



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Porodní plán u porodu

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PORODNÍ ASISTENCE**

Autor: Daniela Houšková

Vedoucí práce: MUDr. Miloš Velemínský, Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Porodní plán u porodu*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 10. 8. 2022

.....

Daniela Houšková

Poděkování

Ráda bych poděkovala panu MUDr. Miloši Velemínskému, Ph.D. za odborné vedení, poskytování cenných rad, trpělivý a vstřícný přístup při psaní této bakalářské práce.

Současně také děkuji všem informantkám za poskytnuté rozhovory k psaní bakalářské práce. Velké díky patří zejména mé rodině a přátelům, kteří mi byli velkou oporou po celou dobu studia.

Porodní plán u porodu

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá porodním plánem a jeho využitím při porodu. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zaměřena na porod, porodní doby, poporodní péči, ošetření novorozence a porod císařským řezem. Dále se teoretická část zabývá porodním plánem, jeho sepsáním a jednotlivými body, které se mohou v porodním plánu vyskytnout.

Praktická část bakalářské práce byla provedena pomocí kvalitativního výzkumného šetření, formou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor se skládal z dvanácti otázek. Rozhovory byly vedeny s osmi ženami, které během porodu využily porodní plán.

Pro bakalářskou práci byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit důvody psaní porodního plánu rodičkami. Informantky chtěly, aby porod proběhl podle jejich přání a během sepisování si urovnaly, co je pro ně důležité. Důvodem byla i negativní zkušenost z předchozího porodu.

Druhým cílem bylo poukázat na dodržení porodního plánu u porodu. Z výzkumného šetření vyplynulo, že porodní plán bývá obvykle dodržován. Tři informantky z osmi uvedly, že nebyly dodrženy všechny body porodního plánu. Pět informantek z osmi uvedlo, že jejich porodní plán byl dodržen.

Třetím cílem bylo zjistit změny porodního plánu v průběhu porodu. Informantky z výzkumného šetření změnily během porodu postoj k dirupci vaku blan a k přijímání léků proti bolesti. Informantky rodily v jiné poloze, než původně zamýšlely. Informantky porodní plán změnily také z důvodu porodních komplikací, a to, že nemohl proběhnout bonding nebo nebyl umožněn volný pohyb při porodu.

Klíčová slova

Porodní plán; porod; porodní asistentka; žena; rodička

Birth plan at birth

Abstract

The bachelor thesis deals with the birth plan and its use during childbirth. It is divided into the theoretical and practical parts. The theoretical part focuses on childbirth, birth periods, postpartum care, treatment of the newborn and caesarean section. Furthermore, the theoretical part deals with the birth plan, its writing and the various points that may occur in the birth plan.

The practical part of the bachelor's thesis was carried out using a qualitative research investigation in the form of a semi-structured interview. The interview consisted of twelve questions. The interviews were conducted with eight women who used a birth plan during labor.

For this bachelor thesis were set three main goals. The first goal was to find out the reasons for writing a birth plan by mothers. The informants wanted the birth to go according to their wishes. During the writing process, they sorted out what was important to them. Reasons for this included a negative experience from a previous birth.

The second goal was to point out compliance with the birth plan at birth. The research investigation revealed that the birth plan is usually followed. Three of the eight informants indicated that not all points of the birth plan had been followed. Five of the eight informants said that their birth plan had been followed.

The third goal was to determine changes in the birth plan during labor. During childbirth, the informants from the research survey changed their attitude towards the reuptake of the bladder pouch and the intake of painkillers. Informants gave birth in a different position than they originally intended. Informants also changed their birth plan because of birth complications, namely that bonding could not take place or they were not allowed to move freely during labor.

Key words

Birth plan; birth; midwife; wife; woman giving birth

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav	9
1.1 Porod	9
1.1.1 První doba porodní	9
1.1.2 Druhá doba porodní	10
1.1.3 Třetí doba porodní a poporodní období	11
1.1.4 Ošetření novorozence na porodním sále	12
1.1.5 Císařský řez	13
1.2 Porodní plán	14
1.2.1 Jak sepsat porodní plán	15
1.2.2 Vybrané body porodního plánu	16
1.2.2.1 Předporodní příprava	16
1.2.2.2 Doprovod k porodnu	17
1.2.2.3 Tišení bolesti	18
1.2.2.4 Dirubce vaku blan	19
1.2.2.5 Úlevové a porodní polohy	20
1.2.2.6 Epiziotomie	21
1.2.2.7 Bonding	21
2 Cíle práce a výzkumné otázky	23
2.1 Cíle práce	23
2.2 Výzkumné otázky	23
3 Metodika	24
3.1 Metodika a technika výzkumu	24
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	24
4 Výsledky výzkumného šetření	25
4.1 Charakteristika informantek	25

4.2	Kategorizace výsledků rozhovorů.....	26
5	Diskuze.....	32
6	Závěr.....	40
7	Seznam použité literatury.....	41
	Přílohy:	45
	Seznam zkratek.....	47

Úvod

Porodní plán můžeme chápat jako soupis přání a požadavků rodičky ohledně jejího porodu a slouží jako jeden z dorozumívacích prostředků mezi rodičkou a personálem porodního sálu. Porodní plán se netýká pouze rodičky, ale obvykle bývá zaměřen i na péči o novorozence. V porodním plánu ženy sepisují přání a požadavky ohledně jejich představy o průběhu porodu. Tyto požadavky jsou zaměřeny na jednotlivé porodní doby, na péči o novorozence po porodu a na novorozeneckém oddělení. Ideální porodní plán by měl být zaměřen také na akutní situace, kdy je třeba provést císařský řez.

Porod je pro ženu významná životní událost, která ji také silně poznamená po psychické stránce. Žena se na porod mnohdy již během těhotenství připravuje čtením knih, účastní na předporodním kurzu nebo konzultaci s porodní asistentkou. Tato příprava může ženě pomoci a ulehčit jí porod a jeho vnímání.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit důvody psaní porodního plánu rodičkami, poukázat na jeho dodržení a zjistit změny porodního plánu v průběhu porodu.

Téma bakalářské práce s názvem „Porodní plán u porodu“ jsem si vybrala, protože mne tato problematika zajímá a dle mého názoru využívá porodní plán čím dál více rodiček. Mnoho těhotných žen v mém okolí se rozhodlo porodní plán k porodu vypracovat, nebo o něm uvažovaly. Myslím si, že porodní plán slouží rodičkám jako prostředek zmírňující strach z porodu a k ujasnění toho, co je pro ni u porodu důležité nebo naopak nepřijatelné.

1 Současný stav

1.1 Porod

Dle Srpa (2014) je porod každé ukončení těhotenství, kdy žena porodí živý či mrtvý plod. Jestliže plod vykazuje alespoň jednu ze známek života, jedná se o živě narozené dítě (Myslivečková, © 2009–2022). Za známky života se považuje dech, srdeční akce, pulzace pupečníku a prokazatelné pohyby (Klíma et al., 2016). Pokud plod po porodu nejeví známky života a jeho porodní váha je pět set gramů nebo větší, jedná se o mrtvě narozené dítě (Myslivečková, © 2009–2022). Porod je děj, při kterém je vypuzen plod z děložní dutiny za pomoci porodních sil (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Tímto fyziologickým dějem je zakončeno těhotenství (Procházka, 2020). Dle Baškové (2015) se hranicí fyziologického porodu rozumí porod v 38. až 42. týdnu těhotenství.

Dva až tři týdny před termínem porodu může žena pociťovat Braxton – Hicksovy kontrakce neboli poslíčky (Procházka et al., 2018). Jedná se o nepravidelné kontrakce, které nemají vliv na otevírání děložního hrdla (Gregora a Velemínský, 2020). Před porodem může žena také pozorovat hlenovitý výtok narůžovělé barvy, kterému se říká hlenová zátka (Pařízek, © 2014).

1.1.1 První doba porodní

První doba porodní se také nazývá dobou otevírací (Pařízek, 2015). Tato fáze je charakterizována nástupem pravidelných děložních kontrakcí s otevíracím efektem (Takács et al., 2015). Zprvu jsou kontrakce kratší a s delší časovou prodlevou, později zesilují a mezikontrakční období se zkracuje (Gregora a Velemínský, 2020). Díky kontrakcím dochází rozvinutí dolního děložního segmentu, hrdla děložního a branky (Takács et al., 2015). Hrdlo, které se zkrátí na půl centimetru se nazývá porodnická branka (Gregora a Velemínský, 2017). Díky kontrakcím dochází k dilataci branky děložní a následným splynutím s pochvou, čemuž říkáme zánik porodnické branky (Procházka et al., 2020). První doba porodní je zakončena zánikem porodní branky (Takács et al., 2015).

U žen, které ještě nerodily, nejprve dochází ke zkrácení hrdla děložního, a až poté začne dilatace porodní branky (Procházka et al., 2020). U multipar probíhají oba tyto děje zároveň (Procházka et al., 2020). První doba porodní je považována za dobu nejdelší (Bašková, 2015). Gregora a Velemínský (2020) uvádějí délku doby porodní

u prvorodiček 6-7 hodin, u multipar 3-4 hodin, avšak každý porod je individuální a záleží na mnoha ovlivňujících faktorech. V průběhu první doby porodní také dochází k prasknutí porodních blan a odtoku vody plodové (Pařízek, 2015).

Porodní asistentka při přijetí ženy na porodní sál s rodičkou sepisuje anamnézu, zapisuje krevní skupinu a Rh faktor ženy, výsledek stěru GBS, a také zjišťuje, zda žena trpí nějakou alergií (Procházka et al., 2020). Dále porodní asistentka natočí CTG monitor, změří a zaznamená tělesnou teplotu, dech a pulz ženy a vyšetří moč na přítomnost cukru a bílkoviny (Procházka et al., 2020). Pokud má žena sepsané porodní přání, společně s porodní asistentkou projdou jednotlivé body porodního přání (Dušová et al., 2019a). Porodní asistentka také provede zevní a vnitřní vyšetření ženy a určí tak nález, polohu plodu, jeho naléhající část, zda je zachován vak blan (Procházka et al., 2020).

V průběhu první doby porodní porodní asistentka každých patnáct minut poslouchá srdeční ozvy plodu a každé dvě hodiny natáčí CTG záznam, který trvá alespoň dvacet minut (Čermáková, 2017). Porodní asistentka dopomáhá ženě ke klidu a s uvolněním jejího těla, což je důležité pro dobrý průběh porodu (Procházka et al., 2020). K relaxaci ženě slouží poslech hudby, afirmace či aromaterapie, kterou porodní asistentka zajišťuje při pobytu na porodním sále (Dušová et al., 2019a). Porodní asistentka ženě také pomáhá se zaujímáním různých poloh a zkouší se ženou různé způsoby dýchání (Procházka et al., 2020).

1.1.2 Druhá doba porodní

Druhá doba porodní je nazývána dobou vypuzovací (Pařízek, 2015). Její začátek je označován od doby zániku branky a zakončena je porodem plodu (Procházka et al., 2020). Tato porodní doba trvá přibližně jednu hodinu (Gregora a Velemínský, 2011), ale neměla by tento čas přesáhnout (Procházka et al., 2018). U nulipar bývá druhá doba porodní delší než u multipar, avšak není to pravidlem (Procházka et al., 2018). Tím, že hlavička tlačí na pánevní dno, pociťuje žena ostrou bolest (Raudenská et al., 2015). Rodička pociťuje nutkání tlačit a zapojovat břišní lis (Hanáková et al., 2015). Aby mohla rodička začít tlačit, musí se porodní asistentka ujistit, že je hlavička plodu sestouplá a dorotovaná (Gregora, Velemínský, 2017). Pokud žena kontrahuje, je vyzvána k řízenému tlačení (Hudáková, Kopáčiková, 2017). Žena se na začátku kontrakce nadechne, zadrží dech, zavře oči a zatlačí (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Tento děj může opakovat až třikrát během jedné kontrakce (Gregora a Velemínský, 2020). Koyucu

a Demisrci (2017) vedli studii, při které porovnávali řízené a spontánní tlačení. V této studii vyšlo, že při spontánním tlačení bývá druhá doba porodní výrazně delší než při řízeném tlačení. Při porodu hlavičky je důležité chránit sterilní rouškou hráz rodičky a tempo prořezávání hlavičky dítěte, aby nedošlo k velkému porodnímu poranění (Procházka et al., 2020). Po porodu hlavičky se ženě podávají nitrožilně uterotonika pro aktivní vedení třetí doby porodní (Gregora a Velemínský, 2020). Poté následuje porod ramének a těla plodu (Roztočil et al., 2020). Pokud vše probíhá bez komplikací, nechá se dotepat pupečník (Gregora a Velemínský, 2020).

Porodní asistentka vždy po odeznění kontrakce poslouchá ozvy plodu (Gregora a Velemínský, 2017). Někdy může bránit sestupu hlavičky plný močový měchýř ženy, proto je důležité, aby porodní asistentka ženu poučila o vyprázdnění močového měchýře (Procházka et al., 2020). V momentě, kdy se prořezává hlavička plodu je důležité chránění hráže a pokud hrozí příliš velké poranění, může porodní asistentka se souhlasem ženy provést nástřih hráže (Slezáková et al., 2017). Ve chvíli, kdy je dítě porozeno, porodní asistentka zapíše čas porodu do porodní křivky (Slezáková et al., 2017).

1.1.3 Třetí doba porodní a poporodní období

Třetí doba porodní bývá také označována jako „k lůžku“ (Binder a Vavřincová, 2020). Třetí doba porodní je aktivně vedena již ve druhé době porodní podáním oxytocinu po porodu hlavičky (Gregora a Velemínský, 2020). Tato doba začíná porodem plodu a je zakončena porodem placenty a plodových obalů (Hájek et al., 2014). Na porod placenty a plodových obalů se může čekat až jednu hodinu, ale většinou je placenta porozena v průběhu deseti minut (Gregora a Velemínský, 2020).

Porod placenty má tři fáze (Roztočil et al., 2020). První fáze je fáze odlučovací, ve které dochází ke stahování dělohy a placenta je následně po mírných kontrakcích odloučena (Slezáková et al., 2017). V následující fázi – fázi vypuzovací – se opět dostaví mírné kontrakce, žena si může přitlačit a dojde k porodu placenty a plodových obalů (Roztočil et al., 2020). V závěrečné hemostatické fázi dochází k zástavě krvácení v děloze (Slezáková et al., 2017).

Zda je placenta odloučena můžeme zjistit pomocí několika znamení (Roztočil et al., 2020). První znamení se nazývá Ahlfeldovo, při kterém se peán zaklesnutý na pupečníku vzdaluje od rodidel (Procházka et al., 2020). Druhé znamení je znamení Schröderovo, při kterém porodní asistentka dělohu vyhmatá až tři prsty nad pupkem (Roztočil et al.,

2017). Dalším znamením je znamení Küstnerovo, u kterého se stlačením děložní stěny za symfýzou pupeční pahýl nevtahuje zpět do pochvy (Procházka et al., 2020).

K odlučování placenty může docházet třemi různými mechanismy (Procházka et al., 2020). První způsob je dle Baudeloque-Schultze, kdy se placenta odděluje od svého středu a žena zakrvácí až po porodu placenty, která se porodí středem (Roztočil et al., 2020). Při mechanismu dle Duncana dochází k odlučování placenty od kraje a je zde přítomné slabé krvácení, proto zde musíme kontrolovat krevní ztrátu (Procházka et al., 2020). U mechanismu dle Gessnera dochází k odlučování placenty také od jejího okraje a k porodu dochází hranou (Binder et al., 2015).

Po porodu placenty porodní asistentka placentu a obaly zkontroluje, zda nezůstala v děloze rezidua (Hanáková et al., 2015). Dále je žena kontrolována porodní asistentkou či gynekologem v zrcadlech, zda nedošlo k porodnímu poranění (Dušová et al., 2019a). V případě, že k takovému poranění došlo, je nutno takové poranění ošetřit (Pařízek, 2015). Šití porodního poranění provádí porodní asistentka či lékař vstřebatelnými stehy, které po několika dnech samy vypadnou (Gregora a Velemínský, 2020). Po ošetření porodního poranění porodní asistentka přeměří fyziologické funkce a zkontroluje, zda je děloha stažená (Procházka et al., 2020).

V poporodním období je novorozenec poprvé přikládán k prsu matky, které by mělo proběhnout do ideálně do jedné hodiny po porodu (Slezáková et al., 2017). Vždy po půl hodině porodní asistentka zkontroluje ženě krevní tlak, dech a pulz (Procházka et al., 2020). Pohmatem přes stěnu břišní zkontroluje, jak vysoko dosahuje děloha a pohledem zkontroluje, zda nezačala žena vaginálně krvácet (Slezáková et al., 2017). Do tří hodin po porodu je žena přeložena na poporodní oddělení (Roztočil et al., 2017).

1.1.4 Ošetření novorozence na porodním sále

Novorozenec je po porodu ošetřen na porodním sále porodní asistentkou nebo dětskou sestrou (Čermáková, 2017). Před porodem je potřeba zkontrolovat, zda jsou připraveny všechny pomůcky, které budou potřeba nebo by mohli být použity (Slezáková et al., 2017).

Po porodu si novorozence převezme porodní asistentka či dětská setra (Procházka et al., 2020). Novorozenci je na ručičku dán náramek s jeho jménem, jménem matky, datumem a časem narození, číslem porodu, pohlavím novorozence a oddělením, na kterém je

novorozenec umístěn. Tento náramek slouží k identifikaci novorozence (Čermáková, 2017). Poté pomocí plastové svorky porodní asistentka podváže pupečník a ošetří jej (Procházka et al., 2020). U novorozence usilujeme o to, aby měl co nejmenší tepelné ztráty, proto jeho ošetření probíhá na vyhřevném lůžku a sušení je prováděno nahřátou rouškou (Hájek et al., 2014). Některé ženy v porodním plánu udávají, že nechtějí novorozence nikam odnášet, v takovém případě je novorozenec ošetřován na těle matky (Bašková, 2015). Dnes se již novorozenci rutině dýchací cesty neodsávají, pouze v indikovaných případech (Hájek et al., 2014). Porodní asistentka sleduje močení, odchod smolky, zkouší pomocí teploměru průchodnost konečníku a současně měří novorozenci teplotu (Slezáková et al., 2017). Dále je novorozenec zvážen na váze s látkovou plenou, která je předem nahřátá (Procházka et al., 2020). Následuje kredeizace, která je prováděna kapkami Ophthalmo-Septonex jako dezinfekce spojivkového vaku před infekcí (Slezáková et al., 2017). Jako prevence proti krvácení je novorozenci aplikován vitamin K, který lze aplikovat injekčně do svalu, ale rodičky v porodním plánu často preferují podání kapičkami do úst (Procházka et al., 2020). Nakonec je novorozenec dán matce k bondingu a prvnímu přiložení (Hájek et al., 2014).

Porodní asistentka či dětská sestra hodnotí u novorozence jeho adaptaci – skóre dle Apgarové, a to v první, páté a desáté minutě života novorozence (Dušová et al., 2019a). Do tohoto hodnocení je zahrnuto dýchání, srdeční akce, zbarvení novorozence, svalový tonus a reakce na podráždění (Procházka et al., 2020). Za každou kategorii můžou být uděleny 0-2 body, dohromady tedy maximálně deset bodů (Čermáková et al., 2017). Pokud v hodnocení vyjde méně než sedm bodů, je doporučeno dále hodnotit novorozence po pěti minutách (Procházka et al., 2020).

1.1.5 Císařský řez

Jedná se o velkou porodnickou operaci, při které plod opouští dělohu přes stěnu břišní (Roztočil, 2017). Z porodnických operací je tato metoda používána nejvíce (Pařízek, 2015). V České republice není možné provést císařský řez na přání rodičky, ale je k němu nutná zdravotní indikace (Hájek et al., 2014). Lze ho provést pouze v případě, je-li zde riziko ohrožení života rodičky či plodu (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Mezi indikace k císařskému řezu můžeme řadit kefalopelvický nepoměr, stavy po operacích na děloze, překážka v porodních cestách, předčasné odlučování placenty, patologické polohy plodu, nedostatek kyslíku plodu aj. (Hájek et al., 2014).

Císařský řez se dá rozdělit do dvou skupin podle stavu jeho naléhavosti, a to na plánovaný – před začátkem kontrakcí a na akutní, kdy kontrakce již nastoupily (Gregora a Velemínský, 2020). Je také omezen z časového hlediska, kdy je možno císařský řez provést pouze do té doby, dokud hlavička dítěte nevstoupne do pánve a není zde pevně zafixována (Binder et al., 2015).

Existuje několik možností řezu na děloze, avšak nejčastěji využívaným řezem je řez dle Gepperta, jehož výhodou je možnost vaginálního porodu v příštím těhotenství (Gregora a Velemínský, 2020). Kožní řez je nejčastěji veden dle Pfannenstiela, u kterého dochází k lepšímu hojení rány a je i vhodný kosmeticky (Procházka et al., 2020).

U akutního císařského řezu je častěji využívána celková anestezie. U tohoto typu anestezie žena nemá kontakt s dítětem bezprostředně po porodu, proto ženy v porodním plánu mohou uvést například bonding novorozence s jeho otcem (Dušová et al., 2019a). U plánovaného císařského řezu je možno využít místní anestezii, při které je žena schopna komunikovat a ihned po narození dítěte může proběhnout bonding u matky (Procházka et al., 2020). Kůže je obvykle sešita jedním stehem, který je nebolestivě vyndán přibližně týden po výkonu (Gregora a Velemínský, 2020).

Po operačním výkonu je matka převezena na pooperační pokoj, kam je novorozenec přivážen, aby ho matka mohla přiložit k prsu (Pařízek, 2015).

1.2 Porodní plán

Porodním plán je souhrn přání, které žena sepisuje v období těhotenství (Dušová et al., 2019a). Slouží zdravotníkům jako informace o tom, co je pro ženu (a jejího partnera) důležité v průběhu porodu, období po něm a péči o jejich novorozené dítě (Samková, 2020). Sepisování porodního přání může ženě napomoci uvědomit si, co je pro ni důležité (Beaumont, 2016) a také může ženě pomoci cítit se při porodu bezpečněji (Wunder, 2019). Porodní přání si těhotná chystá na konci třetího trimestru, přibližně ve 35. týdnu těhotenství (Bašková, 2015). Těhotná tento seznam předává porodním asistentkám při příjmu k porodu, aby se s ním mohly podrobně seznámit (Hanáková et al., 2015). Porodní asistentky si porodní přání přečtou a s těhotnou ženou prokonzultují jednotlivé body seznamu a informují ji o tom, které body nebudou moci splnit v případě, že nastane nějaká komplikace (Dušová et al., 2019a).

Porodní přání si sepisují těhotné ženy na základě informací, které získá od porodní asistentky z předporodních kurzů nebo informací z internetových zdrojů či knih (Dušová et al., 2019a). V případě elektronických zdrojů dochází k poměrně rychlému předání zkušeností z porodů a porodních přání od jiných rodiček, a tak dochází k tomu, že si těhotné sepisují svá porodní přání na základě těchto zkušeností (Roztočil, 2017). Také ovšem dochází k tomu, že některé těhotné nevědí, co ve svém porodním plánu mají a proč, jelikož leckdy porodní přání pouze opiší z internetu (Čepický, 2019). Jako jedna z nejlepších variant je sepsání porodního plánu s porodní asistentkou, která se bude o ženu starat během porodu (Pařízek, 2015).

Porodní plány obsahují informace o jednotlivých dobách porodních, jako například o předporodní přípravě, osoby, která bude u porodu jako doprovod rodičky, o způsobu tišení bolesti, poloze při porodu, o péči o dítě po porodu aj. (Bašková, 2015). U některých porodních plánů můžeme narazit na problémy s dodržením některých bodů, jelikož některá přání rodiček jsou velmi nestandardní, avšak porodní asistentky, a i někteří porodníci mají v dnešní době snahu přání rodiček uskutečnit (Roztočil, 2017).

1.2.1 Jak sepsat porodní plán

Sepsání porodního plánu nemá svá jasně daná pravidla, ale existuje několik doporučení, jak by měl takový plán vypadat a co by měl obsahovat. Porodní plán by měl být srozumitelný, stručný, přehledně zpracovaný a zejména jeho délka by neměla být příliš dlouhá (Štromerová, © 2000–2022). „*Porodní plán by měl být vypracován tak, aby v případě porodních nepravidelností, které často maminka ani na svém těle nemusí pociťovat, nebyl dogmatem, jehož úzkostlivé dodržování by mohlo ohrozit zdraví rodičky nebo jejího dítěte*“ (Marková, © 2014). Ideální délka porodního plánu by měla být jednostránková (Jirásková, 2011). Porodní plán lze rozdělit na dvě části, a to na všeobecné informace a na informace specifické (Bašková, 2015). Každý porodní plán by měl obsahovat jméno a příjmení těhotné, datum narození, případně údaje o otci (doprovodu) (Jirásková, 2011).

Do části všeobecných informací lze psát údaje o rodičce, které by měl ošetřující personál znát, čemu dává rodička přednost, nebo naopak z čeho má obavy, jakou má představu o svém porodu, popřípadě předchozí zkušenosti s minulými porody či porodnicemi (Bašková, 2015). Informace specifické obsahují přání o jednotlivých výkonech prováděných během všech porodních dob, při manipulaci s novorozencem po porodu

a následně na novorozeneckém oddělení, případně přání ženy při akutním císařském řezu, či komplikacích během porodu (Bašková, 2015).

V první době porodní se tato přání týkají obvykle klyzmatu, doprovázející osoby, forem tišení bolesti či podávání různých léků. U druhé doby porodní se ženy zaměřují na polohu, ve které bude dítě porozeno, zda si přejí či odmítají nástřih hráze, a také si přejí přerušeni pupečníku až po jeho dotepání (Dušová, 2019a). Dále ženy po porodu také preferují bonding, některé ženy si nepřejí přítomnost studentů. Také mívají některá svá specifická přání, které zahrnují například focení nebo si přejí uskutečnit některý rituál, který je pro ně důležitý (Bašková, 2015). Tento rituál může být z osobních nebo z náboženských důvodů (Bašková, 2015).

1.2.2 Vybrané body porodního plánu

1.2.2.1 Předporodní příprava

Pokud je žena přijata na porodní sál, může jí být navržena takzvaná příprava. Během přípravy je ženě oholena část rodidel v místě možného nástřihu hráze (pokud již žena nepřijde oholena), dále je ženě aplikováno očistné klyzma pro vyprázdnění konečníku a střev (Gregora a Velemínský, 2020). Dříve bylo klyzma bráno jako rutinní výkon (Čermáková, 2017). Ženu je třeba upozornit, že klyzma ani oholení dnes již není povinné (Gregora a Velemínský, 2020). Některé ženy ve svém porodním plánu odmítají podání klyzmatu, jelikož tělo se na porod připravuje a k vyprázdnění dochází již v domácím prostředí (Dušová et al., 2019a). Jiné ženy mají obavu z úniku stolice, zvláště ve druhé době porodní, a proto klyzma naopak vítají (Pařízek, 2015). Díky podání klyzmatu u ženy dojde k vyprázdnění střev, prohrátí a také k podráždění dělohy (Štromerová, © 2000–2022). Plná střeva mohou hlavičky plodu bránit v sestupu do pánve, proto je vhodné jejich vyprázdnění (i vyprázdnění močového měchýře) (Dušová et al., 2019a). Ženu je před podáním klyzmatu třeba edukovat o důvodu podání a o postupu výkonu (Vytejková et al., 2013). Klyzma je podáváno nejlépe po konci kontrakce a pokud přijde kontrakce v průběhu aplikace klyzmatu, pozastavíme jej do té doby, než kontrakce odezní (Dušová et al., 2019a). Pomocí irigátoru a rektální rourky potřené gelem se ženě vpraví do konečníku voda o teplotě třicet sedm stupňů (Vytejková et al., 2013) v množství 500-750 ml (Čermáková, 2017). Dále je žena edukována, aby v sobě teplou vodu zadržela alespoň deset minut a poté se vyprázdnila. Pokud si žena nepřeje podání očistného klyzma, nabízí se jako alternativa mikroklyzma (nejčastěji Yal),

které ovšem nemá takový efekt (Pařízek, 2015). Po skončení přípravy se ženě točí CTG záznam, který trvá alespoň dvacet minut (Gregora a Velemínský, 2020).

1.2.2.2 Doprovod k porodu

Častým bodem porodního plánu bývá doprovázení blízké osoby průběhem celého porodu a po něm. Doprovod k porodu nemusí ženě být pouze partner, ale může to být dula, kamarádka, či jiná osoba, která je s ženou spřízněna (Davidson, 2019). Přítomnost partnera u porodu nemusí být vždy příjemná buďto ze strany ženy, ale i ze strany muže, proto by se na jeho přítomnosti měli budoucí rodiče domluvit již před porodem (Gregora a Velemínský, 2020). Pokud má žena sepsaný porodní plán, je dobré, aby doprovod znal jeho obsah (Čermáková, 2017). Doprovod u porodu dodává ženě nejen morální podporu (Štomerová, © 2000–2022), ale funguje také jako aktivní pomocník (Čermáková, 2017). Nejčastějším doprovodem ženy bývá její partner (Dušová et al., 2019a). Je vhodné, aby se partner věnoval přípravě k porodu společně se ženou a mohl tak být připraven na to, co ho při porodu čeká (Gregora a Velemínský, 2020). Partner může u porodu fungovat jako „spojka“ mezi rodičkou a ošetřujícím personálem, ale nesmí rozhodovat o tom, s čím rodička souhlasí či nesouhlasí (Čermáková, 2017). Mít partnera u porodu sebou přináší mnoho výhod. Rodička tráví na porodním sále mnoho času a díky přítomnosti partnera se necítí osamělá, prožívá pocit bezpečí, pociťuje větší klid a lépe snáší bolest (Gregora a Velemínský, 2020). Partner by se neměl u porodu bát a dávat najevo své obavy, jelikož rodička může tyto pocity vnímat, může je začít také pociťovat, a proto je pro oba partnery důležitá společná příprava (Jirásková, © 2012). Jak už je výše zmíněno, doprovod představuje také podporu fyzickou. Během porodu pomáhá ženě zaujímat úlevové polohy, pomáhá ženě s přesunem z místa na místo, nebo provádí masáž zad (Dušová et al., 2019a). Také podává ženě sklenici s pitím, doprovází ženu ve sprše a zajišťuje ženě obklady (Čermáková, 2017). Ačkoliv se porodní asistentka stará hlavně o rodičku, neměla by zapomínat ani na doprovod (Dušová et al., 2019a). Partnerovi pomáháme plnit jeho roli u porodu, dáváme mu prostor pro uspokojení jeho vlastních potřeb a po porodu dítěte nabízíme přestřižení pupeční šňůry, fotografování novorozence, či bonding, pokud si matka nepřeje, či z jiných důvodů nemůže (Dušová et al., 2019a). Společně prožitý porod může pár posílit a zlepšit tak jejich vztah (Gregora a Velemínský, 2020). Doprovodem k porodu může být také dula, která ale není zdravotnický pracovník a nesmí vykonávat úkony, které spadají do kompetence pouze porodní asistentky či lékaře (Gregora a Velemínský, 2020). Dula se snaží rodičce zpříjemnit porod hlavně po stránce

psychické (Dušová et al., 2019a). Dula může ženu doprovázet i v případě, že již ženu doprovází partner, nemá-li nemocnice stanoveno jinak (Gregora a Velemínský, 2020).

1.2.2.3 Tišení bolesti

Bolest u porodu bývá zcela fyziologickým jevem a každá žena ji může vnímat jinak (Bláha et al., 2018). Porodní bolest lze jako jedinou vnímat pozitivně, neboť díky ní se žena stane matkou (Dušová et al., 2019b). Ženy, které mají strach a obavy, mohou pociťovat bolest více intenzivněji (Čermáková, 2017). Pokud se žena bojí a pocítí bolest, intuitivně se stáhne. Při porodu je ale potřeba, aby byla žena co nejvíce uvolněná, jinak bude bolest intenzivnější (Dušová et al., 2019a). Proto je potřeba rodičku správně edukovat, aby z bolesti neměla strach (Čermáková, 2017). Ke zmírnění bolesti může rodička využít porodnickou analgezií, která dokáže bolest udělat snesitelnější a také se podílí na snížení stresu (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Metody tišení bolesti se dají rozdělit na farmakologické a nefarmakologické, přičemž obě tyto skupiny můžeme dále dělit (Gregora a Velemínský, 2020).

Mezi nefarmakologické metody, které žena využívá, můžeme zařadit předporodní přípravu, hydroanalgezií, zaujímání úlevových poloh, muzikoterapii nebo také aromaterapii (Bláha et al., 2018).

Mezi jednu z nejúčinnějších nefarmakologických metod řadíme hydroanalgezií, kterou lze využít ve formě vany či teplé sprchy (Zemánková, © 2022). Hydroanalgezie má nejen analgetický účinek, ale také působí na uvolnění a otevírání porodních cest (Čermáková, 2017). Pokud žena využívá hydroanalgezií ve formě teplé sprchy, je vhodné jí nabídnout nafukovací balón, na kterém by mohla obkročmo sedět (Dušová et al., 2019a). Žena využívá teplou vodu zejména při bolesti na břicho a záda (Čermáková, 2017). Porodní asistentka by měla rodičku edukovat o správné teplotě vody (Dušová et al., 2019a), která by měla být přibližně 37°C (Čermáková, 2017). Výhodou hydroanalgezie je její nenáročnost, naopak nevýhodou je její nízká účinnost (Pařízek, 2015). Žena může během porodu využívat také aromaterapii, která má vliv jak na její fyzickou, tak i na psychickou stránku (Bašková, 2015). Pomocí aromaterapie může vzniknout na porodním sále příjemné prostředí, ve kterém se žena dokáže lépe uvolnit (Procházka et al., 2020). V aromaterapii jsou využívány vonné oleje v inhalační formě (Čermáková, 2017), ale lze využít také aromatické koupele či masáže (Bašková, 2015). Žena může na porodním sále využít aromalampu a přinést si do ní svou oblíbenou vůni

(Procházka et al, 2020). Bolest se dá zmírnit také pomocí muzikoterapie, při které může žena poslouchat oblíbenou hudbu, či některé uklidňující zvuky (Hanáková et al., 2015). Dle Čermákové (2017) se jako vhodná považuje meditační nebo vážná hudba. Dle Roztočila et al. (2017) není pro rodičku a plod nijak škodlivá. Muzikoterapie snižuje krevní tlak a zklidňuje dýchání (Čermáková, 2017). Muzikoterapie je doporučována spíše jako doplňková analgezie, jelikož sama o sobě nemá příliš dostačující účinek (Roztočil et al., 2017).

Pokud žena vnímá bolest intenzivněji a ke zmírnění již dostatečně nepomáhá žádná z nefarmakologických metod, může přistoupit na metody farmakologické (Gregora a Velemínský, 2020). Pokud rodička projeví o léky na bolest zájem, porodní asistentka by ji měla edukovat o různých možnostech a nechat ji rozhodnout, kterou nabídnutých možností zvolí (Dušová et al., 2019a). Do farmakologických metod řadíme analgetika, spasmolytika a také anestetika (Čermáková, 2017). Při použití farmakologické metody tišení bolesti je ženě podán lék, díky kterému bude bolest vnímat slaběji (Gregora a Velemínský, 2020). Jedním ze způsobů podání analgetik je inhalační forma (Dušová et al., 2019a). Patří mezi nejstarší metody analgezie (Procházka et al., 2020). Rodička může vdechovat „rajský plyn“ (Gregora a Velemínský, 2020). Pokud rodička zvolí tuto možnost analgezie, musí být porodní asistentkou edukována o způsobu jeho používání (Dušová et al., 2019a). Další možností, jak rodičce ulevit od bolesti, je podání analgetik žilní cestou. Tento (Gregora a Velemínský, 2020). Nejúčinnější farmakologickou metodou tišení bolesti je epidurální analgezie (Gregora a Velemínský, 2020). Epidurální analgezie je využívána také pro povolení děložní branky (Dušová et al., 2019a). K podání epidurální anestezie je kompetentní anesteziolog, nikoliv porodní asistentka či porodník (Čermáková, 2017). Účinek této analgezie nastupuje po dvaceti minutách od podání (Dušová et al., 2019a).

1.2.2.4 Dirubce vaku blan

Plod je v těhotenství uložen v plodových obalech, obklopen plodovou vodou (Pařízek, 2015). Plodové obaly jsou rozděleny na část vnitřní – amnion a část vnější – chorion (Binder et al., 2015). V prvním trimestru dojde ke spojení obou těchto obalů a společně tvoří takzvaný vak blan (Hájek et al., 2014). Plodová voda má během těhotenství a porodu své funkce. Napomáhá růstu dělohy, chrání plod před venkovními vlivy a při porodu napomáhá šetrnému otvírání porodních cest (Roztočil et al, 2020). Množství plodové

vody stoupá do 38. týdne těhotenství a v termínu porodu je jí přibližně 600-700 ml, poté již plodové vody ubývá až ke 300 ml (Binder et al., 2015).

Odtok plodové vody u některých žen nastane bez pravidelné děložní činnosti (Binder a Vavřincová, 2020). Většině žen však vak blan praskne během první doby porodní a ženě začne odtékat plodová voda (Hudáková a Kopáčíková, 2017). Rodička musí být edukována, aby odtok plodové vody oznámila porodní asistenci, která poté ženu vaginálně vyšetří a natočí kontrolní CTG (Dušová et al., 2019a).

Může ale nastat stav, kdy v první době porodní vak blan nepraskne, proto je doporučeno provést amniotomii (Dušová et al., 2019a). Amniotomie, neboli dirubce vaku blan, je protržení vaku blan pomocí jedné branže amerických kleští (Roztočil et al., 2020). Pro tento výkon je kompetentní porodník nebo porodní asistentka (Pařízek, 2015). Dirubce je prováděna vždy při kontrakci, kdy dochází k největšímu napnutí vaku blan (Roztočil et al., 2020). Je třeba ženu informovat, že výkon není bolestivý, ale může být nepříjemný (Čermáková, 2017). Tento výkon lze provádět pouze tehdy, pokud k němu dá rodička svolení (Čermáková, 2017) a pokud je vaginální nález rodičky alespoň čtyři centimetry (Roztočil et al., 2020). Po výkonu je potřeba provést vnitřní vyšetření ženy, jelikož hrozí prolaps pupečníku (Roztočil et al., 2020) a je potřeba zkontrolovat plod pomocí CTG (Dušová et al., 2019a). Po tomto výkonu bude žena pociťovat kontrakce více intenzivněji (Čermáková, 2017). Pokud se vak blan protrhne příliš brzy, je plod ohrožen infekcí (Pařízek, 2015).

1.2.2.5 Úlevové a porodní polohy

Polohy úlevové, které zaujímá rodička v první době porodní, a porodní polohy z druhé doby porodní si jsou podobné (Čermáková, 2017). Oba typy poloh mohou porodu nejen pomoci, ale také mohou porod zpomalit nebo ho dokonce zkomplikovat (Holubářová, © 2011-2022). Polohování rodičky během porodu může napomoci zmírnění porodních bolestí (Hájek et al., 2014). Nejlepší poloha, kterou rodička během porodu zaujímá je taková poloha, ve které je jí nejpříjemněji (Pařízek, 2015). Rodička během porodu zaujímá polohy vertikální (sed, stoj, dřep, klek) a horizontální (leh) (Holubářová, © 2011-2022). Při poloze ve dřepu rodička vynakládá méně úsilí k tlačení, naopak ve stoji rodička pociťuje nucení na tlačení větší (Čermáková, 2017). Rodička může při zaujímání úlevových poloh použít nejenom partnera, ale také různé pomůcky, jako je porodní stolička, různé podložky, vaky a polštáře, nebo si může polohovat porodní lůžko (Holubářová, © 2011-2022). Poloha v sedě s využitím porodní stoličky je vhodná

zejména pro uvolnění hráze rodičky (Čermáková, 2017). Je možno zaujmout jakoukoliv polohu vyjma polohy na břicho a stoje na hlavě (Holubářová, © 2011-2022). Je vhodné, aby rodička polohy střídala a neseťvávala pouze v jedné a příliš dlouhou dobu. V první době porodní zaujímají ženy nejčastěji polohu na boku nebo polohu vertikální (Pařízek, 2015). Poloha na zádech je nedoporučována z důvodu špatného prokrvení dělohy špatnému postupu plodu porodními cestami (Hájek et al., 2014). Nejčastěji využívanou polohou v druhé době porodní je poloha v polosedě, kdy se žena chytí pod kolena, přitáhne je k tělu a hlavu přiblíží k hrudníku (Roztočil et al., 2017). Valiani et al. (2016) zkoumali ve své studii vliv tří porodních poloh u prvorodiček na porodní bolest a nejméně bolestivou polohou byla poloha v dřepu. Je potřeba, aby porodní asistentka byla trpělivá, aby zamezila vzniku porodních komplikací (Štomerová, © 2000–2022).

1.2.2.6 Epiziotomie

Epiziotomie neboli nástřih hráze (oblast mezi pochvou a konečníkem) je prováděna lékařem nebo porodní asistentkou ve chvíli, kdy se prořezává hlavička plodu (Dušová et al., 2019a). Pomocí epiziotomie dojde k rozšíření poševního vchodu a tím ke snadnějšímu prostupu hlavičky plodu (Čermáková, 2017). Epiziotomie je prováděna obvykle bez místního znecitlivění při kontrakci na plně rozvinuté hrázi (Gregora a Velemínský, 2020). Může být vedena dvěma směry, a to mediolaterálně a laterálně (šikmo dolů do strany), a mediálně (směrem ke konečníku) (Gregora a Velemínský, 2020). Dříve byl nástřih hráze prováděn jako rutinní záležitost jako prevence poranění hráze (Štomerová, © 2000–2022). Nyní je epiziotomie prováděna pouze v případě, kdy jej porodník či porodní asistentka uzná tento výkon za nutný (Čermáková, 2017). Epiziotomie je prováděna při hrozící hypoxii plodu, pokud hrozí větší porodní poranění, než které vznikne v případě nástřihu hráze (Dušová et al., 2019a), jde-li o porod plodu koncem pánevním nebo je nutné porod dokončit pomocí kleští či vakumextraktoru (Čermáková, 2017). Epiziotomii lze do jisté míry předejít pomocí masáže hráze, používáním aniballu nebo také vhodně zvolenou polohou pro tlačení (Masáž hráze, © 2021). S masáží hráze je vhodné začít čtyři až šest týdnů před porodem a provádět ji každý den pět minut (Masáž hráze, © 2021).

1.2.2.7 Bonding

Bonding je poporodní proces, kdy se utvářejí a upevňují vazby mezi matkou a dítětem (Hnutí za aktivní mateřství, © 2022). Novorozenec je v kontaktu s rodiči ihned po porodu

(Procházka et al., 2020). Po porodu je novorozenec položen matce na hrudník a pokud porod probíhal císařským řezem, je novorozenec přiložen k matčině tváři (Labudová, 2014). Porodní asistentka novorozence otře nahřátou rouškou a poté je novorozenec společně s matkou přikryt dekou, aby nedošlo k velké ztrátě tepla (Procházka et al., 2020). Během bondingu dochází také k prvnímu přiložení novorozence k prsu matky, které by mělo proběhnout nenásilně a podle tempa novorozence (Labudová, 2014). Pokud matka nechce, nebo z nějakých důvodů nemůže bonding provádět, může bonding provádět otec dítěte (Dušová et al., 2019a). Pokud bonding provádí otec, dáváme novorozence otci na hrudník až po přerušení pupeční šňůry, s jednorázovou plenkou, čepičkou a na takovou dobu, jakou budou rodiče vyžadovat (Dušová et al., 2019a). Jediná situace, kdy není bonding umožněn, je v případě ohrožení života novorozence (Jirásková, © 2012). Ošetřující personál by neměl tuto dobu narušovat (Labudová, 2014).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zjistit důvody psaní porodního plánu rodičkami
2. Poukázat na dodržení porodního plánu u porodu
3. Zjistit změny porodního plánu v průběhu porodu

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou důvody sepsání porodního plánu rodičkami?
2. Jak je dodržen porodní plán u porodu?
3. Jaké důvody vedou ke změně porodního plánu v průběhu porodu?

3 Metodika

3.1 Metodika a technika výzkumu

Výzkumná část byla zpracována metodou kvalitativního výzkumného šetření. Ke sběru dat byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumné šetření bylo prováděno s ústním souhlasem žen, které využily při porodu porodní plán. Sběr dat byl uskutečněn v období od května do června 2022. Rozhovor se skládal z dvanácti otázek, z nichž první čtyři otázky byly identifikační a následující otázky se zabývaly porodem a porodním plánem. V případě potřeby byly informantkám podány doplňující otázky. Informantky byly seznámeny s výzkumným šetřením této bakalářské práce. Dále byly informantky informovány o jeho anonymitě. Z důvodu zachování anonymity jsou informantky označovány Ž1 až Ž8.

Před zahájením rozhovorů s informantkami byl proveden předvýzkum za účelem zjištění srozumitelnosti otázek či doplnění případných jiných otázek. Na základě předvýzkumu došlo ke změně dvou otázek. Otázku číslo 8 „Změnila jste v průběhu porodu svůj porodní plán?“ jsem doplnila a změnila na „Změnila jste v průběhu porodu svůj porodní plán? Pokud ano, z jakého důvodu?“. Dále jsem z důvodu přesného neporozumění otázky změnila otázku číslo 10 z původního znění „Jak byste svůj porod ohodnotila?“ na „Jak byste svůj porod ohodnotila ve smyslu positivity či negativity?“.

Samotná realizace rozhovorů probíhala v předem domluveném čase a datu s každou z informantek individuálně. Rozhovory probíhaly v rámci osobního setkání nebo setkání přes videohovor a byly přepisovány do programu Microsoft Word. Délka rozhovorů se pohybovala v rozmezí 20–60 minut.

Rozhovory byly zpracovány metodou otevřeného kódování, technikou „tužka a papír“ (Švaříček et al., 2014). Ze získaných odpovědí informantek následně vznikly dvě hlavní kategorie a jejich podkategorie.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Byl stanoven jeden výzkumný soubor, který se skládal z osmi žen. Kritériem pro rozhovor s informantkami byl porod s využitím porodního plánu. Všechny informantky daly ústní souhlas s provedením a použitím rozhovoru pro účely této bakalářské práce. Základní údaje o informantkách jsou uvedeny v Tabulce 1.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Charakteristika informantek

Tabulka 1 - Identifikační údaje informantek

Informantky	Věk	Vzdělání	Těhotenství	Porod	Způsob porodu
Ž1	22	Středoškolské s maturitou	I	I	Vaginálně
Ž2	28	Vysokoškolské, magisterské	I	I	S.C.
Ž3	39	Středoškolské s maturitou	V	I	Vaginálně
Ž4	32	Středoškolské s maturitou	II	II	S.C.
Ž5	31	Vysokoškolské, magisterské	III	II	Vaginálně
Ž6	34	Vysokoškolské, bakalářské	II	II	Vaginálně
Ž7	34	Vysokoškolské, magisterské	II	II	S.C.
Ž8	27	Vysokoškolské, bakalářské	II	II	Vaginálně

Zdroj: vlastní výzkumné šetření Legenda tabulky: S.C. = císařský řez

V Tabulce 1 jsou uvedeny identifikační údaje osmi žen, které u porodu využily porodní plán. Do identifikačních údajů řadíme věk, vzdělání, těhotenství, porod a způsob porodu. Věkové rozmezí dotazovaných žen (Ž1-Ž8) bylo 22-39 let. Ženy (Ž1, Ž3, Ž4) uvedly středoškolské vzdělání s maturitou, ženy (Ž2, Ž5, Ž7) uvedly vysokoškolské vzdělání magisterské, ženy (Ž6, Ž8) uvedly vysokoškolské vzdělání bakalářské. Ženy (Ž1, Ž2, Ž3) rodily poprvé, ženy (Ž4, Ž5, Ž6, Ž7, Ž8) rodily podruhé. Ženy (Ž1, Ž3, Ž5, Ž6, Ž8) rodily vaginálně, u žen (Ž2, Ž4, Ž7) byl porod ukončen císařským řezem.

Ženě Ž1 bylo 22 let. Ž1 vystudovala střední školu s maturitou. Byla poprvé těhotná, poprvé rodila. Porod byl veden vaginálně.

Ženě Ž2 bylo 28 let, vystudovala vysokou školu s magisterským titulem. Těhotná byla poprvé a rodila poprvé. Porod byl ukončen císařským řezem.

Žena Ž3 vystudovala střední školu s maturitou. Ž3 bylo 39 let. Těhotná byla popáté a rodila poprvé. U Ž3 došlo čtyřikrát k samovolnému potratu. Porod byl veden vaginálně.

Ženě Ž4 bylo 32 let. Ž4 vystudovala střední školu s maturitou. Ž4 byla po druhé těhotná a podruhé rodila. Porod byl z důvodu nepostupujícímu porodu ukončen císařským řezem.

Žena Ž5 bylo 31 let. Ž5 vystudovala vysokou školu s magisterským titulem. Těhotná byla potřetí, rodila podruhé. Porod byl veden vaginálně. V prvním těhotenství došlo k samovolnému potratu v 8. týdnu těhotenství.

Ženě Ž6 bylo 34 let. Vystudovala vysokou školu s bakalářským titulem. Těhotná byla podruhé. Rodila podruhé. Porod byl veden vaginálně.

Ženě Ž7 bylo 34 let a vystudovala vysokou školu s magisterským titulem. Šlo o její druhé těhotenství a druhý porod. Porod byl ukončen císařským řezem z důvodu rizika ruptury jizvy po předchozím císařském řezu.

Ženě Ž8 bylo 27 let. Vystudovala vysokou školu s bakalářským titulem. Těhotná byla podruhé a rodila podruhé. U Ž8 se jednalo o VBAC.

4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů

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

Tabulka 2 - Přehled kategorií a podkategorií

Kategorie	Podkategorie
Porodní plán	Představa PP
	Příčiny sepsání PP
	Příprava PP
	Změny v PP
	Dodržení PP
Porod	Doprovod
	Hodnocení
	Přístup personálu

Zdroj: vlastní výzkumné šetření. Legenda tabulky: PP = porodní plán

Tabulka 2 zobrazuje dvě hlavní kategorie – Porodní plán a Porod. První kategorie Porodní plán obsahuje pět podkategorií, a to Představa porodního plánu, Příčiny sepsání porodního plánu, Příprava porodního plánu, Změny v porodním plánu a Dodržení porodního plánu. Druhá kategorie Porod zahrnuje Doprovod, Hodnocení a Přístup personálu.

Kategorie 1: Porodní plán

Tato kategorie zahrnuje pět podkategorií. Je zaměřena na představu žen o porodním plánu, jak a proč si ženy porodní plán sepisují a z jakého důvodu jej popřípadě mění. Také popisuje, zda bývá porodní plán dodržen.

Podkategorie 1: Představa PP

Tato podkategorie zobrazuje, co pro ženy představuje porodní plán.

Z rozhovorů s informantkami vyplynulo, že porodní přání pro ně představuje soupis toho, co si přejí a nepřejí během porodu a jak si představují, aby jejich porod probíhal. Ž1 doplnila: *„Žena má nějaké přání, které by chtěla, aby se u toho porodu uskutečnilo, jak by její porod vypadal, co si přeje u porodu od zdravotníků, co by od nich čekala.“* Ž2 také dodala, že to je *„Papír, který dám personálu, aby věděl, jaká jsem žena, protože mě vidí poprvé, tak aby měli představu, s kým přišli do styku.“* Pro Ž5 porodní plán znamená *„Zkompletované přání ohledně postupů a chování při porodu.“* Ž6 o porodním plánu řekla: *„I když jsem měla před sebou druhý porod, při prvním jsem porodní plán neměla, tak jsem měla jisté obavy. Porodní plán pro mě znamenal jistotu, uspořádání si myšlenek a příprava na druhý bezproblémový porod.“* Ž7 uvedla, že porodní plán pro ni znamená *„Vyslovení přání pro případ, že nebude čas či síla něco rozhodnou za běhu.“*

Podkategorie 2: Příčiny sepsání PP

Následující podkategorie uvádí, co vede ženy k sestavení porodního plánu.

Všechny informantky se shodly na tom, že je pro ně důležité, aby jejich porod proběhl podle jejich potřeb a přání. Informantky (Ž1, Ž5 a Ž7) se obávaly, že by v aktuální situaci nedokázaly své přání vyjádřit a chtěly mít jasno v tom, co si přejí a co ne. Ž5 si také nepřála rutinní postupy a zásahy, které mohou narušovat přirozený porod. Ž3 dodala: *„Každá žena je jiná a ten personál mě nezná, tak aby věděli, co je pro mě třeba důležité.“* Informantky (Ž4 a Ž8) si porodní plán sepsaly po špatných zkušenostech během prvního porodu. Ž6 uvedla: *„Druhý porod bývá "rychlejší" takže jsem chtěla mít takovou jistotu, že vše půjde podle "plánu".“*

Podkategorie 3: Příprava PP

Tato podkategorie poukazuje na sepisování porodního plánu. Zda si ženy porodní plán sepisují sami či s asistencí druhé osoby.

Informantky (Ž5 a Ž6) téměř shodně odpověděly, že si porodní plán sepisovaly samy. Ž8 si porodní plán také sepisovala sama a uvedla: „*Základ jsem měla stažený z internetu. Některé pro mě nedůležité body jsem vymazala a přidala pár pro mě stěžejních věcí.*“ Informantky (Ž1, Ž2, Ž3, Ž4 a Ž7) si porodní plán sepisovaly sami a konzultovaly s další osobou. U informantek (Ž1 a Ž2) figurovaly v sepisování porodního plánu porodní asistentky. Ž1 svůj porodní plán po sepsání konzultovala s porodní asistentkou v porodnici. Ž2 konzultovala porodní plán s komunitní porodní asistentkou a také dodala: „*Inspirací mi byly i stránky Jemného zrození a facebooková stránka "Podpořte mne v osvětě?".*“ Ž3 na danou otázku odpověděla: „*Sepisovala jsem si ho sama a během kontrol v porodnici jsem ho konzultovala s lékaři, co tam je možné v té porodnici.*“ Informantky (Ž4 a Ž7) si porodní plán nejprve sepsaly samy a poté jej konzultovaly se svou doulou.

Podkategorie 4: Změny v PP

Čtvrtá podkategorie je zaměřena na změny v porodním plánu, co bývá v porodním plánu změněno, eventuálně jaký byl podnět ke změně.

V porodním plánu informantek (Ž2, Ž3, Ž6 a Ž7) se žádné změny neuskutečnily. U informantek (Ž1, Ž4, Ž5 a Ž8) změny v porodním plánu nastaly. U informantek (Ž1 a Ž8) byl plán změněn na základě porodních komplikací. Ž8 uvedla: „*Ano. Vzhledem k tomu, že jsem rodila v jiné porodnici, než bylo původně v plánu, některé věci a okolnosti i u mě se změnily. Například jsem musela být připojená celou dobu na monitor a k dispozici nebyly ani přenosné sondy. Synovi ale dost padaly ozvy, tak jsem neprotestovala. Také mi píchli vodu, protože porod stagnoval a mě chytaly strašným způsobem záda. Původně jsem ale chtěla родit v jiné pozici a volně se pohybovat.*“ Ž1 změnila svůj porodní plán také na základě svého rozhodnutí v průběhu porodu. Na otázku odpověděla: „*Já měla v porodním plánu napsané, že na bolest nic nechci nebo podle té situace, jak se to vyvine, ale pak vlastně jsem si řekla, že bych na tu bolest něco chtěla. Říkala jsem si celou dobu, že to vydržím, ale nakonec jsem si o něco na bolest řekla. Také jsem do porodního plánu psala, že nechci uměle protrhnout vak blan, ale jelikož porod nepostupoval, tak jsme se dohodli na protržení vaku blan, ale s mým souhlasem. Dále jsem chtěla bonding a nechat dotepat pupečník, ale kvůli komplikaci to nebylo možné.*“ Ž4 v porodním plánu uvedla, že nechce nic proti bolesti. Toto své přání v průběhu porodu změnila, jelikož bolesti pro ni byly špatně snesitelné. Ž5 změnila svůj porodní plán z důvodu rychlého postupu porodu a uvedla:

„Chtěla jsem rodit do vody, ale nakonec jsme nestihli napustit vanu, bylo to moc rychlé. Rodila jsem v kleče.“

Podkategorie 5: Dodržení PP

Tato podkategorie poukazuje na to, jak je porodní plán dodržován.

Z rozhovorů s informantkami (Ž3, Ž4, Ž6 a Ž8) vyplynulo, že jejich porodní plán byl dodržen. Informantky (Ž1, Ž4 a Ž8) uvedly, že body, které byly v porodním plánu změněny, byly změněny po dohodě s personálem a souhlasem informantek, tudíž přání bylo dodrženo. U Ž1 nemohl být porodní plán zcela dodržen kvůli vzniklým komplikacím při porodu, ale zbylé body, které nebyly ovlivněny komplikacemi, byly dodrženy. U informantek (Ž2, Ž5 a Ž7) nebyl porodní plán zcela dodržen. Pro Ž2 bylo zcela zásadní, aby novorozenec nebyl separován a byl vždy a po celou dobu s jedním z rodičů. Tento bod uvedla jako nejdůležitější z jejího porodního plánu a zároveň jako bod, který nebyl dodržen. Ž5 odpověděla: *„Jediný bod, který nebyl dodržený, bylo to dotepání pupečnicku, jinak bylo všechno dodržené.“* Ž7 nedostala podporu v kojení a novorozence na kojení vozili minimálně.

Kategorie 2: Porod

Kategorie Porod je rozdělena na tři podkategorie. Popisuje, jak vnímaly rodičky personál, který byl u jejich porodu přítomen, kdo s nimi byl u porodu jako jejich doprovod a dále jaký měly rodičky z porodu zážitky.

Podkategorie 1: Doprovod

Tato podkategorie poukazuje na doprovod žen k porodu.

Z rozhovorů bylo zjištěno, že téměř všechny informantky měly u porodu nějaký doprovod. Informantka Ž7 rodila císařským řezem a bez doprovodu. Informantky (Ž1, Ž2, Ž3, Ž6 a Ž8) uvedly, že doprovodem k porodu byl jejich partner. Informantce Ž2 dělal partner u císařského řezu s byl přítomen přímo na operačním sále. Informantka Ž4 měla u porodu jako doprovod partnera a dula. Informantka Ž5 odpověděla, že kromě partnera s ní byla u porodu ještě komunitní porodní asistentka, se kterou byla domluvena.

Podkategorie 2: Hodnocení

V následující podkategorii jsou uvedeny dojmy, které měly ženy z porodu, zda svůj porod vnímají pozitivně či negativně.

Informantky (Ž1 a Ž2) mají z porodu zážitek negativní. Ž2 uvedla: *„Na jednu stranu asi nebyla v tu chvíli lepší možnost, jak by se dcera dostala ven, byla u tatínka víceméně hned, provedli milking...v tomhle směru to bylo dobré, ale já na ten den nevzpomínám ráda. Do chvíle, než jsme odjeli do porodnice, byl probíhající porod nadmíru pozitivním zážitkem. V porodnici se stal kvůli chování personálu vcelku špatným zážitkem a separace miminka z něj udělala asi nejhorší den mého života.“* Ž7 se nemůže s určitostí přiklonit ani k jedné z možností. Na danou otázku odpověděla: *„To těžko říct. Chystala jsem se na VBAC, ale s dírou ve vnitřní jizvě nic moc. Takže žádná výhra, ale jsme tu a nějak jsme to zvládly.“* Informantky (Ž3, Ž4, Ž5, Ž6 a Ž8) svůj porod vnímají pozitivně. Ž5 měla jednu výhradu k nedodržení jednoho bodu napsaného v porodním plánu, a to, že pupečník personál nenechal dotepat. Ž6 odpověděla: *„Porod hodnotím jako pozitivní zážitek. Neměla jsem žádné komplikace, vše probíhalo bez problému, personál se ke mně choval hezky a vzpomínám na to v dobrém.“* Ž8 porovnála porod s využitím porodního plánu s prvním porodem bez něj a uvedla: *„Po prvním porodu byl tento porod výrazně lepší. PA byla příjemná, vše mi vysvětlila. Stejně tak oba lékaři, kteří se tam seběhli na závěr. Pár výhrad bych měla, skrze právě připoutání na křeslo v pro mě naprosto nepohodlné pozici, ale jinak bylo vše v pořádku.“*

Podkategorie 3: Přístup personálu

Tato podkategorie poukazuje na spokojenost žen s personálem, se kterým během porodu přišli do styku.

Informantka Ž1 zcela spokojena s personálem nebyla. S porodní asistentkou zcela nesusouzněla a v některých situacích se necítila komfortně. Informantky (Ž2, Ž5 a Ž7) nemohou jasně říci, že by byly se všemi členy personálu spokojeny či nespokojeny. Ž2 byla s přístupem personálu vcelku spokojena, ale negativně se vyjádřila k operující lékařce a doplnila: *Měla nemístné poznámky a vyjadřovala se velice vulgárně.“* Informantka Ž5 byla s přístupem personálu spokojena s výjimkou dětské lékařky, jelikož nenechala dotepat pupečník. Informantka Ž7 měla k chování některého personálu výhrady a uvedla: *„+/- trochu zmatek, za který mohla patrně doktorka na rizikovce,*

od tří jsem hlásila, že mi tvrdne břicho dost pravidelně snad po půl hodině. Furt nic a začali to řešit, jakmile jsem se najedla, takže se pak asi tři hodiny čekalo. Chování sester při prohlídce čerstvého mimi vedle porodního sálu naprosto hrozné, aspoň teda od jedné, jak s kusem masa. Druhá ochotná mi natočila video začátku prohlídky, musela jsem ho po pár zhlédnutí smazat. Bylo mi do breku ještě několik měsíců po porodu, když jsem si to pustila. Jinak všichni super milí.“ Informantky (Ž3, Ž4, Ž6 a Ž8) byly s chováním personálu spokojeny. Během porodu informantky Ž3 došlo ke střídání směn a obě směny hodnotí informantka Ž3 kladně. Informantka Ž4 uvedla, že není nic, na co by si mohla stěžovat. Informantka Ž6 ve své odpovědi uvedla: „Personál měl profesionální přístup, byl velmi ochotný, vstřícný a kdykoliv jsem je potřebovala, tak mi byl nápomocný.“

5 Diskuze

V této části bakalářské práce jsou porovnány výsledky výzkumného šetření. Bakalářská práce se zabývala porodním plánem a jeho využití při porodu. Cílem bakalářské práce bylo zjistit důvody psaní porodního plánu rodičkami, poukázat na jeho dodržení a zjistit změny porodního plánu v průběhu porodu. Informace byly získávány pomocí kvalitativního výzkumného šetření, metodou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly vedeny s ženami, které si k porodu připravily porodní plán.

Bašková (2015) uvádí, že porodní plán je seznam přání, ve kterém žena uvádí její požadavky a představu o jejím porodu. Nejprve nás zajímalo, co si informantky vybaví, když se řekne porodní plán a co to podle nich znamená a k čemu slouží. Z výzkumného šetření vyplynulo, že všechny informantky se v tomto s Baškovou (2015) shodují. Podle informantek se porodní plán zaměřuje na postupy a zásahy zdravotníků, jaké si přejí a nepřejí a jaké chování by od zdravotníků očekávaly. Informantka Ž7 vnímá porodní přání také jako „*Vyslovení přání pro případ, že nebude čas či síla něco rozhodnou za běhu.*“ Informantka Ž2 také uvedla, že personál nezná ženu osobně a neví, jaká je a co je pro ni důležité a díky porodnímu plánu má personál možnost se o rodící ženě něco dozvědět. Zde bych ráda uvedla, že personál by měl rodičku vnímat holisticky. Holistické vnímání člověka znamená, že zdravotník vnímá rodičku jako celek, bio-psycho-sociálně. Je důležité, aby se zdravotník nesoustředil pouze na fyzickou stránku ženy, ale dokázal se do ní vcítit, pochopit i její psychologickou a sociální stránku a vyhodnotil z toho, jak s rodičkou komunikovat a jak k ní přistupovat (Zacharová, 2016). Dle mého názoru slouží porodní plán jako nástroj k usnadnění komunikace mezi rodičkou a personálem. Rodička se může soustředit na svůj porod a nemusí ústně sdělovat personálu, co si nepřeje a proč. Tuto domněnku potvrzuje také Dušová et al. (2019a), která ještě dodává, že by do porodního plánu měla být zasvěcena také doprovázející osoba k porodu a pomohla tak s interpretací porodního plánu personálu. Porodní plán může ženě sloužit také k utřídění myšlenek a k ujasnění toho, co je pro ženu při porodu důležité a jak si porod představuje. S tímto se shoduje odpověď informantky Ž6, pro kterou porodní plán znamená také větší jistotu v přípravě na porod. Jak už je výše zmíněno, porodní plán může být použit pro snadnější komunikaci s personálem. Komunikace je velmi důležitá v dorozumívání mezi porodní asistentkou a rodičkou, ale důležité je komunikovat i s doprovodem rodičky. Pomocí komunikace můžeme řídit a usměrňovat mezilidské vztahy. Napomáhá člověku k dosažení jeho potřeb a začlenění se

do společnosti (Zacharová, 2016). Pro rodičku a porodní asistentku je komunikace důležitá k získání vzájemné důvěry, která napomáhá lepšímu průběhu porodu, což potvrzuje i Takács et al. (2015). Porodní asistentka by se měla s rodičkou o porodním plánu domluvit a říct jí případné pro a proti jednotlivých bodů.

První výzkumná otázka zkoumala, proč si těhotné ženy porodní plán sepisují. Porodní plán si sepisují ženy z několika různých důvodů. Některé rodičky nemají v nemocniční personál důvěru, a jak uvádí Samková (2020), rodičky mohou porodní plán brát jako jakou si obranu, jelikož zdravotníky vnímají jako své nepřátele. Důvodem mohou být jakési obavy z rutinních postupů a zásahů. Tento důvod uvedla také informantka Ž5. Ženy preferují přirozený porod bez medicínských zásahů, volný pohyb a možnost vybrat si jinou polohu pro tlačení, než polohu gynekologickou (Dušová et al., 2019a). Informantka Ž3 zastává názor, že je dobré, aby personál, který bude se ženou v kontaktu u porodu věděl, jakou má žena o svém porodu představu, a byl s tím seznámen. S tímto názorem souhlasím. Pokud je porodní plán kvalitně sepsán, je možné z něho například vyčíst, z čeho má žena obavy. Dalším možným důvodem může být neblahá zkušenost z předchozího porodu. Z tohoto důvodu si porodní plán vypracovaly informantky (Ž4 a Ž8). Informantka Ž4 také uvedla, že při prvním porodu nebyla dostatečně informována ze strany personálu o výkonech, které byly prováděny. Ženy chtějí mít také jasno v tom, co si u porodu přejí a co ne. Díky vypracování porodního plánu si mohou utříbit své myšlenky a ujasnit si, co je pro ně během porodu důležité. Informantky (Ž1, Ž5 a Ž7) se obávaly, zda by své přání zvládly vyjádřit. Informantka Ž5 uvedla: „*Chtěla jsem to mít vyjasněné nejen pro sebe, ale i pro muže a pro porodní asistentku, aby věděli, kdybych nebyla úplně stoprocentně při smyslech, tak aby věděli, co já bych chtěla a co ne.*“ Také dodala, že by sepsání porodního plánu mohlo souviset s možným strachem z porodu v porodnici. Dle Hudákové a Kopáčikové (2017) je důležitá psychická a fyzická příprava na porod. S tímto názorem zcela souhlasím. Jednou z možností, jak se na porod připravit po psychické a fyzické stránce, je kvalitní předporodní kurz (Bašková, 2015). Na předporodních kurzech je porodními asistentkami probíráno mnoho témat a vždy může upozornit, co je vhodné si do porodního plánu napsat a proč.

Během výzkumného šetření informantky také odpovídaly, zda si porodní plán sestavovaly samy nebo jim někdo pomáhal. Z výzkumu vyplynulo, že si porodní plán informantky sestavují samy. Porodní plán si každá žena sestavuje obvykle sama.

Při sepisování porodního plánu se může zapojit i doprovod ženy, aby věděl, proč si tyto body budoucí rodička přeje. Poté, co si žena porodní plán vypracuje, je podle mě vhodné, aby svůj plán s někým prokonzultovala. Ke konzultaci je dobré mít někoho, kdo se této problematice věnuje a v porodnictví se pohybuje. Samková (2020) uvádí, že jako vhodná osoba ke konzultaci se nabízí dula či porodní asistentka. Dulu využily dvě informantky (Ž4 a Ž7). Informantka Ž7 uvedla, že svůj porodní plán s doulou ještě pozměnily a některé body připsaly. Informantka Ž2 porodní plán probírala s porodní asistentkou, která ji měla u porodu doprovázet. Pokud ženy dulu nebo konkrétní porodní asistentku domluvenou nemají, mohou porodní plán konzultovat také se zdravotnickým personálem porodnice, kde budou rodit. Tuto možnost využila informantka Ž3, která porodní plán probírala s lékaři a porodními asistentkami při kontrole v porodnické ambulanci a tímto způsobem také zjišťovala, čemu jsou v její vybrané porodnici nakloněni, nebo co naopak neprovádí a proč. Informantka Ž1 konzultovala porodní plán v porodnici při příjmu. Konzultace při příjmu na porodní sál je dle mého názoru velmi prospěšná. Porodní asistentka projde s rodičkou každou část porodního plánu, zjistí její představu o ideálním porodu a může jí vysvětlit případné alternativní řešení k jednotlivým bodům. Dušová et al. (2019a) také dodává, že je potřeba rodičce vysvětlit, které body by nebyly splnitelné v případě, že by nastaly některé porodní komplikace.

Porodní plán je dobré sepisovat v průběhu těhotenství, dle Baškové (2015) ideálně okolo 35. týdne těhotenství. Je možné si ho ale sepisovat i dříve a postupně během těhotenství tam jednotlivé body připisovat. Tento postup volila například informantka Ž3, která si porodní plán dopisovala a upravovala při kontrolách u lékaře, odkud také získávala o porodním plánu informace, respektive o bodech, které v plánu uváděla. Porodní plán, který si ženy vytvářejí, by měl být sepsán také tak, aby ženy rozuměly jednotlivým bodům a věděly, proč je tam mají. Mnoho těhotných jako zdroj pro porodní plán využívá internet (Dušová et al., 2019a). Dle mého názoru není internet pro porodní plán špatný zdroj, ale je vhodné ho také doplnit informacemi získanými například z předporodních kurzů. Myslím si, že internet jako zdroj používá většina těhotných. To se mi potvrdilo i z výzkumného šetření, kde s výjimkou jedné použily všechny informantky internet alespoň pro inspiraci. Informantka Ž3 k vypracování plánu uvedla: *„Já jsem moc nechtěla žádný plán opisovat, ale koukala jsem na internetu na různé ukázky, a taky mi posílala jeden kamarádka. Ale nechtěla jsme to podle ní opisovat, spíš to bylo nějak pro kontrolu, jestli by mě ještě nenapadlo něco, co je pro mě*

taky důležitý. Pak jsem si to sepisovala vždycky potěch kontrolách v porodnici, když jsem to tam s nima probírala.“ Jako další častý zdroj, odkud ženy čerpají informace, je předporodní kurz. Překvapilo nás ovšem, že tento zdroj uvedly pouze informantky (Ž5, Ž6 a Ž7). Informantky (Ž2 a Ž4) zmínily jako zdroj také facebookovou stránku „Podpoříte mne v osvětě?“. Některým ženám se porod s porodním plánem osvědčil a svá přání se rozhodnou sepsat si i k dalším porodům. Tyto ženy obvykle neseписují zcela nový plán, ale čerpají z porodního plánu připraveného k předchozím porodům. Do těchto žen se řadí i dvě informantky z našeho výzkumného šetření, a to (Ž5 a Ž6). Informantka Ž5 také při přípravě čerpala z knih. Knihy jsou dle mého názoru velmi spolehlivý zdroj a překvapilo mě, že se v odpovědi informantek vyskytl pouze jednou.

Další výzkumná otázka se zaměřovala na dodržení porodního plánu. Podle výsledků výzkumného byl porodní plán většiny informantek dodržen. Informantky (Ž3 a Ž6) téměř shodně odpověděly, že z jejich porodního plánu byly všechny body dodrženy. Některé body porodního plánu nemusí být dodrženy, protože to neumožňuje daná nemocnice, ve které chce žena porodit. Proto by ženy měly při tvorbě porodního plánu brát ohled například na vybavení porodnice a dostupné možnosti. Toto se může týkat například přání porodit své dítě do vody, jelikož ne každá porodnice tento způsob porodu umožňuje. Porodní sál musí mít k takovému způsobu porodu dostatečné vybavení a personál musí být vyškolen (Bašková, 2015). Tento způsob chtěla využít informantka Ž5, ale toto přání nemohlo být splněno, jelikož druhá doba porodní byla rychlá a vanu nestihli napustit. Informantka Ž5 dále uvedla, že v porodním plánu měla zaneseno, že chce nechat dotepat pupečník a tento bod dodržen nebyl. Informantka Ž5 také uvedla, že po porodu bylo vše v pořádku a důvod nesplnění nezná. Pokud je vše v pořádku, doporučuje se pupečník nechat dotepat. Při dotepání pupečníku získá novorozenec až o 70 ml krve více (Procházka et al., 2020). Informantka Ž2 uvedla, že plán zcela dodržen nebyl. Z kapacitního důvodu nemohl být informantce umožněn nadstandartní pokoj. Pro informantku Ž2 uvedla, že nejdůležitější bod porodního plánu je, aby novorozenec nebyl separován. Po narození byl umožněn hodinový bonding s otcem dítěte a poté došlo k separaci od rodičů. Dále měla informantka Ž2 zájem o vaginální seeding, na který se ale podle jejích slov zapomnělo. Vaginální seeding se provádí u porodů císařským řezem. Před výkonem se do pochvy matky vloží tampon, který je na operačním sále vyndán a je jím potřen novorozenec kvůli osídlení jeho těla mikroorganismy (Arboleya et al., 2018). Informantka Ž7 uvedla, že ji v kojení

nepodpořili a novorozence ke kojení vozili málo. Informantky (Ž1, Ž4 a Ž8) uvedly, že některé body porodního plánu změnily v průběhu porodu ze své vůle, proto tyto body dodrženy byly. U informantky Ž1 nemohla být část plánu dodržena z důvodu porodní komplikace.

S dodržím porodního plánu souvisí také změny porodního plánu, ke kterým se váže třetí výzkumná otázka. Porodní plán není závazný a rodička může jednotlivá přání v průběhu porodu změnit (Bašková, 2015). Je důležité zmínit, že porod nelze předem naplánovat, ale žena může v průběhu těhotenství na porod připravovat, aby pro ni nebyl překvapující. Rodička může mít o svém porodu představu, může mít sepsaný porodní plán, ale vše je pak také potřeba přizpůsobit průběhu porodu (Samková, 2020). Informantky (Ž2, Ž3, Ž6 a Ž7) během porodu porodní plán neměnily. Druhá polovina informantek (Ž1, Ž4, Ž5 a Ž8) svůj porodní plán změnila. Informantky (Ž1 a Ž8) svůj porodní plán změnily, jelikož se v průběhu porodu vyskytly porodní komplikace. Uvedly také, že jim ale vše bylo vysvětleno. Informantka Ž1 změnila některé body porodního plánu také na základě svého rozhodnutí, stejně jako informantka Ž4. Pokud rodička mění v průběhu porodu své porodní přání, porodní asistentka by jí měla vysvětlit, jaké jsou rizika a výhody řešeného bodu. Dušová et al. (2019a) se s tímto shoduje. Také informantky (Ž1, Ž4, Ž5 a Ž8) potvrdily, že jim bylo vše vysvětleno. Informantky (Ž1 a Ž4) v průběhu porodu změnily svůj přístup k odmítání analgezie. Tišit bolest lze dvěma způsoby, a to nefarmakologicky a farmakologicky. Nefarmakologické metody využívají spíše ženy, které si přejí svůj porod co nejpřirozeněji, bez medicínských zásahů. Tyto ženy využívají spíše hydroterapii, aromaterapii či muzikoterapii. Farmakologické metody tišení bolesti využívají spíše ženy se sníženým prahem bolesti (Dušová et al., 2019a). Informantka Ž1 se po dohodě s porodní asistentkou rozhodla pro dirupci vaku blan, jelikož porod nepostupoval. Amniotomie ve správný čas může porod uspíšit, což potvrzuje i Pařízek (2015). Ke změně porodního plánu informantky Ž5 došlo z důvodu rychle postupujícího porodu. Informantka Ž5 si přála, aby své dítě porodila do vody, ale vanu nestihli napustit, a proto si vybrala k porodu polohu v kleče. Výhodou této polohy je využití gravitace. V této poloze rodička nemusí vynaložit takové úsilí při tlačení (Čermáková, 2017).

Další zajímavou částí bylo, koho si ženy volí jako doprovod k porodu. Tuto úlohu by měl zastávat někdo, kdo je rodičce blízký. Souhlasím s tvrzením Čermákové (2017), že rodička by měla mít ke svému doprovodu důvěru a cítit se s ním v bezpečně

a pokud tomu tak není, tak by tento člověk jako doprovod být neměl. Roli doprovodu k porodu zaujímá obvykle partner rodičky. Není ale výjimkou, pokud si rodička místo partnera vezme na porodní sál svou matku, sestru nebo třeba kamarádku. S informantkami (Ž1, Ž2, Ž3, Ž6 a Ž8) byl jako doprovodu u porodu partner. Partner u porodu se výrazně podílí na tom, aby byla žena ve větší psychické pohodě. Podpora partnera znamená pro rodičku větší jistotu a bezpečí (Dušová et al., 2019b). Informantky (Ž1, Ž3, Ž6 a Ž8) potvrdily, že jim partner byl velkou podporou. Dle mého názoru je u porodu důležitá psychická podpora partnera, avšak zapomínat by se nemělo ani na podporu fyzickou. Dle Čermákové (2017), se může partner aktivně zapojit do průběhu porodu tím, že bude rodičce podávat potřebné věci, doprovázet do koupelny, masírovat ji nebo sloužit jako fyzická podpora při využití úlevových poloh. Informantky (Ž1, Ž3, Ž6 a Ž8) potvrdily, že partner pro ně takovou pomocí byl a doprovázel je do sprchy, k lůžku a podával jim pití. Partner může být nápomocen i pokud žena rodí císařským řezem. Pokud je v dané nemocnici taková možnost, partner může být přímo na operačním sále a po narození miminka s ním provádět bonding (Procházka et al., 2020). Možnost partnera na porodním sále využila také informantka Ž2, která uvedla, že její partner byl po celou dobu u její hlavy a poté prováděl s novorozencem hodinový bonding. V některých případech se rodička rozhodne, že doprovod k porodu nechce a pokud se tak stane, mělo by být její rozhodnutí respektováno. Respekt je důležitý také ze strany rodičky, pokud se partner na roli doprovodu necítí (Gregora a Velemínský, 2020). Informantka Ž7 rodila císařským řezem a partner se na přítomnost u operačního porodu po předchozí zkušenosti necítil, proto doprovod nevyžadovala.

Rodičky mohou jako doprovod využít také soukromou porodní asistentku nebo dula. Porodní asistentka je odborník v péči o ženu v těhotenství, při porodu a v šestinedělí a také může pečovat o novorozence a kojence do jednoho roku (MZČR, 2019). Dula je vyškolený pracovník, může ženě poskytovat jak psychickou, tak fyzickou podporu, ale nemá kompetence k plnění zdravotnických výkonů (Slezáková et al., 2017). Služby porodní asistentky a duly jsou placené. Informantka Ž4 uvedla, že kromě partnera u porodu využila také služeb duly. Informantku Ž5 k porodu doprovázel její manžel a také soukromá porodní asistentka, kterou měla již při jejím prvním porodu.

Porod je pro ženu velmi emocionálně i fyzicky náročná situace a jeho prožitek ovlivňuje mnoho faktorů. Některé faktory jsou ovlivnitelné například ze strany personálu nebo ze strany rodičky. Do této skupiny se řadí například chování personálu, prostředí

porodního sálu, osoba, která ženu doprovází aj. Bohužel existují také faktory, které ovlivnitelné nejsou, a to jsou zejména komplikace vyskytující se při porodu. Je důležité, aby se žena cítila při porodu bezpečně. Pokud bude rodička nejistá nedokáže se uvolnit, bude pro ni porod složitější (Čermáková, 2017).

Pro informantky (Ž1 a Ž2) se porod stal negativním zážitkem. Svůj porod tyto informantky vnímaly negativně z důvodu nevhodného chování personálu. Čermáková (2017) uvádí, že personál by měl k ženě přistupovat profesionálně a podporovat ji. Také je důležité si uvědomit, že pokud se rodička nachází v jiné místnosti než personál, stále jej může slyšet i přes zavřené dveře. U informantky Ž1 se na negativním zážitku podílely velkým dílem porodní komplikace. Informantky (Ž3, Ž4, Ž5, Ž6 a Ž8) vzpomínají na porod pozitivně. Informantka Ž5 uvedla, že jediná věc, která jí narušuje pozitivní zážitek z porodu, je nedodržení porodního plánu a přerušování pupečnicku před jeho dotepáním.

Je důležité, aby mezi porodní asistentkou a rodičkou panovala vzájemná důvěra. Pokud rodička porodní asistentce důvěřuje, pomáhá jí to navodit pocit klidu. Pokud je rodička v klidu, dokáže se lépe uvolnit a tím může docílit lepšího průběhu porodu. K dobrému navození vztahu mezi porodní asistentkou a rodičkou je potřeba dostatečná komunikace. Díky správné komunikaci a empatii vzniká mezi porodní asistentkou a rodičkou silnější pouto a větší důvěra (Dušová et al., 2019a). Těmito vlastnostmi by neměla být vybavena pouze porodní asistentka, ale i lékaři a jiný personál, který bude o rodičku během porodu pečovat. Zajímavou částí výzkumného šetření bylo hodnocení personálu informantkami. Polovina informantek (Ž3, Ž4, Ž6 a Ž8) byla s personálem porodního sálu spokojena. Informantka Ž3 uvedla, že porodní asistentky i lékaři jí byli příjemní. Během jejího porodu došlo na porodním sále ke střídání směn a obě tyto směny hodnotí bez výjimky kladně. Porodní asistentka by měla k rodičce přistupovat empaticky, být vlídná a citlivá a nápomocná, pokud jí bude rodička potřebovat. Důležitá je taky podpora rodičky během porodu (Čermáková, 2017). Takto přistupoval personál k informantce Ž6. Dle informantky Ž6 k ní personál přistupoval profesionálně a podle její potřeby byl také nápomocný. Druhá polovina informantek (Ž1, Ž2, Ž5 a Ž7) s přístupem personálu plně spokojena nebyla. Vyloženě negativně ohodnotila chování personálu informantka Ž7. Zvláště nepříjemně na ni působilo ošetření novorozence po porodu. Informantka Ž1 k přístupu personálu uvedla: *„S přístupem jsem byla spokojená tak napůl. Plán se snažily dodržet, ale nebyla*

mi úplně sympatická sestra. Někdy jsem si připadala hloupě. Měla jsem pocit, že mě tak možná i vnímá. Ale nemohu říct, že by dělaly něco proti mé vůli.“

Porodní asistentka by neměla vůči rodičce mít předsudky. Dle Čermákové (2017) by měla porodní asistentka ke každé rodičce přistupovat individuálně, edukovat ji, v případě nejasností jí vše opakovaně vysvětlit a po celou dobu porodu rodičku chválit. S tvrzením Čermákové (2017) musím souhlasit, neboť podpora a informovanost jsou důležité při každém porodu. Informantka Ž2 měla výhrady pouze k operující lékařce, která se vyjadřovala vulgárně. Dle informantky Ž5 byl jediným problémem přístupu dětské lékařky, která nedodržela bod porodního plánu o dotepání pupečníku. Ostatní členy personálu hodnotí pozitivně.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala porodem a porodním plánem. V teoretické části je popsán porod a doby porodní, ošetření novorozence po porodu a porod císařským řezem. Dále je v této části definován porodní plán, jak se tvoří a co bývá jeho obsahem.

Výzkum byl prováděn kvalitativní metodou pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor byl tvořen osmi ženami, které při porodu měly porodní plán. Cíle práce byly stanoveny tři – zjistit důvody psaní porodního plánu rodičkami, poukázat na dodržení porodního plánu u porodu, zjistit změny porodního plánu v průběhu porodu. V souvislosti s těmito cíli byly také stanoveny tři výzkumné otázky.

První výzkumná otázka se zabývala důvody sepsání porodního plánu. Informantky rozhodly sepsat si porodní plán, aby porod proběhl podle jejich přání a pomohl informantkám uspořádat si, co je pro ně během porodu důležité. Některé informantky se obávaly, že by v průběhu porodu nedokázaly uvést, co si přejí a naopak. Dvě informantky vedly k sepsání také negativní zkušenosti z předchozího porodu.

Druhá výzkumná otázka poukazovala na dodržení porodního plánu při porodu. Z výzkumného šetření vyplynulo, že porodní plán bývá z větší části dodržován. Porodní plán informantek (Ž1, Ž3, Ž4, Ž6 a Ž8) byl dodržen. Informantky (Ž1, Ž4 a Ž8) také uvedly, že změna porodního plánu během porodu nastala na základě jejich rozhodnutí. U informantky Ž1 nastala změna také z důvodu porodní komplikace. V porodním plánu informantek (Ž2, Ž5 a Ž7) nebyly některé body dodrženy. Informantky (Ž2 a Ž7) rodily císařským řezem částečné anestezii. U obou informantek došlo k separaci novorozence od rodiče. Informantce Ž7 nebyl novorozenec dostatečně vozen ke kojení. U informantky Ž5 nebylo dodrženo dotepání pupečníku.

Třetí výzkumná otázka zjišťovala, z jakých důvodů bývá porodní plán měněn. Z výzkumného šetření vyplynulo, že porodní plán bývá měněn z důvodu porodních komplikací. Další změny informantky provedly v případě na základě jejich rozhodnutí po konzultaci s personálem porodního sálu, kdy porod nepostupoval nebo byly informantky vyčerpané.

Výsledky bakalářské práce mohou být použity jako informační materiál pro veřejnost v rámci předporodních kurzů.

7 Seznam použité literatury

1. ARBOLEYA, S. et al., 2018. C-section and the Neonatal Gut Microbiome Acquisition: Consequences for Future Health. *Annals of Nutrition and Metabolism* [online]. [cit. 2022-7-25]. DOI: 10.1159/000490843.
2. BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5361-4.
3. BEAUMOUT, W., 2016. *From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth*, Oakland University. 216(1):31.e1-31.e4. doi: 10.1016/j.ajog.2016.09.087.
4. BIDNER, T., VAVŘINCOVÁ, B., 2020. *Těhotná v ordinaci negynekologa*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-204-2518-8.
5. BLÁHA, J. et al., 2018. Analgezie u vaginálního porodu: Doporučený postup. *Česká gynekologie*. 83(2), 140-144.
6. ČEPICKÝ, Pavel. *Útěcha z gynekologie*. Praha: Dybbuk, 2019. ISBN 978-80-7438-204-8.
7. ČERMÁKOVÁ, B., 2017. *K porodu bez obav*. Brno: Cpress. ISBN 978-80-265-0579-2.
8. DAVIDSON, M., 2019. *Your Birth plan: A Guide to Navigating All of Your Choices in Childbirth*. United States of America. ISBN 978-153-812-158-0.
9. DUŠOVÁ, B., HERMANNOVÁ, M., JANÍKOVÁ, E., SALOŇOVÁ, R., 2019a. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0836-7.
10. DUŠOVÁ, B., HERMANNOVÁ, M., MAJDYŠOVÁ, V., 2019b. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0837-4.
11. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2017. *Těhotenství a mateřství: nová česká kniha*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5579-3.
12. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2020. *Čekáme dítě*. 3., aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1343-9.
13. HÁJEK, Z. et al., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
14. HANÁKOVÁ, T. et al., 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. aktualizované vydání. Brno: CPress. ISBN 978-80-264-0755-3.

15. Hnutí ZA AKTIVNÍ MATEŘSTVÍ, © 2022. *Bonding*. [online]. Hnutí za aktivní mateřství. Praha: A SiteOrigin Theme [cit. 2022-2-5]. Dostupné z: <https://www.iham.cz/nabizime/informace/zakladni-informace/bonding/>
16. HOLUBÁŘOVÁ, M., © 2011-2022. *Porodní a úlevové polohy*. [online]. Intuitivní porod. Martina Holubářová [cit. 2022-2-9]. Dostupné z: <https://intuitivniporod.cz/porodni-a-ulevove-polohy/>
17. HUDÁKOVÁ, Z., KOPÁČIKOVÁ, M., 2017. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0274-7.
18. JIRÁSKOVÁ, V., 2011. Porodní plán – porodní přání. *Děti a my*. Roč. 12, č. 1, 21 s. ISSN: 0323-1879.
19. JIRÁSKOVÁ, V., © 2012a. *Jak vypadají první hodiny a dny s novorozeným dítětem? Jak o něj pečovat a na co dát pozor?*. [online]. Stránky Vlasty Jiráskové. Praha: WordPress [cit. 2022-2-5]. Dostupné z: <http://www.porody.net/2013/04/22/jak-vypadaji-prvni-hodiny-a-dny-s-novorozenym-ditetem-jak-o-nej-pecovat-a-na-co-dat-pozoro/>
20. JIRÁSKOVÁ, V., © 2012b. *Muž, či žena jako doprovod u porodu?*. [online]. Stránky Vlasty Jiráskové. Praha: WordPress, 28. 2. 2017 [cit. 2022-2-5]. Dostupné z: <http://www.porody.net/2017/02/28/muz-ci-zena-jako-doprovod-u-porodu/>
21. KLÍMA, J. et al., 2016. *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5014-9.
22. KOYUCU, R., G., DEMIRCI, N., 2017. *Effects of pushing techniques during the second stage of labor: A randomized controlled trial*. [databáze]. Taiwanese journal of Obstetrics and Gynecology [online]. 56(5), 606-612. [cit. 2022-2-5]. doi: 10.1016/j.tjog.2017.02.005.
23. LABUDOVOVÁ, Z., 2014. *10 kroků pro správný bonding*. [online]. Pediatrické lékařství pro děti a dorost. Ostrava: WordPress, 2014 [cit. 2022-2-5]. Dostupné z: http://www.mudr-polackova.cz/?page_id=242
24. MARKOVÁ, L., © 2014. *Co je porodní plán?*. [online]. Porodnice.cz: Deník pro těhotné a rodiny s dětmi. Kamenice: Mother-Care-Centrum [cit. 2022-2-5]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/clanky/co-je-porodni-plan>
25. *Masáž hráze*, © 2021. [online]. Aniball. RR Medical, 20. 04. 2020 [cit. 2022-2-6]. Dostupné z: <https://www.aniball.cz/masaz-hraze/>

26. MYSLIVEČKOVÁ, O., © 2009–2022. *Ticho v kolébce*. [online]. Vitalia.cz. Praha: Internet Info, 31. 1. 2019 [cit. 2022-2-5]. Dostupné z: <https://www.vitalia.cz/clanky/ztrata-miminka-ticho-v-kolebce/>
27. MZČR, 2019. *Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou*. [online]. MZČR. [cit. 2022-7-26]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou/>
28. PAŘÍZEK, A., © 2014. *Jak se pozná začátek porodu*. [online]. Porodnice.cz: Deník pro těhotné a rodiny s dětmi. Kamenice: Mother-Care-Centrum [cit. 2022-2-5]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/porod-a-z/jak-se-pozna-zacatek-porodu>
29. PAŘÍZEK, A., 2015. *Knih o těhotenství, porodu a dítěti 2. díl – Porod*. 5. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-215-2.
30. PROCHÁZKA, M., 2020. *Porodní asistence: Učebnice pro vzdělávání i každodenní praxi*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-618-4.
31. PROCHÁZKA, M., PILKA, R., 2018. *Porodnictví pro studenty lékařství a porodní asistence*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80244-5322-4.
32. RAUDENSKÁ, J. et al., 2015. Porodní bolest a její psychologické souvislosti. In: TAKÁCS, L., et al., 2015. *Psychologie v perinatální péči: Praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, s. 38-39. ISBN 978-80-247-5127-6.
33. ROZTOČIL, A., 2017. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5753-7.
34. ROZTOČIL, A. et al., 2020. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2098-7.
35. SAMKOVÁ, A., 2020. *Vulvou porodní asistentky: připravte se na porod*. Brno: CPress. ISBN 978-80-264-3017-9.
36. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2017. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0214-3.
37. SRP, B., 2014. Definice porodu. In: HÁJEK, Z., ČECH, E., MARŠÁL, K., 2014. *Porodnictví*. 3. vydání. Praha: Grada, s. 175–176. ISBN 978-80-2474529-9.

38. ŠTROMEROVÁ, Z., © 2000–2022. *Porodní přání – porodní plán*. [online]. Porodní dům U čápa. Praha: web4u [cit. 2022-2-5]. Dostupné z: <https://www.pdcap.cz/Texty/Porplan.html>
39. ŠVARŤÍČEK, R. et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-0644-6.
40. TAKÁCS, L. et al., 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6.
41. VALIANI, M. et al., 2016. *Comperative study on the influence of three delivery positions on pain intensity during the second stage of labor*. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 21(4), 372–378. doi: 10. 4103/ 1735–9066. 185576.
42. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada Publishing. Sestra. ISBN 978-80-247-3420-0.
43. WUNDER, K., 2019. *Geburtsplan schreiben - was bringt das?*. [online]. 9Monate. [cit. 2022-2-6]. Dostupné z: <https://www.9monate.de/schwangerschaft-geburt/geburtsvorbereitung/geburtsplan-schreiben-was-bringt-das-id156147.html>
44. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0156-6.
45. ZEMÁNKOVÁ, K., © 2022. *Přirozené způsoby tišení bolesti při porodu*. [online]. Strom života: Porodní asistentka Kristina Zemánková. Praha: WordPress [cit. 2022-2-6]. Dostupné z: <https://www.strom-zivota.net/porod/prirozene-zpusoby-tiseni-bolesti-pri-porodu/>

Přílohy:

Příloha 1: otázky k rozhovoru

- 1) Kolik je Vám let?
- 2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 3) Po kolikáté jste byla těhotná?
- 4) Po kolikáté jste rodila?
- 5) Co podle Vás znamená porodní plán?
- 6) Proč jste se rozhodla pro sepsání porodního plánu?
- 7) Sepisovala jste si porodní plán sama nebo Vám někdo pomáhal?
- 8) Změnila jste v průběhu porodu svůj porodní plán? Pokud ano, z jakého důvodu?
- 9) Jak Váš porod probíhal?
- 10) Jak byste svůj porod ohodnotila ve smyslu pozitivivity či negativity?
- 11) Byla jste spokojena s přístupem personálu porodního sálu?
- 12) Byly dodrženy všechny body porodního plánu?

Seznam zkratek

CTG – kardiokotograf

Ž – žena

S.C. - sectio caesarea (císařský řez)

VBAC – vaginal birth after caesarean (vaginální porod po císařském řezu)