieny rukou před a po kojení a upozornit na vhodnou kojící podprsenku, která by měla být dostatečně velká a bavlněná (Dušová et al., 2019). Prsy by neměla omývat žádnými oleji, parfémovanými mýdly či dezinfekčními prostředky (Dušová et al., 2019).

Porodní asistentka by měla ženu informovat, aby se během celého šestinedělí vyvarovala pohlavnímu styku, nachlazení, a především dbát na vhodnou životosprávu s dostatečným příjmem tekutin (Gregora, Velemínský ml., 2013). Při odchodu z nemocnice je žena poučená o vhodné životosprávě, hygieně a péči o dítě (Studničková et al., 2018). V domácím prostředí by měla žena dodržovat zásady správné hygieny, o kterých ji edukovala porodní asistentka, a dbát především o hygienu rukou před a po kojení novorozence (Gregora, Velemínský ml., 2013). Objeví-li se v průběhu šestinedělí jakákoliv komplikace, je vhodné ihned vyhledat lékařskou pomoc (Gregora, Velemínský ml., 2013). Na konci šestinedělí žena navštíví svého gynekologa, který zhodnotí její celkový tělesný stav, zhojení poporodních poranění a provede vyšetření děložního čípku, které je spojeno se stěrem na cytologické vyšetření (Gregora, Velemínský ml., 2013).



## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl 1: Zjistit postoje porodních asistentek k porodnímu plánu.

Cíl 2: Zjistit, jaký je přístup porodních asistentek k rodičkám s porodním plánem.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Otázka 1: Jaké jsou názory porodních asistentek na porodní plán?

Otázka 2: Jak přistupují porodní asistentky k rodičkám s porodním plánem?

### **2.3 Operacionalizace pojmů**

*Komunikace* je plynulý proces lidského života. Při komunikaci dochází k vzájemnému vyjednávání jednotlivých zpráv účastníků v komunikačním procesu, který je složen z pěti složek, a to příjemce – komunikátor (ten kdo vysílá zprávu), příjemce – komunikant – tomu je zpráva určena, zpráva (komuniké), zpětná vazba a kontext – prostředí a daná situace (Šulistová, Trešlová, 2012). Pokud některá složka chybí, tak komunikace nemůže probíhat (Šulistová, Trešlová, 2012).

*Názor* je brán jako subjektivní názor člověka, který obvykle vychází z emocí a pocitů člověka a může či nemusí být založen na faktech, kterými většinou bývá člověk ovlivňován (Burýšek, 2019).

*Porod (partus)* představuje každé ukončení těhotenství narozením živého nebo mrtvého novorozence s hmotností  $\geq 500$  g (Procházka et al., 2018). Vlastní průběh porodu je členěn do několika fází, které jsou nazvány doby porodní (Gregora, Velemínský ml., 2013)

*Porodní asistentka* je zdravotnický pracovník, který má plnou kompetenci samostatně pečovat o fyziologicky těhotné ženy (ženy s bezproblémovým průběhem těhotenství), vést samostatně porod a pečovat o ženu v šestinedělí, včetně novorozence (Samková, 2020).

*Porodní plán* tvoří písemný seznam požadavků těhotné ženy, které si žena zvolí na základě svého úsudku (Pařízek, 2015). Porodní plán je představa ženy o ideálním porodu (Dušová et al., 2019).

## 3 Metodika výzkumu

### 3.1 Metodika a technika výzkumu

Výzkumná část bakalářské práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Sběr dat byl uskutečněn prostřednictvím individuálních polostrukturovaných rozhovorů, které byly realizovány na základě předem připravených, otevřených otázek. Výzkumné šetření se uskutečnilo v březnu a v dubnu 2020. Jeden rozhovor tvořilo devět hlavních otázek a několik doplňujících podotázek. Otázky byly pokládány porodním asistentkám, které pracují na porodním sále ve zdravotnických zařízeních v Českém Krumlově a v Českých Budějovicích. Pokud se stalo, že porodní asistentka nerozuměla otázce, následně byla položena doplňující otázka za účelem lepšího pochopení položené otázky.

Rozhovory byly realizovány na základě ústní a písemné domluvy s příslušným zdravotnickým zařízením a s porodními asistentkami, které byly předem seznámené s tématem bakalářské práce a upozorněné na následné využití dat a zachování naprosté anonymity. Rozhovory byly uskutečněny v klidném prostředí, jež nebylo ovlivněno vnějšími vlivy. Všechny oslovené porodní asistentky souhlasily s poskytnutím rozhovoru i s jeho nahráváním na diktafon. Poté byly rozhovory doslovně zpracovány do písemné podoby a následně analyzovány. Analýza a zpracování dat proběhlo formou otevřeného kódování, metodou „tužka a papír“ (Švaříček et al., 2014). Aby byla zachována anonymita porodních asistentek, byly porodní asistentky ve výzkumném šetření označeny PA1 (porodní asistentka 1) až PA11 (porodní asistentka 11). Jednotlivé odpovědi byly barevně odlišeny, jak pro lepší přehlednost, tak pro následné uspořádání do kategorií a podkategorií. Přímá řeč porodních asistentek byla vždy označena kurzívou.

Na základě analýzy dat vznikly dvě hlavní kategorie Porodní plán a Porod s porodním plánem, které se následně dělily na podkategorie. V každé podkategorii jsou jednotlivě popsány odpovědi porodních asistentek, které byly někdy doplněné přímou citací, jež byla vyznačena kurzívou. První hlavní kategorii Porodní plán tvořily podkategorie – Význam porodního plánu, Pohled na porodní plán a Důvod vypracování porodního plánu. Druhou hlavní kategorii Porod s porodním plánem tvořily podkategorie – Postoj PA k ženě s porodním plánem, Typy žen s porodním plánem při porodu, Přání během porodu, Průběh porodu, Chování žen s porodním plánem, Spolupráce doprovodu se ženou a Komunikace PA se ženou s porodním plánem.

Součástí rozhovoru bylo devět otevřených otázek, které byly v průběhu rozhovoru rozšířeny o doplňující otázky. V úvodu rozhovoru byly otázky zaměřené na identifikační údaje porodních asistentek. Další otázky směřovaly k zmapování názoru porodních asistentek na porodní plán, jaký má význam porodní plán, postoje porodních asistentek k ženám s porodním plánem, frekvenci žen s porodním plánem, které přicházejí do porodnice, které ženy si vypracovávají porodní plán a z jakého důvodu si porodní plán vypracovávají.

### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný soubor byl zvolen jeden a byl tvořen porodními asistentkami pracujícími v Nemocnici Český Krumlov a.s. a v Nemocnici České Budějovice, a.s. Mezi kritéria výběru porodních asistentek patřilo, aby jejich současná pracovní pozice byla na porodním sále, dále aby měly zkušenosti se ženami, které si přály родit podle porodního plánu, a v neposlední řadě souhlas porodních asistentek s poskytnutím rozhovoru.

V Tabulce 1 jsou uvedeny základní údaje o porodních asistentkách. Základní údaje zahrnovaly věk, nejvyšší dosažené vzdělání, dřívější pracovní pozici a současnou pracovní pozici.

## 4 Výsledky výzkumu

### 4.1 Identifikační údaje porodních asistentek

Tabulka 1 – Identifikační údaje porodních asistentek

Porodní asistentka	Věk	Vzdělání	Předchozí pracoviště	Současné pracoviště
PA1 (ČK)	23	Vysokoškolské	Porodní sál	Porodní sál
PA2 (ČK)	25	Vysokoškolské	Ošetrovací jednotka šestinedělí	Porodní sál
PA3 (ČK)	47	Vysokoškolské	Ošetrovací jednotka šestinedělí a gynekologie	Porodní sál
PA4 (ČK)	52	Specializační	Ošetrovací jednotka šestinedělí, gynekologie a JIP	Porodní sál
PA5 (ČK)	59	Specializační	Ošetrovací jednotka gynekologie a porodní sál	Porodní sál
PA6 (ČB)	24	Vysokoškolské	Ošetrovací jednotka šestinedělí	Porodní sál
PA7 (ČB)	34	Vysokoškolské	Ošetrovací jednotka gynekologie	Porodní sál
PA8 (ČB)	54	Specializační	Ošetrovací jednotka rizikového těhotenství	Porodní sál
PA9 (ČB)	38	Vysokoškolské	Ošetrovací jednotka šestinedělí	Porodní sál
PA10 (ČB)	25	Vysokoškolské	Porodní sál	Porodní sál
PA11 (ČB)	24	Vysokoškolské	Porodní sál	Porodní sál

Zdroj: Vlastní

Vysvětlivky: PA – porodní asistentka; ČB – České Budějovice; ČK – Český Krumlov

Tabulka 1 představuje identifikační údaje jedenácti porodních asistentek z Nemocnice Český Krumlov, a.s. a z Nemocnice České Budějovice, a.s. Věk porodních asistentek (PA1-PA11) se pohyboval v rozmezí 23 až 59 let. Porodní asistentky (PA1, PA2, PA3, PA6, PA7, PA9, PA10 a PA11) mají vysokoškolské vzdělání, (PA4, PA5 a PA8) mají nejvyšší dosažené vzdělání pomaturitní specializaci pro práci na porodním sále. Předchozí pracoviště stanici šestinedělí uvedla (PA2, PA3, PA4, PA6 a PA9). Pro (PA1, PA5, PA10 a PA11) byl porodní sál předchozím pracovištěm. Na stanici gynekologie pracovala (PA3, PA4, PA5 a PA7), dále PA7 uvedla stanici rizikového těhotenství a na stanici JIP pracovala PA4. Rozhovory probíhaly ve zdravotnickém zařízení.

Porodní asistentce PA1 je 23 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské, má bakalářský titul, který získala na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Do nemocnice Český Krumlov nastoupila na porodní sál, kde i nyní pracuje jako porodní asistentka.

Porodní asistentce PA2 je 25 let. Nevyšší dosažené vzdělání má vysokoškolské, má bakalářský titul, který získala na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Po dokončeném studiu nastoupila do nemocnice Český Krumlov na stanici šestinedělí a nyní pracuje na porodním sále jako porodní asistentka.

Porodní asistentce PA3 je 47 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské, má bakalářský titul, který získala na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Pracovala ve FN Hradci Králové na oddělení šestinedělí a gynekologie a nyní pracuje v nemocnici Český Krumlov na porodním sále jako porodní asistentka.

Porodní asistentce PA4 je 52 let. Své nejvyšší dosažené vzdělání má pomaturitní specializaci pro práci na porodním sále. Dříve pracovala na stanici šestinedělí, gynekologie, JIP a nyní pracuje na porodním sále v nemocnici Český Krumlov jako porodní asistentka.

Porodní asistentce PA5 je 59 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je pomaturitní specializace pro práci na porodním sále. Pracovala na gynekologickém oddělení a nyní pracuje na porodním sále v nemocnici Český Krumlov jako porodní asistentka.

Porodní asistentce PA6 je 24 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské, má bakalářský titul, který získala na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Po ukončení svého studia v roce 2018 nastoupila do nemocnice České Budějovice na stanici šestinedělí a nyní pracuje pátým měsícem na porodním sále jako porodní asistentka.

Porodní asistentce PA7 je 34 let. Své nejvyšší dosažené vzdělání má vysokoškolské, má bakalářský titul, který získala na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Po ukončení svého studia nastoupila na stanici gynekologie v nemocnici České Budějovice a nyní pracuje na porodním sále také v Českých Budějovicích jako porodní asistentka.

Porodní asistentce PA8 je 54 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je pomaturitní specializace pro práci na porodním sále. Dříve pracovala na stanici rizikového těhotenství v Českých Budějovicích a nyní pracuje na porodním sále v Českých Budějovicích jako porodní asistentka.

Porodní asistentce PA9 je 38 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské, má bakalářský titul, který získala na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Po ukončení svého vzdělání nastoupila na stanici šestinedělí do nemocnice České Budějovice. Po mateřské dovolené se vrátila na stanici šestinedělí a nyní pracuje na porodním sále jako porodní asistentka v Českých Budějovicích.

Porodní asistentce PA10 je 25 let. Své nejvyšší dosažené vzdělání má vysokoškolské, má bakalářský titul, který získala na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Po ukončení svého vzdělání nastoupila v roce 2017 do nemocnice České Budějovice na porodní sál jako porodní asistentka, kde pracuje i v současné době.

Porodní asistentce PA11 je 24 let. Nejvyšší dosažené vzdělání má vysokoškolské, má bakalářský titul, který získala na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Po ukončení svého vzdělání v roce 2019 nastoupila do nemocnice České Budějovice na porodní sál jako porodní asistentka, kde pracuje i v současné době.

## 4.2 Kategorizace dat

Na základě získaných odpovědí v průběhu výzkumného šetření byly definovány dvě hlavní kategorie a jejich podkategorie (Tabulka 2).

**Tabulka 2 – Hlavní kategorie a podkategorie**

Kategorie	Podkategorie
Porodní plán	Význam PP
	Pohled na PP
	Důvod vypracování PP
Porod s porodním plánem	Postoj PA k ženě s PP
	Typy žen s PP při porodu
	Přání během porodu
	Průběh porodu s PP
	Chování žen s PP
	Spolupráce doprovodu se ženou
	Komunikace PA se ženou s PP

*Zdroj: vlastní*

*Vysvětlivky: PP – porodní plán; PA – porodní asistentka*

Tabulka 2 zobrazuje dvě hlavní kategorie, a to Porodní plán a Porod s porodním plánem. První hlavní kategorie Porodní plán má tři podkategorie – Význam porodního plánu, Pohled na porodní plán, Důvod vypracování porodního plánu. Druhá hlavní kategorie Porod s porodním plánem obsahuje sedm podkategorií – Postoj PA k ženě s porodním plánem, Typy žen s porodním plánem při porodu, Přání během porodu, Průběh porodu s porodním plánem, Chování žen s porodním plánem, Spolupráce doprovodu se ženou a Komunikace PA se ženou s porodním plánem.



#### **4.2.1 Výsledky výzkumného šetření s porodními asistentkami**

##### **Kategorie 1 Porodní plán**

Kategorie Porodní plán obsahuje tři podkategorie, které vznikly na základě získání informací od porodních asistentek. Z informací vyplynulo, jaký má porodní plán podle porodních asistentek význam, jaký mají porodní asistentky pohled na porodní plán a proč si ženy vypracovávají porodní plán.

##### ***Podkategorie 1 Význam porodního plánu***

V této podkategorii je zobrazeno, jaký má porodní plán význam podle porodních asistentek.

Všechny porodní asistentky, se kterými byl veden rozhovor se shodly, že porodní plán představuje sepsání osobních požadavků ženy, které by měly být splněny ve všech dobách porodních. Podle PA1 porodní plán odhaluje osobnost ženy. PA2 se domnívá, že ženy obvykle uvedou přání, která o nich vypovídají, co je pro ně podstatné. PA3 doplnila: *„Porodní plán má zdravotnickému personálu sdělit souhlas, nebo nesouhlas s poskytnutím výkonů během porodu. Domnívám se, že si ženy vypracovávají porodní plán okolo 35. týdne těhotenství.“* PA8 dodala: *„Vše závisí na samotném porodu a je možné v jakékoli fázi běžícího porodu přání změnit, protože se nejedená o oficiální dokument.“* Porodní asistentky (PA3, PA4, PA6, PA7, PA9 a PA10) uvedly, že přání v porodním plánu se týkají i období po porodu během pobytu na stanici šestinedělí. Porodní asistentky (PA1, PA6 a PA11) řekly, že porodní plán může být směřován jen na samotného novorozence. PA6 doplnila: *„Jednou jsem zažila ženu, která si sama pro sebe nic nepřála, jen měla seznam bodů ohledně miminka, kde byla zahrnuta kontrola dětským lékařem na hrudi matky a první ošetření na porodním sálu.“* Porodní asistentky (PA5 a PA7) se k této problematice vyjádřily, že přání v porodním plánu nemusí být jen o tom, co si ženy přejí, ale také o tom, co si nepřejí. PA7 doplnila: *„Je velmi důležité, aby si každá porodní asistentka dávala pozor, aby nejednala vůči porodnímu plánu.“* PA10 sdělila: *„Většinou si ženy porodní plán rozdělují do jednotlivých porodních dob, kam si píšou, o co by měly zájem.“*

## ***Podkategorie 2 Pohled na porodní plán***

Podkategorie Pohled na porodní plán popisuje, jaký mají porodní asistentky náhled na porodní plán a popisují důležitost porodního plánu během porodu.

Z rozhovorů s porodními asistentkami bylo zjištěno, že porodní asistentky (PA1, PA2, PA3, PA4, PA5, PA6, PA7, PA8 a PA11) měly stejný pohled na porodní plán a to, že jsou k porodnímu plánu nakloněné a vítají ho. PA1 se domnívá, že v dnešní době má zhruba 30 % rodiček porodní plán a postupem času bude tento „trend“ častější. PA2 doplnila „*Někdy mi však přijde, že čtu nějakou knihu a zřejmě jde o okopírovaný porodní plán.*“ PA3 se k této problematice vyjádřila, že porodní plán nemusí mít určitou formu nebo obsah, vše záleží pouze na ženě samotné a PA3 je ráda, když má žena výstižná a splnitelná přání. PA6 doplnila: „*Nemám žádné výtky, pokud přijde žena na porodní sál s porodním plánem. Co mě ale mrzí je, že většina žen si stáhne nějaké informace z internetu, aniž by tomu rozuměly a uvedou si to do porodního plánu.*“ Podle PA6 existuje možnost získat informace u svého gynekologa, nebo v ambulanci příslušné nemocnice. Porodní asistentky (PA5, PA6 a PA8) popsaly, že porodní plán je vhodný pro navázání komunikace a vytvoření vztahu mezi ženou a porodní asistentkou. PA7 vypověděla, že někdy nastane situace, kdy se porodním plánem nemůže řídit, a to obvykle, když nastane během porodu u ženy na porodním sále nějaká komplikace. PA8 řekla: „*Porodní plán může pomoci po psychické stránce, v rámci domluvy a vysvětlení postupů, které žena nezná.*“ A dále PA8 uvedla, že lékař ženě sdělí, co on považuje za optimální podle situace, aby průběh porodu, zdraví plodu a ženy nebylo ohroženo. PA11 se vyjádřila k porodnímu plánu kladně a je ráda, když žena zná, co určitá přání znamenají a mají o nich získané správné informace. Porodní asistentky (PA9 a PA10) oproti ostatním porodním asistentkám mají jiný pohled na porodní plán. Uvádějí, že porod si nelze naplánovat, takže je naprosto zbytečné sepisovat si porodní plán a počítat dopředu s tím, že porod bude probíhat přesně podle porodního plánu. PA9 uvádí: „*Myslím si, že porodní plán je zbytečnost, kterou žena nepotřebuje.*“ PA10 vypověděla: „*Osobně si myslím, že je porodní plán výmyslem této doby a ženy kolikrát ani neví, o čem píšou do porodního plánu.*“

### ***Podkategorie 3 Důvod vypracování porodního plánu***

Tato podkategorie popisuje důvody, proč si ženy podle porodních asistentek vypracovávají porodní plán.

Porodní asistentky (PA1, PA2, PA5, PA6 a PA8) řekly, že si ženy vypracovávají porodní plán, protože mají strach. PA1 se domnívá, že nejčastějším důvodem bývá strach či obava z něčeho, co neznají a dále doplnila „*Žádná žena si nepřeje, aby porod došel do takové fáze, kdy bude ohroženo zdraví dítěte.*“ Podle PA6 sepsání porodního plánu může alespoň částečně snížit strach ženy z porodu. PA8 doplnila: „*Myslím si, že ženy nejvíc trápí to, že jdou do něčeho neznámého, pokud to jsou tedy prvorodičky a pokládají si otázky, jestli zvládnou péči, zotavit se po porodu, ať jde buď o spontánní porod, nebo jde o císařský řez a jestli brzy naberou síly na péči o novorozence.*“ Porodní asistentky (PA3, PA6 a PA7) v této problematice uvedly, že důvodem, proč si ženy vypracovávají porodní plán, může být i jejich špatná zkušenost z předešlého porodu. PA3 doplnila: „*Například se ženě nelíbil přístup personálu a nemá být přítomnost většího počtu osob u porodu.*“ Porodní asistentky (PA5 a PA10) řekly, že jeden z nejčastějších důvodů k vypracování porodního plánu je ten, že si ženy přejí přirozený porod bez jakýchkoliv zásahů, například tlumení porodní bolesti. PA10 doplnila: „*Tlumení porodní bolesti bývá velmi často během porodu přehodnoceno.*“ Porodní asistentky (PA7 a PA8) hovořily o tom, že důvodem, proč si ženy vypracovávají porodní plán, je ten, že chtějí získat představu o průběhu porodu a výkonech, které s porodem souvisí. PA9 uvedla: „*Podle mého názoru porodní plán může i nemusí eliminovat strach u rodičky, ale myslím si, že pokud se porod rozběhne, žena úplně na strach zapomene a vnímá jen bolesti. Kolikrát se stane, že nevnímá ani nás jako personál, ale je to zcela přirozené.*“ Porodní asistentky (PA4, PA6, PA7, PA8 a PA11) popisovaly, že porodní plán obvykle mají ženy prvorodičky. PA4 k tomuto doplnila: „*Nemusí však jít jen o prvorodičky. Žena může například žádat o vysvětlení určitých výkonů, o kterých nemá informace a z jakého důvodu k nim přistupujeme.*“ A PA7 dodala: „*Ale nemusí mít porodní plán jen prvorodičky, protože můžou mít spoustu důvodů, proč si zvolit při dalším porodu porodní plán. Právě naopak už ví, co je čeká a chtějí si svůj porod nějakým způsobem zpříjemnit a třeba nahradit to, co se jim u prvního porodu nepodařilo.*“ PA7 ke své odpovědi doplnila, že například u prvního porodu se partnerovi nepodařilo přestříhnout pupečník, a právě u dalšího, by to mohlo být jedno z přání. Porodní asistentky (PA2, PA3, PA6, PA9 a PA11) v této problematice měly stejný názor, že důvodem, proč si ženy vypracovávají porodní plán, může být to, že

se o něm dočtou na internetu, nebo jim informaci o možnosti vypracování si porodního plánu obvykle sdělí kamarádka. PA9 doplnila: „*Pokud přijde žena s tím, že si porodní plán sestavila na základě některých internetových stránek, tak obvykle to dopadá tak, že porodnímu plánu ani sama nerozumí.*“

## **Kategorie 2 Porod s porodním plánem**

Kategorie Porod s porodním plánem zahrnuje celkem šest podkategorií, a to Postoj PA k ženě s porodním plánem, Přání během porodu, Průběh porodu s porodním plánem, Chování žen s porodním plánem, Spolupráce doprovodu se ženou a Komunikace PA se ženou s porodním plánem.

### ***Podkategorie 1 Postoj PA k ženě s porodním plánem***

Tato podkategorie hovoří o tom, jak porodní asistentky přistupují k ženě s porodním plánem.

Na základě odpovědí bylo vyhodnoceno, že všechny porodní asistentky jsou k ženě vždy nakloněné a snaží se vyhovět jejím přáním. PA1 zmínila, že zažila ženu, která měla porodní plán o rozsahu čtyř stran, kde měla například uvedeno, kolikrát mohou porodní asistentky poslouchat ozvy plodu a provést kardiokografický záznam. A uvedla: „*To mi přijde nesmyslné.*“ Porodní asistentky (PA4 a PA5) popsaly, že porodní asistentka nemůže začít provádět nějaký výkon, aniž by se ženy nezeptala, jestli s výkonem souhlasí. PA5 doplnila: „*Proto je tak důležitá komunikace již od příjmu na porodní sál.*“ PA6 uvedla: „*Starala jsem se o sympatickou prvoroďičku, která neměla v porodním plánu žádná extrémní přání, naopak výstižná. Můj postoj byl takový, že jsem se vždy zeptala, jestli souhlasí se svým přáním a jestli nezměnila názor.*“ Porodní asistentky (PA6 a PA7) zastávaly názor, že velkou roli v problematice porodního plánu hraje osobnost ženy. PA6 dodala: „*Snažím se přistupovat vždy empaticky a být oporou, ale pokud má žena povahu, že si nenechá nic vysvětlit ani poradit, potom je domluva dost těžká a upřímně těžko se i spolupracuje.*“ PA7 uvedla, že se starala o ženu, která si přála hydroterapii v první době porodní na tlumení porodní bolesti, a díky přípravě došlo k rychlému otevření hrdla děložního a vanu žena nestihla a PA7 doplnila: „*To jsou situace, které nejsme schopny odhadnout a myslím si, že by žena takovou situaci měla brát v úvahu.*“ PA8 popsala, že respektuje všechna přání, která si žena uvede v porodním plánu, přistupuje empaticky a v celém průběhu porodu si dává pozor, aby všechna přání dodržela. A dodává: „*Protože se u nás ženy s porodním plánem pravidelně nevyskytují, a proto je to trochu odlišná*

*práce. Nicméně jsem ráda, když si žena nechá poradit a nestojí si za svým děj se co děj.“* PA9 vypověděla, že se vždy snaží vyhovět přáním, které jsou v její kompetenci. Upozornila však na to, že pokud si žena přeje – například rodit v jiné poloze než na zádech, tak je třeba, aby proběhla domluva mezi ženou a osobou, která porod povede. PA10 říká: *„Celý porodní plán se ženou prodiskutuji a snažím se vyhovět přáním, která lze u nás v porodnici splnit.“* PA11 se k této problematice vyjádřila: *„Snažím se přistupovat tak, abych ženu nějakým způsobem neurazila a nezlehčovala její přání. Ke každé ženě přistupuji empaticky a snažím se maximálně vyhovět, ale také jen tomu, co je v mých silách a kompetencích.“*

### ***Podkategorie 2 Typy žen s porodním plánem při porodu***

V této podkategorii porodní asistentky hovoří o ženách, které si nejčastěji vypracovávají porodní plán.

Na základě odpovědí z rozhovorů se porodní asistentky (PA1, PA2, PA5, PA6, PA7, PA8, PA9 a PA11) sjednotily na stejném názoru a to, že nejčastěji mají porodní plán vypracovaný ženy alternativního zaměření na životní styl. PA3 uvedla, že obvykle porodní plán mají ženy, které mají silnou osobnost a v životě jsou zvyklé rozhodovat a dále ženy umělkyně. PA4 popsala, že velmi často porodní plán mají ženy, které chodily do předporodních kurzů a aktivně se zajímají o průběh porodu. Porodní asistentky (PA1, PA3, PA4, PA6 a PA9) uvedly, že obvykle přichází na porodní sál s porodním plánem ženy, které jsou zaměřené na přírodu a ekologické prostředí. PA1 se domnívá, že porodní plán obvykle mají ženy pracující ve vědeckých a biologických centrech. PA6 doplnila: *„Během doposud mého krátkého, pracovního období na porodním sálu jsem vyzorovala, že ženy, které přišly s porodním plánem, byly ženy, o které se během těhotenství starala dula.“* PA7 vypověděla: *„Nejčastěji mají porodní plán bio ženy a ženy, které chtějí rodit bez lékařské intervence například bez analgezie a nástřihu hráze.“* Porodní asistentky (PA2, PA3, PA7, PA9 a PA11) popisují, že také velmi často mají porodní plán ženy, které pracují ve školství. Na rozdíl od jiných porodních asistentek se PA10 k tomuto vyjádřila: *„Nemyslím si, že se dají ženy s porodním plánem nějak označit, mají je různé typy žen, tedy jak alternativní, tak i nealternativní.“*

### ***Podkategorie 3 Přání během porodu***

Podkategorie Přání během porodu popisuje, jaká jsou nejčastější přání žen, která si uvedla do svého porodního plánu.

Porodní asistentky (PA1, PA5, PA6, PA8 a PA10) se domnívají, že velmi často si ženy napíšu do porodního plánu, že si nepřejí provést preventivní nástřih hráze. PA6 k této problematice doplnila, že se preventivní nástřih hráze nedělá, ale chápe, že mnoho žen nemá informaci o tom, proč a za jakých okolností se preventivní epiziotomie provádí. PA10 k této problematice dodala: *„Pokud si žena uvede, že si nepřeje preventivní epiziotomii, tak jí vysvětlím, že k ní lékař nebo PA přistupuje jen v momentě, kdy je tkáň ohrožená rupturou různého typu.“* Porodní asistentky (PA1, PA3, PA4, PA7, PA9 a PA11) na základě svých odpovědí mají stejný názor a to takový, že jako alternativní tlumení porodní bolesti ženy využívají hydroterapii. PA3 zmínila, že jsou ženy ve vodě více uvolněnější a porodnice Český Krumlov umožňuje porod do vody. PA7 popsala, že hydroterapie, může být v kombinaci s muzikoterapií a společně mohou částečně tlumit porodní bolest a navodit harmonii u ženy. PA11 řekla, že v jejich porodnici má každý porodní box vanu, kterou mohou ženy volně využít v první době porodní. Porodní asistentky (PA2, PA3 a PA7) se v této problematice shodly, že ženy obvykle uvedou přání, týkající se přípravy na porod na porodním sále, a to odmítnutí oholení rodidel a podání očistného klyzma. PA2 dodala: *„Je to individuální, ale spíš jsem se setkala s tím, že ženy odmítly oholení rodidel než klyzma.“* PA7 popsala, že příprava na porod v podobě podání očistného klyzma proběhne, pokud žena dosáhne otevření hrdla děložního na 3 cm a do přípravy je zařazeno oholení rodidel a podání očistného klyzma. PA3 hovořila o tom, že se v jejich porodnici odhadem dvakrát do měsíce objeví žena, která má porodní plán, kde je uvedeno, že si přeje ambulantní porod. A dále doplnila: *„Procento žen, které ho využije, je velmi malé.“* Porodní asistentky (PA2, PA4, PA7, PA8, PA9 a PA11) popsaly, že si ženy velmi často uvádějí do porodního plánu, koho chtějí mít u porodu jako doprovod. Porodní asistentky (PA4 a PA7) uvedly, že si ženy občas uvedou přání o přestříhnutí pupečníku doprovodem (obvykle manželem či přítelem ženy). PA7 dodává: *„Doprovod je běžně ve všech nemocnicích umožněn.“* PA9 k této problematice doplnila, že obvykle porodnice umožňují maximálně dvě doprovázející osoby. PA8 dodala, že žena má nejen možnost volby konkrétní osoby u porodu, ale také si žena může určit snížený počet zdravotnického personálu včetně studentů u porodu. Porodní asistentky (PA1, PA5, PA8 a PA11) popisují, že velmi často si ženy nepřejí přítomnost studentů u porodu.

Porodní asistentky (PA3, PA7 a PA9) hovoří o tom, že si některé ženy přejí aromaterapii. PA3 doplnila, že existuje řada aromatických olejů a záleží na tom, jaké ženě vyhovují. PA9 v této problematice popsala, že přání jsou individuální a ženy si vybírají to, čím se uvolní. A dále zmínila, že obvykle jde o nějaké harmonizační uvolnění, masáže a aroma lampy. Porodní asistentky (PA10 a PA11) uvedly, že se velmi často v porodních plánech objevuje přání žen o možnosti nechat dotepat pupečník po narození novorozence, které se standardně v jejich porodnici dělá. Co se týká části v porodním plánu, která je zaměřená na péči o novorozence, porodní asistentky (PA3, PA4, PA5) popsaly, že ženy velmi často požadují po zdravotnickém personálu včasné zahájení bondingu na porodním sále a dále si nepřejí odstraňovat mázek z kůže novorozence ihned po porodu.

#### ***Podkategorie 4 Chování žen s porodním plánem***

Tato podkategorie zobrazuje to, jak se chovají při porodu ženy, které chtějí родit podle přání ze svého porodního plánu. Zda si nechají od porodních asistentek poradit a jestli jsou přizpůsobivé v celém průběhu porodu.

Reakce porodních asistentek (PA2, PA3, PA5, PA6 a PA7, PA8 a PA10) v oblasti, jak se chovají ženy během porodu byla totožná, a to v názoru, že velkou roli v celém průběhu porodu hraje osobnost ženy. PA2 zmínila, že se na první pohled může zdát, že si žena nebude chtít nechat poradit, ale později to však může být naopak. PA3 doplnila: „*Obvykle jsou ženy chápavější vůči našim argumentům, ale samozřejmě se také objevují ženy, které jsou tvrdohlavější a lpí na svých přáních.*“ PA8 popsala, že záleží na povaze ženy, protože někdy nastane situace, kdy žena tvrdí svoji pravdu, a naopak zdravotnický personál tvrdí jejich přesvědčení a nelze se adekvátně domluvit. A dále PA8 doplnila: „*Taková domluva je až vyčerpávající.*“ PA10 uvedla, že někdy je domluva se ženami opravdu náročná, ale stále se snaží nějakým způsobem ženu respektovat. PA4 popsala, že jen zřídka se objeví žena s „*narychlo*“ napsaným porodním plánem, kterému sama nerozumí, a dochází tak k nedorozumění mezi ženou a zdravotnickým personálem. Podle porodních asistentek (PA1, PA6 a PA8) záleží na tom, v jaké fázi porodu žena přijde a PA1 a PA6 se shodly, že žena obvykle změní názor na podání analgetik ve chvíli, kdy u ženy nastane intenzivnější děložní činnost. PA6 řekla, že obvykle bývají ženy přizpůsobivé k návrhu dalšího postupu od porodní asistentky či lékaře. Stejně jako PA6, tak i PA8 v této problematice zmínila, že přístup žen k dalším postupům ze strany porodní asistentky či lékaře souvisí i s intenzitou děložních kontrakcí, což považuje za naprosto

pochopitelnou záležitost. PA7 uvedla: „*Někdy se stane, že jsou ženy přesvědčené o svých přáních a nenechají si poradit a také si nechtějí připustit, že může nastat nějaká komplikace, ale určitě se nejedná o každou ženu.*“ PA9 sdělila, že některé ženy si nenechají od porodních asistentek poradit a jejich názory ignorují. Na základě odpovědí porodních asistentek (PA3 a PA11) vyšlo najevo, že by mezi ženou a porodní asistentkou měl vzniknout společný a adekvátní kompromis. PA11 zmínila, že přizpůsobení by mělo vycházet ze strany zdravotnického personálu, ale samozřejmě i ze strany rodící ženy.

### ***Podkategorie 5 Průběh porodu s porodním plánem***

Tato podkategorie znázorňuje, jak prožívají porod ženy, které mají porodní plán.

Téměř všechny porodní asistentky (PA1, PA2, PA3, PA4, PA5, PA8, PA9, PA10 a PA11) popsaly, že s porodním plánem začínají pracovat od příjmu ženy na porodní sál. PA1 hovořila ve svých odpovědích v rámci této problematiky o tom, že se ženy i dopředu ptají, zda jsou určitá přání v příslušné porodnici splnitelná. PA3 vypověděla, že je ráda, když porod proběhne bez komplikací a dále dodala: „*Ale bohužel někdy nastane komplikace a bohužel nemám možnost splnit některá přání. Proto je na místě ženu včas informovat, že i taková situace může nastat.*“ PA4 sdělila, že u příjmu dojde k domluvě mezi ženou a zdravotnickým personálem v souvislosti s porodním plánem, aby obsah porodního plánu chápal zdravotnický personál i žena samotná a dále PA4 popsala: „*Probíhá-li porod bez komplikací, postupuji podle porodního plánu, ale vždy se před každým výkonem, který chci u ženy provést, přesvědčím, zda žena souhlasí, či ne.*“ PA6 sdělila, že záleží na tom, co má žena uvedeno v porodním plánu, pokud tam má například, že si nepřeje provést očistné klyzma, tak se tato příprava před porodem vynechá a žena jde na porodní box, kde porodní asistentka poslouchá ozvy plodu každých patnáct minut a začne plnit přání, která si žena uvede do porodního plánu. Porodní asistentky (PA5 a PA7) se domnívají, že na splnění přání je potřeba dostatek času a PA7 doplnila: „*Záleží na aktuální situaci, pokud je žena prvorodička, u kterých bývá porod delší, tak je i víc času na splnění přání například aromaterapie a hydroterapie. Pokud žena odmítne přípravu, jde rovnou na porodní sál, já nebo některá z kolegyně dojde pro doprovod a dál se plní přání podle situace.*“ PA8 zmínila, že si vždy porodní plán přečte a ženě dá prostor na otázky a dále doplnila, že pokud je u ženy po gynekologickém vyšetření zjištěno, že její nález směřuje k porodu, je jí lékařem nabídnuta příprava na porod, kterou však může přijmout či odmítnout. Poté je žena porodní asistentkou odvedena na porodní box. PA9



se k této problematice vyjádřila: „*S porodním plánem se seznámíme, a pokud to čas dovolí, nějakým způsobem se snažíme probrat všechna přání a snažíme se ženě vysvětlit, jaká přání jsme schopni splnit a která ne. Snažíme se vyhovět přáním my, lékaři i dětské sestry.*“ PA10 hovořila o tom, že považuje za důležité, aby žena hned na začátku řekla, jak si představuje porod, co se týče přání, aby nedošlo k některým nepříjemnostem týkajících se výkonů během porodu nebo péče o novorozence a dále PA10 dodala: „*Po příjmu lékař ženu vyšetří a určí, jaký bude další postup. Pokud žena půjde na porodní box, je jí nabídnuta příprava, kterou může samozřejmě odmítnout, a dál se snažím plnit přání.*“ PA11 se domnívá, že by žena u příjmu na porodní sál měla porodním asistentkám oznámit, že má porodní plán a porodní asistentky by dále měly informovat lékaře a dětské sestry, pokud porodní plán obsahuje přání ohledně novorozence.

### ***Podkategorie 6 Spolupráce doprovodu se ženou***

Tato podkategorie hovoří o tom, jaká je spolupráce doprovodu se ženou po celou dobu porodu a kdo nejčastěji ženu k porodu doprovází.

Názor všech porodních asistentek v této problematice byl takový, že za svou praxi na porodním sále zažily spolupracující i nespolečující doprovod, ale většina porodních asistentek se přiklání k tomu, že doprovod obvykle bývá aktivní, komunikativní a přizpůsobivý vůči ženě i ke zdravotnickému personálu. PA3 doplnila: „*Ale nepřijde mi, že by partneři chodili k porodu jen, aby se neřeklo.*“ PA6 k této problematice dodala: „*Málokdy se stane, že doprovod nemá moc zájem a nezapojuje se do spolupráce.*“ Porodní asistentky (PA1, PA2, PA4, PA7 a PA8) měly stejný názor, že nejčastěji bývá doprovázející osobou k porodu manžel nebo partner ženy. Manžel nebo partner může během porodu ženě pomáhat, například z vany nebo ze sprchy a může působit na ženu jako psychická i fyzická podpora. PA8 dodala: „*Doprovod bývá se ženou až na porodním boxu, kde jí může masírovat záda a být jí podporou.*“ PA7 k této problematice doplnila: „*Doprovodem může být i dula, která se ženou komunikuje, jsou na sebe zvyklé a mají už vybudovaný bližší vztah.*“ PA8 sdělila, že pokud otec nechce, nebo nemůže u porodu být, může ho nahradit matka ženy, nejlepší kamarádka nebo sestra. PA9 popisuje, že doprovod obvykle během porodu působí jako psychická podpora a to například, že ženu drží za ruku a slovně ji podporuje. Porodní asistentky (PA5, PA10 a PA11) se shodly, že by měl jít doprovod k porodu dobrovolně. PA10 řekla, že doprovod může při porodu různými

způsoby pomáhat, například, když už je žena vysílená a potřebuje pomoc při přesunu z lůžka do sprchy nebo při otočení se na bok.

### ***Podkategorie 7 Komunikace PA se ženou s porodním plánem***

Podkategorie zobrazuje, jaká bývá komunikace mezi ženou a porodní asistentkou po celou dobu porodu.

Porodní asistentky (PA2, PA3 a PA5) popsaly tuto problematiku tak, že každá porodní asistentka by měla umět se ženou adekvátně komunikovat v celém průběhu porodu a samozřejmě i v období po porodu. PA3 zmínila, že porodní asistentka nesmí zapomínat i na komunikaci se ženou během dvou hodin po porodu, protože to bývá pro ženu nejkritičtější období. PA6 se domnívá, že na komunikaci velmi záleží a je důležité od samotného příjmu na porodní sál navázat mezi ženou a porodní asistentkou takový vztah, aby porodní asistentka v ženě vzbuzovala důvěru. A dál doplnila: *„Díky komunikaci nám může žena sdělit, co potřebuje, a naopak z naší strany můžeme sdělit ženě to, co my potřebujeme.“* Porodní asistentky (PA1, PA3, PA7, PA9 a PA10) uvedly, že některé ženy jsou neústupné v některých výkonech. PA7 dodala: *„Některé ženy jsou urputné a často nechápu, proč rodí zrovna v naší porodnici a ne doma, v případě, že odmítají jakoukoli lékařskou intervenci, vyšetření nebo CTG. Jen se s námi dohadují a přesvědčují nás o tom, že to není třeba. Ale přicházejí spíše ženy, které jsou naopak v klidné a na všem se domluvíme.“* PA9 dodala: *„Jsem samozřejmě radši, když komunikace probíhá, ale když bohužel ne, tak je to opravdu nepříjemný.“* PA10 hovořila o tom, že některé ženy nechtějí o žádném bodu z porodního plánu diskutovat a odmítají názor zdravotnického personálu. PA8 se k této problematice vyjádřila, že záleží na tom, jakou má žena povahu a v jaké fázi porodu přijde na porodní sál. PA11 popsala, že hned od příjmu na porodní sál může porodní asistentka zjistit, jaká bude se ženou komunikace, ale vlivem děložní činnosti může být komunikace narušená, a proto je dobré, pokud má žena u porodu doprovod, který může za ní hovořit.

## 5 Diskuse

Hlavním tématem bakalářské práce, která nese název „Porodní plán z pohledu porodních asistentek, byl porodní plán. Samková (2020) uvedla, že porodní plán je seznam přání ženy, která by chtěla během svého porodu a po něm splnit. Porodní asistentky hovořily o zkušenostech s porodním plánem a popisovaly, jaký mají pohled na porodní plán. Také porodní asistentky uvedly svůj názor a důvody, proč si ženy porodní plán vypracovávají.

Vytvoření vztahu mezi ženou a porodní asistentkou by mělo vzniknout od samotného příjmu ženy na porodní sál. Porodní plán může být uplatněn při porodu, pokud probíhá mezi ženou a porodní asistentkou vzájemná komunikace. V úvahu přichází adekvátní domluva na jednotlivých přáních ženy, která si přeje, aby byla dodržena v průběhu porodu a bezprostředně po něm. Komunikace je plynulý proces lidského života a porodní asistentky by si měly být vědomy prvků komunikačního procesu, aby účinně reagovaly na podněty směřující od žen a dokázaly ženě podat vhodnou zpětnou vazbu (Šulistová, Trešlová, 2012). Porodní asistentky (PA5, PA6 a PA8) měly v této problematice stejný názor. Uvedly, že porodní plán je vhodný pro navázání komunikace a vytvoření vztahu mezi ženou a porodní asistentkou.

Porodní plán představuje písemný seznam požadavků ženy, které by si žena přála dodržet v průběhu porodu a v období po něm (Pařízek, 2015). Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že všechny porodní asistentky považují význam porodního plánu za seznam přání, která si žena přeje během porodu splnit. PA2 řekla, že ženy obvykle uvedou přání, která o nich vypovídají, co je pro ně podstatné, a to je pointou porodního plánu. Na tento názor mám s PA2 stejný pohled. Pokud přijde žena s porodním plánem, myslím si, že z něj mohou porodní asistentky vyčíst, z čeho má žena největší strach. Na základě další komunikace lze přítomný strach alespoň částečně eliminovat. PA3 zmínila, že porodní plán má zdravotnickému personálu sdělit souhlas, nebo nesouhlas s poskytnutím výkonů během porodu. PA3 se domnívá, že si ženy vypracovávají porodní plán okolo 35. týdne těhotenství. Stejný názor s PA3 zastává i Bašková (2015), která zmiňuje, že ideální čas na sepsání porodního plánu je mezi 34.-36. týdnem těhotenství. Porodní asistentky (PA3, PA4, PA6, PA7, PA9 a PA10) uvedly, že přání v porodním plánu se týkají i období po porodu na ošetrovací jednotce šestinedělí. PA1, PA6 a PA11 se shodly, že v porodním plánu mohou mít ženy přání týkající se péče o novorozence. PA6 popsala, že jednou četla porodní plán, ve kterém si žena uvedla jen seznam přání ohledně svého novorozence.

Porodní asistentky (PA5 a PA7) měly v této problematice stejný názor, že přání v porodním plánu nemusí být jen o tom, co si ženy přejí, ale také zde bývá uvedeno, co si nepřejí. S porodními asistentkami souhlasím a myslím si, že ženy obvykle uvádějí výkony, které chtějí podstoupit a které naopak nechtějí.

Jedním z cílů bylo zjistit, jaké jsou postoje porodních asistentek k porodnímu plánu. Co se týče názoru na porodní plán, téměř všechny porodní asistentky (PA1, PA2, PA3, PA4, PA5, PA6, PA7, PA8 a PA11) uvedly, že porodní plán vítají a respektují všechna přání. V současné době se více zdravotnický personál setkává se ženami, které mají vypracovaný porodní plán (Dušová et al., 2019). PA8 zmínila, že se pravidelně se ženami, které mají porodní plán nesetkává, a proto bývá práce se ženami s porodním plánem odlišná. Domnívám se, že práce bude odlišná jen ve chvíli, kdy žena bude mít nějaké alternativní přání, jako například rodit mimo porodnické lůžko. Péče porodní asistentky o ženu během všech dob porodních by měla být, podle mého názoru, vždy stejná. Vždy by se měla porodní asistentka ptát, zda žena s určitým výkonem souhlasí, ať má, nebo nemá porodní plán. PA6 zmínila, že nemá žádné výtky, pokud přijde žena na porodní sál s porodním plánem, ale nesmí to být stažené informace z internetu, kterým žena nerozumí. S PA6 v tomto názoru souhlasím a myslím si, že v takovém případě porodní plán úplně ztrácí svoji pointu. Oproti výpovědi od PA6 zmínili Dušová et al. (2019), že si ženy porodní plán sestavují na základě informací z internetu. Tato problematika je k zamyšlení, neboť ženy většinou zvolí internet jako první volbu pro získání informací. Bohužel zde tyto informace nejsou často správně formulované. PA6 ve výzkumném šetření zmínila, kde mohou ženy získat informace spojené s porodním plánem. Hovořila o obvodním gynekologovi a porodnické ambulanci, kde mohou ženy získat spolehlivé informace spojené s těhotenstvím, porodem a porodním plánem. Samková (2020) uvedla, že žena může svůj porodní plán prokonzultovat během posledních návštěv v prenatální ambulanci příslušného zařízení, kde plánuje rodit. Názory porodních asistentek a autorky se shodují. PA7 k porodnímu plánu přistupuje, ale přestane na něj brát ohled ve chvíli, pokud nastane nějaká závažná komplikace a podle jejího názoru má v první řadě přednost zdraví ženy a jejího plodu. Behinová et al., (2012) uvedli, že jediným a hlavním požadavkem porodníků a porodních asistentek je zdraví ženy a jejího novorozence.

Porodní asistentky (PA9 a PA10) oproti ostatním porodním asistentkám mají jiný názor na porodní plán. Obě porodní asistentky se domnívají, že porodní plán ženy nepotřebují k porodu. Dále se porodní asistentky (PA9 a PA10) shodly, že porod si dopředu

naplánovat nelze. Na druhou stranu však hovořily o tom, že ženy s porodním plánem respektují a přistupují k nim jako ke každé jiné ženě bez porodního plánu. PA9 řekla, že k přáním maximálně přistupuje, je-li to v jejích kompetencích, a pokud přání splnit nemůže, ženu včas informuje. Dušová et al., (2019) mají s PA9 totožný názor a PA9 uvedla, že porodní asistentky by měly ženám vysvětlit, jaká přání akceptovat mohou a která v případě komplikací splnit nelze. PA10 se domnívá, že porodní plán je jen trend dnešní doby a dále PA10 zdůraznila, že je nutné, aby každá porodní asistentka zhodnotila informovanost ženy o přáních, která si žena uvede do porodního plánu, než je začne porodní asistentka plnit. S porodní asistentkou souhlasím, co se týče včasné informovanosti žen, protože tímto způsobem lze předejít nepříjemnostem v průběhu porodu. Není zapotřebí ženu strašit a vzbudit v ní nejistotu, proto je třeba ženy včas edukovat (Dušová et al., 2019). Co se týče včasné informovanosti a edukace ženy porodní asistentkou mají Dušová et al., (2019) s PA10 stejný názor. Domnívám se, že každá porodní asistentka může mít svůj názor, ale kvalitní profesionál vždy přistupuje s respektem a náklonností. Porod není záležitost, která se opakuje každý den, a zajisté každá žena chce na svůj porod vzpomínat v dobrém. I přestože se porod nedá naplánovat, je dobré, pokud žena je dostatečně informovaná o průběhu porodu a je alespoň částečně na porod připravená. Hudáková a Kopáčiková (2017) uvedly, že se žena může připravit na porod jak po psychické, tak i z fyzické stránky v rámci předporodní přípravy.

Výzkumným šetřením se dále zjistilo, z jakého důvodu si ženy porodní plán vypracovávají. Porodní asistentky (PA1, PA2, PA5, PA6, PA8 a PA9) ve svých odpovědích popsaly, že si ženy obvykle vypracovávají porodní plán, protože mají strach z průběhu porodu a z období po něm. PA9 k této problematice doplnila. Jakmile začne porod postupovat a začne přicházet intenzivnější porodní bolest, stává se, že žena na strach zcela zapomene a vnímá jen děložní činnost. S názorem PA9 souhlasím. PA1 se domnívá, že sepsání porodního plánu může být bráno jako psychická příprava na porod. Psychická příprava ženy na porod je individuální a jejím úkolem je alespoň částečné odstranění strachu a navození pozitivního přístupu ženy k celému průběhu porodu (Hudáková a Kopáčiková, 2017). PA8 k problematice, z jakého důvodu si ženy vypracovávají porodní plán, uvedla, že si ženy často pokládají otázku, zda budou rodit spontánně nebo císařským řezem. To může být jeden z důvodů, proč si ženy vypracovávají porodní plán. Chtějí si dopředu určit, jaký typ anestezie preferují. V porodním plánu může být uvedeno přání v souvislosti s neočekávanými komplikacemi,

například při akutním císařském řezu, a právě v rámci operativního ukončení porodu si žena může vybrat typ anestezie.

Porodní asistentky (PA5 a PA10) v rozhovorech popsaly, že jeden z nejčastějších důvodů, proč si ženy vypracovávají porodní plán je, že si ženy přejí přirozený porod bez jakýchkoliv zásahů zdravotníků do průběhu porodu. Například si uvádějí, že si nepřejí tlumení porodní bolesti. Podle mého názoru, bývá velmi často toto přání během porodu přehodnoceno, a nakonec si ženy přejí podat nějaké analgetikum. Názor porodních asistentek (PA5 a PA10) je totožný s názorem Dušové et al., (2019), kteří uvedli, že nejčastěji si ženy přejí porod bez jakékoliv medikace, včetně analgetických léků.

Druhým cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaký je přístup porodních asistentek k rodičkám s porodním plánem. Názor všech porodních asistentek byl stejný. Porodní asistentky přistupují k ženám s porodním plánem s ohledem na porodní plán a snaží se maximálně vyhovět všem přáním. Všechny porodní asistentky vždy ženu s porodním plánem respektují. Porodní asistentky dále uvedly, že vypracovaný plán může sloužit jako psychická příprava na porod. Dále porodní asistentky řekly, že porodní plán poskytuje zdravotnickému personálu informace o tom, co si žena přeje a co si naopak nepřeje. S porodními asistentkami souhlasím a domnívám se, že alespoň částečnou přípravou na porod a vhodnou informovaností žen lze během porodu předejít negativním situacím a zdravotnický personál může vytvořit příjemnou atmosféru. Podle mého názoru je účelem všech porodních asistentek a porodníků, aby žena z porodnice odcházela spokojená a nadšená ze svého novorozence.

Porodní asistentky (PA4 a PA5) popsaly, že porodní asistentka nemůže začít provádět nějaký výkon, aniž by se ženy nezeptala, jestli s ním souhlasí. S tímto názorem naprosto souhlasím a myslím si, že by to tak mělo být před zahájením každého výkonu. PA5 doplnila, že velmi důležitá je komunikace mezi ženou a porodní asistentkou, která by měla probíhat od samotného příjmu ženy na porodní sál. Samková (2020) uvedla, že je důležité, aby žena svůj porodní plán konzultovala s odborníky, protože čím víc informací od ženy zdravotnický personál bude mít, tím lépe může probíhat péče porodní asistentky o ženu v průběhu porodu.

Porodní asistentky (PA6 a PA7) se k problematice přístup porodních asistentek k ženám s porodním plánem, vyjádřily, že velkou roli hraje osobnost ženy i porodní asistentky. PA6 uvedla, že se vždy snaží k ženě přistupovat empaticky a usiluje o získání důvěry

u ženy. Porodní asistentka může výrazně ovlivnit psychiku ženy, a to správnou komunikací (Dušová et al., 2019). Myslím si, že správnou komunikaci by měla ovládat každá porodní asistentka. Porodní asistentka bývá vnímána jako nejbližší člověk fyziologicky rodící ženy (Roztočil et al., 2017). Dále PA6 uvedla, má-li žena povahu takovou, že si nenechá nic vysvětlit ani poradit, tak komunikace mezi zdravotnickým personálem a ženou je velmi náročná. PA11 zmínila, že je důležité, aby porodní asistentka ženu chválila v celém průběhu porodu. Čermáková (2017) uvedla, že ideální porodní asistentka má ženu podporovat a chválit ve všech dobách porodních. Dále PA11 řekla, že by porodní asistentka měla rozhodně přistupovat tak, aby ženu nějakým způsobem neurazila. S názorem PA11 souhlasím a domnívám se, že každá porodní asistentka by neměla být vůči ženám zaujatá a komunikovat se ženami na stejné úrovni.

V rozhovorech porodní asistentky popsaly, jaká nejčastější přání ženy uvádějí do porodního plánu. PA8 zmínila, že v jakékoliv části porodu je možné přání změnit, protože se nejedná o oficiální dokument. Názor PA8 se shoduje s názorem od Samkové (2020), která uvedla, že porodní přání může žena změnit, protože nejde o oficiální dokument. V problematice, jaká nejčastější přání si ženy uvádějí, porodní asistentky v rozhovorech hovořily o tom, že ženy často nesouhlasí s preventivním nástřihem hráze. PA6 řekla, že tento výkon se běžně v jejich porodnici nedělá. PA10 doplnila, že pokud si žena uvede, že si nepřeje preventivní nástřih hráze, vždy se snaží ženě vysvětlit, že k epiziotomii přistupuje lékař nebo porodní asistentka jen v momentě, kdy je tkáň ohrožená rupturou různého typu. Behinová et al., (2012) uvedli, že i přes masírování hráze, může zůstat hráz při porodu nepoddajná a musí se provést nástřih, jinak by skutečně mohlo dojít k většímu natržení hráze. Důležitá je domluva mezi ženou, porodní asistentkou nebo porodníkem, který povede porod, jak bude postupovat v případě epiziotomie (Dušová et al., 2019). Porodní asistentky (PA1, PA3, PA4, PA7, PA9 a PA11) řekly, že jako alternativní tlumení porodní bolesti ženy využívají hydroterapii. Ženy velmi často do svých porodních plánů uvádějí, že si v první době porodní přejí hydroterapii buď ve sprše, nebo ve vaně (Roztočil et al., 2017). PA7 dodala, že hydroterapie může být v kombinaci s muzikoterapií a společně mohou částečně tlumit bolest a navodit harmonii. PA9 hovořila o tom, že si ženy vybírají to, po čem se uvolní a jako příklad uvedla masáže nebo aromalampy. Do alternativních technik relaxace během porodu je zařazená aromaterapie, muzikoterapie či hydroterapie (Hanáková et al., 2015). Dušová et al., (2019) uvedli stejné alternativní techniky relaxace a akupunkturu. Farmakologické tišení bolesti obvykle

preferují především ženy, které o sobě ví, že mají nízký práh bolesti (Dušová et al., 2019). Některé porodní asistentky hovořily o nejobvyklejším přání žen. Tím je odmítnutí přípravy na porod na porodním sále. PA2 zmínila, že příprava spočívá v oholení rodidel a podání očistného klyzma. Některé ženy však nemusí v první době porodní souhlasit s oholením rodidel, vyprázdněním střev takzvaným očistným klyzma či dirupcí vaku blan (Hanáková et al., 2015). Pokud u ženy nastane intenzivnější děložní činnost a porod bude postupovat, může být ženě navržena příprava, která spočívá v podání očistného klyzma a oholení rodidel v místě, kde lze očekávat případný nástřih hráze (Gregora, Velemínský ml., 2013). Názory Gregory, Velemínského ml., (2013) a PA2 se shodují.

Další zajímavou oblastí v rámci výzkumného šetření bylo zjištění, jaká je komunikace mezi porodní asistentkou a ženou s porodním plánem. Porodní asistentky (PA2, PA3 a PA5) na základě jejich odpovědí z rozhovorů měly stejný pohled na tuto problematiku a to takovou, že každá porodní asistentka by měla umět se ženou správně komunikovat v celém průběhu porodu. PA6 řekla, že na komunikaci velmi záleží a je důležité od samého příjmu na porodní sál navázat mezi ženou a porodní asistentkou takový vztah, aby porodní asistentka vzbuzovala v ženě důvěru. S PA6 souhlasím a myslím si, že získání důvěry je jedna z nejtěžších dovedností, jak v běžném, tak i v pracovním procesu. Dobrá komunikace mezi porodní asistentkou a ženou tvoří klíčový moment pro vybudování důvěry a další bezproblémové spolupráce (Takács, Pečená, 2015). Autor i PA6 mají názor na tuto problematiku totožný. Z rozhovorů bylo zjištěno, že se najdou ženy, které jsou neústupné v některých výkonech během porodu. PA7 doplnila, že některé ženy jsou velmi urputné a odmítají jakoukoliv lékařskou intervenci, gynekologické vyšetření nebo CTG. PA11 popsala, že hned od příjmu ženy na porodní sál může porodní asistentka zjistit, jaká bude se ženou komunikace, ale vlivem kontrakcí může být komunikace narušena. A proto je dobré mít u porodu doprovod, který může případně tlumočit za ženu, protože je to někdo, komu žena důvěřuje. PA9 řekla, že doprovod obvykle během porodu působí na jako psychická podpora, a to například tím, že ženu drží za ruku a slovně ji podporuje. Doprovázející osoba během celého průběhu porodu podporuje ženu, jak z fyzické, tak i z psychické stránky (Dušová et al., 2019).

Na základě odpovědí z rozhovorů s porodními asistentkami lze konstatovat, že všechny porodní asistentky přistupují k ženám s porodním plánem kladně. Vždy se snaží maximálně vyhovět přáním uvedeným v porodním plánu. S porodními asistentkami souhlasím a osobně bych se vždy snažila ženě vyjít vstříc. Avšak na druhou stranu některé



porodní asistentky dodaly, že upozorňují ženy na to, že splní jen to, co je v jejich kompetencích. Porodní asistentky hovořily o tom, že se snaží již od příjmu na porodní sál navázat se ženou vztah a domluvit se s ní na adekvátním průběhu porodu, bude-li vše probíhat fyziologicky. Porodní asistentky (PA6, PA8 a PA11) zmínily, že je velmi důležitý empatický přístup porodní asistentky vůči ženě a jejímu doprovodu. Empatický přístup je základní předpoklad každé porodní asistentky, aby byla schopna vcítit se do pozice rodící ženy, a pochopila tak její prožívající situaci (Zacharová, Šimíčková – Čížková, 2011).

## 6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala pohledem porodních asistentek na porodní plán. Teoretická část práce byla zaměřena na definování profese porodní asistentka a její kompetence, kde bylo podrobně popsáno, jaké výkony může sama porodní asistentka odvádět, s kým spolupracuje a kde může se svou profesí působit. V jedné z kapitol byl popsán význam porodního plánu, dále byl obecně popsán porod a role porodní asistentky během všech dob porodních. Poslední kapitola se zabývala tématem období šestinedělí.

Prvním cílem bylo zjistit postoje porodních asistentek k porodnímu plánu. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že porodní asistentky (PA1, PA2, PA3, PA4, PA5, PA6, PA7, PA8 a PA11) mají na porodní plán kladný názor. Tyto porodní asistentky porodní plán vítají z toho důvodu, že ženy dokáží s porodními asistentkami hovořit o tom, co si přejí a co si naopak nepřejí. Některé porodní asistentky (PA9 a PA10) mají na porodní plán negativní názor, ale přesto se vždy snaží ženu s porodním plánem respektovat. Ve výzkumném šetření byl porodními asistentkami zmíněn důležitý poznatek, že porodní plán se netýká jen žen samotných, ale také může být porodní plán zaměřen i na samotného novorozence.

Druhá výzkumná otázka se zabývala tím, jak přistupují porodní asistentky k ženám s porodním plánem. Na základě poznatků z výzkumného šetření lze konstatovat, že všechny dotazované porodní asistentky přistupují k ženám kladně a vlídně. Porodní asistentky při rozhovorech hovořily o tom, že je mezi ženou a porodní asistentkou důležitá komunikace, která začíná od samotného příjmu na porodní sál. Dále je zásadní osobnost ženy, ale i osobnost porodní asistentky. Porodní asistentky (PA1, PA3, PA7, PA9 a PA10) ve svých odpovědích zmínily, že některé ženy jsou neústupné, co se týče některých výkonů během porodu, a nenechají si poradit. Na druhou stranu porodní asistentky hovořily i o takových ženách, s kterými je bezproblémová spolupráce. V rozhovorech bylo zmíněno i to, jaký bývá průběh porodu u ženy s porodním plánem. Porodní asistentky (PA1, PA2, PA3, PA4, PA5, PA8, PA9, PA10 a PA11) začaly hovořit o tom, že vše začíná u příjmu ženy do porodnice. Žena oznámí, že má porodní plán a během příjmu se porodní asistentky snaží předat jejich poznatky, a naopak žena předkládá svoje argumenty, přičemž cílem je vyhledat adekvátní kompromis.

Bakalářská práce by mohla sloužit jako návod pro ženy, které si chtějí vypracovat porodní plán.

## 7 Seznam použité literatury

1. BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada. 113 s. ISBN 978-80-247-9728-1.
2. BEAUMOUT, W., 2016. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth, Oakland University. 216(1):31.e1-31.e4. doi: 10.1016/j.ajog.2016.09.087.
3. BEHINOVÁ, M., KAISEROVÁ K., 2012. *Nová velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let*. Praha: Mladá fronta. 366 s. ISBN 978-80-204-2816-5.
4. BINDER, T., et al., 2011. *Porodnictví* Praha: Karolinum. 297 s. ISBN 978-80-246-1907-1.
5. BURÝŠEK, J., 2019. Názory vs. fakta: Co je vlastně názor? [online]. BEZ FAULU. [cit 2020-5-4]. Dostupné z: <https://bezfaulu.net/clanky/o-manipulaci/nazory-vs-fakta-co-je-vlastne-nazor/>
6. ČERMÁKOVÁ, B., 2017. *K porodu bez obav*. Brno: Cpress. 144 s. ISBN 97880-265-0579-2.
7. DAVIDSON, M., 2019. *Your Birth plan: A Guide to Navigating All of Your Choices in Childbirth*. United States of America. 303 p. ISBN 978-153-812-158-0.
8. DUŠOVÁ, B., HERMANNOVÁ, M., JANÍKOVÁ, E. a SALOŇOVÁ, R., 2019. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada s. 144 ISBN 978-80271-0836-7.
9. ELIAŠOVÁ, A., 2008. *Pôrodná asistencia I Fyziológia*. Osveta. 103 s. ISBN 978-80-8063-261-8.
10. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-3081-3.
11. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2013. *Čekáme dítě 2.*, aktualizované vydání. Praha: Grada. 373 s. ISBN 978-80-247-3781-2.

12. HANÁKOVÁ, T. et al., 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. aktualizované vydání. Brno: CPress. 256 s. ISBN 978-80-264-0755-3.
13. HÁJEK, Z., ČECH, E., a MARŠÁL, K., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované. a dopl. vyd. Praha: Grada. 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
14. HUDÁKOVÁ, Z., KOPÁČIKOVÁ, M., 2017. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0274-7.
15. INTERNATIONAL DEFINITION OF THE MIDWIFE, 2017. [online]. International Confederation of Midwives. [cit. 2019–11–2] Dostupné z: [https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition\\_of\\_the\\_midwife-2017.pdf](https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf)
16. JIRÁSKOVÁ, V., 2011. *Porodní plán – porodní přání*. Děti a my. Roč. 12, č. 1, 21 s. ISSN: 0323-1879.
17. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada), s. 74. ISBN 978-80-247-2171-2.
18. KLÍMA, J., et al., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-5014-9.
19. KOUDELKOVÁ, V., 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: Triton. s. 134. ISBN 978-80-7387-624-1.
20. KOUDELKOVÁ, V., et al., 2019. *Standardy ošetrovatelské péče pro porodní asistenci*. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, a.s.
21. KOYUCU, R., G., DEMIRCI, N., 2017. Effects of pushing techniques during the second stage of labor: A randomized controlled trial. [databáze]. Taiwanese journal of Obstetrics and Gynecology [online]. 56(5), 606-612. [cit. 2019-11-20]. doi: 10.1016/j.tjog.2017.02.005.

22. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, © 2014. *Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou?* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví [cit. 2019-11-10]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/kdo-jeporodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou-\\_9078\\_3076\\_3.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/kdo-jeporodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou-_9078_3076_3.html)
23. PAŘÍZEK, A., 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén. 444 s. ISBN 978-80-7492-215-2.
24. PORODNÍ DŮM U ČÁPA, © 2000-2019. Kdo je porodní asistentka? [online]. Praha: Porodní dům U čápa. [cit. 2019-11-10]. Dostupné z: <http://www.pdcap.cz/Texty/PA/KdojePA.html>
25. PROCHÁZKA, M., PILKA, R., 2018. *Porodnictví pro studenty lékařství a porodní asistence*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. s. 254. ISBN 978-80244-5322-4.
26. RAUDENSKÁ, J. et al., 2015. Porodní bolest a její psychologické souvislosti. In: TAKÁCS, L., et al., 2015. *Psychologie v perinatální péči: Praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, s. 38-39. ISBN 978-80-247-5127-6.
27. ROZTOČIL, A., et al., 2017. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada s. 656 ISBN 978-80-247-57537.
28. SAMKOVÁ, A., 2020. *Vulvou porodní asistentky: připravte se na porod*. Brno: CPress, 256 s. ISBN 978-80-264-3017-9.
29. SLEZÁKOVÁ, L., 2011. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada. 269 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
30. SLEZÁKOVÁ, L., et al., 2013. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. 230 s. ISBN 978-80-247-4341-7.
31. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2017. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 272 s. ISBN 978-802-7102-143.
32. SOVOVÁ, P., © 2018. Jak si připravit porodní plán. [online]. [cit. 2020-01-2]. Dostupné z: <https://www.babyweb.cz/jak-si-pripravit-porodni-plan>

33. SRP, B., 2014. Definice porodu. In: HÁJEK, Z., ČECH, E., MARŠÁL, K., 2014. *Porodnictví*. 3. vydání. Praha: Grada, s. 175–176. ISBN 978-80-2474529-9.
34. STUDNÍČKOVÁ, M. et al., 2018. Šestinedělí. In: PROCHÁZKA, M., PILKA, R. *Porodnictví pro studenty lékařství a porodní asistence*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 254 s. ISBN 978-80-244-5322-4.
35. ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 192 s. ISBN 978-80-7394-246-5
36. ŠVAŘÍČEK R., et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál. 377 s. ISBN: 978-80-262-0644-6.
37. TAKÁCS, L. et al., 2015. Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace. Praha: Grada. s. 208. ISBN 978-80-247-5127-6.
38. TRČA, S., 2009. *Budeme mít děťátko*. 9., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 252 s. ISBN 978-80-247-2581-9.
39. VALIANI, M. et al., 2016. Comperative study on the influence of three delivery positions on pain intensity during the second stage of labor. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 21(4), 372–378. doi: 10. 4103/ 1735–9066. 185576.
40. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. Sestra (Grada) s. 278. ISBN 978-80-247-4062-1.
41. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

## **8 Přílohy**

### *Seznam příloh*

Příloha 1 Žádost o výzkumné šetření ve zdravotnickém zařízení

Příloha 2 Seznam otázek k rozhovorům s porodními asistentkami

Příloha 1 Žádost o výzkumné šetření ve zdravotnickém zařízení (Zdroj: vlastní)

### **Žádost o umožnění výzkumného šetření**

Vážená hlavní sestro,

jmenuji se Barbora Tomášková a jsem studentkou 3. ročníku programu Porodní asistence na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Obracím se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na gynekologicko-porodnickém oddělení v souvislosti s vypracováním výzkumné části v bakalářské práci, která nese název Porodní plán z pohledu porodních asistentek. Cílem práce je zjistit postoje porodních asistentek k porodnímu plánu a jak přistupují porodní asistentky k ženám s porodním plánem. Výzkumné šetření bude probíhat formou polostrukturovaných rozhovorů s porodními asistentkami, které pracují na porodním sále. Veškeré získané informace budou použity jen pro studijní účely a zůstanou v anonymitě.

Předem děkuji za vyřízení žádosti

Barbora Tomášková

podpis a razítko

V

dne



Příloha 2 Seznam otázek k rozhovorům s porodními asistentkami (Zdroj: vlastní)

1. Kolik je Vám let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Kde nyní pracujete a kde jste pracovala dřív?
4. Co podle Vás je porodní plán?
5. Jaký je Váš pohled na porodní plán?
6. Jak často se setkáváte s ženami, které přijdou do porodnice s porodním plánem?
7. Jak na Vás působí ženy s porodním plánem?
8. Pomáhala jste někdy ženě vypracovat porodní plán? Pokud ano, kde a jakým způsobem?
9. Jak probíhá porod ženy s porodním plánem?