

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

PORODNÍ PLÁN – VIZE A SKUTEČNOST
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce :

PhDr. Drahomíra Filausová

2010

Autor:

Kristina Mošová

Child Delivery Plan – Vision and Reality

New approaches to the management of a child delivery and to the care of mothers and newborns have been currently emerging in midwifery, and an increasing number of women come to the delivery room with a child delivery plan. The plan mostly contains the requirements for the manner of the delivery management, presence of the partner and usage of various aids. The last-mentioned requirement involves the basic issue of the relationship between the child delivery plan and the nursing staff. Women have all sorts of requirements and the objective of the midwives should be to satisfy their wishes. However, they often face the problem of missing premises and aids necessary for fulfilment of the wishes of their clients.

This bachelor thesis has two objectives, namely to ascertain to what extent the requirements and the wishes specified in delivery plans of women in labour are fulfilled in delivery rooms, and whether midwives have the conditions to fulfil the wishes.

The theoretical part describes the issue of the manner of a delivery management, the form and the content of a child delivery plan, with the emphasis placed on specification of the most common requirements of women, and the role of a midwife in the care of a pregnant woman, woman in labour and puerpera.

The research results have confirmed the raised hypotheses. The requirements of the women in labour who come to the delivery room with a delivery plan are satisfied. Mothers express satisfaction with the care in maternity hospital in dependence on the degree of fulfilment of their child delivery plan. The research questions were formulated as follows. Do midwives have the conditions to fulfil the child delivery plans? Are the requirements raised by women in labour feasible in the conditions of the maternity hospital? On the basis of the qualitative research we have obtained the answers to the research questions that can be formulated in hypotheses. Midwives have the conditions to fulfil child delivery plans. The requirements of women in labour are feasible in the conditions of the maternity hospital.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Porodní plán – vize a skutečnost“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 22. 4. 2010

Kristina Mošová

Poděkování|:

Touto cestou bych chtěla poděkovat PhDr. Drahomíře Filausové za ochotu, cenné rady a vedení mé bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD.....	3
1. SOUČASNÝ STAV.....	4
1.1. Porod.....	4
1.1.1. Lékařské vedení porodu.....	5
1.1.2. Alternativní vedení porodu.....	6
1.1.3. Porod bez násilí.....	7
1.2. Porodní plán.....	9
1.2.1. Forma porodního plánu.....	10
1.2.2. Obsah porodního plánu.....	11
1.2.2.1. Osoba přítomná u porodu.....	12
1.2.2.2. Příprava k porodu – holení, klyzma.....	13
1.2.2.3. Způsob tišení bolesti.....	15
1.3. Mezinárodní definice porodní asistentky.....	18
1.3.1. Úloha porodní asistentky během těhotenství.....	19
1.3.2. Úloha porodní asistentky při porodu.....	20
1.3.3. Úloha porodní asistentky v šestinedělí.....	21
1.4. Porodní sál	21
1.4.1. Domácí pokoje v rámci porodního sálu.....	21
1.4.2. Porodní dům.....	22
2. CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	25
2.1. Cíle práce.....	25
2.2. Hypotézy a výzkumné otázky.....	25
3. METODIKA.....	26
3.1. Použitá metodika.....	26
3.2. Charakteristika výzkumného souboru.....	26
4. VÝSLEDKY.....	27
4.1. Výsledky kvantitativního šetření u žen po porodu.....	27
4.2. Výsledky kvalitativního výzkumu u porodních asistentek.....	64
5. DISKUZE.....	69

6. ZÁVĚR.....	79
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	80
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	82
9. PŘÍLOHY.....	83

ÚVOD

Téma porodního plánu jsem si zvolila z toho důvodu, že v současné době se začínají v porodnictví objevovat nové přístupy k vedení porodu a péči o matku a novorozence a čím dál větší počet žen přichází k porodu s porodním plánem. Mnohdy ale nevědí, jak by vůbec porodní plán měl vypadat, co by měl obsahovat, případně s kým ho konzultovat. Je důležité, aby těhotná žena o porodu přemýšlela, věděla co od něj čekat a jak se v situacích, které přináší zachovat. S tímto vším by jí měl porodní plán pomoci. Jeho prostřednictvím by si měla v klidu promyslet, co od porodu očekává, jaké jsou její priority a z kterých požadavků nehodlá slevovat.

S tím, jak se ženy čím dál víc zajímají o své těhotenství a mateřství a s nárůstem počtu žen s porodním plánem vzniká i nový prostor pro porodnický personál, zejména pro porodní asistentky na porodních sálech.

Porodní plán většiny žen obsahuje požadavky na způsob vedení porodu, přítomnost partnera a využívání nejrůznějších pomůcek. S posledně jmenovaným se pojí základní otázka vztahu porodní plán a ošetřovatelský personál. Na porodní asistentky připadá úkol připravit se na novou situaci. Ženy přicházejí s nejrůznějšími požadavky a cílem porodní asistentky by mělo být jejich přáním vyhovět. Mnohdy ale narážejí na problém, že jim k plnění přání svých klientek scházejí odpovídající prostory a pomůcky.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Porod

„Porod je děj, při kterém dochází k vypuzení plodového vejce (plod, placenta, pupečník, plodová voda, plodové obaly) porožením z organismu matky (19, s.109)“.

Porozeným plodem se rozumí novorozenec se známkami života (to je asi od ukončeného 24. týdne těhotenství), nebo novorozenec bez známek života, ale s porodní hmotností přesahující 1000 gramů. Za známky života jsou považovány: akce srdeční, dýchací pohyby, pulzace pupečníku a aktivní pohyb svalstva. Pokud nejsou tyto podmínky splněny, hovoříme o potratu (19).

Podle průběhu můžeme porod rozdělit do několika kategorií. Pokud porod nastoupí na základě přirozených pochodů v organismu ženy a probíhá bez zásahů porodníka, označujeme ho jako samovolný. Medikamentózní porod se od spontánního liší tím, že přirozené pochody při porodu jsou po jejich spontánním nastoupení modifikovány léčebnými prostředky, nejčastěji na úpravu děložní činnosti. Indukovaný porod je uměle vyvolán aplikací uterokinetických preparátů, buď z lékařské indikace, nebo jako programovaný porod. Pokud se musí k ukončení těhotenství použít vaginální nebo abdominální operace, mluvíme o porodu operativním (2, 19).

Z hlediska časového průběhu porodu se dělí na čtyři doby porodní. V první, otevírací době dochází následkem pravidelných děložních kontrakcí k rozvíjení dolního děložního segmentu. Děložní hrdlo se zkracuje a otevírá. Na konci první doby porodní již není mezi dělohou a pochvou žádná bariéra a tak tvoří jeden tunel. U prvorodičky trvá otevírací fáze zhruba 12 - 18 hodin u vícerodiček je tato doba zhruba poloviční. Ve druhé, vypuzovací době, která začíná zánikem branky a končí porodem plodu, pociťuje rodička potřebu zapojit břišní lis, což je způsobeno sestupem hlavičky a jejím tlakem na nervové pleteně v oblasti pánevního dna. S postupným sestupem hlavičky plodu dochází k napínání perinea. Jakmile hlavička dosáhne pánevního dna, můžeme jí vidět v pánevním introitu. V této chvíli se v indikovaných případech provádí episiotomie. Buď jako prevence vzniku ruptury u matky, nebo k urychlení porodu a snížení rizika vzniku hypoxie plodu. Druhá doba porodní by neměla trvat déle jak jednu hodinu. Třetí

doba porodní je charakteristická porodem placenty, plodových obalů, pupečníku a retroplacentárního hematomu a dochází k retrakci myometria. V zájmu urychlení porodu placenty se po porodu hlavičky plodu podávají intravenózně léky na stažení dělohy a odloučení placenty. Třetí doba porodní tak zpravidla netrvá déle než několik málo desítek minut. Při přirozeném porodu bez aplikace uterotonik dochází k odloučení placenty asi do 1 hodiny. Poporodní období, kdy je žena nejvíce ohrožena poporodním krvácením a které trvá asi tři hodiny, se v některé literatuře nazývá čtvrtá doba porodní (5, 10, 19).

1.1.1 Lékařské vedení porodu

Porod v běžné české nemocnici je většinou medicínská záležitost, jako medikamentózní porod můžeme označit takový, kde jsou v jeho průběhu podávány léky k úpravě děložní činnosti či k ovlivnění bolesti nebo spasmů. Většinou se jedná o uterokinetika používané k posílení kontrakcí. Při spastické brance jsou podávána spasmolytika, která urychlují otevírání branky. Při hypotonii až atonii dělohy jsou kromě Oxytocinu podávána uterotonika (3, 12, 13).

Samostatnou kapitolou ve vedení porodu je indukce porodu a programovaný porod. Indukce porodu je medikamentózní vyvolání děložní činnosti pomocí léků. Provádí se nejčastěji při prodlouženém těhotenství. Pokud vyvoláváme porod po odtoku plodové vody, mluvíme o provokaci porodu. Rozdíl mezi indukci porodu a programovaným porodem je ten, že indukce má svou lékařskou indikaci a programovaný porod je umělé vyvolání děložní činnosti za účelem ukončení fyziologické gravidity v ideálních podmínkách pro matku, plod a i personál porodnice. Nejčastěji se tak tedy stává v ranních hodinách při plném personálním obsazení porodních sálů a neonatologie. Podmínkou k provedení programovaného porodu je souhlas ženy, fyziologický průběh gravidity, těhotenství musí být donošené, plod v poloze podélné hlavičkou, nejsou kontraindikace k vaginálnímu vedení porodu, plod nejví známky hypoxie a porodní cesty jsou připravené. Pokud porodní cesty nejsou ještě dosti zralé, musí se přistoupit nejprve k preindukci porodu. Přirozenými metodami jsou masáž bradavek a nechráněný pohlavní styk, z léčebných metod preindukce je to Hamiltonův hmat, zavádění PGE2

do zadní poševní klenby a hydrofilní cervikální dilatátory. Při samotné indukci porodu se používá mechanická metoda amniotomie a farmakologické metody spočívající v podávání oxytocinu a prostaglandinů (5, 13, 19).

Farmakologické tlumení bolesti zahrnuje systémově podaná analgetika a anxiolitika, inhalační přípravky k analgezii a místní analgetika ke svodné analgezii. Analgetika se při porodu používají v dávkách, které bolest úplně nevyhladí, ale pouze ji ztlumí. Nevýhodou těchto látek je riziko útlumu dechového centra u matky i plodu. Používají se morfin, petidin, fentanil, nalbuřin, buprenofin. Při použití analgetik je nutné pečlivě sledovat fyziologické funkce matky. Nejrozšířenější formou farmakologického tlumení bolesti je v dnešní době regionální analgezie, do které patří epidurální, subarachoidální analgezie, paracervikální blok, pudendální blok a místní infiltrace perinea (5, 19).

1.1.2 Alternativní vedení porodu

„ Alternativní vedení porodu je komplexem prvků, které při zajištění obecných principů bezpečnosti pro matku a dítě vycházejí vstříc těhotné, respektují individualitu její osobnosti a podporují její aktivní roli v těhotenství a při porodu (22, s.478)“.

V průběhu porodu je možné využít různé alternativní formy tišení bolesti, různé polohy a relaxační pomůcky. Může jít o akupunkturu, hypnózu, reflexologii, což je forma akupresury, která využívá masáž chodidel, aromaterapii, hydroterapii, různé metody dýchání a meditační techniky nebo použití hudby. Vždy je důležité všechny praktiky konzultovat s ošetřujícím personálem, aby nedošlo ke kontraindikaci s použitými medikamenty (1, 12, 22).

Vliv prostředí na psychiku rodičky je nepopíratelný základní kámen alternativního vedení porodu. Velmi vhodné je, aby se rodička nebo rodičovský pár s prostředím porodního sálu seznámily ještě před začátkem porodu. Porodnice často nabízejí možnost prohlídky porodního sálu a mnoho rodiček toho neváhá využít. Již při takovéto návštěvě musí zařízení interiéru, souhra prostředí a personálu budit pocit důvěry a profesionality. Ideální je, pokud rodička prožije celý porod ve „svém“ porodnickém boxu, ze kterého odchází na oddělení šestinedělí až společně se svým dítětem. Většina rodiček a jejich partnerů chce totiž porod prožít v intimním prostředí a ukazuje se, že individuální

přístup v samostatných porodnických boxech je velmi oceňován. Další významnou změnou proti klasickému vedení porodu je změna obvyklé horizontální polohy rodičky na polohu vertikální. Ze studia přírodních národů nedotčených naší civilizací vyplývá, že 85% žen těchto národů rodí v poloze vertikální. Taková poloha neomezuje volnost pohybu v průběhu I. a II. doby porodní a využívá zemské gravitace jako další porodní síly. Rodičce můžeme aktivně navrhnout sed, dřep, stoj a jejich nejrůznější kombinaci s využitím balónů, které slouží k pohupování a relaxaci pánevního dna nebo žíňenek a ribstole. Rodička může zaujmout jakoukoliv úlevovou polohu. Jako nevýhoda vertikální polohy se ukázal horší přístup k rodidlům a tím větší nárůst porodních poranění (19, 21, 22).

Samostatnou kapitolou je využití hydroterapie jako analgetické metody. Velmi účinná je teplá sprcha směřovaná na záda a podbříšek, nebo lázeň ve velké, dobře přístupné vaně, kde může být kombinováno s masáží pomocí speciálních hydromasážních trysek. Délka lázně je doporučována kolem 30 minut může se v průběhu porodu opakovat. Pokud rodička nachází ve vodě úlevu i ve II. době porodní, může také vlastní vypuzení plodu proběhnout ve vaně. Porod do vody je možný pouze na porodním sále, který splňuje podmínky České gynekologicko porodnické společnosti k vedení porodu do vody, včetně erudovaného personálu (10, 19, 22).

„Snaha umožnit to, co je medicínsky možné, je pro personál náročnější, ale přináší spokojenost rodičkám i jejich partnerům. Alternativní metody porodu jsou vzhledem k zájmu veřejnosti postupně zařazovány do nabídky porodnických pracovišť. Není prokázáno jejich negativní působení na matku a na plod, proto přestávají být alternativou a stávají se standardem (22, s.480)“.

1.1.3 Porod bez násilí

Francouzský porodník Frederic Leboyer ve své publikaci z roku 1974 „Porod bez násilí“ kritizuje stávající způsob porodnické péče, který je podle něho plný stresujících vlivů na ženu i na plod a novorozence. Cizí a neklidné prostředí porodního sálu, pohled na zdravotnickou techniku, neosobní přístup zdravotnického personálu, hluk nebo ostré osvětlení vyvolávají neklid rodičky. Novorozenec je podle Leboyera stresován zejména

držením za dolní končetiny a polohou hlavou dolů, změnou prostředí, přerušením pupečníku, světlem, chladem i dalšími vnucenými polohami. Údajně proto pláče a má vystrašený výraz. Leboyer navrhl a ve svém ústavu zavedl postup snižující stresové vlivy na rodičku a novorozence. Hlavní zásady Leboyerova postupu je psychologická příprava matky, která pomáhá navodit citový vztah k dítěti (19).

Základní porodnické zásady jsou ticho, s matkou se má hovořit co nejméně, všechny pokyny a uklidňování pronášet velmi tlumeným hlasem, klidně, jemně, po porodu dítěte ani slovo, v nutnosti nezvučný šepot. Trpělivost, pomalé jemné pohyby, psychická i fyzická relaxace porodníka, dostatek času, žádné intervence, jen sledování ozev. Pozornost a naprosté soustředění, porod zcela absorbuje pozornost okolí, zapomíná se na čas, ztotožnění s dítětem, okolí má vnímat každý detail. Po porodu se nesahá na hlavičku, dítě se uchopí v podpaždí a pomalu se položí matce na břicho do polohy v klubíčku, na břicho nebo na boku, nechá se dotepat pupečník do konce, což trvá sedm i více minut, je nutné sledovat jeho pulsaci (17).

V pediatrické části se hovoří o pečlivém pozorování začátku dýchání, dítě se nestimuluje, neodsává se odcházející plicní tekutina, sleduje se barva a chování dítěte. Neudělá-li to matka sama, vedou se její ruce k masáži zádiček, na nic se nespěchá, masáž zádiček se provádí jemnými peristaltickými vlnami shora dolů, ruce se střídají, jedna plynule navazuje na druhou, zásadně se nemluví. Jakmile dítě začne uvolňovat ručky a nožky, pomáháme mu, položíme dítě na bok, jednu ruku vysoko na záda, druhou pod zadeček, obracíme velmi něžně, pomalu, se stálou oporou zádiček. Po dotepání pupečníku porodník oddělí dítě a porodní asistentka uloží dítě do vaničky s teplou vodou (38–39 °C), dítě pokládá do vody podle reakce nadvakrát či natřikrát a nechává je ve vodě do úplného uvolnění. Otec nebo porodní asistentka dítě ve vodě podpírá. Při ošetřování novorozence je hlavní zásadou teplo a šero. Poté se dítě položí matce na břicho, hlavičkou k levému prsu, aby slyšelo tlukot jejího srdce. Ponechá se volná aktivita matce i dítěti, mlčí se, jen se pozoruje, eventuálně se jemně pomáhá při pokusech o přisátí. Na závěr se dítě uloží do teplé pleny, zváží se na boku, velmi jemně se zabalí do teplých plen a uloží se na postel k matce. Délka dítěte se neměří, neprovádí se preventivní desinfekce jeho očí, dítě se jen označí. Po odvezení matky ze sálu se

současně s matkou překládá na pokoj šestinedělí i dítě (rooming-in), očištění koupel a kredezace se provádí také až na oddělení šestinedělí. Délka dítěte a obvod hlavy se měří až při propuštění (19, 17).

1.2 Porodní plán

„Porodní plán je písemný seznam požadavků matky, které by chtěla dodržet během porodu (17, s.215)“.

Již při příjmu do porodnice se lékař a porodní asistentka seznamuje pomocí porodního plánu s přáními a požadavky ženy a jejího partnera. Tento soubor požadavků by měla sestavit porodní asistentka z porodního sálu, kde se žena chystá родit, protože ta nejlépe ví o možnostech toho konkrétního zdravotnického zařízení (17).

Tuto formu sdělování a předávání informací o sobě využívá zhruba 15 % rodiček. Především jde o ženy informované, které absolvují předporodní kurzy a se svojí porodní asistentkou tyto své porodní plány sestavují. Ale také jsou to rodičky s negativní zkušeností z minulého porodu a tímto porodním plánem chtějí zabránit tomu, aby se negativní věci z minulého porodu opakovaly. Nejvhodnější dobou na sestavení porodního plánu je období kolem 36. týdne, kdy rodičky absolvují předporodní kurzy, získávají a vstřebávají informace a představují si a plánují si svůj porod. Vhodné je, pokud rodička se svým plánem seznámí i doprovázející osobu, která pak může personálu interpretovat nebo více vysvětlit nejasné body – pokud třeba zrovna rodička nemůže komunikovat. Dá se předpokládat, že ve většině porodnic budou postupně zdravé rodičky pokládat za klientky a nikoli pacientky, a proto budou nabízet širší škálu služeb. Dojde tedy k tomu, co už je běžné například ve Velké Británii a už i v některých českých zařízeních, že porodnice bude sama poskytovat maminkám jakýsi dotazník, který porodní plán nahradí. Výhodou tohoto dotazníku bude především jednotná forma a tedy lepší přehlednost pro personál porodnice (11, 16).

1.2.1 Forma porodního plánu

Vypracovat porodní plán tak, aby v případě porodních nepravidelností mohl být dále použitelný, není vůbec jednoduché. Matka sama často nebývá schopna domyslet všechny důsledky jejích přání, a s tím by jí právě měla zkušená porodní asistentka pomoci. Profesionálně provedený porodní plán má mít vždy, pro každý úsek porodu, několik alternativních řešení. Může to být buď dlouhý, do detailu rozepsaný popis toho, co a jak by mělo probíhat v každé fázi porodu, nebo jen poznámky pro porodníka o tom co si žena přeje nebo pouze heslovitý seznam toho, co je pro ni při porodu úplně nejdůležitější (17).

Při sestavování porodního plánu, může žena udělat mnoho chyb, které ve výsledku její snahu znehodnotí, nebo dokonce se plán stane v praxi téměř nepoužitelný. Hlavní a nejčastější chybou je prosté stažení porodního plánu z internetu. Protože porodní plán má být především vyjádřením představy těhotné o porodu a poporodní péči, postrádá takový elaborát vlastně smysl. Navíc se ve vzorových porodních plánech často objevují věcné chyby, které tak žena zkopíruje a ve výsledku to nedává smysl. Pokud má žena pocit, že sama nedokáže porodní plán sepsat, je nejlepším řešením zkonzultovat své myšlenky s porodní asistentkou nebo doulou. Nejlepší taktikou jak si uvědomit, co člověk od porodu očekává, je udělat si klidný večer, sednout si, představit si postupný průběh porodu a ke každé představě si napsat pár bodů (např. s kým bych chtěla tuto dobu strávit, kde bych chtěla být, co bych chtěla dělat atd.). Druhým nejčastějším omylem při sestavování porodního plánu je, že začínají moc zeširoka. Porodní plán není slohové cvičení, a přestože všechno co se v něm píše, může být pravda, v momentě, kdy plán obsahuje několik stran souvislého textu, většinou vytížený personál porodnice jeho text pouze přelítne očima a ty podstatné body mu přitom mohou uniknout. Přestože vlastní forma je samozřejmě na ženě, je lepší porodní plán psát v bodech (buď chronologicky dle postupu porodu, např. příjem do porodnice, I. doba porodní, II. doba porodní...) nebo dle důležitosti. Porodní plán by měl začínat od okamžiku pravděpodobného příjezdu do porodnice, řešit v něm tedy situace, které příjem do porodnice předcházejí (relaxace v domácí vaně) je tedy zbytečné. S délkou porodního plánu bezprostředně souvisí i body, které se do něj zahrnou. Podstatné je zjistit si

předem jaké možnosti nemocnice klasicky nabízí. Ve většině nemocnic je například samozřejmostí volný pohyb během I. doby porodní nebo přijímání tekutin. Zahrnování těchto bodů je pak tedy zbytečné. Je tedy lepší, zaměřit se na body, které zdaleka tak samozřejmé nejsou, jako možnost změny polohy ve II. době porodní nebo neodnášení miminka po porodu. Také je také velmi důležité, ladit celý porodní plán jako celek spíše pozitivně (2).

Porodní plán je také dobré probrat s osobami, které budou jako doprovod k porodu, s partnerem, kamarádkou, dulou či soukromou porodní asistentkou (5).

1.2.2 Obsah porodního plánu

Porodní plán je dokument, který do jisté míry vyjadřuje informovaný souhlas či nesouhlas se zdravotními úkony, tedy pozitivní či negativní "revers". Proto by mělo být na začátku zřetelně vyznačeno jméno rodičky, případně ročník, aby bylo jasné, komu plán patří, a na konci by neměl chybět podpis a datum (15, 16).

V úvodu by mělo být stručně popsáno, jaký má rodička obecný postoj k porodu, nějakým způsobem vyjádřit to, čeho se obává a na čem jí nejvíce záleží, případně z čeho její postoje vycházejí.

V další části by měla být konkrétně vyjmenována porodní přání. Zřejmě nejprehlednější je rozčlenění podle jednotlivých fází porodu (16).

Na webových stránkách je k dispozici nepřeberné množství šablon porodních plánů a některé porodnice budoucím maminkám dávají před porodem k vyplnění své formuláře. (příloha č.1)

Nejčastějšími body obsažené v porodním plánu jsou:

1. osoba přítomná u porodu - zda je uveden buď partner, dula nebo jiná osoba
2. přítomnost mediků a studentů u porodu - je-li nemocnice fakultní, může se stát, že budou porodu přítomni studenti medicíny, bez svolení rodičky, ale nemají k porodu přístup
3. přání osoby, která porod povede - zda porodní asistentka nebo lékař
4. způsob vyprázdnění – klystýr, YAL nebo nic
5. holit nebo neholit

6. způsob tišení bolesti
7. místo, kde chce rodička strávit I. dobu porodní – sprcha, vana, bolón, žíněnka
8. poloha při II. době porodní – leh, sed, polosed, na všech čtyřech, porodní stolička, vana (pokud to zdravotnické zařízení umožňuje)
9. nástřih hráze – buď preventivní, pouze v nejnutnějším případě nebo v žádném případě
10. porod císařským řezem – zda dává rodička přednost epidurální nebo celkové narkóze
11. pupečník – nechat ho dotepat, nebo přestříhnout ihned, může zde být i přání, aby pupečník přestříhl otec dítěte nebo aby byla odebrána pupečnicková krev
12. miminko po porodu – položit ihned na břicho, nebo ho osušit a až poté zkusit přiložit k prsu
13. přání na pořízení nahrávky s průběhem porodu nebo fotografií (5, 11).

Samostatná část porodního plánu by se měla zabývat péčí o miminko po porodu a během celého pobytu v porodnici. Týká se toho, zda si žena přeje systém roaming in, který je ale už ve většině porodnic standardem, zda si přeje kojit, zda je přijatelné dokrmování miminka umělým mlékem, nebo zda souhlasí s provedením očkování proti TBC. Pokud má rodička nějaká specifická přání vycházející z jejího náboženství, národnosti nebo kultury, měla by je do svého porodního plánu též zařadit (15, 16).

Rozsah porodního plánu by neměl překročit 1 stranu textu. Část textu týkající se miminka může být na další straně nebo na zvláštním listu papíru. Struktura může být různá, prostě sepsat jednotlivé body pod sebe, rozčlenit text do odstavců nebo třeba sestavit tabulku (16).

1.2.2.1 Osoba přítomná u porodu

Období bezprostředně před porodem, v průběhu porodního děje a v časném šestinedělí je charakterizováno závislostí těhotné a nedělky na blízkých osobách a to zejména na otci očekávaného dítěte. Spolupráci mezi matkou a otcem v tomto období usnadňuje přirozená pomoc ze strany otce. Jde zvláště o podporu ve sféře psychické, ve

vytvoření pocitu bezpečí, který těhotná potřebuje. V současné době dosahuje počet otců přítomných porodu svého dítěte zhruba 90 %. Tento odhad se týká západní Evropy. Po bouřlivých odborných i laických diskuzích týkajících se výhod, nevýhod a rizik přítomnosti otců u porodu, které u nás proběhly v druhé polovině 80. let. Se začátkem 90. let otevřely brány porodnic pro budoucí otce. Jejich počty však zatím dosahují podle možnosti a zvyklostí pracoviště zhruba 30 %. Obavy, které provázely první pokusy vstupu otců na porodní sál, se ukázaly jako liché. Šlo zejména o námitky týkající se zanesení infekce, konfliktního chování otce, negativního vlivu prostředí na jeho neurovegetativní systém a v neposlední řadě na negativní prožitek porodu, který se následně může projevit v sexuální sféře. V drtivé většině sklízí tato metoda velmi dobré výsledky a všeobecně je patrná snaha ponechat otce s matkou spolu v období porodu, ale i s novorozencem v období poporodním. V současné době je otcova přítomnost v průběhu porodu hodnocena jako důležité přispění k tomu, aby se rodička úspěšně vyrovnala s neobvyklou, nově vzniklou situací a zajistila se tak ze strany matky optimální spolupráce v průběhu porodu. Za ideální se považuje otcova přítomnost, zúčastní-li se kurzů, které jsou součástí přípravy na porod. Jejich součástí je mimo základní informace týkající se těhotenství a porodu také posilování motivace proti nedostatku odvahy a nácvik zvládnání nepřiměřených reakcí. Nicméně fakt, že se otec nezúčastní kurzů předporodní přípravy, by nemělo být důvodem zákazu jeho přítomnosti na porodním sále. Je-li společný porod oboustranným přáním rodičů, pak otec dítěte poskytuje rodičce jedinečnou oporu, kterou i přes vysokou odbornou kvalifikaci a asertivní chování nemůže nemocniční personál nahradit (5, 18, 19).

1.2.2.2 Příprava k porodu – holení, klyzma

Dříve byly rodičky oholeny kompletně. Nástřih při porodu se prováděl u velkého počtu žen a co kdyby porod náhodou skončil císařským řezem? V ochlupení se jednoduše dá obtížně šít a také následná péče o jizvu je obtížnější. V současné době se v některých nemocnicích neprovádí nebo se redukuje pouze na zevní rodidla. Většina maminek dnes často věnuje péči o holení ochlupení zevních rodidel. Pokud se tak činí až na porodním

sále, tak se holí již pouze hráz. Zásadně se dnes neholí pubické ochlupení. Nadměrné ochlupení hráze může ženě činit hygienické potíže, zejména na začátku šestinedělí. Oholení ochlupení se dnes nepovažuje za potřebnou porodnickou přípravu a nemělo by být prováděno, pokud sama maminka s ním nesouhlasí (5, 6).

Klyzma pomůže k vyprázdnění stolice z tlustého střeva, která může snižovat kontrakce dělohy a bránit vedoucí části plodu vstupovat do pánve. Vlažný roztok často děložní kontrakce naopak mírně posiluje. Po vyprázdnění tlustého střeva nedochází k nechtěnému úniku stolice ve druhé době porodní, kdy rodička s použitím břišního lisu tlačí. Pak může nechtěný únik stolice představovat pro ženu psychicky negativní handicap, který často zhoršuje její spolupráci a hygienicky představuje riziko pro novorozence. Aplikace by neměla bolet, je pouze nepříjemná. Provádí se v první době porodní, a to v tzv. přípravné místnosti, kde by měl být dostatek soukromí. Většinou se aplikuje vleže na lehátku na boku nebo na zádech s pokrčenýma nohama. Porodní asistentka zavede do konečníku rektální rourku (gumová hadička). Důležité je zhluboka dýchat a nestahovat svaly, aby aplikace nebyla bolestivá. Možný je nepříjemný pocit plnosti, který může voda ve střevech vyvolat. Důležité je nejít po aplikaci aspoň čtvrt hodiny na WC, aby voda stihla rozmočit stolici. Nucení na stolicí je dobré rozdýchávat (16, 22).

Alternativou ke klasickému klystýru je YAL. Jde o laxativum, které musí předepsat lékař. Přejde asi na 200 Kč a v jednom balení jsou dvě dávky. Použití je jednoduché – není nutná žádná zvláštní příprava, nejsou zapotřebí žádné diety ani speciální režim. Tento „miniklystýr“ si může žena udělat sama doma, ale lepší je počkat až na vyšetření v porodnici, jestli skutečně začíná porod, aby nebyl aplikován zcela zbytečně. Použití je jednoduché. Lahvička se nejdříve krátce protřepe, dokud nevznikne pěna. Pak se odstraní víčko a zavede trubička klystýru do konečníku až nadoraz. Tím, že se lahvička stlačuje, dojde k vyprázdnění pěny a roztoku do tlustého střeva. Ovšem stejně jako u klasického klystýru se musí i v tomto případě vydržet a jít na záchod co nejdéle. Přípravek YAL se používá i po porodu pro první návštěvu toalety, pokud byla provedena epiziotomie.

Pokud žena nesouhlasí s vyprázdněním stolice před porodem, pak by mělo být povinností porodních asistentek této žádosti vyhovět (14, 22).

1.2.2.3 Způsob tišení bolesti

Během první doby porodní pociťuje rodička bolesti za kontrakcí. Bolest je tupá, tzv. viscerálního charakteru. Při fyziologické děložní činnosti jde zejména o bolesti v podbříšku a až poté v křížové krajině. Stahy jsou nejbolestivější na konci první doby porodní. Během druhé porodní doby se přidružuje ostrá bolest, která vzniká v důsledku roztahování měkkých porodních cest. Volba porodnické analgezie je vždy individuální a záleží zejména na psychickém a fyzickém stavu rodičky a na zkušenostech porodníka, porodní asistentky a anesteziologa (9, 19). K tišení bolesti můžeme použít jak metod nefarmakologických, tak farmakologických.

K nefarmakologickým způsobům tišení bolesti při porodu patří:

Změny polohy a průběžná pohyblivost rodící ženy. Dnes běžně používaná poloha rodičky na zádech, byla zavedena do praxe až 16. – 17. století a patří mezi ty nejvyužívanější. Tato poloha je sice pro rodičku velmi namáhavá, ale má jednu velkou výhodu. Je výhodná pro prevenci a ošetření porodních poranění. Poloha vleže na boku napomáhá odstranit nepříznivé vlivy polohy na zádech. Její výhodou je, že pomáhá ženě lépe se uvolnit, ušetřit energii a je také výhodná pro prevenci a ošetření porodních poranění. Tato poloha se však doporučuje v první době porodní. Polohu na čtyřech může žena využít během celého porodu. Výhodou této polohy je, že pomáhá v rotaci dítěti a snižuje otok branky (otvor, který se postupně zvětšuje a kterým se dítě dostává z dělohy do porodního kanálu). V poloze na čtyřech ale dochází k většímu poranění rodidel a také může dojít k únavě paží. Poloha v sedě umožňuje ženě odpočívat a také umístit obklady na spodní část zad a ramena. Tato poloha se využívá v první době porodní a zmírňuje porodní bolesti. Poloha v podřepu je využívána v druhé době porodní, pomáhá rozšiřovat pánevní východ, pomáhá uvolnit pánevní dno a nevyžaduje tolik síly a námahy. Polohu v podřepu může žena zvolit pouze v případě, že má dítě správnou polohu a je správně dotočená hlavička. Nedoporučuje se v případech, kdy má žena epidurální analgezii nebo pokud jsou na dolních končetinách kloubní poškození.

Je-li žena v této poloze delší dobu může dojít ke stlačení cév a nervů pod koleny, žena by tedy měla po 1-2 stazích měnit. Mezi oblíbené polohy patří i poloha na porodní stoličce, které se využívá již od 17. století. V dnešní době je stolička vybavena i sedátkem pro partnera, který mamince poskytuje oporu (2, 7, 14).

Uvědomělé dýchání během kontrakcí a mimo ně je považováno za účinný způsob odpoutání mysli od bolesti i za vhodnou formu relaxace. Na počátku a ke konci kontrakce a stejně tak i mezi kontrakcemi je doporučováno hluboké břišní dýchání (nádech nosem, výdech ústy). V průběhu kontrakce je naopak lépe zvolit povrchní rychlé hrudní dýchání (tzv. psí dech).

O léčebných vlastnostech vody v porodnictví dnes už nashťestí není pochyb. Většina porodnických zařízení vlastní sprchu, vanu vířivku či dokonce speciální bazén. V praxi se však různí aktivní snaha personálu vodní lázeň rodičkám skutečně nabídnout.

Pomoci může masáž a doteky. Ať už jde o cílevědomou, např. reflexní, masáž nebo jen o konejšivé pohlazení, cílem je vždy ulevit rodící ženě v bolesti, dát jí najevo spoluúčast a usnadnit relaxaci. Formu masáže je zapotřebí měnit dle aktuálních potřeb rodičky a stejně tak je nutno respektovat, pokud jí dotyk začne být nepříjemný.

Protitlak je způsob výrazného tlumení zádoových bolestí zatlačením na důlky vedle křížové části páteře, popř. po stranách na kyčle rodící ženy. Tlak lze vyvíjet např. pěstí, palci rukou či příhodným pevným předmětem (např. speciálními akupresurními tyčinkami).

Homeopatické léky usnadňují porod jak z hlediska fyziologického, tak i psychologického. Používají se následující: *Gelsemium sempervirens* 15 nebo 30 CH: Je vhodný, pokud má žena strach či úzkost před porodem. Dávkuje se také 5 granulí 1 -2x denně. *Caulophyllum thalictroides* 9 CH: Používá se rutinně ve druhé době porodní. Působí na nepoddajnost děložního hrdla, zefektivní práci svalů při atonické děložce, nepravidelných, neúčinných a křečovitých stazích dělohy. Podává se 5 granulí každých 15 minut po odtoku plodové vody nebo při nástupu porodní činnosti při každé děložní kontrakci. V tomto případě lze rozpustit 10 granulí v 1-2 dl vody bez bublinek a malým množstvím svlažovat jazyk. *Actea racemosa* 9 CH: Účinně ovlivní silné nepravidelné

porodní bolesti, bolestivé křeče děložního hrdla vystřelující do stehů. Dávkování je stejné jako u léku Caulophyllum.

Hudba i provoněný vzduch pomáhají při porodu vytvořit klidné a intimní prostředí. Při dobrém výběru mohou podpořit účinek dýchání, masáží i dalších způsobů úlevy od bolesti a zpříjemnit rodičce prostředí porodu. V neposlední řadě dodávají tóny i vůně potřebnou energii osobám, které rodičce při porodu pomáhají.

Farmakologické metody tišení bolesti při porodu jsou:

Celkově aplikovaná analgetika, spazmolytika a anxiolytika

Tyto látky se používají v dávkách, které bolest pouze utlumí. Jsou indikovány pouze v první době porodní. Při vyšším dávkování hrozí riziko útlumu dechu matky i plodu. Sem patří z analgetik např.: Dolsin, Fentanyl, Tramadol, Sufentanyl, z anxiolytik např.: Prometazin, jeho kombinace s Torecanem a Dolsinem, tzv."lytické směsi" nebo "neuroplegická analgezie" (Dolsin, Prometazin, Chlorpromazin, Dihydroergotoxin).

Směs kyslíku a oxidu dusného v analgetické dávce může být podávána v průběhu první i druhé doby porodní. K aplikaci inhalačních přípravků se používají samoobslužné přístroje. V našich podmínkách je použití tzv."rajského plynu" málo rozšířené - zřejmě z důvodu rizika kontaminace prostředí a ovlivnění zdravotnického personálu.

Při paracervikální blokádě se lokálním anestetikem infiltruje tkáň kolem děložního čípku na úrovni poševní klenby. Výkon je možno provést pouze tehdy, pokud není zašlá branka.

Blokáda n. pudendus se provádí chvíli před tím, než chceme dosáhnout ochabnutí a analgezie svalstva pánevního dna. Rutinně se provádí u všech operačních vaginálních porodů, u porodů plodů v poloze pánevním koncem a u předčasných porodů.

Epidurální analgezie patří mezi nejúčinnější metody ovlivnění bolesti za porodu. Je bezpečná pro matku i plod, vykazuje až 90% účinnost.

Z lokálních anestetik se používají Marcain a Sufenta. Mezi možné komplikace patří infekce v místě vpichu, proniknutí do subdurálního prostoru a krvácení z poraněných cév (3, 4, 14, 21)

1.3 Mezinárodní definice porodní asistentky

„Porodní asistentka je osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky uznávaného v dané zemi, která úspěšně ukončila daný vzdělávací program pro porodní asistentky a získala tak požadovanou kvalifikaci a registraci pro výkon povolání porodní asistentky.

Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník:

1. pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní
2. vede porod na svou vlastní zodpovědnost
3. poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku

Tato péče zahrnuje:

1. preventivní opatření
2. podporu normálního porodu
3. zjišťování komplikací u matky nebo dítěte
4. zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci
5. provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci

Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit.

Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě.

Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik nebo zdravotnických středisek (21, s. 94)“.

Tato definice byla přijata 19. Července 2005 na zasedání Mezinárodního výboru porodních asistentek (21).

Činnost porodních asistentek definují a vymezují příslušné zákony a vyhlášky ČR (20).

1.3.1 Úloha porodní asistentky během těhotenství

Prenatální péče poskytovaná porodní asistentkou je komplexní, kontinuální, léčebně preventivní péče o ženu a její rodinu jak ve smyslu tělesném, tak duševním. Vychází z předpokladu, že jen zdravá žena může počít, donosit a porodit zdravé dítě a jen zdravá žena může úspěšně vykonávat roli matky. Prenatální péče má být co nejvíce efektivní, ale nesmí být nadbytečná, aby byla akceptovatelná těhotnou ženou (8, 12).

V začátcích je nejdůležitějším úkolem porodní asistentky pomoci ženě adaptovat se na těhotenství a zvládnout jeho projevy, především fyzické změny jako je únava, nevolnosti apod. Neméně důležité jsou také psychické změny. Porodní asistentka usnadňuje ženám přijmout fakt, že kromě práce mají další smysl života, pomáhá jim získat nadhled nad situací. Protože první trimestr je obdobím určité nejistoty a žena oznamuje své těhotenství pouze několika nejbližším, je asistentka také „vrbou“, která vyslechne její názory a pocity vyvolané novým stavem. Nejen žena je však předmětem asistentčiny snahy. Porodní asistentky v případě zájmu pracují i s páry. V České republice nejsou vytvořeny podmínky pro to, aby celé těhotenství žena absolvovala pouze pod dohledem asistentky. Určitá péče gynekologa je tedy nezbytná. V případě pozitivního těhotenského testu lékař především ověřuje, zda se nejedná o mimoděložní těhotenství. Pokud je vše v pořádku, vystaví ženě těhotenský průkaz a přichází čas, kdy je vhodné kontaktovat porodní asistentku – jestliže to budoucí maminka neudělala už dříve (4).

Cílem péče porodní asistentky o ženu během celého těhotenství je co nejdříve rozpoznat jakékoliv nepravidelnosti plodu během jeho nitroděložního vývoje, musí zabezpečit bezproblémový přechod ženy z role těhotné do role matky. Neméně důležité je zabezpečit ženě dostatek informací v přiměřené formě a naučit jí přizpůsobit její životní styl přípravě na otěhotnění, samotnému těhotenství i kojení (8, 21).

Prenatální péče o těhotnou ženu se většinou odehrává v rámci těhotenských poraden u obvodních gynekologů. Úkolem je zajistit včasnou diagnostiku těhotenství a prenatální péči jak o fyziologickou tak rizikovou graviditu. Pomocí screeningových metod diferencuje fyziologickou, rizikovou a patologickou graviditu a zajišťuje spolupráci se specializovanými pracovišti (8).

1.3.2 Úloha porodní asistentky při porodu

V první době porodní má porodní asistentka následující úkoly. Sleduje její trvání. Musí sledovat a posoudit délku a charakter kontrakcí. Vykonává nebo asistuje při vnějším a vnitřním porodnickém vyšetření. Pravidelně monitoruje ozvy plodu. Měří fyziologické funkce rodičky, naučí jí správnou techniku dýchání a sleduje její psychický stav. Důležitá je komunikace s rodičkou a zabezpečení jejího komfortu a možnosti relaxace mezi kontrakcemi. V první době porodní musíme též dbát na dodržování pitného režimu a pravidelné vyprazdňování močového měchýře, protože plný močový měchýř může narušit průběh porodu. Je nutné rodičku poučit o úlevových polohách a společně najít pro ni tu nejpříjemnější (8, 23).

Ve druhé době porodní porodní asistentka za přísně aseptických podmínek připraví pomůcky k porodu. Je důležité monitorovat ozvy plodu mezi kontrakcemi. Úkoly porodní asistentky se liší podle toho, zda porod vede, nebo při něm asistuje lékaři.

Pokud sama porod vede, provádí činnosti jako chránění hráze, při nebezpečí ruptury hráze provede vhodnou episiotomii, vede porod hlavičky, předního a zadního ramínka podle platných porodnických doporučení. Po porodu dítěte nechá dotepat pupečník, položí dítě matce na břicho a po přestřihnutí pupeční šňůry ho předá dětské sestře. Poté provede odběry krve z pupečníku (8).

Pokud porodní asistentka při porodu vedeném lékařem asistuje, sleduje ve vypuzovací době ozvy po každé kontrakci, komunikuje s rodičkou a povzbuzuje ji při tlačení. Po porodu dítěte asistuje lékaři při odběru krve z pupečníku.

Důležitá úloha porodní asistentky při všech činnostech během porodu je vytvoření psychické pohody na porodním sále (8, 13, 23).

Ve třetí době porodní, po porodu placenty, porodní asistentka zkontroluje její celistvost, celistvost blan a úpon pupečníku, poté placentu zváží. Připraví lékaři pomůcky k ošetření porodních poranění, nebo je sama ošetří. Sleduje celkový stav rodičky, její fyziologické funkce, výšku děložního fundu, míru a charakter krvácení. Poučí rodičku o nutnosti klidu na lůžku alespoň dvě hodiny po porodu. Celý průběh porodu zaznamená do porodní knihy (8).

1.3.3 Úloha porodní asistentky v šestinedělí

Šestinedělí je období šesti týdnů po porodu, kdy se organismus ženy vrací do stavu jako před porodem (19).

Úlohy porodní asistentky v šestinedělí se dají shrnout do dvou oblastí, a to je sledování fyziologie involučních změn a péče o kojení. Porodní asistentky na oddělení šestinedělí by měli spolupracovat se sestrami obvodních gynekologů, kterým jsou po propuštění z porodnice předávány nedělky do péče. Některé porodní asistentky nebo doly nabízejí také návštěvní službu v prvních týdnech po porodu, kdy novopečené mamince můžou poradit s kojením, koupáním miminka a poskytnout jí podporu (18).

Porodní asistentka je přítomna při prvním vstávání nedělky, před kterým jí musí změřit fyziologické funkce. Vysvětlí jí nutnost česné mobilizace jako prevenci tromboflebitidy a příznivý vliv pohybu na zlepšení funkce močového měchýře, střev a urychlení zavinování dělohy. Poučí šestinedělku o způsobu vstávání a sezení s ohledem na charakter porodních poranění a o nutnosti zvýšené hygieny poraněné hráze, kdy je ideální sprchování vlažnou vodou po každém močení a stolici (10).

V dalších dnech věnuje porodní asistentka zvýšenou pozornost involuci dělohy a odchodu lochií. Je vhodné matky informovat o tom, že při kojení může cítit až bolestivé stahy dělohy a větší odchod očítků.

Úkolem porodní asistentky v celém čase šestinedělí je společně s dětskou setrou podpora matky v kojení. Důležitá je technika kojení jako prevence ragád bradavek, Správnou techniku by si matky měla osvojovat už od prvního přiložení dítěte k prsu (8).

1.4 Porodní sál

1.4.1 Domáci pokoje v rámci porodního sálu

Vedení porodu je v České republice považováno za poskytování zdravotní péče, která je poskytována pouze ve zdravotnickém zařízení. Každé zdravotnické zařízení musí splňovat podmínky dané zákonem a příslušnými podzákonnými předpisy (20).

Koncepce domácích pokojů, tzv. „Home rooms“ v rámci porodních sálů je v současné době nejvyšším stupněm humanizace porodnictví v rámci nemocniční porodnické péče. Je to ideově medicínsky akceptovatelný protipól nezodpovědným pokusům o domácí porody. Porod je samozřejmě neopakovatelný zážitek v životě ženy a porodní pokoje chtějí svou atmosférou tento zážitek podpořit. Cílem celého projektu je vytvořit v prostorách porodnice místo, které bude svou atmosférou, co nejvíce připomínat domácí prostředí. Jde o prostorovou a funkční jednotku, kde proběhne porod od I. do III. doby porodní tak, aby rodička nemusela tento prostor po celou dobu opustit. Svým vybavením by měl připomínat domácí prostředí, jenž má za úkol umocňovat prožitek z porodu. Skládá se z vlastního porodního pokoje, kde je umístěna porodnická postel, sedací souprava, kuchyňský kout a vlastní sociální zařízení (WC, sprcha). Součástí může být i relaxační vana a doplňky alternativnímu vedení porodu (porodní stolička, porodní vak, ribstol, závěsné lano). Dle zkušeností není provoz v tomto typu porodního sálu nijak náročnější než na standardním porodním sále. Je rodičkami velmi dobře akceptován a v budoucnosti bude stále více vyžadován jimi i jejich doprovodem. Výhodou porodního pokoje je možnost při vzniku jakékoli patologie během porodu okamžitý transport buď na standardní porodní sál, nebo operační sál (19).

1.4.2 Porodní dům

Porodní dům je zdravotnické zařízení, které nabízí porodnickou péči zdravým ženám s fyziologickým těhotenstvím a předpokládaným fyziologickým porodem. Nabízí ženám individuální neinvazivní péči, kterou poskytují samostatně registrované porodní asistentky v rozsahu kompetencí zakotvených v zákoně. Porodním asistentkám nabízí možnost pečovat o těhotné a rodící ženy a ženy v poporodním období podle mezinárodně uznávaného modelu péče porodních asistentek s využitím hluboké znalosti fyziologie porodního procesu.

V naší zemi první porodní dům vybudovala obecně prospěšná společnost Porodní dům U čápa. Iniciátorkou a vedoucí projektu je porodní asistentka Zuzana Štrometerová, ředitelka společnosti. Již v roce 1997 iniciovala vybudování prvního Centra aktivního porodu v České republice v pražské nemocnici Bulovka. Porodní dům U čápa byl

otevřen v září roku 2005 v Praze 4 Krči. Uveden byl však pouze do částečného provozu (konzultativní a poradenská činnost), k plnému provozu (vedení porodů) mu chybí rozšíření registrace pro výkon této činnosti (16).

Porodní dům je kompromisem mezi nemocnicí a domovem: svým vzezřením a atmosférou maximální měrou připomíná domácí prostředí a zároveň zajišťuje odbornou péči profesionálních zdravotníků. Porodní dům není součástí nemocničního zařízení, je zařízením zcela autonomním. Je však orientován tak, aby byl v dosahu nemocničního zařízení disponujícího potřebným personálním i technickým vybavením. Pro případ komplikací při porodu má porodní dům navázán smluvní vztah s blízkou porodnicí k zajištění nutné lékařské pomoci.

Hlavními poskytovateli péče v porodním domě jsou porodní asistentky. Jsou tu proto, aby poradily, ne aby přikazovaly. Dohlíží na zdravý průběh těhotenství a v případě hrozící komplikace pošlou rodící ženu včas do porodnice. Péče, která je v porodním domě poskytována, je maminkám "šitá na míru", protože ji pomáhají vytvářet samy. V porodním domě nejsou žádné zaběhnuté nebo předepsané postupy. Je v něm zaručena individuální péče, jež spočívá v tom, že jedna porodní asistentka provází ženu od počátku porodu až po domácí návštěvy v šestinedělí.

Porodní dům nabízí tyto služby:

1. Komplexní předporodní přípravu (seznámí vás s porodním domem a s celým porodním procesem i s péčí o miminko).
2. Cvičení pro ženy před porodem i po porodu.
3. Individuální péči během porodu v prostředí, se kterým se ještě před porodem důvěrně seznámíte – v České republice není možnost v porodním domě vést porodu, ale v zahraničí ano.
4. Péči po porodu.
5. Návštěvu porodní asistentky u vás doma (mj. poradí s krmením miminka).
6. Konzultace alternativních oborů (akupunktura, reflexní terapie, masáže Shia-zu, psychologie).
7. V případě zájmu další doplňkové metody péče (tanec, hudba...)

8. Vzdělávací a osvětovou činnost pro odbornou i laickou veřejnost (semináře, přednášky, kurzy) ve vlastním Vzdělávacím centru.
9. Ubytování pro klienty Porodního domu a účastníky akcí Vzdělávacího centra (10, 16).

2 CÍLE PRÁCE, HYPOTÉZY A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, jak jsou na porodních sálech plněny požadavky a přání rodiček, které mají zapsané ve svých porodních plánech.
2. Zjistit, zda mají porodní asistentky podmínky pro plnění porodních plánů.

2.2 Hypotézy a výzkumné otázky

Hypotéza 1: Rodičkám, které přicházejí na porodní sál s porodním plánem, je v jejich požadavcích vyhověno.

Hypotéza 2: Rodičky vyjadřují spokojenost s péčí v porodnici dle saturace plnění svého porodního plánu.

Výzkumná otázka 1: Mají porodní asistentky podmínky pro plnění porodních plánů?

Výzkumná otázka 2: Jsou požadavky rodiček realizovatelné v podmínkách porodnice?

3 METODIKA

3.1 Použitá metodika

Pro výzkumné šetření byl zvolen kvantitativní výzkum, který byl prováděn formou dotazníků, pro rodičky. Dotazník obsahoval 37 otázek. Zastoupení měly otázky uzavřené, polootevřené i otevřené.

Kvalitativní výzkum byl prováděn formou polostrukturovaného rozhovoru s porodními asistentkami. Rozhovory byly zaznamenávány na diktafon a zpracovány do kazuistik, ze kterých byly vytvořeny tabulky.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

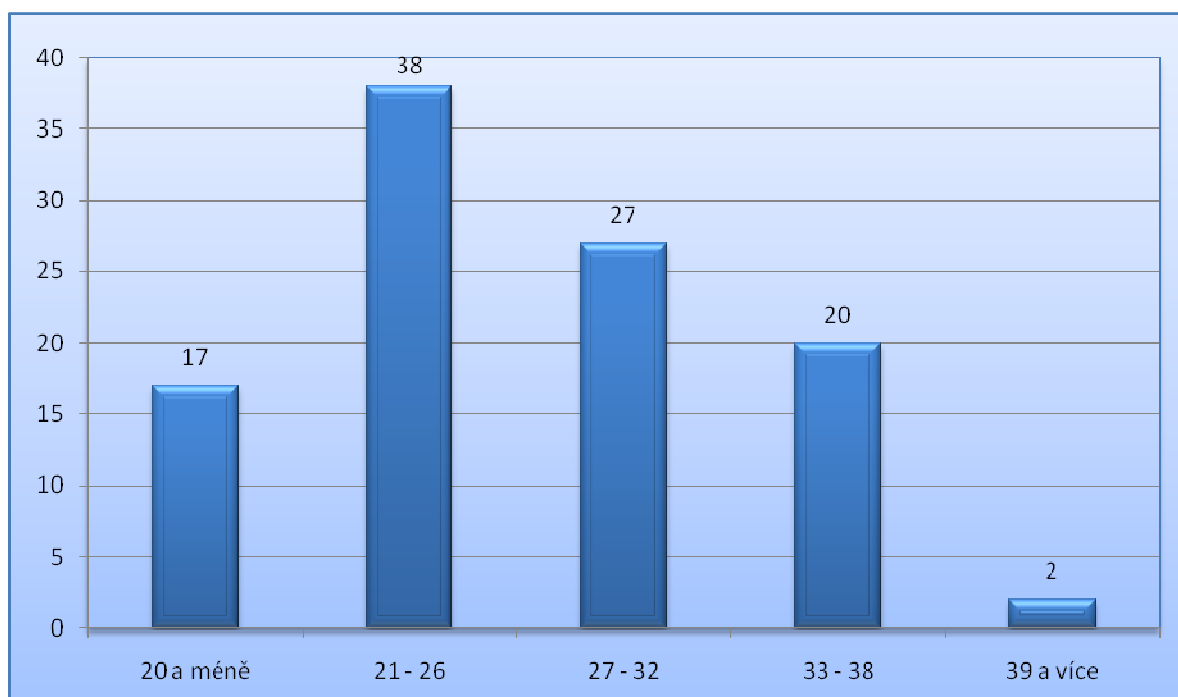
Výzkumným souborem pro kvantitativní výzkum byly ženy po porodu, hospitalizované na oddělení šestinedělí, které měly při porodu vypracovaný porodní plán. Rozdáno bylo 120 dotazníků. Návratnost byla 109 dotazníků, což je 91%. 5 dotazníků bylo vyřazeno pro chybné vyplnění. K výzkumu bylo použito 104 dotazníků.

Rozhovory s porodními asistentkami byly použity na kvalitativní výzkum. O rozhovor bylo požádáno pět porodních asistentek pracujících na porodním sále. Všechny s rozhovorem souhlasily. Výsledky rozhovorů byly zpracovány formou tabulek.

4 VÝSLEDKY

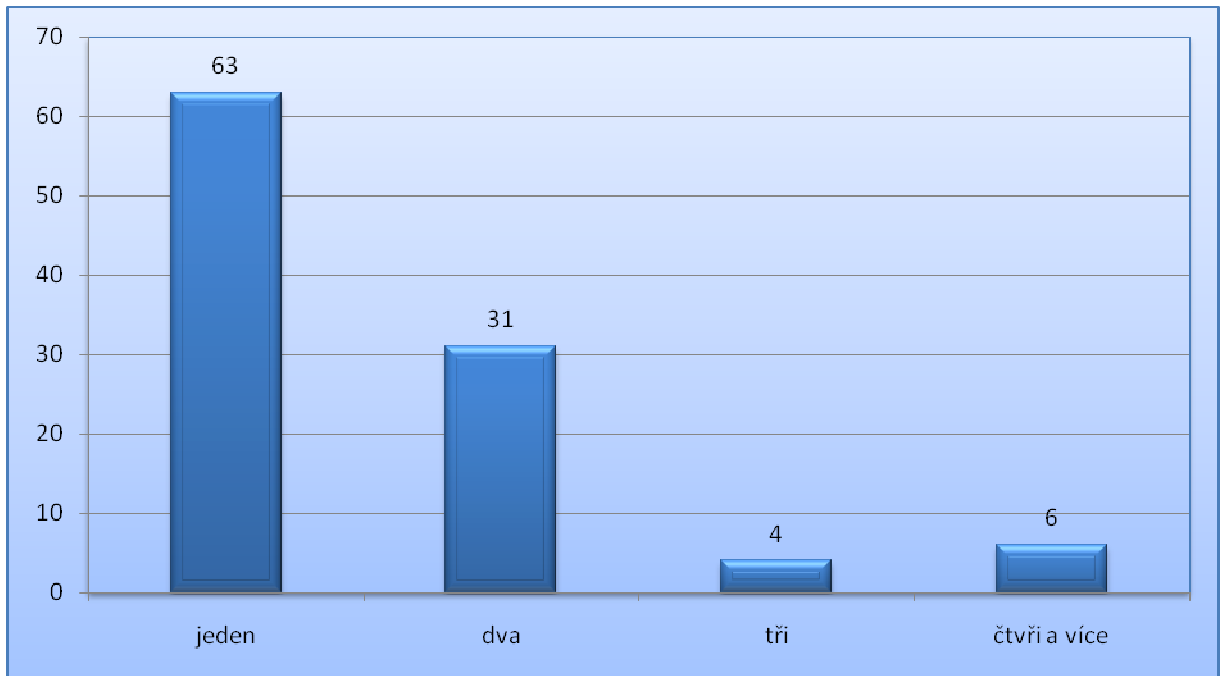
4.1 Výsledky kvantitativního šetření u žen po porodu

Graf 1 Věk respondentek



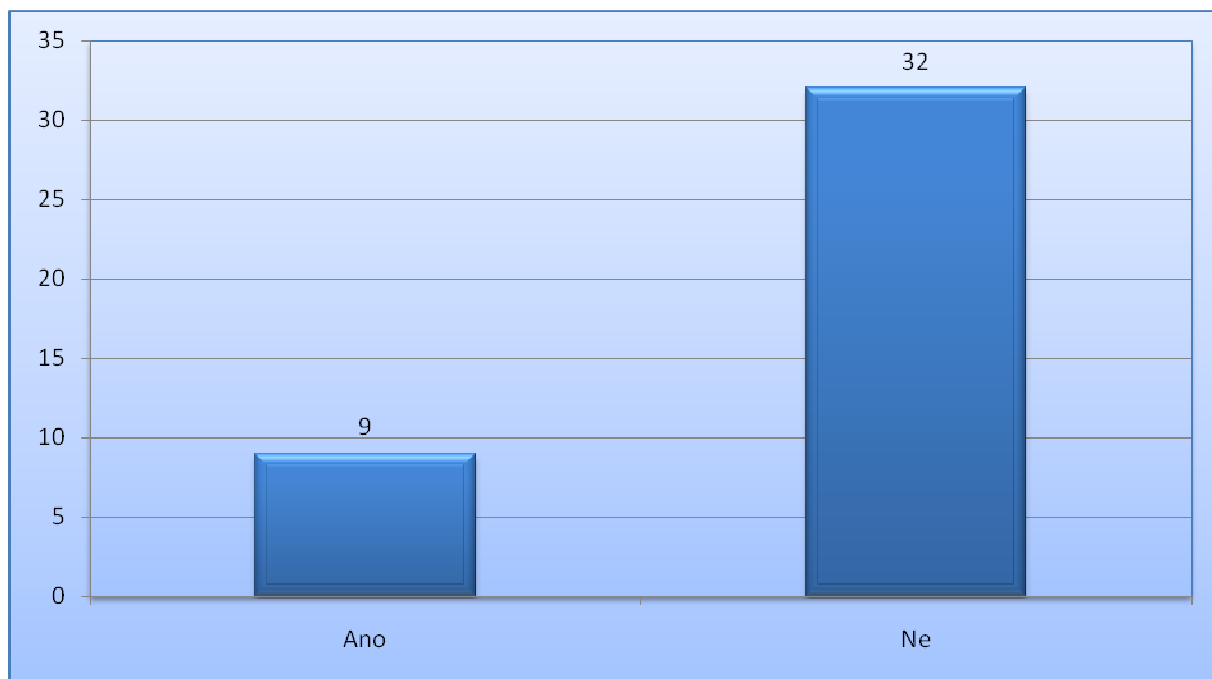
17 (16%) respondentek je ve věku méně než 20 let, 38 (37%) patří do věkového rozmezí 21 až 26 let, 27 (26%) respondentkám je 27 až 32 let, 20 (19%) je ve věku 33 až 38 let a 2 (2%) respondentky uvedly věk vyšší než 39 let.

Graf 2 Parita respondentek



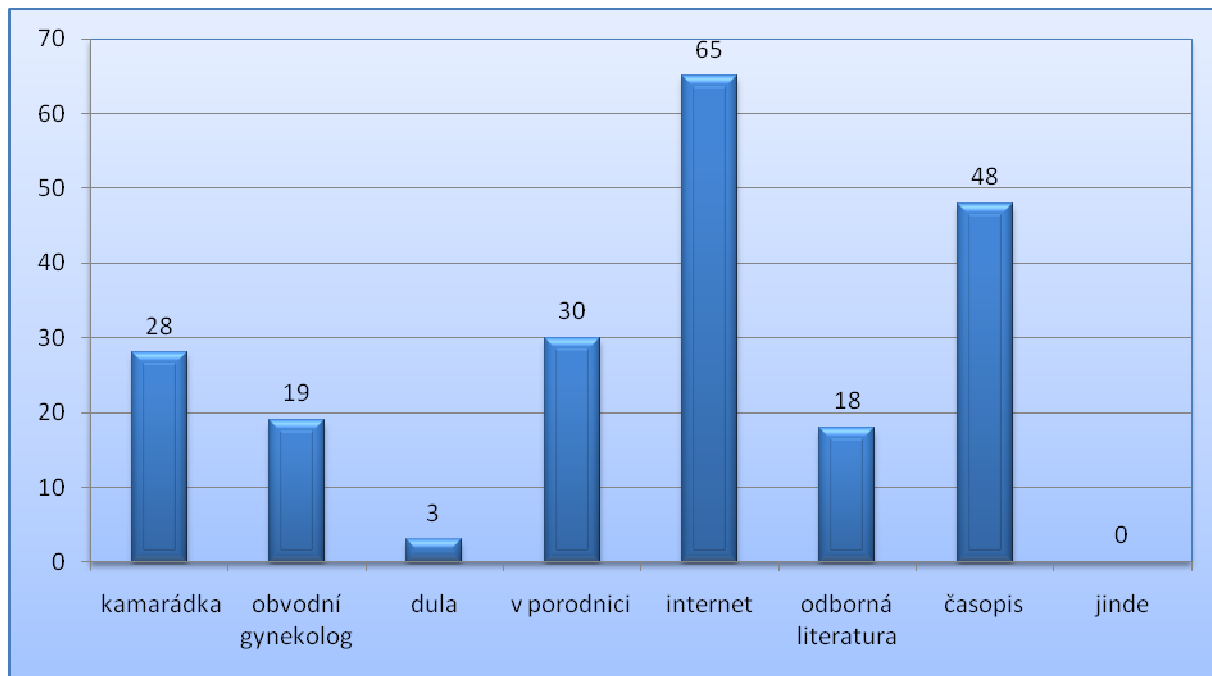
63 (61%) respondentek byly primipary, 31 (30%) sekundipary, 4 (4%) respondentky byly terciipary a 6 (6%) uvedlo, že mají za sebou 4 nebo více porodů.

Graf 3 Porodní plán při předchozím porodu



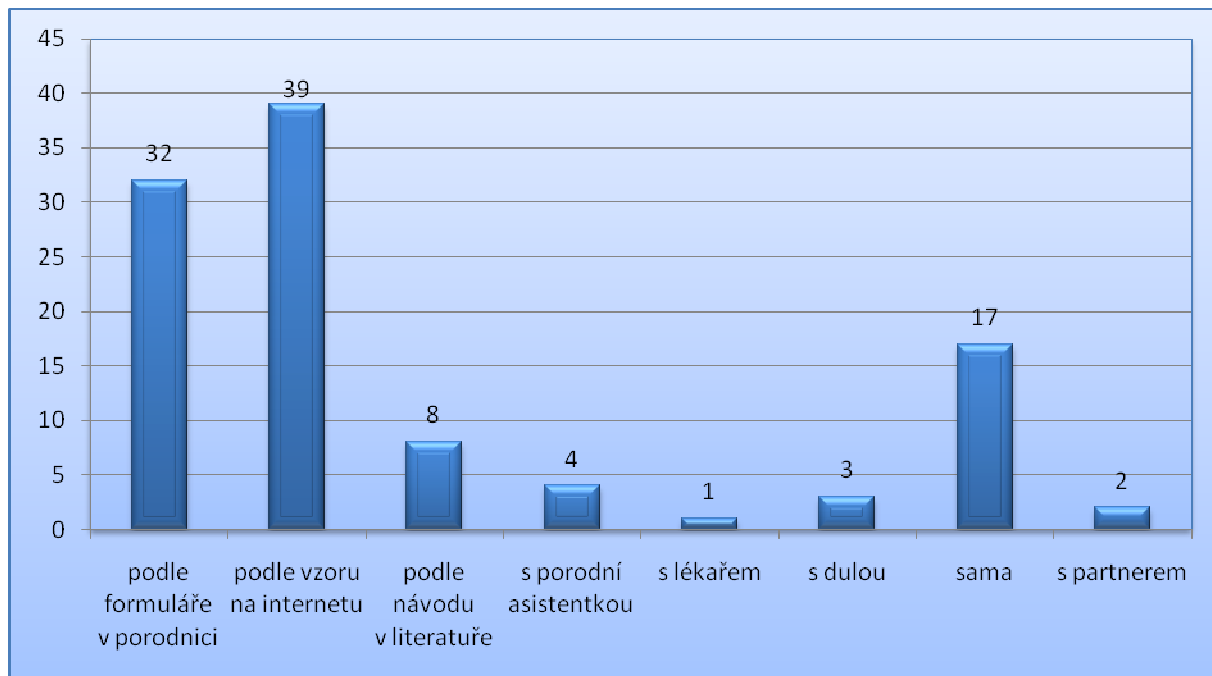
Z respondentek, které nebyly prvorodičkami 41 (100%), 9 (22%) odpovědělo, že při předchozím porodu mělo také vypracovaný porodní plán a 32 (78%) uvedlo, že při předchozím porodu porodní plán neměly.

Graf 4 Zdroj informací o porodním plánu



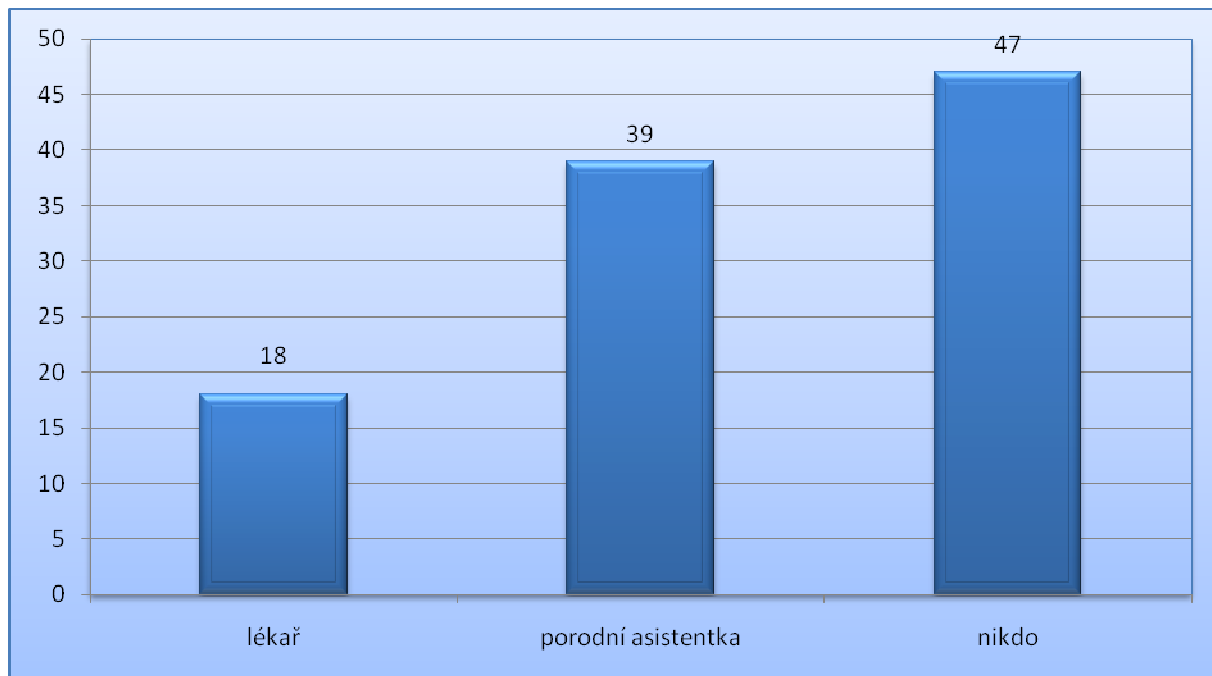
Graf zobrazuje četnost odpovědí. Nejčetnější byla odpověď, že informace získala z internetu, která byla vybrána 65x, 48x byla odpověď časopis, 30x porodnice, 28x zazněla odpověď, že informace podala kamarádka, 19x byl zdroj obvodní gynekolog, 18x odborná literatura, 3x získaly informace od dule, možnost „jinde“ nevedla žádná respondentka.

Graf 5 Způsob sestavení porodního plánu



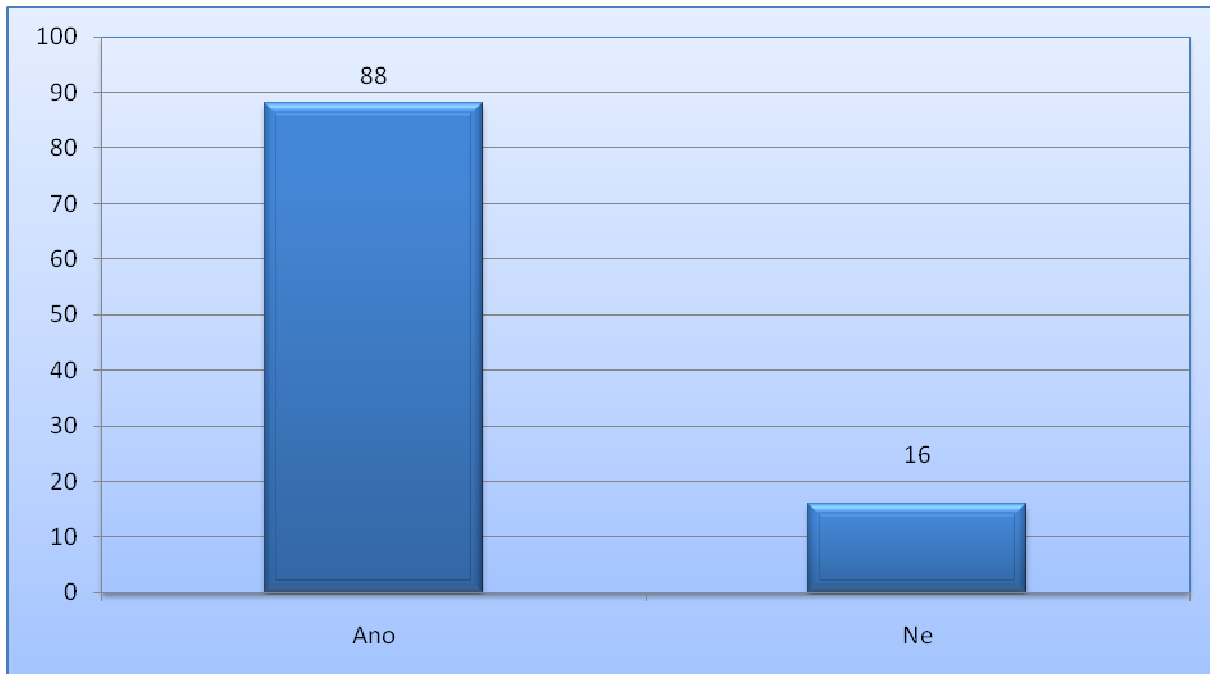
Graf znázorňuje četnost odpovědí. 39 respondentek odpovědělo, že sestavilo porodní plán podle vzoru na internetu, 32 žen dostalo formulář v porodnici, 17 rodiček označilo odpověď, že porodní plán sestavily samy, 8 jich využilo návodu v literatuře, 4 ženy odpověděly, že s porodní asistentkou, 3 respondentky sestavily porodní plán s doulou, 2 s partnerem a 1 respondentka s lékařem.

Graf 6 Konzultant porodního plánu



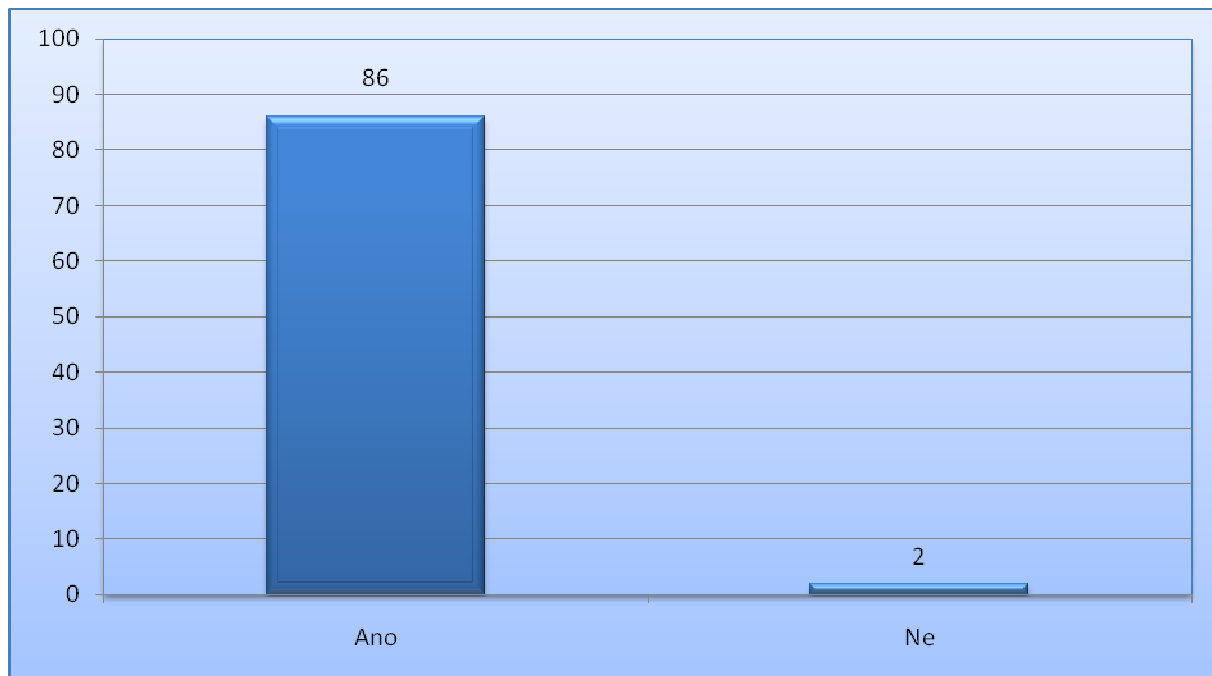
18 (17%) respondentek uvedlo, že s nimi porodní plán konzultoval lékař, 39 (38%) vybralo možnost porodní asistentka a s 47 (45%) respondentkami neprobral porodní plán nikdo.

Graf 7 Přítomnost blízké osoby - přání



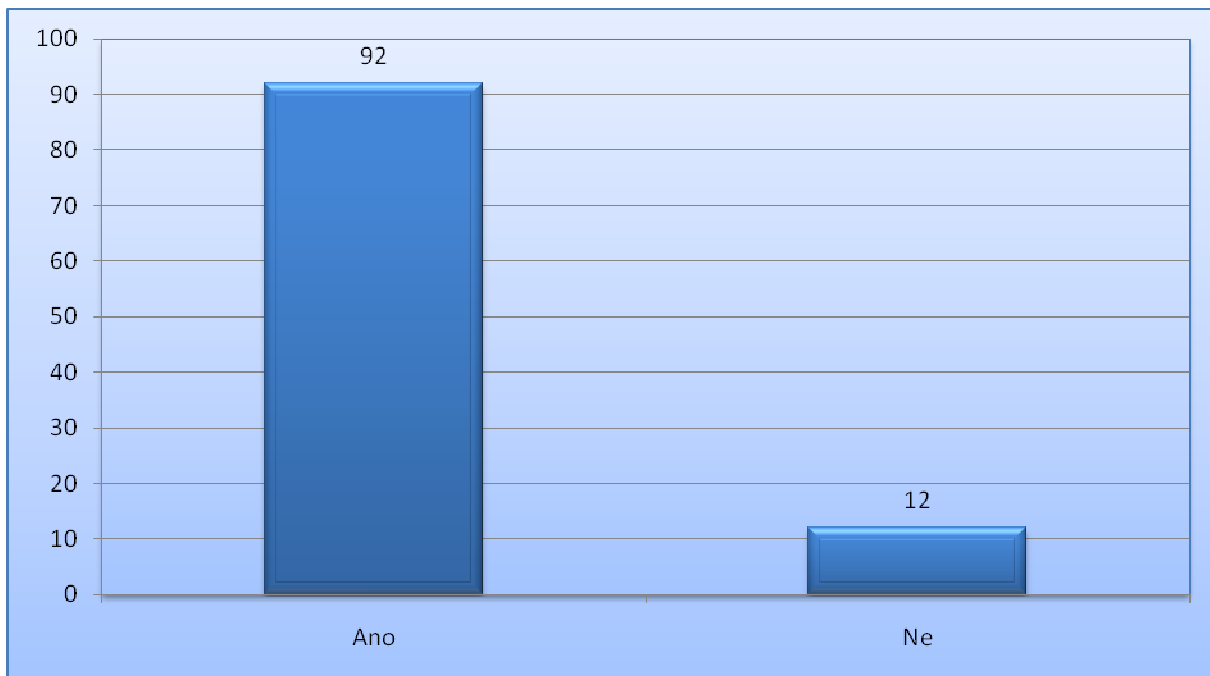
88 (85%) žen si přálo mít u porodu blízkou osobu a 16 (15%) žen si přítomnost blízké osoby nepřálo.

Graf 8 Přítomnosti blízké osoby - skutečnost



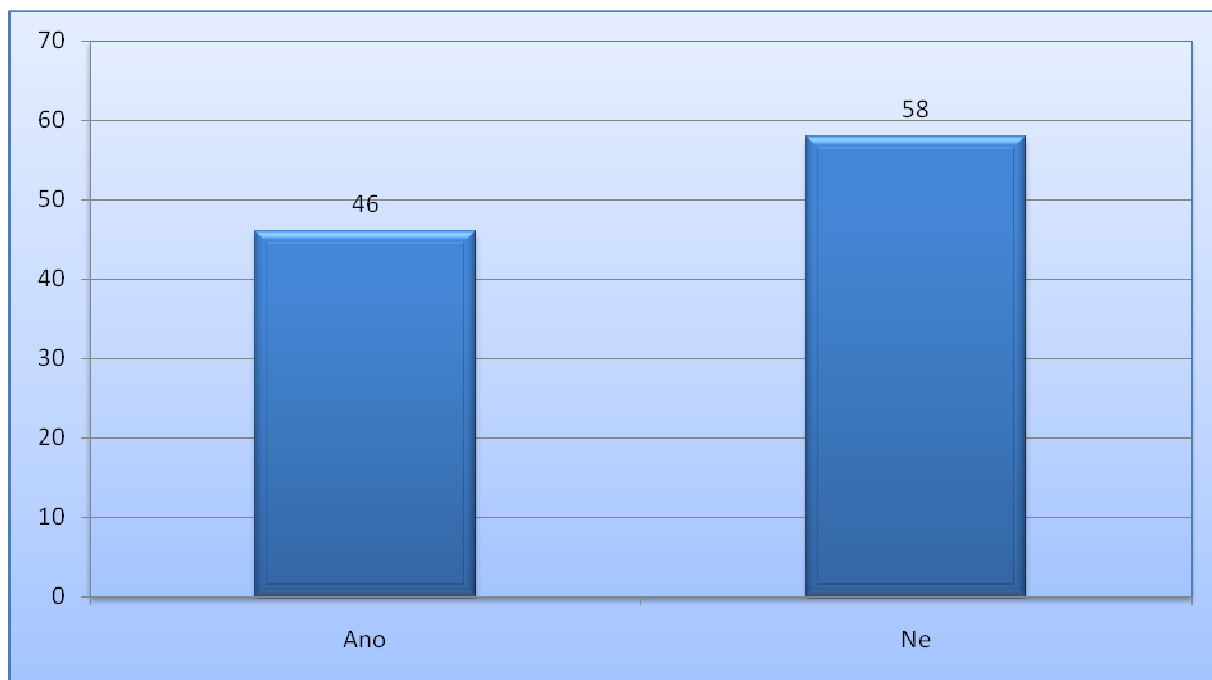
Z 88 žen (100%), které si přály blízkou osobu u porodu, bylo 86 (98%) jejich přání splněno a 2 (2%) přítomnost blízké osoby umožněna nebyla.

Graf 9 Souhlas s přítomností mediků a studentů zdravotních škol



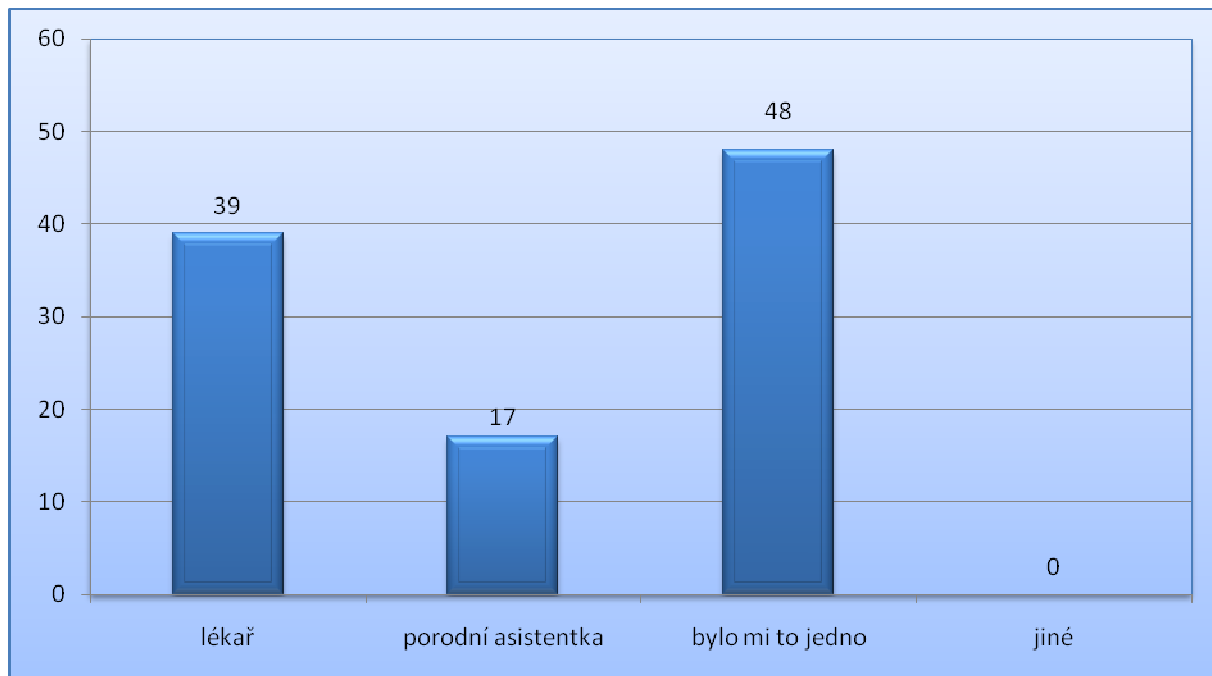
92 (88%) rodiček souhlasilo s přítomností mediků a studentů zdravotních škol a 12 (12%) s jejich přítomností nesouhlasilo.

Graf 10 Přítomnost mediků a studentů zdravotních škol



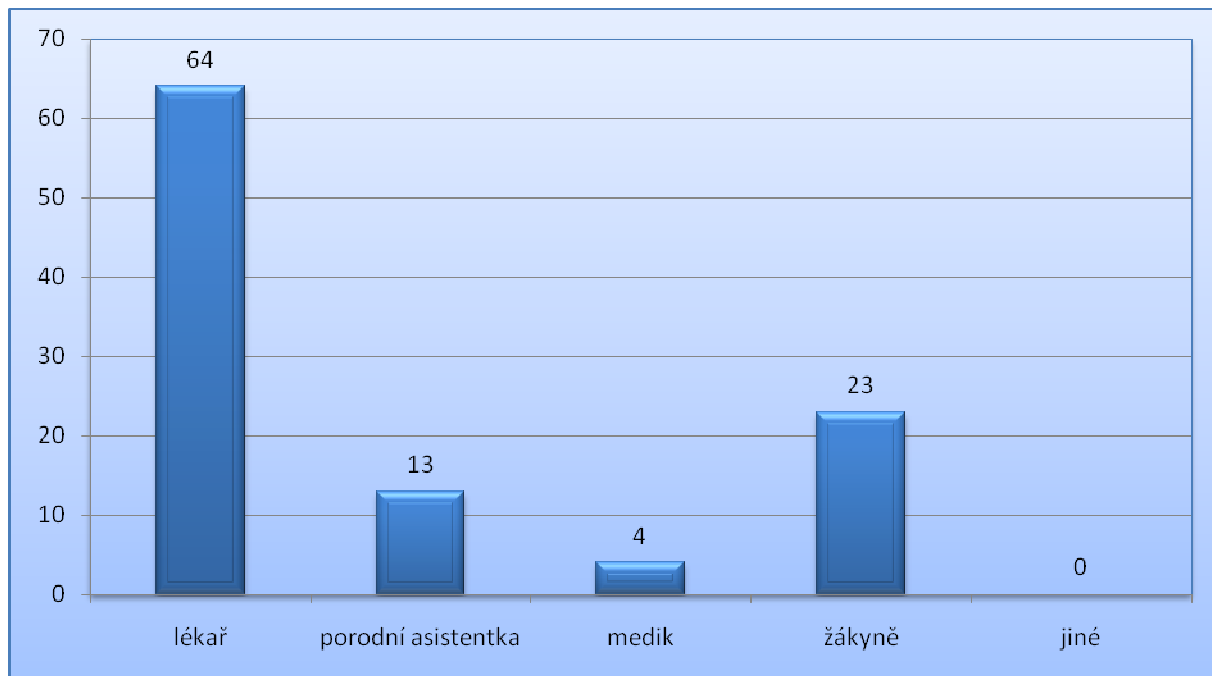
46 (44%) respondentek uvedlo, že jejich porodu byli přítomni medici a studenti zdravotních škol a 58 (56%) žen uvedlo, že přítomni porodu nebyli.

Graf 11 Osoba vedoucí porod - přání



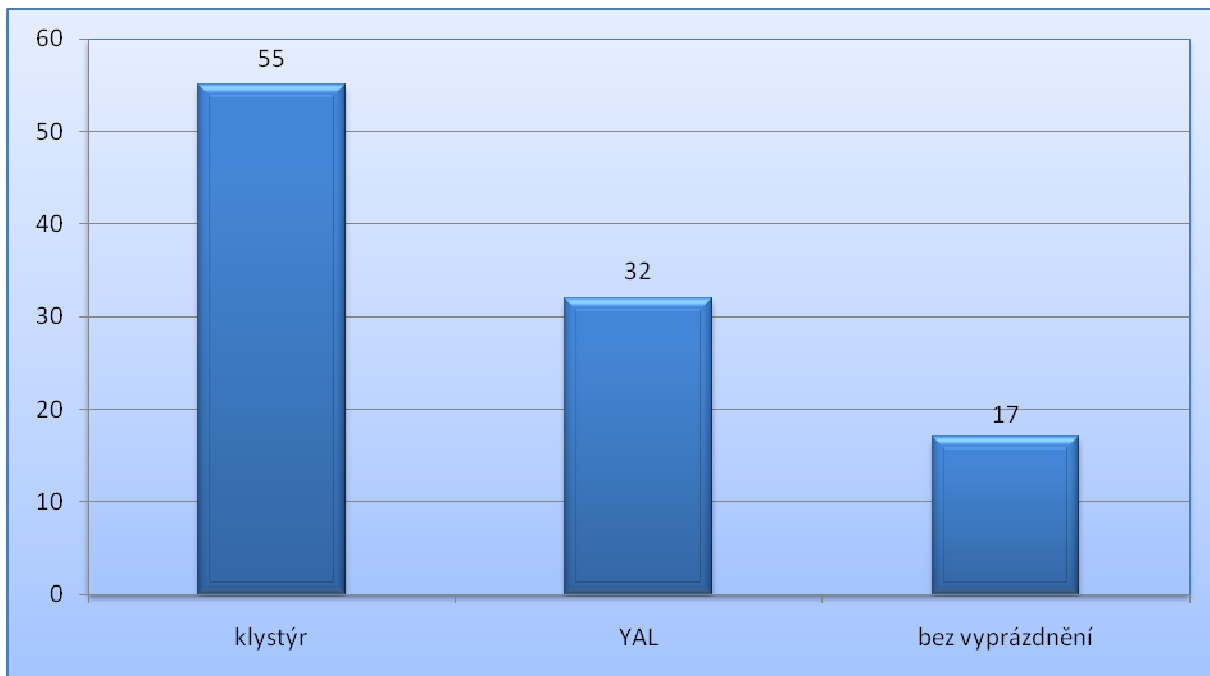
48 (46%) ženám bylo jedno, kdo jejich porod povede, v 39 (38%) případech si rodičky přály, aby porod vedl lékař a v 17 (16%) odpovědích se objevilo přání, aby porod vedla porodní asistentka, odpověď „jiné“ neoznačila žádná z dotázaných.

Graf 12 Osoba vedoucí porod - skutečnost



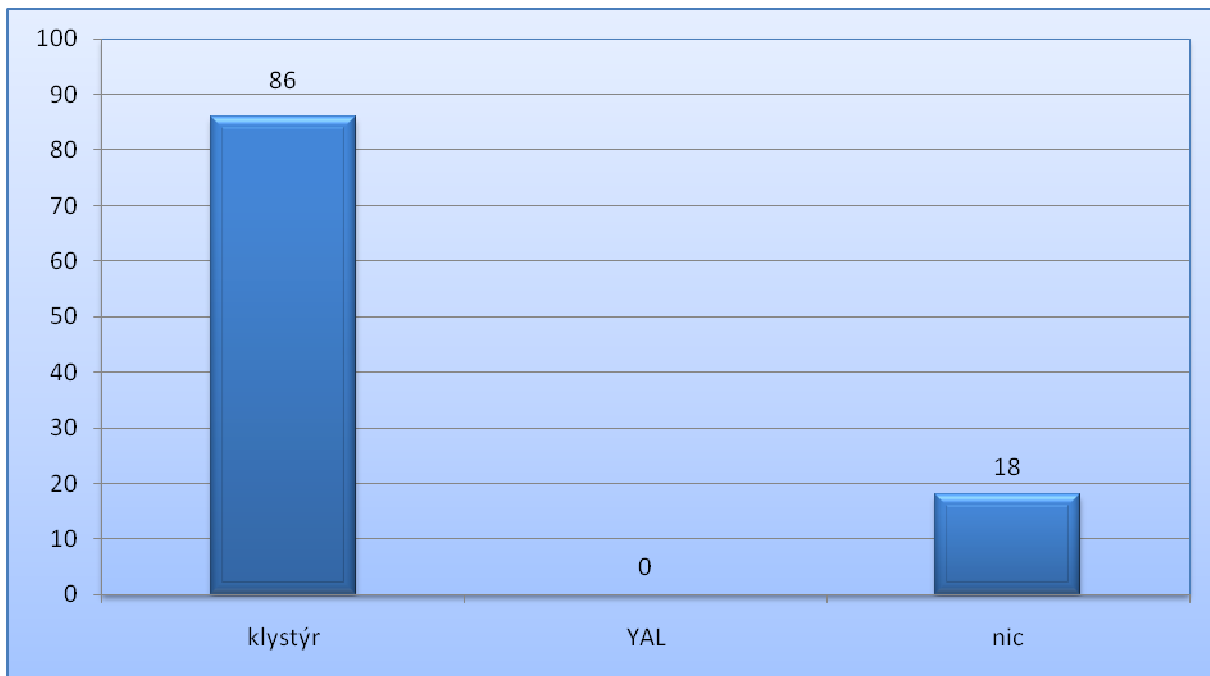
64 (62%) respondentek odpovědělo, že jejich porod vedl lékař, 13 (13%) porodu odvedla porodní asistentka, 4 (4%) medik a 23 (22%) respondentek odpovědělo, že porod vedla žákyně, možnost „jiné“ nevybral nikdo.

Graf 13 Způsobu vyprázdnění před porodem - přání



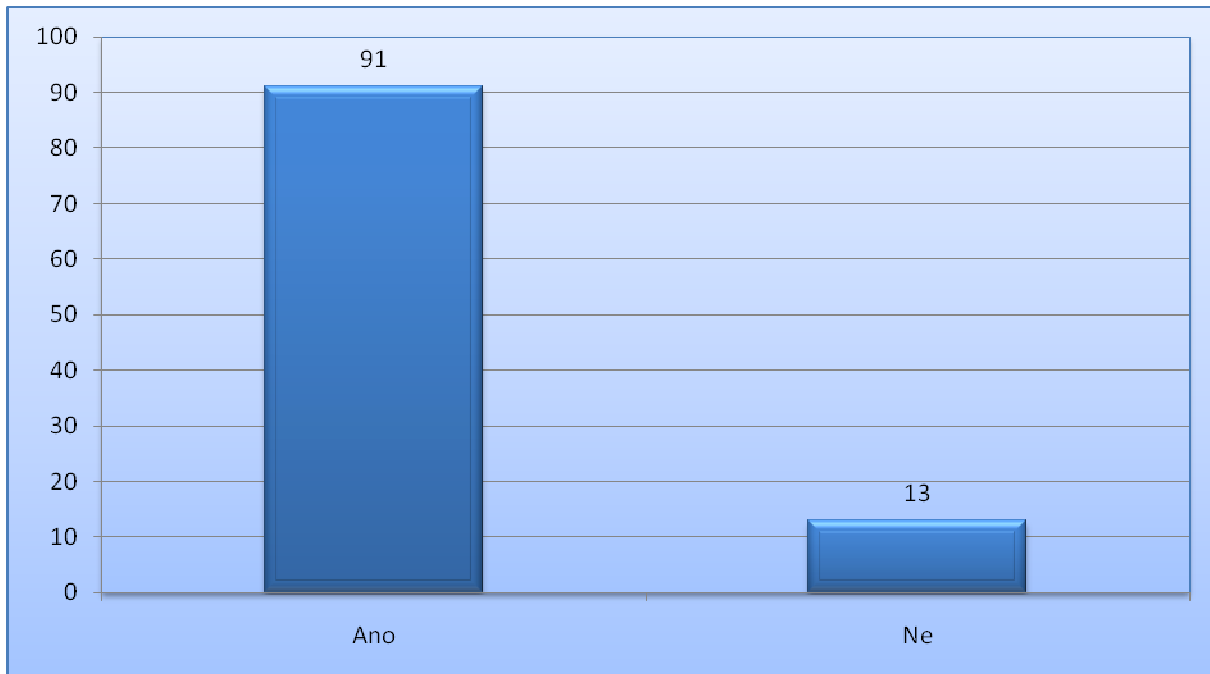
55 (53%) žen, uvedlo jako ideální způsob vyprázdnění před porodem klystýr, 32 (31%) si přálo vyprázdnění pomocí YAL a 17 (16%) chtělo родit bez vyprázdnění.

Graf 14 Způsob vyprázdnění před porodem - skutečnost



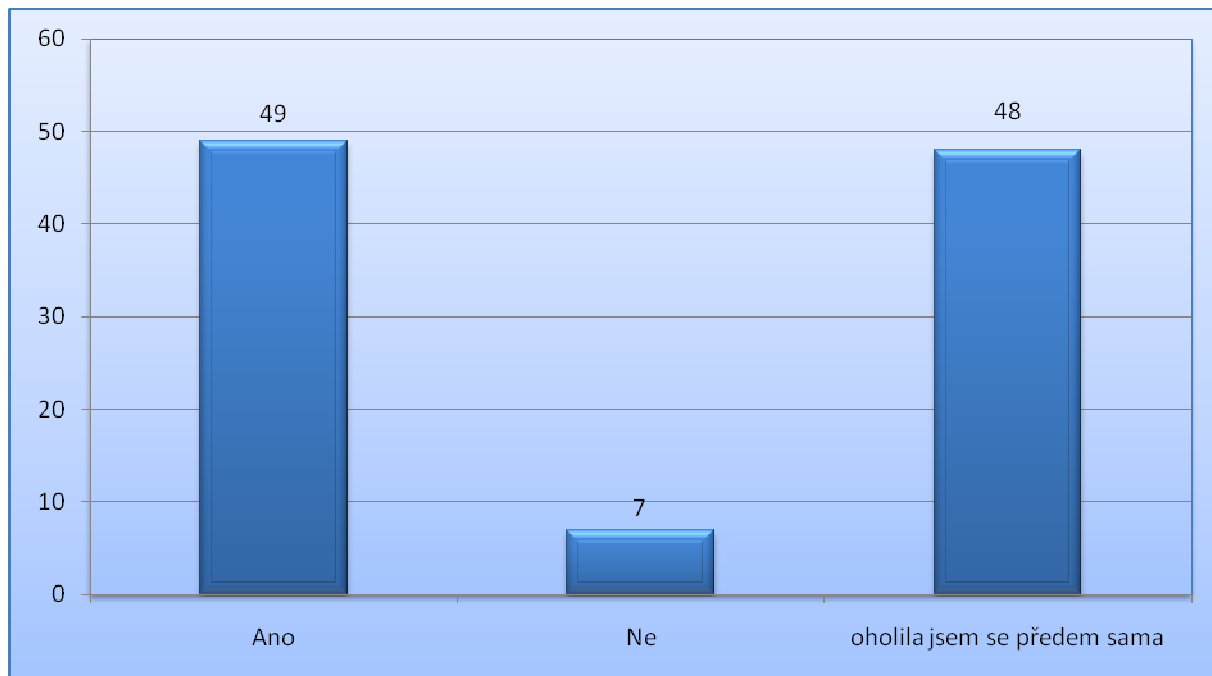
86 (83%) respondentkám bylo před porodem podáno klyzma, 18 (17%) žen rodilo bez vyprázdnění, YAL nevedla ani jedna respondentka.

Graf 15 Holení před porodem - přání



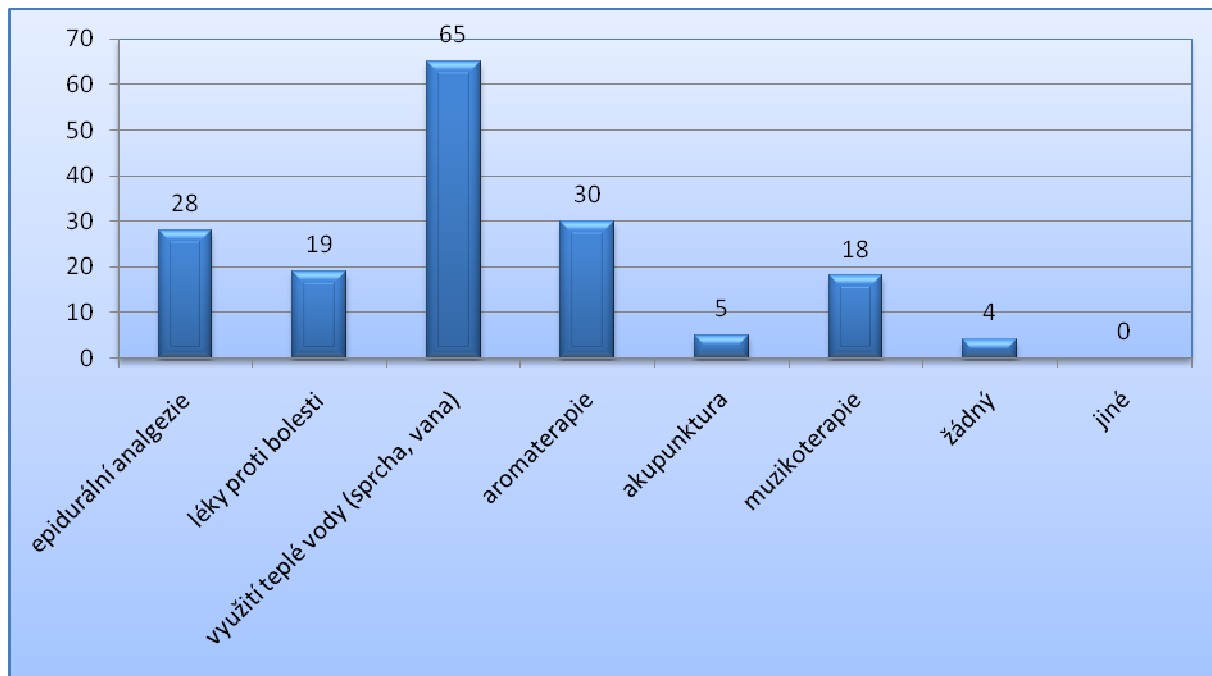
91 (88%) rodiček si přálo být před porodem oholeno, 13 (12%) žen si holení nepřálo.

Graf 16 Holení před porodem - skutečnost



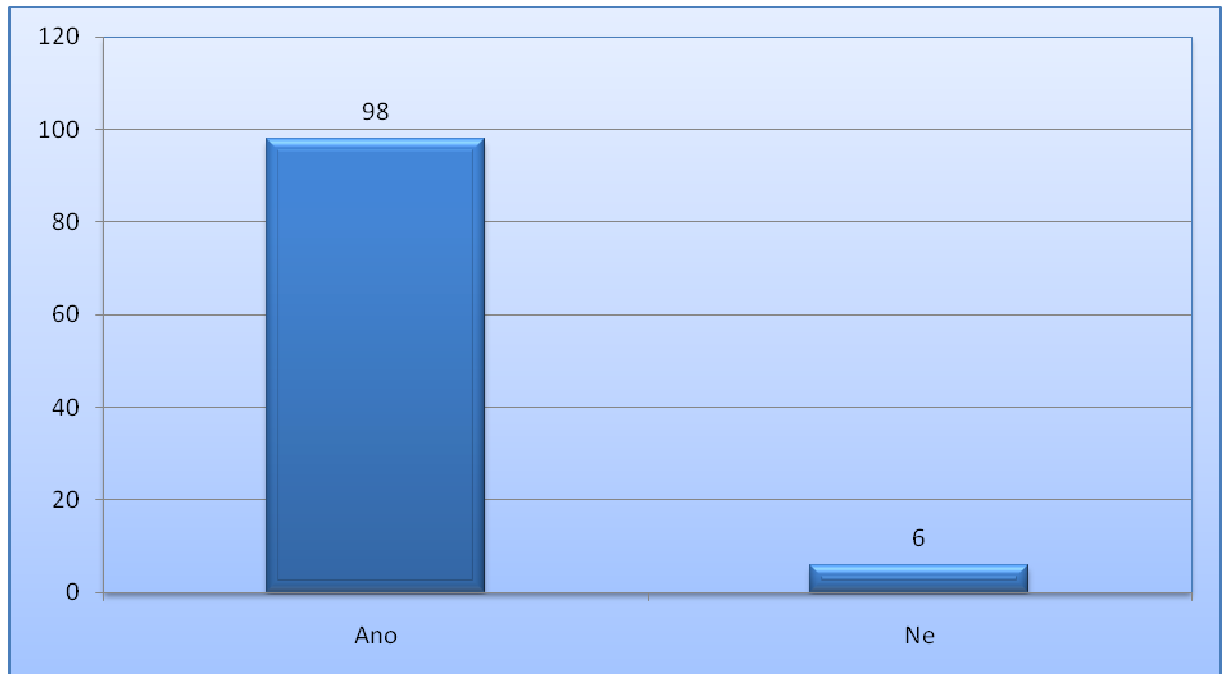
49 (47%) žen uvedlo, že byly před porodem oholeny, 7 (7%) oholeno nebylo a 48 (46%) rodiček se oholilo předem doma.

Graf 17 Přání o způsobu tišení bolesti při porodu



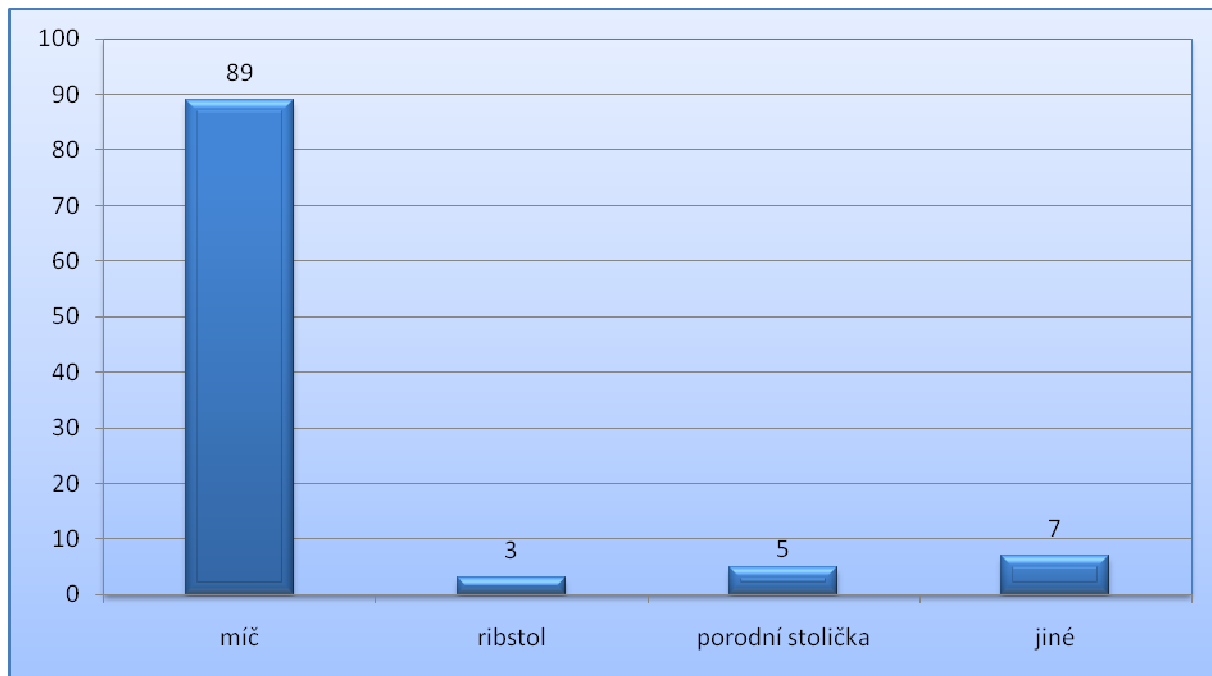
Graf 17 znázorňuje četnost odpovědí. 65x byla označena odpověď sprcha nebo vana, 30 respondentek uvedlo jako zvolený způsob tišení bolesti aromaterapii, 28 žen si přálo epidurální analgezi, 19 rodiček chtělo využít léky proti bolesti, 18 jich chtěla muzikoterapii, 5 žen by si přálo akupunkturu a 4 neměly zájem o žádné tišení bolesti, možnost „jiné“ nevybrala žádná z respondentek.

Graf 18 Umožnění zvoleného způsobu tišení bolesti



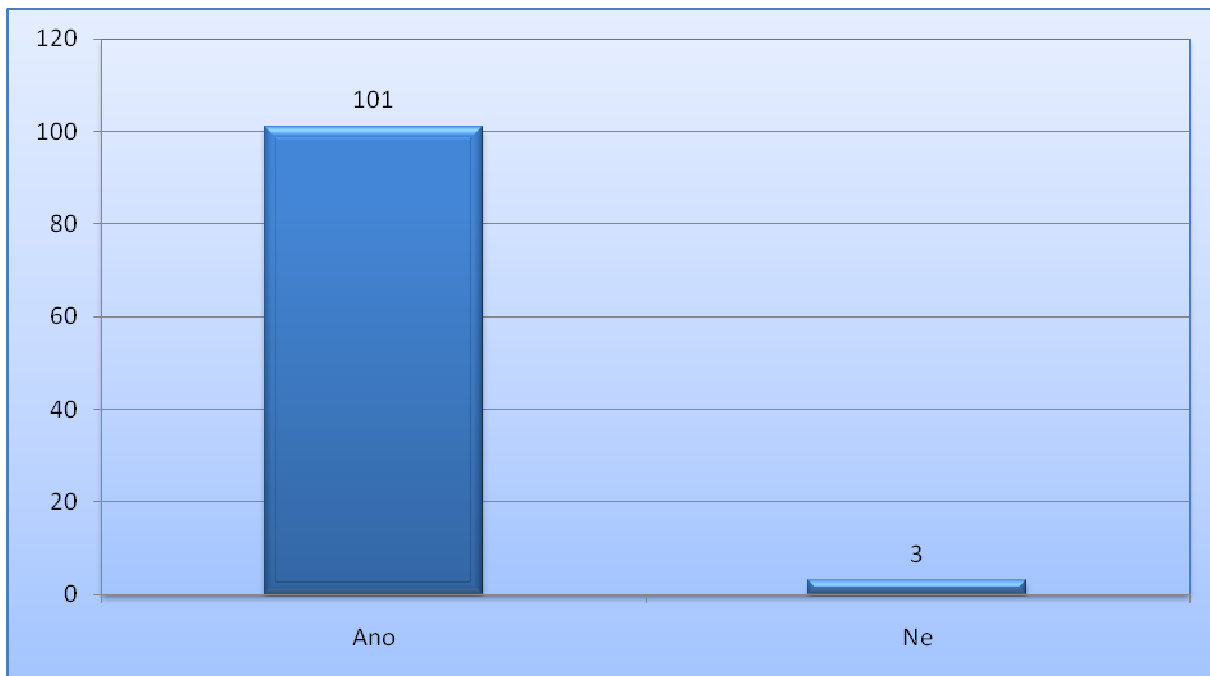
98 (94%) žen uvedlo, že jimi vybraný způsob tišení bolesti jim byl umožněn, 6 (6%) žen uvedlo, že jim umožněn nebyl.

Graf 19 Přání využít při porodu pomůcky



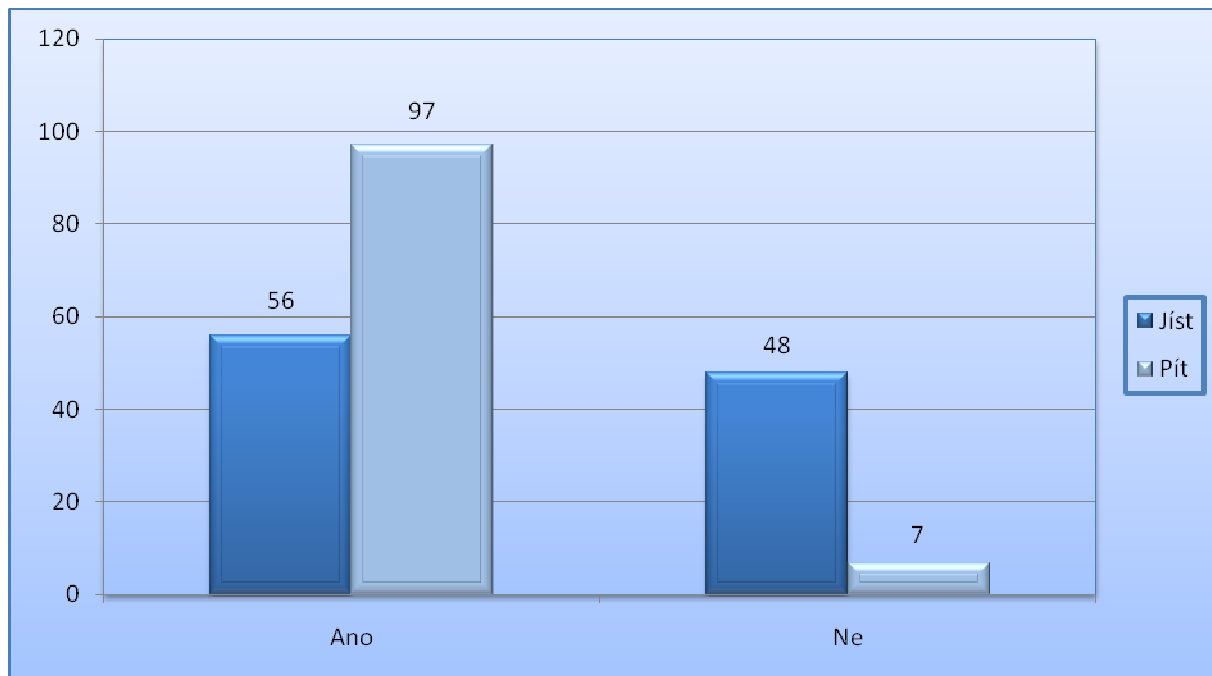
89 (85%) respondentek odpovědělo míč, 3 (3%) chtěly použít ribstol, 5 (5%) respondentek odpovědělo, že porodní stoličku a 7 (7%) rodiček vybralo možnost „jiné“ (aromalampa, masážní váleček, radio).

Graf 20 Umožnění použití vybraných pomůcek



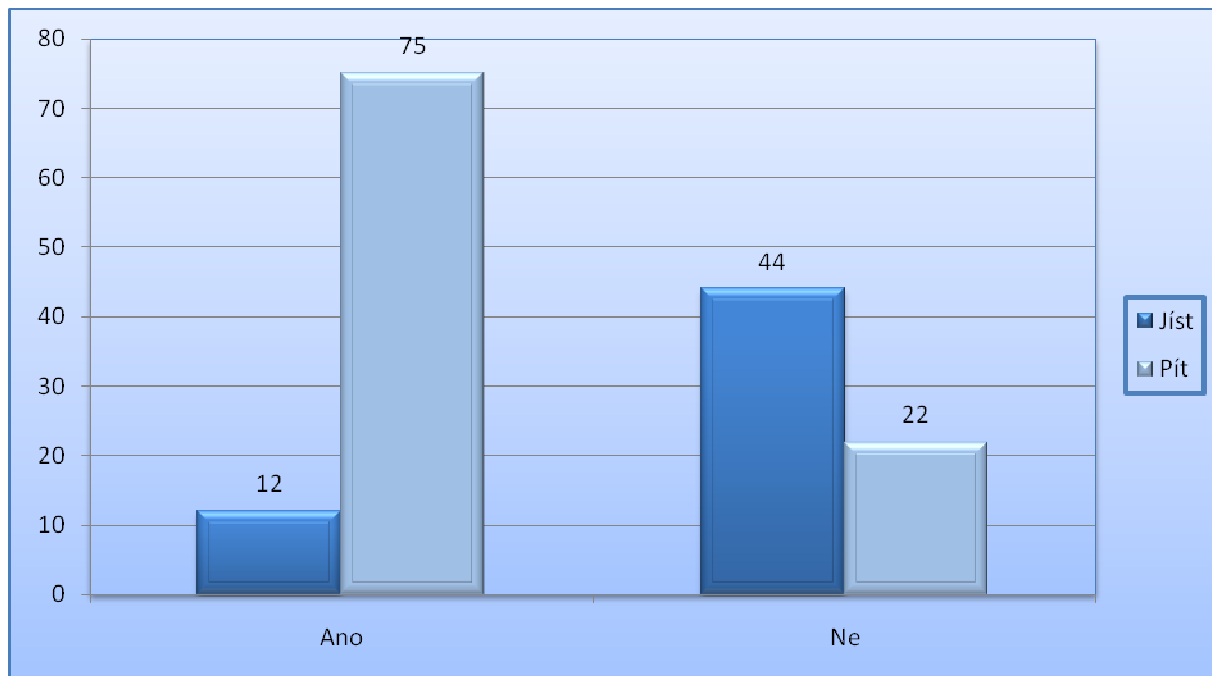
101 (97%) ženám bylo umožněno použití jimi vybraných pomůcek a 3 (3%) ženy tyto pomůcky využít nemohly.

Graf 21 Jídlo a pití během porodu



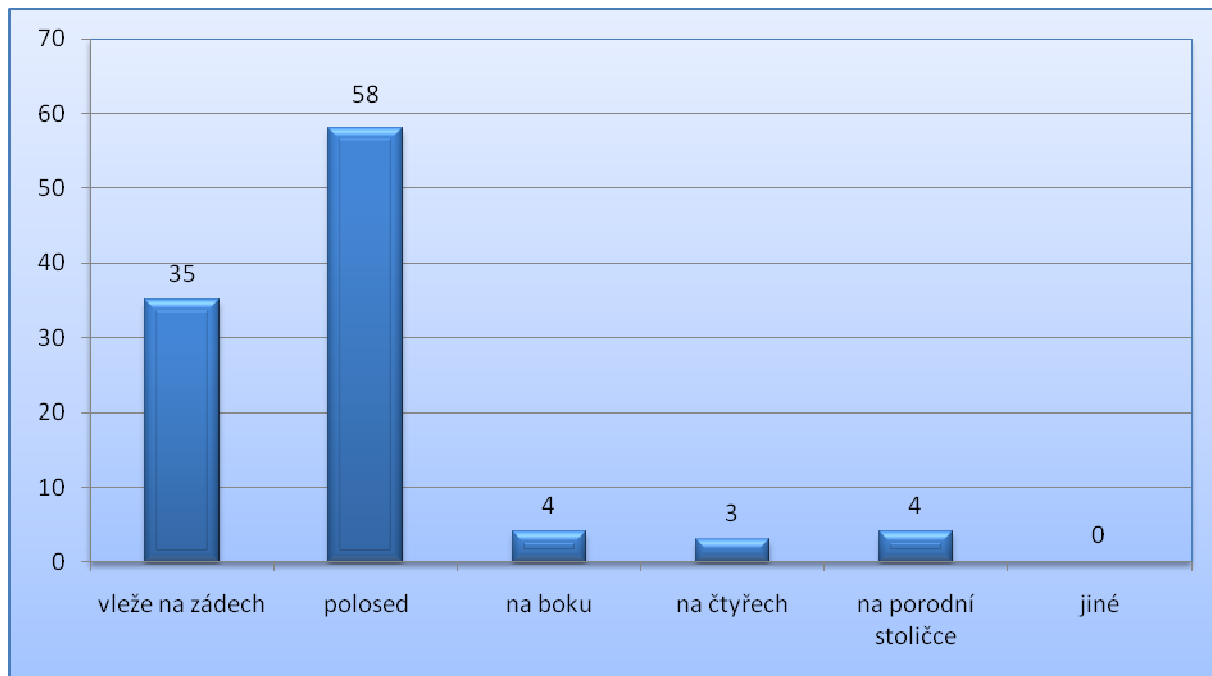
97 (93%) rodiček chce během porodu přijímat tekutiny a 7 (7%) respondentek jich takové přání nevyjádřilo. Jíst během porodu chce 56 (54%) žen a 48 (46%) rodiček jíst nechce.

Graf 22 Umožnění jídla a pití během porodu



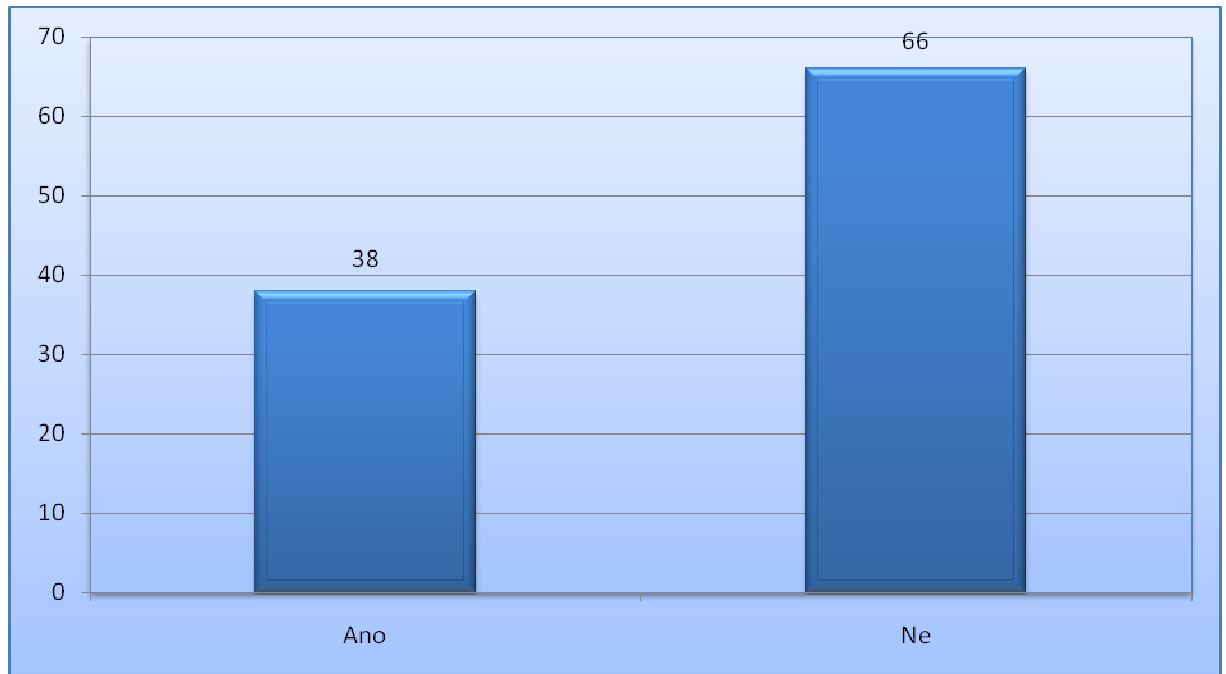
Z 56 (100%) respondentek, které při porodu chtěly jíst, jíst mohlo 12 (21%) respondentek a 44 (79%) jíst nemohlo. Z 97 (100%) respondentek, které chtěly při porodu pít, 75 (77%) žen uvedlo, že jim bylo během porodu umožněno pít a 22 (23%) žen pít nesmělo.

Graf 23 Poloha ve II. době porodní



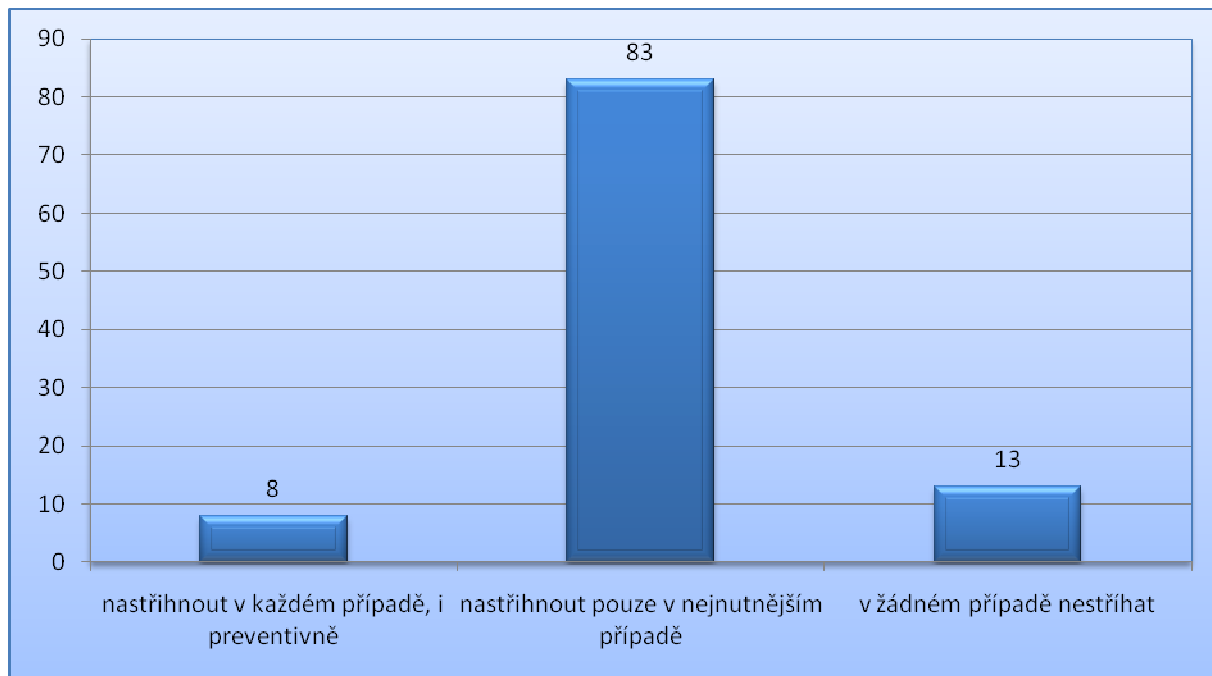
58 (55%) respondentek chtělo родit v polosedě, 35 (34%) by si vybralo polohu na zádech, 4 (4%) ženy by nejraději rodily na boku, stejně tak 4 (4%) rodičky chtěly využít porodní stoličku a 3 (3%) chtěly родit na čtyřech, možnost „jiné“ neuvedla žádná z respondentek.

Graf 24 Umožnění zvolené polohy ve II. době porodní



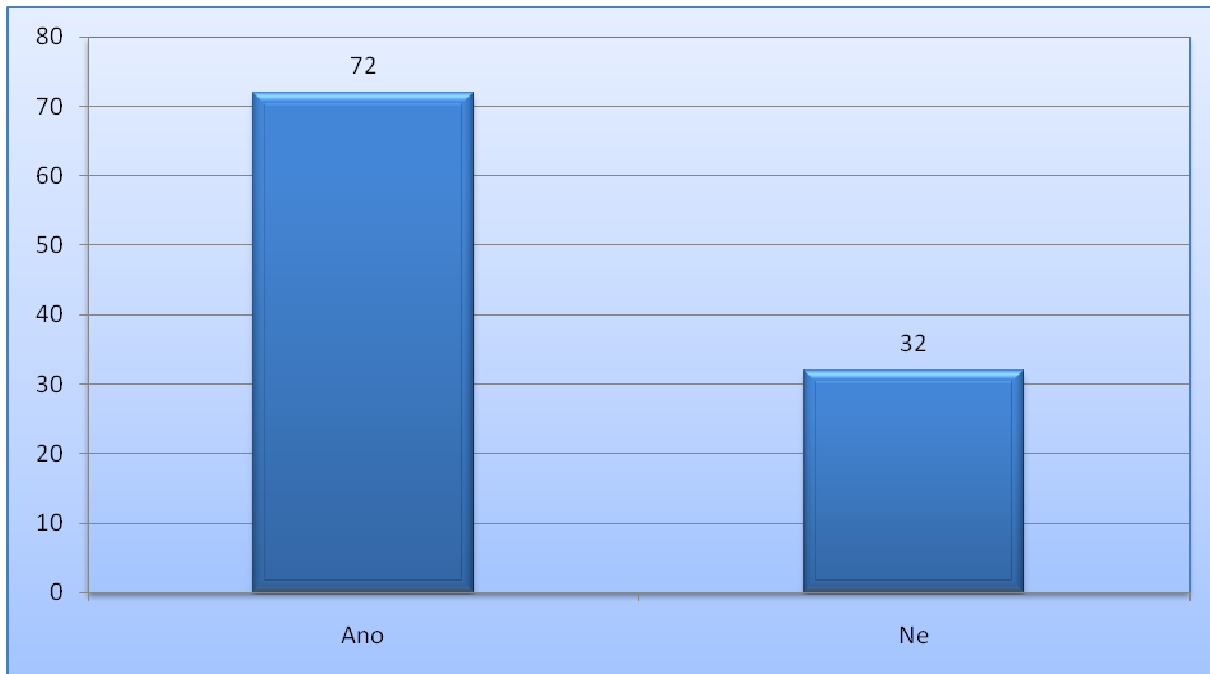
38 (37%) žen uvedlo, že jimi zvolená poloha jim byla umožněna a 66 (63%) rodičkám zvolená poloha umožněna nebyla.

Graf 25 Názor respondentek na nástřih hráze



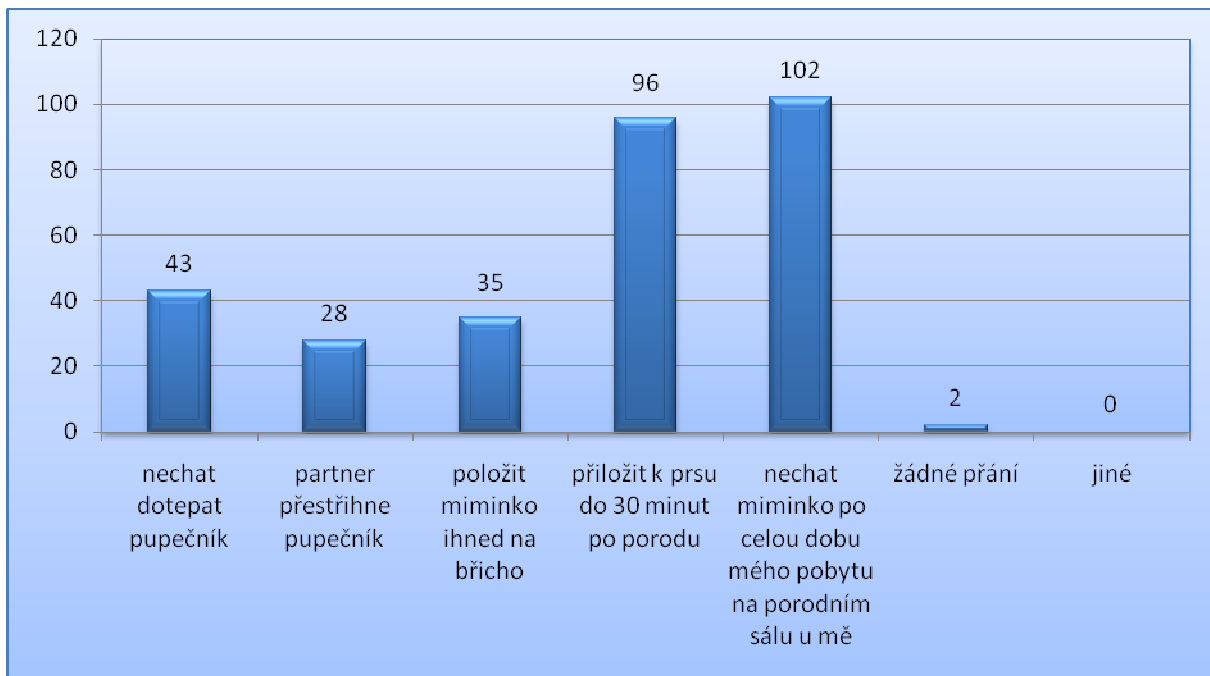
80 (83%) respondentek souhlasí s nástřihem hráze pouze v nejnútnejším případě, 13 (12%) nechce nástřih hráze v žádném případě a 8 (8%) žen si přálo provést preventivní episiotomii.

Graf 26 Provedení nástřihu hráze



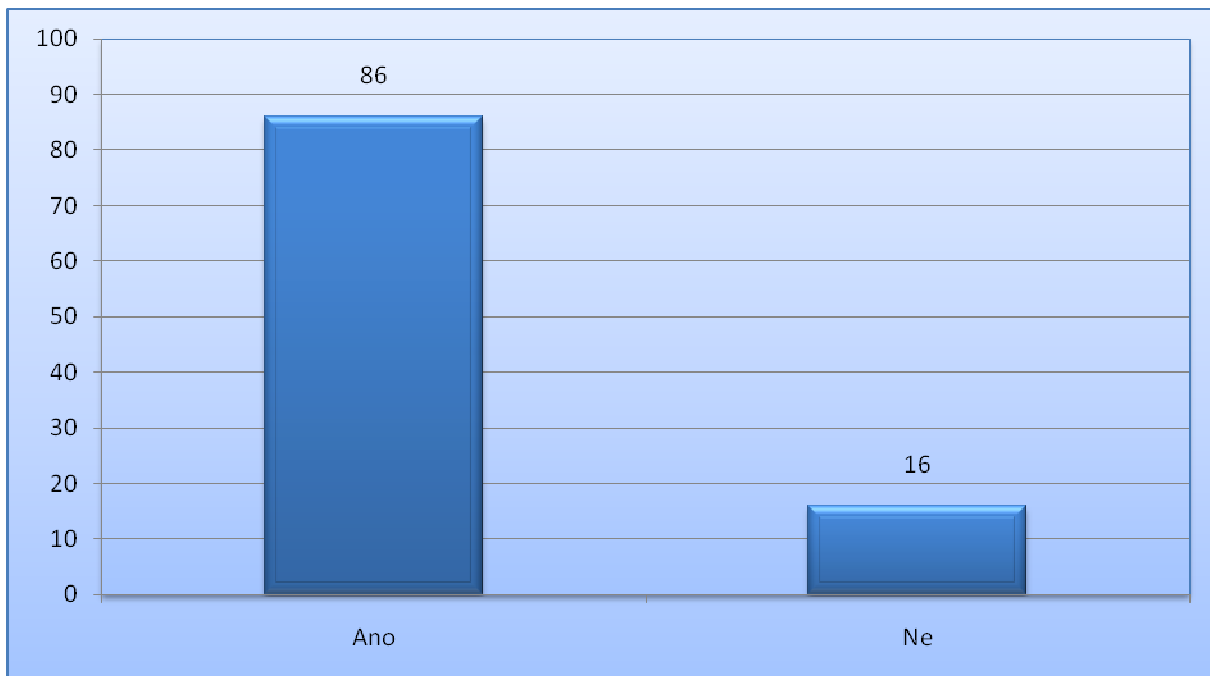
72 (69%) respondentek uvedlo, že jim byl při porodu proveden nástřih hráze a 32 (31%) žen nástřih hráze nemá.

Graf 27 Přání ohledně novorozence po porodu



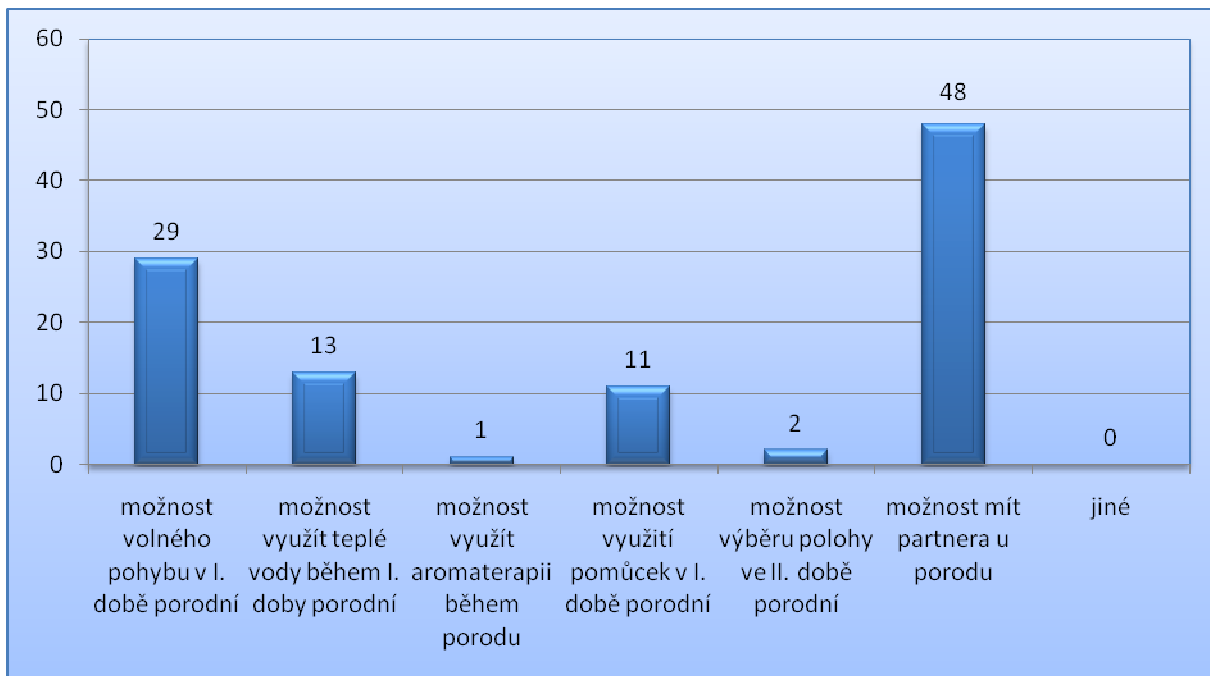
Graf 27 znázorňuje četnost odpovědí. 102 žen chtělo nechat dítě po porodu u sebe a nikam ho neodnášet, 96 dotázaných si přálo přiložit novorozence k prsu do 30 minut po porodu, 43 žen chtělo nechat dotepat pupečník, 35 rodiček si přálo ihned po porodu položit miminko na břicho, 28 žen vyjádřilo přání, aby partner přestříhl pupečník, 2 respondentky neměly žádné přání ohledně miminka a možnost jiné neoznačila žádná z dotázaných.

Graf 28 Splnění přání ohledně novorozence



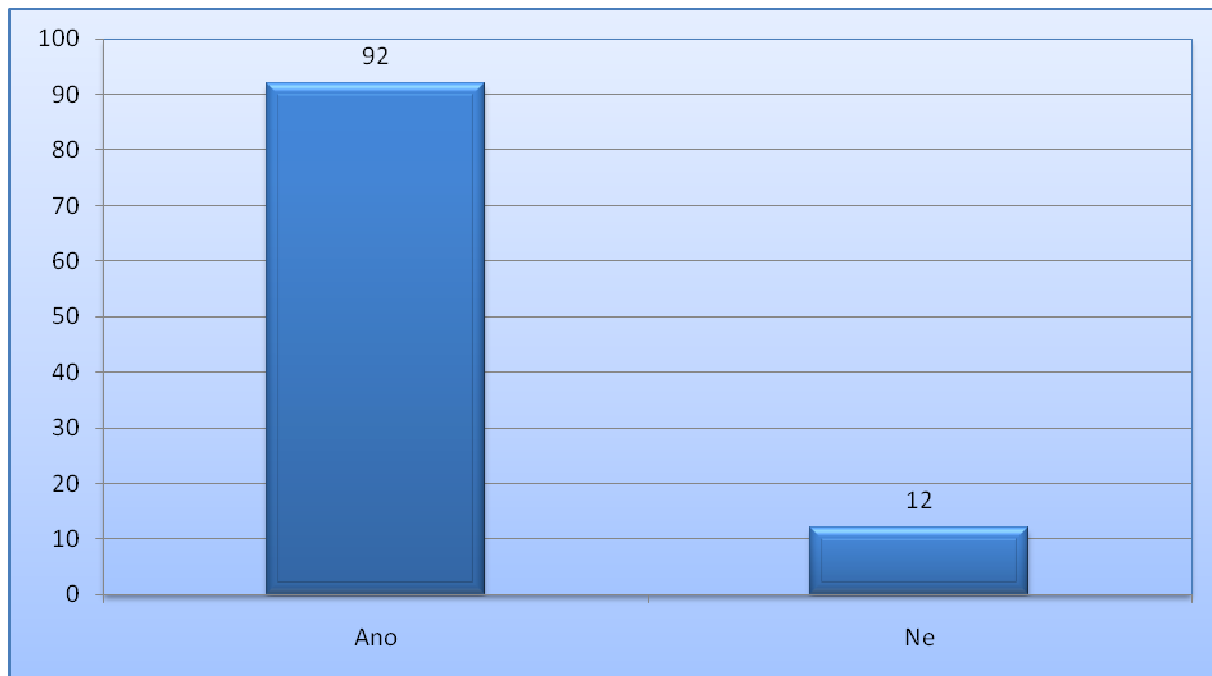
Ze 102 žen (100%), které měly nějaká přání ohledně miminka, 86 (84%) odpovědělo, že jim jejich přání bylo splněno a 16 (16%) rodičkám nebylo jejich přání splněno.

Graf 29 Nejdůležitější přání v porodním plánu



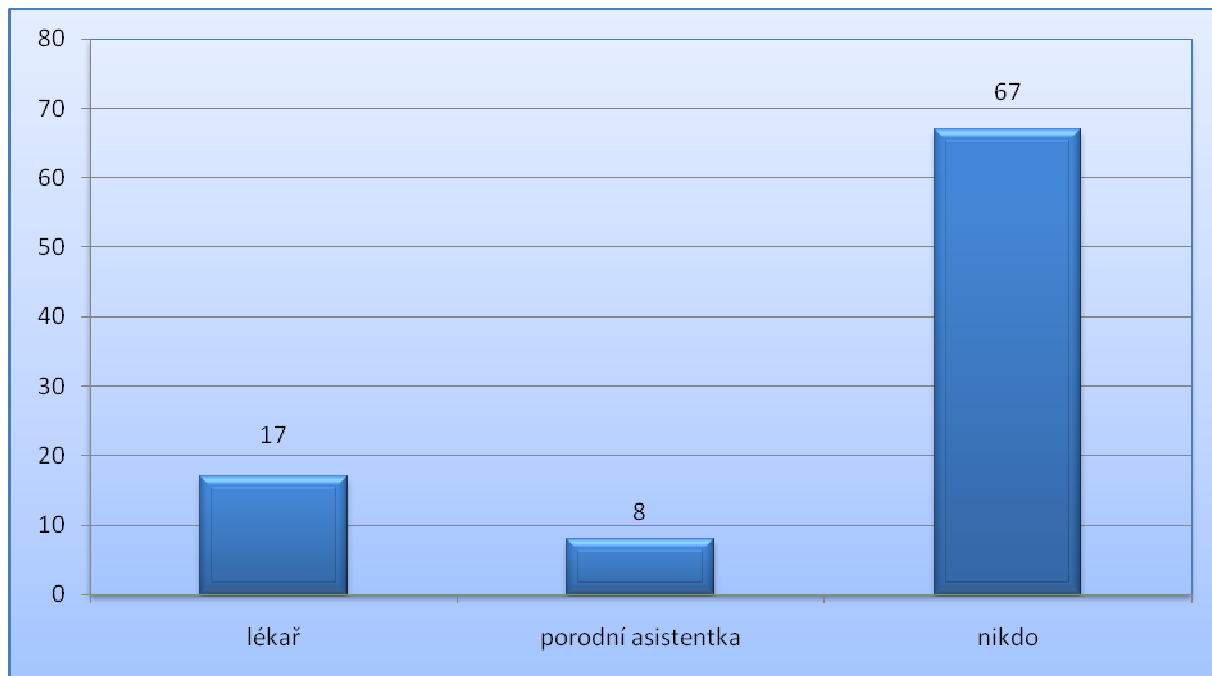
48 (46%) žen považuje za nejdůležitější přítomnost partnera, 29 (28%) respondentek uvedlo jako nejvíce důležité mít možnost volného pohybu v I. době porodní, 13 (13%) žen uvítá možnost využití teplé vody během I. doby porodní, 11 (11%) rodiček chce v I. době porodní využívat pomůcky, pro 2 (2%) ženy je nejdůležitější možnost výběru polohy ve II. době porodní, 1 (1%) rodička uvedla jako nejvíce důležité využívání aromaterapie a odpověď „jiné“ neuvedla žádná z respondentek.

Graf 30 Změny v porodním plánu během porodu



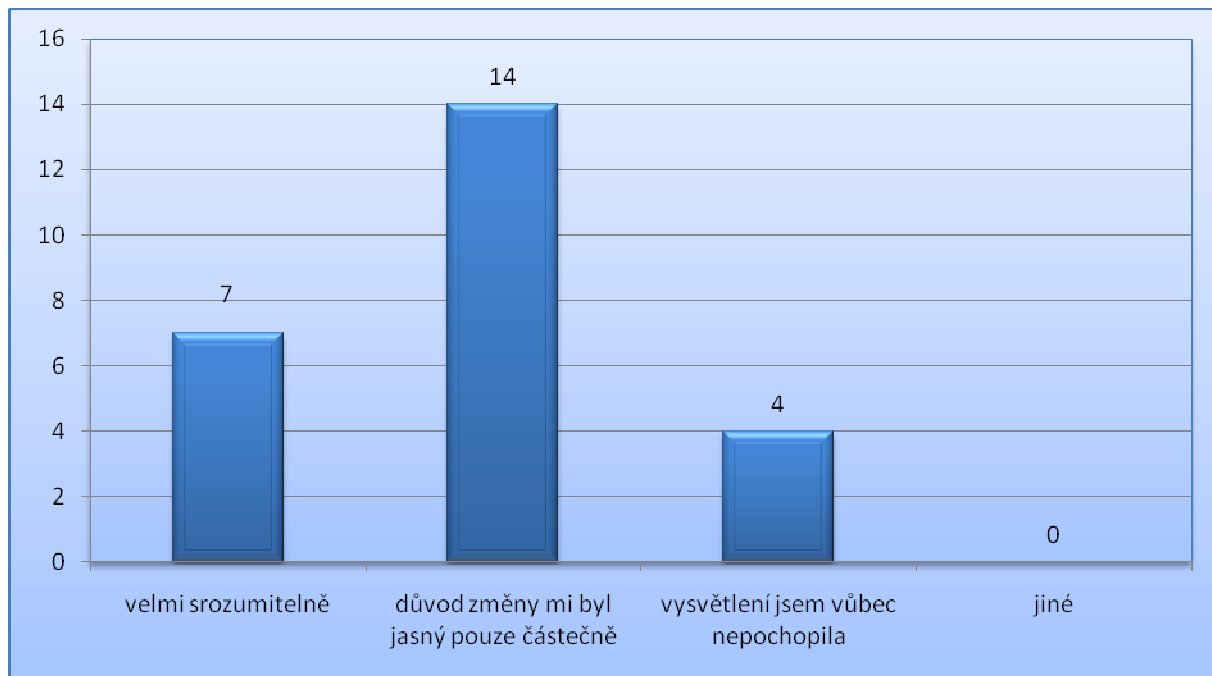
92 (88%) žen uvedlo, že během porodu došlo ke změnám v jejich porodním plánu a 12 (12%) odpovědělo, že nikoliv.

Graf 31 Konzultace změn v porodním plánu



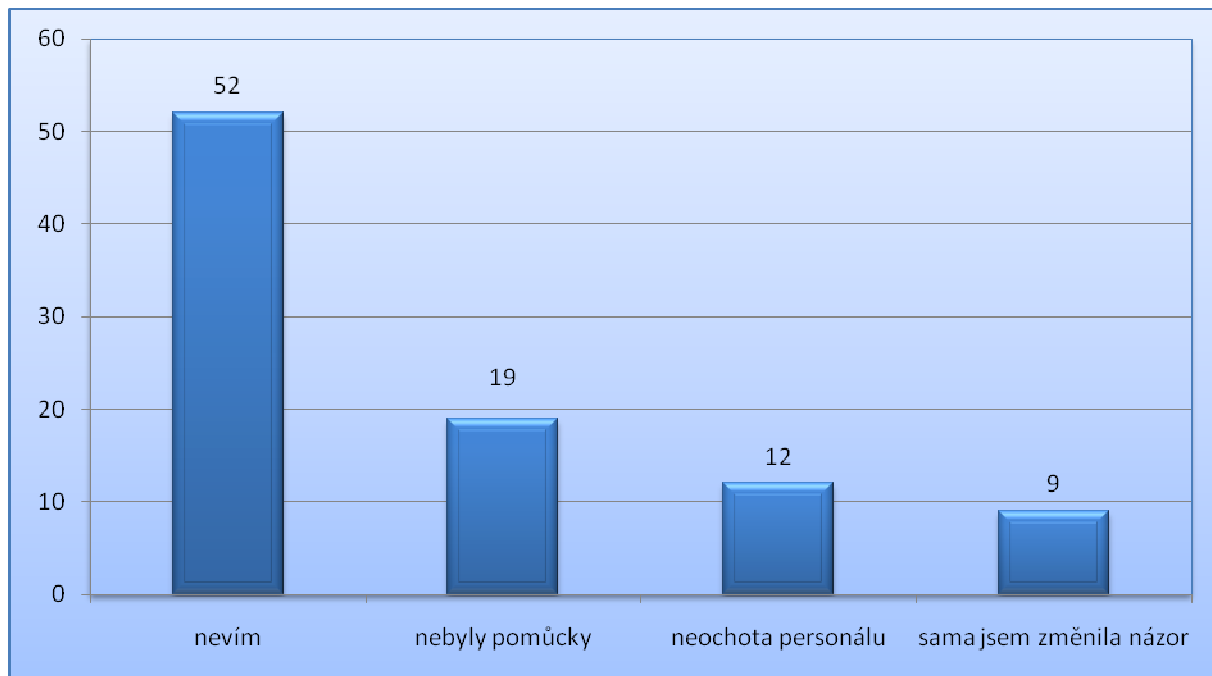
Z 92 respondentek (100%), 67 (73%) žen uvedlo, že s nimi změny během porodu nikdo neprobral, 17 (18%) rodičkám změny vysvětlil lékař a 8 (9%) porodní asistentka.

Graf 32 Srozumitelnost vysvětlení změn v porodním plánu



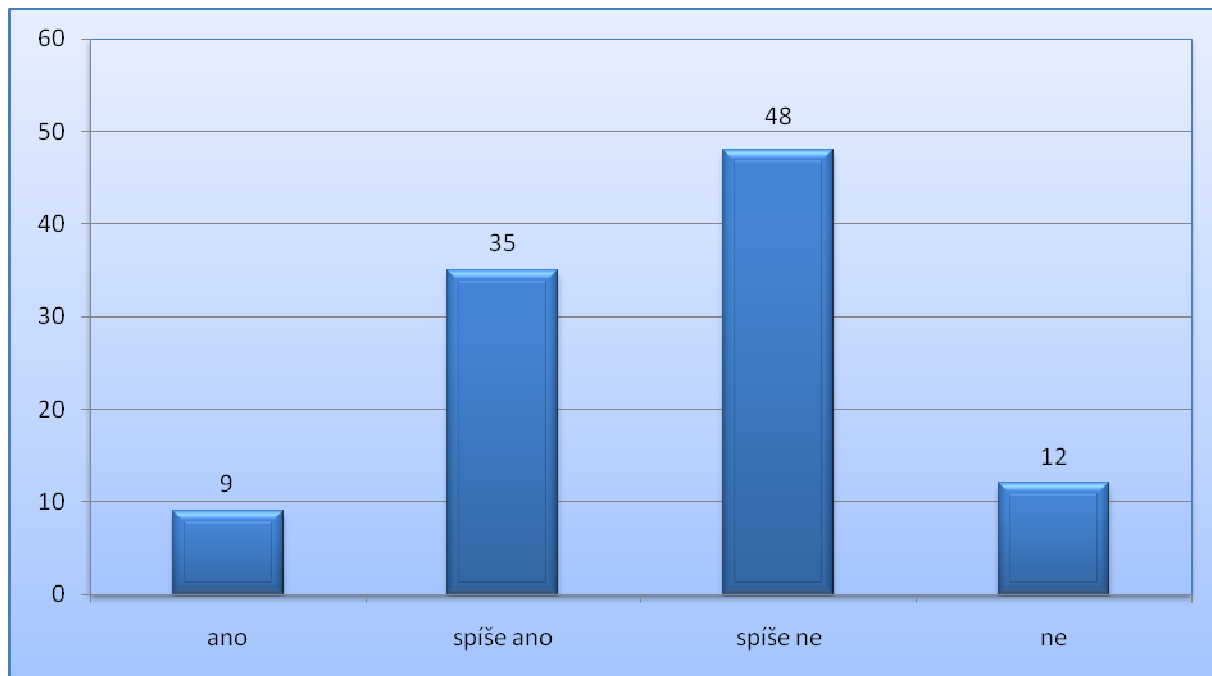
Z 25 žen (100%), 7 (28%) respondentek uvedlo, že jim důvod změn byl vysvětlen velmi srozumitelně, 14 (56%) ženám byl důvod jasný pouze částečně a 4 (16%) rodičky vysvětlení vůbec nepochopily, možnost „jiné“ neuvedla žádná z respondentek.

Graf 33 Důvod změn v porodním plánu



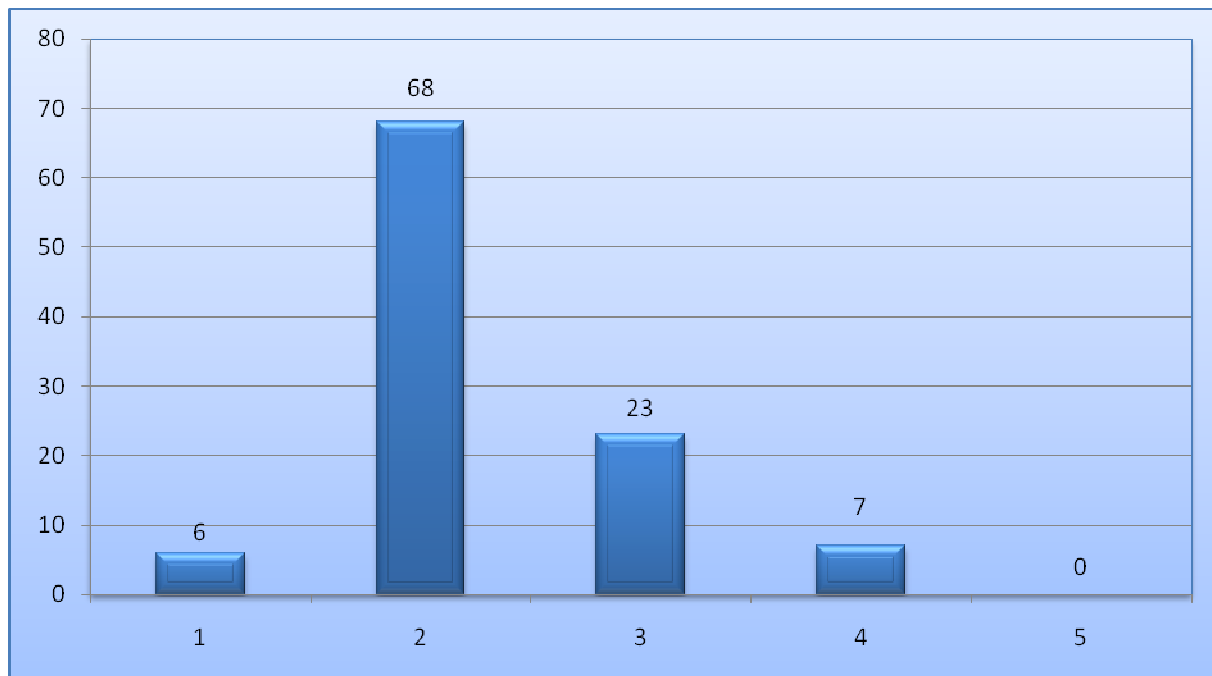
Z 92 respondentek (100%), 52 (56%) žen neví, proč došlo ke změnám v jejich porodním plánu, 19 (21%) rodiček si myslí, že ke splnění jejich přání nebyly pomůcky, 12 (13%) respondentek vidí vinu v neochotě personálu a 9 (10%) žen změnilo názor samo.

Graf 34 Spokojenost s využitím porodního plánu



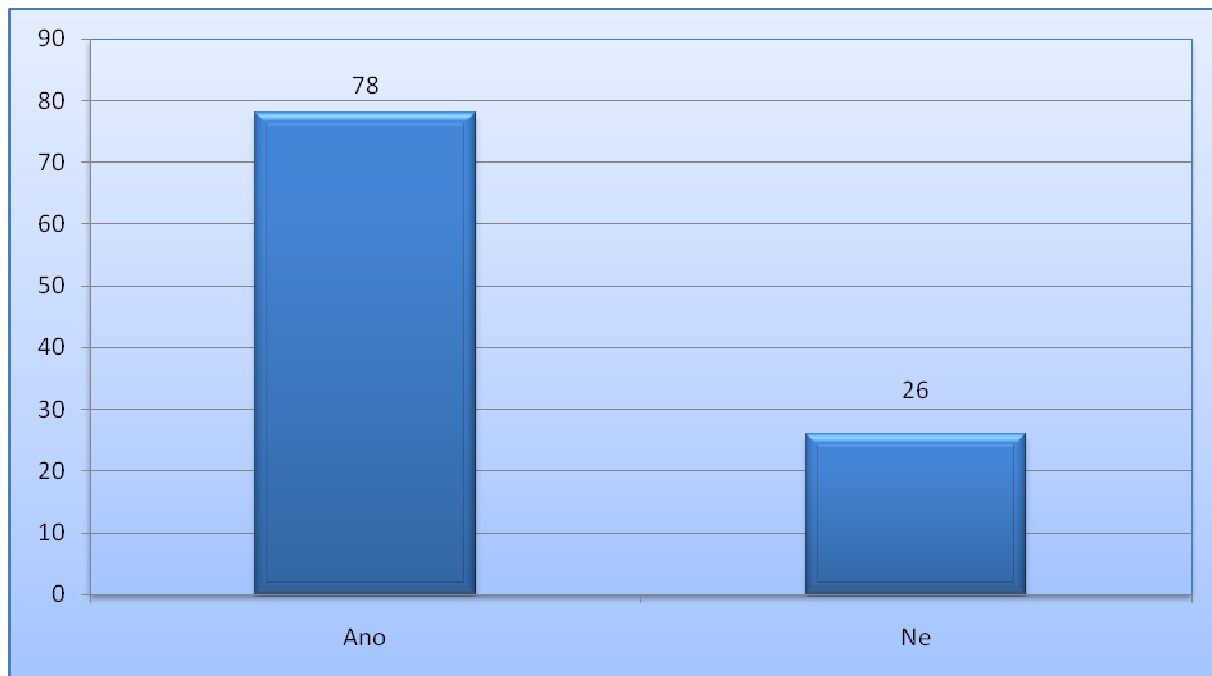
Ze 104 (100%) respondentek 9 (9%) žen bylo spokojeno s využitím porodního plánu, 35 (34%) žen uvedlo, že byly spíše spokojeny, 48 (46%) rodiček bylo spíše nespokojeno a 12 (12%) respondentek nebylo s využitím porodního plánu spokojeno vůbec.

Graf 35 Hodnocení spokojenosti s ošetrovatelskou péčí během porodu



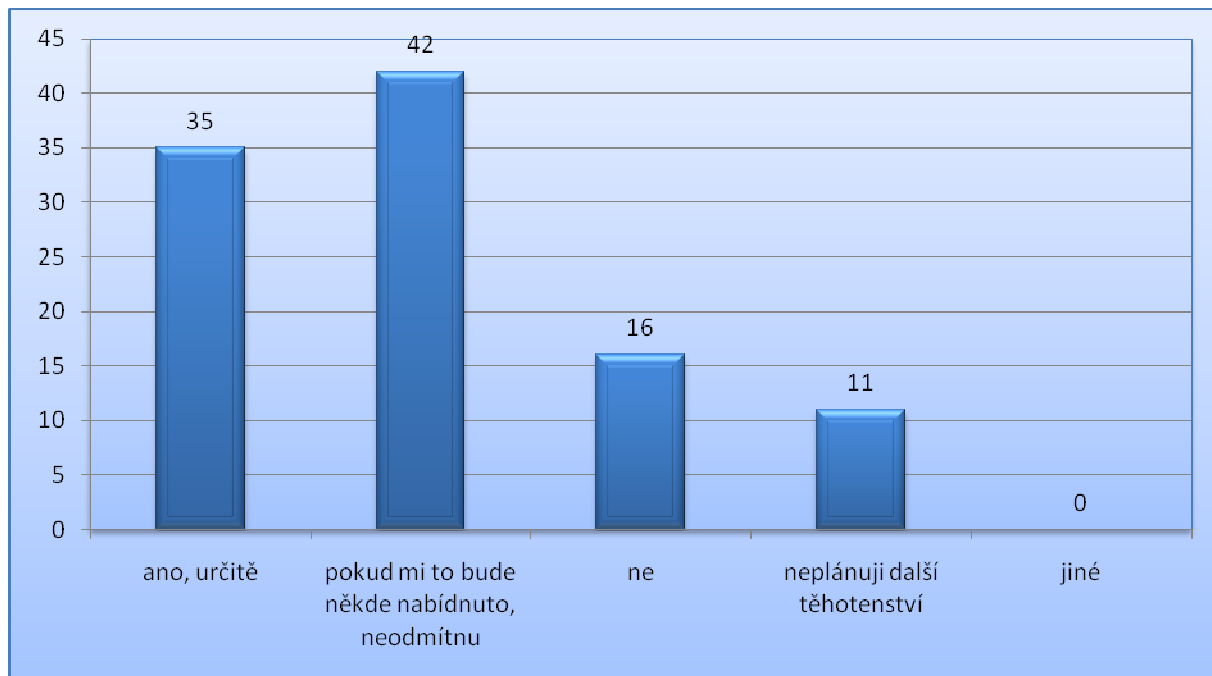
Respondentky měly ohodnotit ošetrovatelskou péčí během porodu známkami, kdy 1 znamená velmi spokojena a 5 velmi nespokojena. 6 (5%) rodiček hodnotilo péči známkou jedna, 68 (65%) žen vybralo známku dvě, 23 (22%) žen hodnotí úroveň ošetrovatelské péče trojkou, 7 (7%) označilo známku čtyři a známku pět nevybrala žádná z dotazovaných.

Graf 36 Vliv splnění porodního plánu na hodnocení ošetrovatelské péče



78 (75%) žen uvedlo, že míra splnění porodního plánu má vliv na hodnocení ošetrovatelské péče, 26 (25%) dotázaných nevidí mezi splněním porodního plánu a hodnocením kvality ošetrovatelské péče spojitost.

Graf 37 Porodní plán při dalším porodu



35 (34%) žen, plánuje určitě v dalším těhotenství porodní plán, 42 (40%) rodiček neodmítne, pokud jim to bude nabídnuto, 16 (15%) žen porodní plán sestavovat příště nechce, 11 (11%) dotázaných neplánuje další těhotenství, možnost „jiné“ nevybrala žádná z respondentek.

4.2 Výsledky kvalitativního výzkumu u porodních asistentek

Tabulka 1 Věk, vzdělání a délka praxe porodních asistentek

	R1	R2	R3	R4	R5
VĚK	27 LET	28 LET	45 LET	33 LET	38 LET
VZDĚLÁNÍ	VŠ	VŠ	VOŠ	VOŠ	VOŠ
DĚLKA PRAXE	3 ROKY	2 ROKY	18 LET	12 LET	10 LET

R1 je 27 let, má vysokoškolské vzdělání a 3 roky praxe, R2 je ve věku 28 let, má vysokoškolské vzdělání, 2 roky praxe, R3 je 45 let, má vyšší odborné vzdělání a 18 let praxe, R4 má 33 let, vyšší odborné vzdělání a 12 let praxe, R5 je 38 let, má vyšší odborné vzdělání a 10 let praxe.

Tabulka 2 Četnost porodních plánů u žen

	součet	R1	R2	R3	R4	R5
MÉNĚ NEŽ POLOVINA RODIČEK	2	1		1		
ASI POLOVINA RODIČEK	2		1		1	
VÍCE NEŽ POLOVINA RODIČEK	1					1

2 respondentky (R1, R3) odpověděly, že s porodním plánem chodí méně než polovina rodiček. 2 respondentky (R2, R4) zastávají názor, že s porodním plánem přichází asi polovina rodiček a 1 respondentka (R5) si myslí, že jich je více než polovina.

Tabulka 3 Dostupnost pomůcek k alternativnímu vedení porodu

	součet	R1	R2	R3	R4	R5
ANO	1	1				
NĚKTERÉ POMŮCKY CHYBÍ	3		1		1	1
NEMÁME ŽÁDNÉ	1			1		

1 respondentka (R1) odpověděla, že má k dostupné všechny pomůcky k alternativnímu vedení porodu, 3 respondentky (R2, R4, R5) odpověděly, že něco mají, ale některé pomůcky jim chybí a 1 respondentka (R3) si myslí, že žádné pomůcky nemají.

Tabulka 4 Pomůcky, které nejvíce chybějí

	součet	R1	R2	R3	R4	R5
HYDROMASÁŽNÍ VANA	1				1	
RIBSTOL	3		1		1	1
CD PŘEHRÁVAČ	2	1		1		
ŽÍNĚNKA	2		1	1		
AROMAOLEJÍČKY	2		1	1		
MASÁŽNÍ POMŮCKY	1				1	
PORODNÍ STOLIČKA	1					1

1 (R4) respondentce nejvíce chybí hydromasážní vana, 3 (R2, R4, R5) respondentkám chybí ribstol, 2 (R1, R3) respondentkám chybí CD přehrávač, 2 respondentky (R2, R3) postrádají žíněnku a aromaolejíčky, 1 respondentce (R4) chybí ve vybavení masážní pomůcky a 1 respondentka (R5) by chtěla porodní stoličku.

Tabulka 5 Přání v porodním plánu

	součet	R1	R2	R3	R4	R5
VOLNÝ POHYB V I. DP	3	1		1	1	
VYUŽITÍ HYDROTERAPIE	3	1		1		1
VYUŽITÍ AROMATERAPIE	2		1		1	
VÝBĚR POLOHY V II. DP	2		1	1		
PARTNER U PORODU	3		1	1		1
NEUSTÁLÝ KONTAKT S MIMINKEM PO PORODU	2	1			1	
PŘILOŽENÍ DO 30 MINUT PO PORODU	1					1

3 respondentky (R1, R3, R4) odpověděly, že nejčastější přání je volný pohyb v I. době porodní, 3 (R1, R3, R5) si myslí, že nejčastěji si ženy přejí využít hydroterapii, 2 (R2, R4) respondentky odpověděly, že využití aromaterapie, 2 respondentky (R2, R3) si myslí, že je to výběr polohy ve II. době porodní, 3 (R2, R3, R5) respondentky odpověděly, že je to partner u porodu, 2 respondentky (R1, R4) myslí, že nejčastější přání je mít neustálý kontakt s miminkem a 1 respondentka (R5) odpověděla, že je to přiložení dítěte do 30 minut po porodu.

Tabulka 6 Důvod nesplnění požadavků v porodním plánu

	součet	R1	R2	R3	R4	R5
NEJSOU POMŮCKY	3	1		1	1	
NEOCHOTA PERSONÁLU	1		1			
NENÍ ČAS	2	1				1
PŘÍLIŠ NÁROČNÉ PŘÁNÍ	2		1		1	

Tabulka 6 ukazuje názor porodních asistentek na to, proč dochází k nesplnění požadavků rodiček, 3 respondentky (R1, R3, R4) si myslí, že je to z důvodu absence pomůcek, 1 (R2) odpověděla, že je na vině neochota personálu, 2 respondentky (R1, R5) si myslí, že chybí čas a 2 (R2, R4) odpověděly, že na vině jsou příliš náročná přání rodiček.

Tabulka 7 Význam porodních plánů ve zkvalitňování ošetrovatelské péče

	součet	R1	R2	R3	R4	R5
ŽÁDNÝ VÝZNAM VE ZKVALITŇOVÁNÍ PÉČE	1					1
VÝZNAM MÁ HLAVNĚ PRO SAMOTNÉ RODIČKY	2		1			1
PORODNÍ PLÁN JE DŮLEŽITÝ ZDROJ INFORMACÍ O RODIČCE	2	1		1		
PORODNÍ PLÁN JE MOSTEM MEZI RODIČKOU A PERSONÁLEM	3	1	1		1	

Na otázku jaký vidí význam porodních plánů ve vztahu ke zkvalitňování ošetrovatelské péče, 1 respondentka (R5) uvedla, že nevidí žádný význam, 2 (R2, R5) odpověděly, že význam má jen pro samotnou rodičku, 2 respondentky (R1, R3) vidí význam v poskytnutí informací o rodičce pomocí porodního plánu a 3 respondentky (R1, R2,

R4) si myslí, že porodní plán je důležitým mostem mezi rodičkou a ošetřujícím personálem.

Tabulka 8 Rozdíl v přístupu porodních asistentek k ženám s porodním plánem a bez něj

	součet	R1	R2	R3	R4	R5
ŽÁDNÝ ROZDÍL	3	1		1		1
RODIČKY S PORODNÍ PLÁNEM BERU JAKO ZODPOVĚDNĚJŠÍ	1		1			
RODIČKA S PORODNÍM PLÁNEM JE PŘIPRAVENĚJŠÍ NA POROD	1				1	

Tabulka 8 znázorňuje, že 3 respondentky (R1, R3, R5) nemají rozdíl v přístupu k ženám s porodním plánem a bez něj, 1 respondentka (R2) odpověděla, že rodičky s porodním plánem jí připadají zodpovědnější a 1 (R4) si myslí, že rodička s porodním plánem je lépe připravená na porod.

5 DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá problematikou porodních plánů. Cílem bylo zjistit, jak jsou na porodních sálech plněny požadavky rodiček, které mají zapsané ve svých porodních plánech a zda mají porodní asistentky podmínky pro plnění těchto požadavků.

V první části jsou výzkumným souborem ženy po porodu, které měly vypracovaný porodní plán, k výzkumnému šetření byl zvolen kvantitativní výzkum pomocí techniky dotazníků.

Pokud ženu napadne myšlenka, že by k porodu mohla mít vypracovaný porodní plán, většinou k tomu musí dostat podnět zvenčí. Nejčastěji získávají ženy o porodním plánu informace z médií (graf 4), odpověď internet, nebo časopis vybralo 113 žen, 52 jich odpovědělo, že informace získalo od zdravotnického pracovníka, 28 rodiček bylo informováno kamarádkou a 18 žen našlo informace v odborné literatuře. Myslím, že vzhledem k dnešní technicky orientované době, nemůže nikoho překvapit, že nejvíce informací ženy získávají na internetu. Existuje nepřehledné množství webových stránek zabývajících se těhotenstvím a porodem a téměř na každé lze formulář porodního plánu najít (příloha 1). Pokud jde o samotné sestavování porodního plánu (graf 5), tak opět nejvíce, 39 žen spoléhalo na internet, 32 žen dostalo formulář v porodnici, 17 rodiček označilo odpověď, že porodní plán sestavily samy, 8 jich využilo návodů v literatuře, 4 ženy odpověděly, že s porodní asistentkou, 3 respondentky sestavily porodní plán s doulou, 2 s partnerem a pouze 1 s lékařem. Podle Pařízka je nejlepší metodou sestavení porodního plánu konzultace s porodní asistentkou dané porodnice, kde si žena přeje родit (16). Jak je vidět, v praxi tomu tak není. Pokud vezmeme v potaz, že 32 žen dostalo formulář porodního plánu v porodnici a pouze 4 uvedly, že při jeho sestavování jim byla nápomocna porodní asistentka, je patrné, že ženy sice porodní plán v porodnici dostanou, ale zpětná vazba od porodních asistentek chybí. V praxi to vypadá tak, že spousta žen formulář z porodnice vyplní, ale mnoha věcem nerozumí. Takový porodní plán ztrácí svůj smysl. Stejný problém se ukázal i v další otázce. Pokud má žena k porodu připravený porodní plán, znamená to patrně, že se o svoje těhotenství zajímá a

o porodu přemýšlí. Proto si myslím, že když s 47 (45%) rodičkami nikdo porodní plán neprobere, není to potěšující zjištění. Pokud si žena dá tu práci porodní plán sestavit, měli bychom ji v její iniciativě podporovat, a ne ji přehlížet, protože není nic příjemnějšího, než informovaná, uvědomělá a spolupracující rodička. Uvědomíme-li si, že nejlepší variantou je, když s rodičkou porodní plán probere porodní asistentka v porodnici, zdá se mi málo 39 (38%) odpovědí, že tomu skutečně tak bylo. Nemyslím si, že vytíženost personálu je taková, aby si nemohly na popovídání s rodičkou udělat čas.

Pokud se budeme zabývat jednotlivými požadavky, které se objevují v porodních plánech, nejčastějším z nich je přání mít u porodu blízkou osobu, většinou je to otec dítěte. Co dříve bylo nemyslitelné, je nyní samozřejmostí, ba dokonce i vítané. Otcova přítomnost v průběhu porodu je hodnocena jako důležité přispění k tomu, aby se rodička úspěšně vyrovnala s neobvyklou, nově vzniklou situací a zajistila se tak ze strany matky optimální spolupráce v průběhu porodu (5). Z grafu 7 a 8 je patrné, že 88 (85%) žen si přálo mít u porodu blízkou osobu a 86 (98%) ženám jejich přání bylo splněno. Myslím si, že tento výsledek odráží moderní trend dostat tatínky na porodní sály. Výzkumy prokázaly, že přítomnost partnera u porodu přináší především pozitiva a negativní reakce mužů jsou pouze ojedinělé (13).

U porodu nejsou samozřejmě přítomni pouze osoby rodiče blízké, ale i studenti (medici, studentky porodní asistence...), kteří se musí své profesi také někde naučit. Každá rodička samozřejmě podepisuje souhlas s jejich přítomností. Překvapivá je velká tolerance žen, kdy 92 (88%) rodiček souhlasilo s přítomností mediků a studentů zdravotních škol a jen 12 (12%) jich s přítomností nesouhlasilo. Z vlastní zkušenosti ale vím, že maminky se spíše bojí toho, že se na jejich porod přijde podívat velká skupina mediků jako na divadlo, ale pokud je rodiče vysvětleno, že na sále budou jedna či dvě studentky, většinou jí jejich přítomnost nevadí.

V grafu 11 je patrné, že 48 (46%) ženám je jedno, kdo jejich porod povede, v 39 (38%) případech si rodičky přály, aby porod vedl lékař a v 17 (16%) odpovědích se objevilo přání, aby porod vedla porodní asistentka. V otázce č.12 odpovědělo 64 (62%) žen, že jejich porod vedl lékař, 13 (13%) porodů odvedla porodní asistentka, 4 (4%)

medik a 23 (22%) respondentek odpovědělo, že porod vedla žákyně. Pro studentky porodní asistence může být potěšující informace, že téměř polovina rodiček nemá vyhraněný názor, na to, koho si přejí, aby jim porod vedl, a tak situace, že by rodička odmítla vedení porodu studentkou, není moc častá. Myslím si, že pokud studentka prokáže dostatečnou míru empatie a podporuje rodičku během celého porodu, nemá budoucí maminka důvod, aby nesouhlasila s vedením II. doby porodní studentkou.

Dalším, velmi častým přáním v porodním plánu je způsob vyprázdnění a holení před porodem. Jako nejtradičnější způsob vyprázdnění je vnímáno klyzma. Klyzma pomůže k vyprázdnění stolice z tlustého střeva, která může snižovat kontrakce dělohy a bránit vedoucí části plodu vstupovat do pánve. Vlažný roztok často děložní kontrakce naopak mírně posiluje. Po vyprázdnění tlustého střeva nedochází k nechtěnému úniku stolice ve II. době porodní, kdy rodička s použitím břišního lisu tlačí. Pak může nechtěný únik stolice představovat pro ženu psychicky negativní handicap, který často zhoršuje její spolupráci a hygienicky představuje riziko pro novorozence (16). V našem průzkumu 55 (53%) žen uvedlo jako ideální způsob vyprázdnění před porodem klyzma, 32 (31%) si přálo použít YAL a 17 (16%) chtěla родit bez vyprázdnění. 86 (83%) respondentkám bylo podáno před porodem klyzma, 18 (17%) žen rodilo bez vyprázdnění, použití YAL neuvědla ani jedna z dotázaných (graf 13, 14). Všimněme si toho, že 16% žen si přálo k vyprázdnění použít YAL, ale ani jedna tak nakonec neučinila. Podle mého názoru je to zapříčiněno tím, že o prostředku YAL se hlavně na internetu hodně píše, ale málo žen opravdu ví, co to je a hlavně, že je k dostání buď na lékařský předpis, nebo si ho žena musí koupit sama v lékárně. V tomto případě je velmi důležité, aby tuto informaci žena dostala již v prenatální poradně. Je samozřejmé, že pokud žena s vyprázdněním před porodem nesouhlasí, nemůže ji k tomu nikdo nutit, stejně tak je tomu v případě holení (14). Dříve byly ženy před porodem holeny kompletně, dnes vlivem moderního trendu zbavovat se ochlupení na všech částech těla spousta rodiček přichází již oholena (46%). Holení před porodem ale není z důvodu estetického, ale má čistě praktický význam. Pokud musí být provedena episiotomie (a nikdo nemůže dopředu vědět, zda to bude nutné, či ne), je následná sutura mnohem snazší, přehlednější a čistší, nehledě na mnohem lepší hojení a jednodušší péči o hráz v šestinedělí. Většina rodiček i přes

počáteční nesouhlas s oholením po srozumitelném vysvětlení jeho výhod nakonec souhlasí. Potvrzuje to i graf 15 a 16, kde vidíme, že 97 (93%) žen je před porodem oholeno, ale pouze 91 (88%) si holení přálo. Rozdíl mezi přáním a skutečností nevidím v tom, že by byly ženy holeny i přes nesouhlas, ale v dobré edukaci, kdy jsou jim výhody oholené hráze vysvětleny a rodičky nakonec souhlasí.

Jedna z nejdiskutovanějších otázek jak u odborné veřejnosti, tak mezi samotnými rodičkami je způsob tišení bolesti za porodu. Během první doby porodní pociťuje rodička bolest během kontrakcí. Bolest je tupá, tzv. viscerálního charakteru. Při fyziologické děložní činnosti jde zejména o bolest v podbřišku a až poté v křížové krajině. Stahy jsou nejbolestivější na konci I. doby porodní. Během II. porodní doby se přidružuje ostrá bolest, která vzniká v důsledku roztahování měkkých porodních cest. Volba porodnické analgezie je vždy individuální a záleží zejména na psychickém a fyzickém stavu rodičky a na zkušenostech porodníka, porodní asistentky, ev. anesteziologa (9, 19). Pokud budeme předpokládat, že porodní plán píší ženy, které o porodu přemýšlí ne jako o nemoci, ale jako o fyziologickém procesu, který by se měl stát jejich nejkrásnějším životním zážitkem, nemůže nás překvapit, že ze 169 odpovědí na otázku směřující k přání tišení bolesti (graf 17), jich bylo 118 směřováno k alternativním metodám (sprcha, aromaterapie...) a pouze 47 k metodám farmakologickým (epidurální analgezie, léky proti bolesti). Je také velmi potěšující, že 98 (94%) rodiček uvedlo, že jimi zvolený způsob tišení bolesti jim byl umožněn a pouze 6 (6%) umožněn nebyl (graf 18).

Používání pomůcek v usnadnění I. doby porodní je samozřejmě limitováno vybaveností pracoviště, ale myslím si, že míč nebo ribstol už je ve většině porodnic k dispozici. Nejčastěji 89 (85%) chtějí ženy při porodu využít právě míč, který je dobrý na uvolňování svalů pánevního dna a dá se velmi dobře použít v kombinaci s teplou sprchou. 3 (3%) respondentky chtěly použít ribstol, 5 (5%) respondentek odpovědělo, že porodní stoličku a 7 (7%) rodiček vybralo možnost „jiné“, kde měly zastoupení aromalampa, masážní váleček a rádio. Pokud jde o umožnění použití zvolených pomůcek, jsou v tomto ohledu porodní asistentky na porodních sálech velmi flexibilní. 101 (97%) ženám bylo umožněno použití jimi vybraných pomůcek a pouze 3 (3%) ženy

tyto pomůcky využít nemohly. Je dobré, když si žena před porodem zjistí, jaká je vybavenost pracoviště kde chce родit, aby si případně pomůcky přinesla s sebou z domova, pokud je daná porodnice zrovna nemá.

Hodně budoucích maminek se ptá, jak je to v I. době porodní s jídlem a pitím. Ve většině porodnic není pití v I. době porodní zakázáno, protože může trvat i 18 hodin a během této doby by bez přijímání tekutin mohlo u rodičky dojít k závažné dehydrataci. Je pochopitelné, že 97 (93%) rodiček chce při porodu pít a pouze 7 (7%) jich takové přání nevyjádřilo (graf 21). Z 97 (93%) žen, které chtěly během porodu pít, to bylo 22 (23%) zakázáno (graf 22). Nevím, co k zákazu vedlo, zda třeba nehrozil akutní císařský řez, ale v případě fyziologicky probíhajícího porodu nevidím jediný důvod proč rodičce odpírat tekutiny. Odpovědi ohledně jídla během porodu jsou mnohem vyrovnanější. Jíst během porodu chce 56 (54%) žen a 48 (46%) rodiček jíst nechce. Je vidět, že relativně mnoho rodiček přichází k porodu s přáním, aby během něj mohli jíst. Na začátku I. doby porodní by to nemělo být rodičkám striktně zakazováno, jíst během porodu mohlo 12 (21%) žen a 44 (79%) jíst nemohlo. Vhodné jsou potraviny s vysokou energetickou hodnotou a dobře stravitelné (čokoláda, banán...). Většina žen, ale ze svého přání jíst, nakonec během porodu sleví, protože nemá prostě na nic chuť.

Mikulandová ve své knize popisuje různé polohy, které může žena zaujmout při II. době porodní a jako nejčastěji využívanou označuje polohu na zádech, která je nejpříznivější pro porodníka a ošetřovatelský personál, ne však pro rodičku. Mnohem výhodnější z hlediska postupu porodu a využití gravitace jako další porodní síly se jeví například poloha v dřepu nebo porodní stoličce. Tyto vertikální polohy výhodné pro matku mají ale jednu slabinu, a to je horší přístup porodníka k rodidlům ženy, a tím větší frekvence vzniku porodních poranění (14). Samy rodičky si nejvíce přejí polohu v polosedě 58 (55%), která je kompromisem výhod pro rodičku i porodníka. 35 (34%) by si vybralo polohu na zádech, 4 (4%) žen by nejraději rodilo na boku, stejně tak 4 (4%) rodičky chtěly využít porodní stoličku a 3 (3%) chtěly родit na čtyřech (graf 23). (37%) ženám jimi zvolená poloha byla umožněna a 66 (63%) rodičkám zvolená poloha umožněna nebyla, což je myslím důkaz pohodlnosti porodníků, kteří ženu nejčastěji přemluví k poloze, která je sice výhodná pro ně, ale pro rodičku už méně.

Na konci II. doby porodní, při prořezávání hlavičky se v indikovaných případech provádí episiotomie, jako prevence ruptury perinea a velkého porodního poranění. Druhy episiotomie můžeme rozlišit na mediální, mediolaterální a laterální. Nejčastěji se provádí mediolaterální, při které je menší riziko rozšíření až k análnímu otvoru (13). Pouze 8 (8%) žen si přeje preventivní nástřih hráze, což je pochopitelné, protože málokdo chce mít episiotomii, pokud to není nutné, 13 (12%) rodiček v žádném případě s episiotomií nesouhlasí a volí raději natržení. Pokud si žena nástřih nepřeje, neměli bychom jí k souhlasu nutit. Asi nejrozšířenějším a podle mého i nejrozumnějším názorem je, episiotomie ano, ale pouze v nejnútnejším případě (83% respondentek).

V další otázce 72 (69%) respondentek uvedlo, že jim byl při porodu proveden nástřih hráze a 32 (31%) žen nástřih hráze nemá, což je podle mě spíše dáno elasticitou hráze, zkušeností porodníka a zvyky pracoviště, než samotným přáním rodičky.

Samostatná část porodního plánu by se měla zabývat péčí o novorozence po porodu a během celého pobytu v porodnici. Týká se toho, zda si žena přeje systém rooming in, který je ale už ve většině porodnic standardem, zda si přeje kojit, zda je přijatelné dočimování miminka umělým mlékem, nebo zda souhlasí s provedením očkování proti TBC. Pokud má rodička nějaká specifická přání vycházející z jejího náboženství, národnosti nebo kultury, měla by je do svého porodního plánu též zařadit (15). V otázce péče o novorozence chtělo 102 žen, nechat dítě po porodu u sebe a nikam ho neodnášet, 96 dotázaných si přálo přiložit novorozence k prsu do 30 minut po porodu, 43 žen chtělo nechat dotepat pupečník, 35 rodiček si přálo ihned po porodu položit miminka na břicho, 28 žen vyjádřilo přání, aby partner přestříhl pupečník, 2 rodičky neměly žádné přání ohledně miminka. Z těchto 102 žen bylo přání splněno 86 (84%) a 16 (16%) rodičkám jejich přání splněno nebylo.

Výše popsání výsledky výzkumu nám potvrzují první z hypotéz, a to, že rodičkám je v požadavcích, které mají zapsané ve svých porodních plánech vyhověno.

Pro každou ženu je při porodu prioritou něco jiného (graf 29), 48 (46%) žen považuje za nejdůležitější přítomnost partnera, 29 (28%) matek uvedlo jako nejvíce důležité mít možnost pohybu v I. době porodní, 13 (13%) žen uvítá možnost využití teplé vody během I. doby porodní, 11 (11%) rodiček chce v I. době porodní využívat pomůcky, pro

2 (2%) ženy je nejdůležitější možnost výběru polohy ve II. době porodní, 1 (1%) rodička uvedla jako nejvíce důležité využívání aromaterapie.

Porod se dá těžko nějak předvídat, takže je pochopitelné, že mohou nastat situace, kdy je nutné porodní plán změnit nebo od něj ustoupit. V těchto chvílích je důležité, aby porodní asistentka nebo lékař našel čas a s rodičkou změnu probral. Jen tak se vyhneme tomu, že žena bude z porodu zklamaná, i přes jeho zdárný konec, pouze proto, že nebyla dodržena všechna její přání a požadavky. Většina, 92 (88%) žen uvedlo, že během porodu došlo ke změnám v jejich porodním plánu a 12 (12%) odpovědělo, že nikoliv. Z těchto 92 žen s 67 (73%) tyto změny během porodu nikdo neprobral, pouze 17 (18%) rodičkám změny vysvětlil lékař a 8 (9%) porodní asistentka. Jak již bylo uvedeno, není chybou, když v porodním plánu nastanou změny, pouze je špatné, pokud se o nich s rodičkou nemluví. Nebo mluví, ale pro rodičku je toto vysvětlení nesrozumitelné (graf 32). 14 (56%) ženám byl důvod změn v jejich porodním plánu jasný pouze částečně a 4 (16%) rodičky vysvětlení vůbec nepochopily. Pouze 7 (28%) uvedlo, že důvod jim byl vysvětlen velmi srozumitelně.

Spokojenost žen s využitím porodního plánu je dána spíše tím, zda rodičku někdo o průběhu porodu informuje, srozumitelně vysvětluje změny a trpělivě naslouchá dalším dotazům než tím, zda byl beze zbytku dodržen. I sebelepší porodní plán ztrácí smysl, pokud o něm není diskutováno. Neměl by být striktním předpisem jak má porod probíhat, ale námětem k rozhovoru mezi personálem porodního sálu a rodičkou. Úplnou spokojenost s využitím porodního plánu vyjadřuje 9 (9%) rodiček, 35 (34%) žen uvedlo, že byly spíše spokojeny, 48 (46%) rodiček bylo spíše nespokojeno a 12 (12%) rodiček nebylo s využitím porodního plánu spokojeno vůbec.

Z grafů 35 a 36 můžeme vysledovat vztah mezi spokojeností s ošetrovatelskou péčí a splněním porodního plánu. Ženy měly označovat ošetrovatelskou péči během porodu známkami, kdy 1 znamená velmi spokojena a 5 velmi nespokojena. 6 (5%) rodiček hodnotilo péči známkou jedna, 68 (65%) žen vybralo známku dvě, 23 (22%) žen hodnotí úroveň ošetrovatelské péče trojkou, 7 (7%) označilo známku čtyři a známku pět nevybrala žádná z dotazovaných. Na otázku zda mělo vliv splnění porodního plánu na hodnocení ošetrovatelské péče 78 (75%) žen uvedlo, že míra splnění porodního plánu

má vliv na hodnocení ošetrovatelské péče, 26 (25%) dotázaných nevidí mezi splněním ošetrovatelského plánu a hodnocením kvality ošetrovatelské péče spojitost. Pokud 75% žen hodnotí ošetrovatelskou péči dle splnění svého porodního plánu, mělo by být v zájmu porodních asistentek zlepšit komunikaci s rodičkou a začít se touto problematikou zabývat, protože bez zkvalitnění přístupu k ženě, jako k bytosti, která je v otázce těhotenství a porodu vzdělaná a má svá přání a požadavky nemůže být docíleno lepšího hodnocení ošetrovatelské péče jako celku. Můžeme zde také formulovat potvrzení druhé hypotézy, že rodičky vyjadřují spokojenost s péčí v porodnici dle saturace plnění jejich porodního plánu.

Na závěr byla ženám položena otázka, zda uvažují o vypracování porodního plánu i v dalším těhotenství. 35 (34%) žen odpovědělo, že určitě, 42 (40%) rodiček neodmítne, pokud jim to bude nabídnuto, 16 (15%) žen porodní plán sestavovat příště nechce a 11 (11%) dotázaných neplánuje další těhotenství.

V další části výzkumného šetření byly výzkumným souborem porodní asistentky pracující na porodním sále a k získání informací byl použit polostrukturovaný rozhovor.

První výsledek byl zpracován do tabulky 1, která mapuje věkové rozložení, vzdělání a délku praxe respondentek. Z pěti dotazovaných respondentek je první 27 let, má vysokoškolské vzdělání a 3 roky praxe, druhá respondentka je ve věku 28 let má vysokoškolské vzdělání a 2 roky praxe, třetí respondentce je 45 let má vyšší odborné vzdělání a 18 let praxe, čtvrtá respondentka je stará 33 let má vyšší odborné vzdělání a 12 let praxe, páté respondentce je 38 let má vyšší odborné vzdělání a 10 let praxe.

Názor respondentek na četnost porodních plánů u žen při porodu je takový, že dvě respondentky si myslí, že s porodním plánem chodí méně než polovina rodiček. 2 respondentky zastávají názor, že s porodním plánem přichází asi polovina rodiček a 1 respondentka odpověděla, že jich je více než polovina. Pavlová uvádí, že porodní plán má asi 15% rodiček (17). Toto číslo by bylo asi odpovídající, kdyby porodní plán nosily pouze ženy, které se o tuto problematiku samy zajímají a plán si samy připravily. Větší procento žen s porodním plánem, který udávají respondentky je zapříčiněno tím, že na některých pracovištích jsou k dispozici formuláře porodního plánu, kde stačí pouze

z předem dané nabídky jednotlivá přání označit. Tyto formuláře se rozdávají nástávajícím maminkám při prohlídce porodnice.

Dříve bylo nemyslitelné, aby si rodička diktovala nějaké požadavky na způsob vedení porodu. Vše bylo striktně dané podle zaběhnutých postupů. V současné době je možné v průběhu porodu využít různé alternativní formy tišení bolesti, různé polohy a relaxační pomůcky. Může jít o akupunkturu, hypnózu, reflexologii, aromaterapii, hydroterapii, různé metody dýchání a meditační techniky nebo použití hudby (1, 22). Respondentky měly vybrat, které pomůcky jim k takovému vedení porodu nejvíce chybějí. 1 respondentce nejvíce chybí hydromasážní vana, 3 respondentky by uvítaly, kdyby měly ribstol, 2 chybí CD přehrávač, 2 respondentky postrádají žíněnku a aromaolejíčky, 1 respondentce chybí ve vybavení masážní pomůcky a 1 by chtěla porodní stoličku. Z odpovědí respondentek vyplývá poměrně velký zájem o alternativní vedení porodu a využívání nejrůznějších pomůcek. Velmi oblíbena je hlavně aromaterapie a hydroterapie, které jsou podle respondentek pozitivně vnímány jak u nich samotných, tak u rodiček. Pokud maminka chce nějaké speciální pomůcky k porodu, musí si je po konzultaci s personálem porodnice sama donést.

Na otázku, jaká jsou nejčastější přání zapsaná v porodním plánu, 3 respondentky odpověděly, že volný pohyb v I. době porodní, 3 si myslí, že nejčastěji si ženy přejí využít hydroterapii, 2 odpověděly, že je to využití aromaterapie, 2 respondentky si myslí, že je to výběr polohy ve II. době porodní, 3 dotazované odpověděly, že je to partner u porodu, 2 respondentky myslí, že nejčastější přání je mít neustálý kontakt s miminkem a 1 respondentka odpověděla, že je to přiložení novorozence k prsu do 30 minut po porodu. Všechna tato přání je možné v podmínkách porodnice splnit, což nám odpovídá na výzkumné otázky, zda mají porodní asistentky podmínky pro plnění porodních plánů a zda jsou porodní plány realizovatelné v podmínkách porodnice. Jsou určitě i přání, která jsou méně obvyklá, ale vždy záleží na domluvě s personálem porodnice, na jejich prostorových a technických možnostech. S nezvyklými přáními se člověk neseťkává tak často, jak by možná čekal. Většina rodiček o porodu přemýšlí a hledá nejlepší cestu k jeho zdárnému konci, která rozhodně nevede přes vymyšlení nesmyslů a hádky s ošetrovatelským personálem. Pokud jsou některá přání rodičky

nesplněna, 3 respondentky si myslí, že je to z důvodu absence pomůcek, 1 odpověděla, že je na vině neochota personálu, 2 si myslí, že chybí čas a 2 se domnívají, že na vině jsou příliš náročná přání rodiček.

Význam porodních plánů ve vztahu ke zkvalitňování ošetrovatelské péče (tabulka 7) není podle 1 respondentky žádný, 2 odpověděly, že význam má jen pro samotnou rodičku, 2 vidí význam v poskytnutí informací o rodičce pomocí porodního plánu a 3 si myslí, že porodní plán je důležitým mostem mezi rodičkou a ošetřujícím personálem. Já vidím v porodních plánech velký přínos hlavně v tom, že prostřednictvím porodního plánu si žena alespoň v duchu projde porod, zamyslí se nad tím, co by jí během něj mohlo překvapit, a jak by tyto nenadálé situace chtěla řešit. Pokud má žena vypracovaný porodní plán, tak je na ní vidět, že se na porod nějakým způsobem připravovala. Je klidnější a lépe spolupracuje. Pokud jde o to, jak vnímají porodní asistentky rodičky s porodním plánem a bez něj, tak 3 respondentky uvedly, že nevnímají rozdíl v přístupu žen s porodním plánem a bez něj, 1 odpověděla, že rodičky s porodním plánem jí připadají zodpovědnější a 1 si myslí, že rodička s porodním plánem je lépe připravená na porod. Z rozhovorů s porodními asistentkami jsem získala dojem, že porodní plán vnímají pozitivně, je sice určitým moderním trendem poslední doby, ale je přínosem jak pro rodičku, tak pro personál porodního sálu. Právě pro toto pozitivní vnímání porodního plánu samotnými porodními asistentkami (tabulka 7) nechápu jejich neochotu o něm diskutovat s rodičkami, které s porodním plánem do porodnice přijdou (graf 6).

6 ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na problematiku porodních plánů. Cílem práce bylo zjistit, jak jsou na porodních sálech plněny požadavky a přání rodiček, které mají zapsané ve svých porodních plánech a zjistit, zda mají porodní asistentky podmínky pro plnění porodních plánů. Cíle byly splněny.

Na základě cílů byly stanoveny dvě hypotézy a dvě výzkumné otázky.

Hypotéza 1 : Rodičkám, které přicházejí na porodní sál s porodním plánem je v jejich požadavcích vyhověno. Hypotéza 2: Rodičky vyjadřují spokojenost s péčí v porodnici dle saturace plnění svého porodního plánu. Na základě výzkumného šetření kterého se zúčastnilo 104 žen, které měly k porodu vypracovaný porodní plán vyplynulo potvrzení obou hypotéz.

Výzkumné otázky byly položeny takto. Mají porodní asistentky podmínky pro plnění porodních plánů? Jsou požadavky rodiček realizovatelné v podmínkách porodnice? Na základě kvalitativního výzkumu, kterého se zúčastnilo pět porodních asistentek pracujících na porodním sále jsme našly odpovědi na výzkumné otázky. Odpověď 1: Porodní asistentky mají podmínky pro plnění porodních plánů a odpověď 2: Požadavky rodiček jsou realizovatelné v podmínkách porodnice.

Výsledky výzkumu je možno použít jako informační materiál pro těhotné ženy, které zvažují sestavení porodního plánu a nechtějí se nechat inspirovat ne vždy pravdivými informacemi na internetu. Přínosem by měla být i pro porodní asistentky, které mohou získat nové informace o přáních rodiček.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ:

1. BACHÁROVÁ, Gabriela. Proč vadí praktiky porodníků?. *Děti a my*. 2009, roč. 39, č. 1, s. 10-11. ISSN 0323-1879.
2. BENEŠOVÁ, Zdena. *Nejčastější chyby při sestavování porodního plánu* [online]. 2007-2010,16.1.2010 [cit. 2010-01-22]. Dostupný z WWW: <www.bioklub.cz/rodina-a-partnerství/nejcastejsi-chyby-pri-sestavovani-porodniho-planu>.
3. BÍLKOVÁ, Anna. Co vám zmírní porodní bolest. *Děti a my*. 2009, roč. 39, č. 3, s. 9-10. ISSN 0323-1879.
4. BOIRON, Michele. *Homeopatie, rady pro každý den*. Nela Jeřábková. 3.vyd. Praha : Boiron, 2005. 253 s. ISBN 2-85742-198-2
5. COOKEOVÁ, Kaz. *Vzhůru do jináče*. Ina Leckie. 1. vyd. Brno : Jota, 2006. 416 s. ISBN 80-7217-441-X.
6. DOLEŽAL, Antonín, KUŽELKA, Vítězslav, ZVĚŘINA, Jaroslav. *Evropa-kolébka vědeckého porodnictví*. 1. vyd. Praha : Galén, 2009. 98 s. ISBN 978-80-7262-506-2.
7. DOLEŽAL, Antonín. *Od babictví k porodnictví*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2001. 142 s. ISBN 80-246-0277-6.
8. ELIAŠOVÁ, Anna. *Porodná asistence I : Fyziologie*. 1. vyd. Martin : Osveta, 2008. 103 s. ISBN 978-80-8063-261-8.
9. HÁJEK, Zdeněk. Prenatální péče o fyziologické těhotenství. In ČEPICKÝ, Pavel. *Moderní babictví 3*. 1. vyd. Praha : LEVRET, 2004. s. 16-17. ISSN 1214-5572.
10. CHMEL, Roman. *Průvodce těhotenstvím*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. 140 s. ISBN 80-247-0962-7.
11. KAMENÍKOVÁ, Miroslava. *Co se děje s maminkou při příjmu na porodní sál?* [online]. c2007-2010 [cit. 2010-01-24]. Dostupný z WWW:

<www.babyonline.cz/porod/predporodni-priprava/prijem-na-porodni-sal.html>.
ISSN 1802-4572.

12. MACKONCHIEOVÁ, Alison. *Těhotenství týden po týdnu*. Magdalena Pechová. 1. vyd. Praha : Svojká , 2004. 96 s. ISBN 80-7237-355-2.
13. MACKŮ, František, ČECH, Evžen. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha : Informatorium, 2002. 143 s. ISBN 80-86073-92-0.
14. MIKULANDOVÁ, Magdalena. *Těhotenství a porod : Průvodce české ženy od početí do šestinedělí*. 1. vyd. Brno : Computer Press, 2007. 160 s. ISBN 80-251-0205-X.
15. PAŘÍZEK, Antonín. *Co je porodní plán?* [online]. c2002-2006 , 30.11.2006 [cit. 2010-01-05]. Dostupný z WWW: <www.porodnice.cz/co-je-porodni-plan.html>.
16. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 2. vyd. Praha : Galén, 2006. 414 s. ISBN 80-7262-411-3.
17. PAVLOVÁ, Radka. *Porodní plán* [online]. c1999-2009 , 24.5.2007 [cit. 2010-01-10]. Dostupný z WWW: <www.rodina.cz/clanek5695.html>.
18. RICHTER, Robert, SCHAFER, Eberhard. *Kniha pro tatínky*. Lenka Pecharová. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 176 s. ISBN 978-80-247-2083-8.
19. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha : Grada, 2008. 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
20. VONDROVÁ, Zuzana. *Role porodní asistentky v prvním trimestru těhotenství aneb k čemu potřebuji porodní asistentku* [online]. c2000-2009 , 4.6.2009 [cit. 2010-01-12]. Dostupný z WWW: <www.9mesicu.cz/role-porodni-asistentky-v-prvnim-trimestru-tehotenstvi-aneb-k-cemu-potrebuji-porodni-asistentku>.
21. VRÁNOVÁ, Věra. *Historie babičství a současnost porodní asistence* . 1. vyd. Olomouc : UP Olomouc, 2007. 240 s. ISBN 978-80-244-1764-6.
22. ZWINGER, Antonín. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha : Galén, 2004. 532 s. ISBN 80-7262-257-9.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

- **Porod**
- **Porodní plán**
- **Alternativní vedení porodu**
- **Porodní asistentka**

9 PŘÍLOHY

SEZNAM PŘÍLOH:

Příloha 1: Formulář porodního plánu

Příloha 2: Dotazník pro maminky

Příloha 3: Otázky pro porodní asistentky

Příloha 1

Porodní plán

Jména rodičů:

.....

.....

Adresa:

.....

.....

Rodné číslo a číslo OP matky:

.....

Kontaktní telefony (jméno, číslo):

.....

.....

.....

Zdravotní pojišťovna

matky:.....

Termín porodu:

.....

.

Gynekolog:

.....

.....

Dětský lékař:

.....

.....

Jména pro miminko:

.....

Zdravotní diagnóza matky, užívané léky, dieta:

.....

.....

Poznámky:

.....
.....

1) U porodu bude přítomen

.....
.....

2) Způsob vyprázdnění

klystýr YAL bez vyprázdnění

3) Holení

ano ne jsem již oholena

4) V případě císařského řezu způsob anestézie

epidurál celková narkóza

5) Přijatelné tišící prostředky

.....
.....

6) V jaké poloze chci родit

v leže ve dřepu v pololeže ve stoje

7) Nástřih

ano ne pouze v případě natržení

8) Pupečník

nechat dotepat přestřihnout hned přestřihne otec po dotepání

9) Darování pupečnickové krve.

ano, podepsala jsem souhlas ne

10) Miminko těsně po porodu

položít ihned ještě s nepřestřiženým pupečníkem

položít již s přestřiženým pupečníkem, ale neumyté

položít na břicho již umyté

11) Měření miminka ihned po porodu

ano ne

12) Přiložení dítěte do 30 min po porodu

ano ne

13) Rooming-in

plný částečný nadstandard

14) Dokrmování umělým mlékem

ano ne

15) Jiné:

Příloha 2:

Milá maminko, jmenuji se Kristina Mošová, jsem studentkou třetího ročníku porodní asistence na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který použiji pro výzkum své bakalářské práce na téma „Porodní plán – vize a skutečnost“. Dotazník je zcela anonymní a veškeré Vámi poskytnuté informace budou sloužit výhradně pro vypracování mé bakalářské práce. Odpovědi prosím zakroužkujte nebo doplňte. Předem Vám děkuji za ochotu a čas, který jste strávila odpovídáním na otázky.

1) Kolik je Vám let?

- a) 20 a méně
- b) 21 – 26
- c) 27 – 32
- d) 33 – 38
- e) 39 a více

2) Kolikátý Váš porod to byl?

- a) první
- b) druhý
- c) třetí
- d) čtvrtý a více

3) Měla jste porodní plán i při předchozím porodu? (pokud rodíte poprvé, nevyplňujte)

- a) ano
- b) ne
- c)

4) Od koho jste se dozvěděla o možnosti porodního plánu? (můžete zaškrtnout i více odpovědí)

- a) od kamarádky
- b) u obvodního gynekologa
- c) od duly
- d) v porodnici
- e) na internetu
- f) v odborné literatuře
- g) v časopise
- h) jinde (prosím, vypište)

5) Jak jste sestavila svůj porodní plán? (můžete zaškrtnout i více odpovědí)

- a) dostala jsem formulář v porodnici
- b) podle vzoru na internetu
- c) podle návodu v literatuře
- d) s porodní asistentkou
- e) s lékařem
- f) s doulou
- g) sama
- h) jiné (prosím, vypište)

6) Při příjmu k porodu s Vámi porodní plán probral?

- a) lékař
- b) porodní asistentka
- c) nikdo

- 7) Měla jste ve svém porodním plánu přání, aby s Vámi mohla být během porodu blízká osoba (partner, dula...)? (pokud ne, přejděte na otázku č.9)
- a) ano
 - b) ne
- 8) Byla Vám umožněna přítomnost blízké osoby?
- a) ano
 - b) ne
- 9) Souhlasila jste, aby Vašemu porodu mohli být přítomni lékaři a studenti zdravotních škol?
- a) ano
 - b) ne
- 10) Byli Vašemu porodu přítomni lékaři nebo studenti zdravotních škol?
- a) ano
 - b) ne
- 11) Chtěla jste, aby porod vedl....?
- a) lékař
 - b) porodní asistentka
 - c) bylo mi to jedno
 - d) jiné (prosím, vypište)
- 12) Váš porod nakonec vedl ?
- a) lékař
 - b) porodní asistentka
 - c) medik
 - d) žákyně
 - e) jiné (prosím, vypište)

13) Jako způsob vyprázdnění před porodem jste si přála?

- a) klystýr
- b) YAL
- c) bez vyprázdnění

14) Co Vám bylo v porodnici podáno na vyprázdnění?

- a) klystýr
- b) YAL
- c) nic

15) Chtěla jste být před porodem oholena?

- a) ano
- b) ne

16) Byla jste před porodem oholena?

- a) ano
- b) ne
- c) oholila jsem se předem sama

17) Jaký způsob tišení bolesti jste si přála při porodu? (můžete zaškrtnout i více možností)

- a) epidurální analgezii
- b) léky proti bolesti
- c) využití teplé vody (sprcha, vana)
- d) aromaterapie
- e) akupunktura
- f) muzikoterapie
- g) žádný
- h) jiné (prosím, vypište)

18) Byl Vám vámi zvolený způsob tišení bolesti umožněn?

- a) ano
- b) ne

19) Chtěla jste použít při porodu nějaké pomůcky?

- a) míč
- b) ribstol
- c) porodní stolička
- d) jiné (prosím, vypište)

20) Bylo Vám umožněno použít Vámi vybrané pomůcky?

- a) ano
- b) ne

21) Chtěla jste během porodu jíst a pít? (pokud ne, přejděte na otázku č. 23)

- | JÍST | PÍT |
|--------|--------|
| a) ano | a) ano |
| b) ne | b) pít |

22) Bylo Vám během porodu umožněno jíst a pít?

- | JÍST | PÍT |
|--------|--------|
| a) ano | a) ano |
| b) ne | b) ne |

23) V jaké poloze jste si přála strávit II. (vypuzovací) dobu porodní ?

- a) vleže na zádech
- b) v polosedě
- c) na boku

- d) na čtyřech
- e) na porodní stoličce
- f) jiné (prosím, vypište)

24) Byla Vám tato poloha umožněna?

- a) ano
- b) ne

25) Jaký jste měla názor na nástřih hráze?

- a) nastříhnout v každém případě, i preventivně
- b) nastříhnout pouze v nejnnutnějším případě
- c) v žádném případě nestříhat

26) Byl Vám proveden nástřih hráze?

- a) ano
- b) ne

27) Měla jste nějaká přání ohledně ošetření miminka po porodu? (můžete zaškrtnout i více odpovědí)

- a) nechat dotepat pupečník
- b) partner přestříhne pupečník
- c) položit miminko ihned na břicho
- d) přiložit k prsu do 30 minut po porodu
- e) nechat miminko po celou dobu mého pobytu na porodním sálu u mě
- f) žádné přání
- g) jiné (prosím, vypište)

28) Bylo Vám přání ohledně miminka splněno?

- a) ano
- b) ne

29) Jaké přání z Vašeho porodního plánu bylo pro Vás nejdůležitější?

- a) možnost volného pohybu v I. době porodní
- b) možnost využít teplé vody během I. doby porodní
- c) možnost využít aromaterapii během porodu
- d) možnost využití pomůcek v I. době porodní
- e) možnost výběru polohy ve II. době porodní
- f) možnost mít partnera u porodu
- g) jiné (prosím, vypište)

30) Došlo během porodu ke změnám ve Vašem porodním plánu? (pokud ne, přejděte na otázku č. 34)

- a) ano
- b) ne

31) Kdo s Vámi probral během porodu změny ve vašem porodním plánu?

- a) lékař
- b) porodní asistentka
- c) nikdo

32) Jak Vám byly změny v porodním plánu vysvětleny?

- a) velmi srozumitelně
- b) důvod změny mi byl jasný pouze částečně
- c) vysvětlení jsem vůbec nepochopila
- d) jiné (prosím, vypište)

33) Proč si myslíte, že došlo ke změnám ve vašem porodním plánu? (prosím, vypište)

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

34) Byla jste spokojená s využitím porodního plánu během porodu?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

35) Oznámkuje spokojenost s ošetrovatelskou péčí během porodu. (jako ve škole)

1	2	3	4	5
I-----I-----I-----I-----I				
velmi				velmi
spokojena				nespokojena

36) Má vliv míra splnění Vašeho porodního plánu na Vaše hodnocení kvality ošetrovatelské péče?

- a) ano
- b) ne

37) Plánujete sestavení porodního plánu u svého dalšího porodu?

- a) ano, určitě
- b) pokud mi to bude někde nabídnuto, neodmítnu
- c) ne
- d) neplánuji další těhotenství
- e) jiné (prosím, vypište)

Příloha 3:

Otázky pro porodní asistentky.

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké máte vzdělání?
3. Jak dlouho pracujete na porodním sále?
4. Jak často se u žen při porodu setkáváte s porodním plánem?
5. Máte pomůcky pro alternativní vedení porodu?
6. Jaké pomůcky vám podle Vás nejvíce chybějí pro vedení porodu?
7. Jaké nejčastější přání se v porodním plánu vyskytují?
8. Jaký je nejčastější důvod nesplnění požadavků v porodním plánu?
9. Myslíte, že mají porodní plány význam ve zkvalitňování ošetrovatelské péče?
10. Vidíte rozdíl v přístupu porodních asistentek k ženám s porodním plánem a bez něj?