

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2011**

**Jitka Machová**

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Programovaný porod očima žen  
rodících v jindřichohradecké porodnici**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:  
Mgr. Andrea Festová

Autor práce:  
Jitka Machová

2011

## **Programmed labour as seen through the eyes of the women giving births in Jindřichův Hradec maternity hospital**

The objective of today's obstetrics is to turn childbirth into an exceptional family event. One of the methods currently employed in obstetrics is the choice of programmed labour, which introduces artificially induced uterine activity that is to terminate physiological term pregnancy at ideal time and under ideal conditions for everybody, the mother, fetus/newborn, woman in labour's relatives, and nursing staff. Programmed labour is a highly controversial issue because it involves childbirth induction on the ground of non-medical indications. The programmed labour is supported as well as opposed by both, medical professionals and general public.

The objective of this bachelor's thesis was to find out how the programmed labour is perceived by women who have chosen to terminate their pregnancies on a programmed basis; what knowledge of programmed labour they have and what experience with it they have. The empirical part is based on a qualitative research. The data were gathered by semi-structured interview, which was held with selected women in labour at the Department of Gynecology and Obstetrics of the Hospital Jindřichův Hradec. Selection criterion was defined as women in programmed labour. Holding the interviews with individual respondents resulted in completion of case reports. These served as a research base for categorisation tables, which comprise of important outcomes of the research. The research was carried out in terms of defined objectives and research questions. All objectives defined in the thesis were met; questions were answered and information retrieved. Based on the research outcomes, six hypotheses were proposed.

The main outcome of the research is that the respondents have knowledge of the term 'programmed labour'. Also, they are aware of some of the advantages relating to mental area and they are satisfied with choosing programmed labour. What these women are not aware of is the disadvantages of programmed labour. Following the research, a draft of informed consent was made up for women in labour so that they receive full information about programmed labour and can agree with pre-induction and induction of the childbirth. In order to secure provision of quality nursing care during a

programmed labour, guidelines containing standard procedure of nursing care provided to women in programmed labour were created. Both materials are to be used in the delivery room of the Hospital Jindřichův Hradec.

## **Prohlášení**

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

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

V Českých Budějovicích .....

.....

Jitka Machová

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu práce paní Mgr. Andree Festové za odborné vedení, poskytování cenných rad a pomoc při psaní bakalářské práce.

Děkuji i svému manželovi a synovi za trpělivost, podporu a čas, který mi věnovali při mém studiu a psaní bakalářské práce.

## **Seznam zkratk**

CTG	kardiotokografické vyšetření
DVB	dirupce vaku blan
EDA	epidurální analgezie
i. v.	intravenózní
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
P	puls
PA	porodní asistentka
PGE	prostaglandin
PM	poslední menstruace
PS	porodní sál
s. c.	císařský řez
SŠ	středoškolské
TK	krevní tlak
TP	termín porodu
TT	tělesná teplota
UZ	ultrazvukové vyšetření
VŠ	vysokoškolské

## **Obsah**

<b>Úvod</b> .....	<b>3</b>
<b>1 Současný stav</b> .....	<b>4</b>
<b>1.1 Porod</b> .....	<b>4</b>
1.1.1 <i>Termín porodu</i> .....	4
1.1.2 <i>Klasifikace porodu</i> .....	5
<b>1.2 Indukovaný porod</b> .....	<b>8</b>
1.2.1 <i>Indikace k indukci porodu</i> .....	8
<b>1.3 Programovaný porod</b> .....	<b>11</b>
1.3.1 <i>Kontraindikace programovaného porodu</i> .....	11
1.3.2 <i>Metody programovaného porodu</i> .....	12
1.3.3 <i>Klady, zápory a závěry o programovaném porodnictví</i> .....	13
<b>1.4 Péče v průběhu normálního porodu</b> .....	<b>16</b>
<b>1.5 Ošetrovatelská péče při programovaném porodu</b> .....	<b>17</b>
1.5.1 <i>Ošetrovatelská péče při programovaném porodu při přijetí rodičky na porodní sál</i> .....	18
1.5.2 <i>Ošetrovatelská péče při programovaném porodu v I. době porodní</i> .....	19
1.5.3 <i>Ošetrovatelská péče při programovaném porodu ve II. době porodní</i> .....	20
1.5.4 <i>Ošetrovatelská péče při programovaném porodu ve III. a IV. době porodní</i> .....	20
1.5.5 <i>Možné ošetrovatelské diagnózy při programovaném porodu</i> .....	21
<b>1.6 Nové směry v porodnictví</b> .....	<b>22</b>
<b>1.7 Aspekty rodičky při výběru porodnice</b> .....	<b>26</b>
<b>1.8 Historie porodnice v Jindřichově Hradci</b> .....	<b>27</b>



<b>2 Cíle práce a výzkumné otázky .....</b>	<b>29</b>
<b>2.1 Cíle práce.....</b>	<b>29</b>
<b>2.2 Výzkumné otázky.....</b>	<b>30</b>
<b>3 Metodika výzkumu .....</b>	<b>30</b>
<b>3.1 Metodika a technika výzkumu .....</b>	<b>30</b>
<b>3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....</b>	<b>30</b>
<b>4 Výsledky.....</b>	<b>31</b>
<b>4.1 Kazuistiky respondentek .....</b>	<b>31</b>
<b>4.2 Kategorizace dat v tabulkách .....</b>	<b>48</b>
<b>5 Diskuze .....</b>	<b>62</b>
<b>6 Závěr .....</b>	<b>67</b>
<b>7 Seznam použité literatury .....</b>	<b>69</b>
<b>8 Klíčová slova.....</b>	<b>72</b>
<b>9 Přílohy.....</b>	<b>73</b>

## Úvod

Cílem porodnictví v současné době je vytvořit z porodu dítěte mimořádnou událost v rodině, která zůstane krásnou vzpomínkou nejenom pro rodičku, ale i pro její blízké. Až v sedmdesátých letech, kdy se porodní sály začaly otevírat pro blízké rodinné příslušníky rodičky, dochází ke skutečnému rozvoji „humanizace v porodnictví“. Rodička má s kým sdílet své obavy, úzkosti, porodní bolest a konečně i radost z narozeného dítěte.

Jednou z metod současného porodnictví je i volba programovaného porodu, kdy je uměle vyvolána děložní činnost za účelem ukončení fyziologické termínové gravidity v optimálním čase a za ideálních podmínek pro matku, plod/novorozence, příbuzné rodičky a ošetřující personál. Jelikož se jedná o indukovaný porod, a to z nelékařských indikací, nýbrž z indikací sociálních, je problematika programovaného porodu stále velmi kontroverzním tématem a nelze ani předpokládat, že by kdy došlo ke konsensu. V České republice se frekvence indukci porodu a programovaných porodů pohybuje podle jednotlivých pracovišť mezi 10 až 20 %. Z řad lékařské i laické veřejnosti si tato metoda našla jak své příznivce, kteří provádění programovaného porodu favorizují, tak i odpůrce, kteří programované porodnictví negují.

Programovaný porod by měla iniciovat těhotná žena a budoucí rodiče by měli mít dostatek času na zvážení souhlasu s indukci porodu. Porodník má dávat těhotné ženě pouze doporučení a rozhodnutí o indukci porodu nechat na ní. Pokud se žena pro programovaný porod rozhodne, měla by si prostudovat informovaný souhlas s indukci porodu a pokud s postupem souhlasí, pak jej podepsat. Rodičům by se nikdy nemělo slibovat úspěšné ukončení porodu.

Téma programované porodnictví, které je tolik diskutovaným tématem, jsem si zvolila proto, že porodnické oddělení, kde pracuji, rodičkám volbu programovaného porodu umožňuje. Zajímalo mě tedy, jak na programované porodnictví pohlíží ženy, kterých se to přímo týká. V práci jsem oslovila rodičky, které si tuto metodu zvolily. Před porodem jsem zjišťovala, jaké mají o programovaném porodu vědomosti. Po porodu jsem zjišťovala, jaké mají s programovaným porodem zkušenosti, zda se ženám naplnilo, co od programovaného porodu očekávaly.

## 1 Současný stav

### 1.1 Porod

Jako porod je označováno každé ukončení těhotenství, při kterém se narodí živý novorozenec o minimální hmotnosti 500 g, nebo přežije-li novorozenec s menší hmotností alespoň 24 hodin. Známkami života novorozence se rozumí jeho dech nebo srdeční akce či pulzace pupečníku nebo aktivní pohyb svalstva, dříve než byl přerušen pupečník nebo porozena placenta a srdeční akce nebyla navozena resuscitací. U mrtvě rozeného plodu je podmínkou porodní hmotnost 1000 g nebo více (2, 22).

#### 1.1.1 Termín porodu

Termín porodu je možné určit několika způsoby. Jednou z možností je výpočet *podle prvního dne poslední menstruace*. Tento způsob stanovení termínu porodu zavedl do porodnictví Naegele. Vychází se z toho, že těhotenství trvá přibližně 280 dní = 40 týdnů = 10 lunárních měsíců. Termín porodu určíme tak, že k prvnímu dni poslední menstruace (PM) přičteme 7 dní a odečteme 3 kalendářní měsíce. Při nepravidelném menstruačním cyklu může být tento propočet nepřesný.

Další způsob výpočtu termínu porodu je *podle termínu koncepce*. Abychom mohli určit datum porodu tímto způsobem, je nutné znát datum oplodňující soulože. K tomuto datu přičteme 268 dnů = 38 týdnů = 9,5 lunárních měsíců. Nevýhodou je v tomto případě často nepřesný subjektivní údaj těhotné o dni oplodňující soulože. V běžné praxi odečteme od koncepční ovulace 3 kalendářní měsíce.

Při stanovení termínu *podle prvních pohybů, které vnímá těhotná žena*, vycházíme z toho, že prvorodičky cítí první pohyby přibližně ve 20. týdnu těhotenství, vícero-dičky asi o 2 týdny dříve. To znamená, že u prvorodiček k tomuto datu přičteme 4,5 kalendářních měsíců a u vícero-diček 5 kalendářních měsíců. Tento údaj je značně nepřesný, neboť je závislý na subjektivních zkušenostech a vjemech těhotné ženy.

U stanovení termínu porodu *podle výšky děložního fundu* se vychází z velikosti dělohy, a to z výšky fundu děložního v jednotlivých lunárních měsících. Přesnější je v tomto případě gravidometrie, kdy krejčovským metrem měříme vzdálenost vyklenující se břišní stěny mezi horním okrajem stydké spony (S) a nejvyšším bodem

na konvexitě děložního fundu (F). Naměřená vzdálenost S-F se zapisuje do gravidometrické křivky v těhotenské průkazce.

Další možností je stanovení termínu porodu *podle ultrazvukové biometrie* v prvním trimestru těhotenství. Pro dataci délky těhotenství je jedním z nejdůležitějších parametrů temeno-kostrční délka plodu (CRL). Přestože se ukázalo, že tímto způsobem stanovený termín porodu je přesnější než propočítání podle 1. dne PM, je ultrazvuková korekce termínu porodu stanoveného podle PM přípustná s určitými výhradami. Je to možné pouze v případě, kdy jsou difference délky těhotenství k naměřeným hodnotám ultrazvukových parametrů shodné v prvním i druhém trimestru a překračují-li shodně limit 14 dnů (2).

### *1.1.2 Klasifikace porodu*

Podle délky gestace se rozlišuje *porod předčasný, porod včasný a porod opožděný*. Jako předčasný označujeme porod do konce 37. týdne těhotenství. Plody narozené před dokončeným 37. týdnem těhotenství klasifikujeme jako předčasně narozené. Frekvence předčasných porodů se v České republice pohybuje okolo 6 %. Jelikož je předčasný porod patologický děj a je vyvoláván celou řadou příčin, nazýváme tento stav syndromem předčasného porodu. Včasným porodem neboli porodem v termínu označujeme porod od 38. do 42. týdne těhotenství včetně. Těhotenství ukončené po 42. týdnu označujeme jako porod opožděný (2, 15).

*Spontánním (samovolným) porodem* je označován porod, který nastoupil na základě přirozených pochodů v organismu ženy a probíhal bez zásahů porodníka. Proces, kdy kontrakce děložní vedou k dilataci hrdla, k porození plodu porodním kanálem a k porodu placenty (15, 22).

*Operativním porodem* je takový porod, kdy musí být těhotenství ukončeno nebo porod plodu urychlen porodnickou vaginální nebo abdominální operací. Indikace jsou ze strany matky, ze strany plodu a smíšené. Základní porodnické operace rozdělujeme na operace přípravné, operace porod ukončující, kdy jsou fyziologické síly doplněny nebo zcela nahrazeny, a operace ve III. době porodní. K přípravným operacím patří nekrvavá a krvavá dilatace děložního hrdla a episiotomie. Operace porod ukončující slouží k vybavení plodu, patří mezi ně obrat zevními a vnitřními hmaty, extrakce plodu

v poloze koncem pánevním, exprese plodu, porodnické kleště, císařský řez a vybavení zmenšeného plodu přirozenými cestami. K operacím ve III. době porodní patří manuální vybavení placenty, revize dutiny děložní a ošetření porodních poranění (15, 22).

*Fyziologický (normální) porod* definujeme jako spontánně vyvolaný, s nízkým rizikem na počátku porodu, které je neměnné během celé I. i II. doby porodní. Probíhá působením přirozených porodních mechanismů za pomoci a nikoliv zásahu personálu porodního sálu. Dítě se narodí spontánně v pozici s hlavou vpřed v období mezi ukončeným 37. a 42. týdnem těhotenství. Po porodu jsou matka i dítě v dobrém stavu (22, 26).

Jako *patologický porod* je označován stav, kdy dochází k rozvoji porodnické patologie, kterou je nutno aktivně řešit. Někdy je velmi obtížné určit přesnou hranici mezi porodem fyziologickým a patologickým (22).

Pojmem *medikamentózní porod* je označován porod se spontánním nástupem porodní činnosti, ale v jeho průběhu jsou podávány léky. Jedná se o uterokinetika, uterotonika, tokolytika, spasmolytika, analgetika, anestetika lokální, anestetika celková a antibiotika. Nejčastěji podávanými léky jsou léky ke koordinaci děložní činnosti (14, 15, 22).

*Ambulantní porod* je alternativou porodu v domácnosti, minimalizuje rizika porodu doma pro matku i novorozence. Rodička odchází s novorozencem po porodu domů, nejdříve však za 12 hodin. Další péče až do 5. poporodního dne je zajišťována v domácnosti rodiny. Podmínkou ambulantního porodu je fyziologický porod a nekomplikovaný zdravotní stav matky a novorozence. Další podmínkou je mikrobiologické vyšetření pochvy matky 4 až 6 týdnů před plánovaným termínem porodu z důvodu vyššího rizika vzniku novorozeneckých infekcí. Posledním předpokladem je, že v rodině nesmí mít nikdo otevřenou formu TBC, jinak hrozí přenesení infekce na novorozence (12).

Pojem *lékařské vedení porodu* v moderním porodnictví představuje souhrn všech organizačních a medicínských opatření, která zajišťují optimální péči o rodičku a její plod a která odpovídají současnému stavu lékařské vědy a techniky ve všech oblastech oboru. Mezi tato opatření patří bezpečnost rodičky a plodu, psychosociální komfort

ženy, mírnění porodních bolestí, regulace stresu matky i plodu a regulace délky porodu. Povinností každého porodnického pracoviště je vytvořit pro rodičku prostředí, které v ní vyvolává pocit maximálního bezpečí a důvěry v ošetřující lékaře a porodní asistentky. Ošetřující personál má rodičce pomoci překonat všechny negativní stránky porodního děje tak, aby si rodička vytvořila pozitivní silné emoční vazby na své dítě. Podle zdravotního stavu rodičky a plodu je pak vlastní porodní péče poskytována diferencovaně, a to na třech stupních odbornosti. První stupeň představují porodnická zařízení poskytující základní péči, druhým stupněm jsou tzv. intermediární perinatologická centra zajišťující navíc porody se středním stupněm patologických stavů, zejména předčasné porody s plody se středním stupněm nezralosti. Třetím stupněm jsou porodnická centra, kam se soustřeďují rodičky s nejvyšším stupněm rizika. Při lékařském vedení porodu se ve čtyřech výstupech WHO uvádí: mateřská úmrtnost, perinatální úmrtnost, morbidita a spokojenost ženy. Lékařský model porodu spatřuje v těhotenství i porodu rizika, která potencionálně ohrožují ženu i dítě na zdraví i životě. Zdravotníci tedy soustřeďují celé své snažení na předcházení případných problémů nebo na jejich včasné a efektivní řešení prostřednictvím vyzkoušených a účinných medicínských zásahů. Lékařský model vyhovuje ženám, které jsou přesvědčeny o tom, že zkušený lékař a technicky dobře vybavený porodní sál jsou tou největší zárukou úspěšného a bezpečného porodu (2, 6, 15, 28).

Protože je porod především záležitostí rodičky samotné, stále častěji se setkáváme s faktem, že ženy některé kroky lékařsky vedeného porodu odmítají. Požadavky na vedení svého porodu by měly konzultovat s příslušnou porodnicí ještě v průběhu těhotenství, aby si ověřily, co je v dané porodnici možné a co ne. Obecně se dá konstatovat, že se personál v rámci možností snaží rodičce vyhovět. Nikdy však nesmí lékař ztratit možnost kontroly stavu plodu a rodičky, v případě potřeby musí včas zasáhnout. Tento kompromis je možné nazvat „porod pod lékařským dozorem“ (1).

*Přirozený porod* je způsob vedení porodu, kde se nepodávají bolest utišující prostředky. Smyslem je minimalizovat farmakologické ovlivnění dítěte. Na konci 1. poloviny 20. století vznikal u porodníků pocit, že porodní bolesti lze zvládnout použitím potentních analgetik (morfin, petidin). Vznik tohoto směru byl logickým vyústěním

situace, kdy už v roce 1942 demonstrovaly ženy za tzv. „přirozený porod“. Výzvou bylo zohlednění psychologických a fyzických potřeb těhotné ženy během porodu a její aktivní účasti na tomto nejvýše fyziologickém procesu. Touto problematikou se zabývala řada osobností, některé postupy byly i literárně zpracovány. Zastánci tohoto směru jsou Grantly Dick-Read, Fernand Lamaze, Sheila Kitzingerová, Frederick Leboyer a Michel Odent. Přirozený porod vychází z předpokladu, že zrození člověka představuje zcela normální fyziologický proces, který většina rodiček dokáže zvládnout vlastními silami při vytvoření optimálních podmínek jako je potřeba nerušeného klidu, potřeba tepla, potřeba intimity a potřeba pocitu bezpečí. Porodní proces by se neměl dopředu usměrňovat, urychlovat a rušit, ale pouze dohlížet na jeho bezpečný průběh. Přirozené porody nejsou určeny pro všechny ženy, ale lze je doporučit pouze rodičkám, které jsou celkově zdravé a u nichž se nevyskytují předem odhadnutelné porodní komplikace, které prošly pečlivou předporodní přípravou a které k přirozenému porodu dospěly na základě vlastní, zcela dobrovolné a informované volby (6, 15).

## ***1.2 Indukovaný porod***

Indukcí porodu se rozumí umělé vyvolání děložní činnosti za účelem ukončení těhotenství, jestliže je svalovina děložní normotnická, děložní kontrakce nejsou přítomny a vak blan je zachován. Indukce porodu se řadí k metodám preventivním a porod se indukuje v případech, kdy pokračování těhotenství zvyšuje riziko poškození matky, plodu nebo obou. Indukce porodu neřeší primární příčinu, ale včasným ukončením těhotenství může zabránit poškození plodu nebo zlepšit stav matky. Z hlediska časového je indukce porodu u viabilního plodu považována hranice 23 týdnů + 1 den. U indukce porodu mrtvého plodu je hmotnostní hranice 1000 g a více (2, 4, 15, 22).

### *1.2.1 Indikace k indukci porodu*

#### *Lékařské indikace k indukci porodu*

Nejčastější lékařskou indikací k indukci porodu je *poterminová gravidita*. Přístupy k tomuto problému se dělí na aktivní a expektační. Při aktivním přístupu se porod indukuje po ukončení 41. týdne těhotenství. Při expektačním přístupu se

monitoruje v pravidelných intervalech funkce fetoplacentární jednotky a těhotenství se ukončuje až ve 43. týdnu nebo později. Českou gynekologickou společností je doporučeno po 41. týdnu podnikat kroky k ukončení těhotenství a těhotenství ukončit do 42. týdne + 0 dní, jelikož po 41. týdnu těhotenství dochází k signifikantnímu zvýšení plazmatického erythropoetinu, což svědčí pro zhoršování oxygenace plodu (4, 20, 24).

Další indikací je *diabetes mellitus*. Jestliže je dobře kompenzován a není indikace k provedení primárního císařského řezu nebo předčasného ukončení těhotenství, je vhodné porod indukovat ve 39. až 40. týdnu gravidity. Z důvodu vzniku diabetických komplikací gravidity a rozvoje makrosomie plodu není vhodné, aby těhotná diabetička přenášela. Makrosomie plodu vede ke zvýšení frekvence císařských řezů a dystokie ramének (4, 20, 24).

Při *Rh-izoimunizaci* se porod indukuje při stoupajícím titru protilátek, nemožnosti provést intrauterinní transfuzi a při životaschopnosti plodu (4, 20, 24).

Při *hypertenzním a renálním onemocnění* se k indukci porodu přistupuje při neúspěšné konzervativní terapii, při ohrožení života a zdraví matky, plodu nebo u obou. Nejčastěji se jedná o preeklampsii, esenciální hypertenzi, chronickou glomerulonefritidu a pyelonefritidu (4, 20, 24).

Při *nitroděložní růstové retardaci (IUGR)* se porod indukuje při neúspěšné konzervativní terapii a prohlubující se hypotrofizaci plodu (4, 20, 24).

Jedná-li se o *dvoučetné těhotenství (geminy)*, je doporučeno těhotenství plánovaně ukončit mezi 38. a 39. týdnem těhotenství. Jestliže jsou oba plody v poloze podélné hlavičkou a mají hmotnost více než 1500 g, je možné vést porod per vias naturales. Při poloze podélné hlavičkou 1. dvojčete a poloze koncem pánevním 2. dvojčete je možné per vias naturales i per sectionem caesaream. Strategii vedení porodu je vhodné stanovit dle anamnézy, průběhu těhotenství a porodnické indikace (20).

Při *poloze koncem pánevním úplném nebo při naléhání hýžděmi* má rodička v současné době právo být před porodem informována o potencionálních rizicích i výhodách spojených s císařským řezem a s vaginálně vedeným porodem, o způsobu porodu se rozhodne na základě těchto informací a podepíše informovaný souhlas. Porodník by měl respektovat rozhodnutí těhotné ženy s výjimkou takových rozhodnutí,



kteřá jsou v protikladu s aktuálními poznatky správné porodnické praxe. Porod plodu v poloze koncem pánevním je možno vést vaginálně i císařským řezem, nejpozději v termínu porodu. V tomto případě kromě absolutních indikací k císařskému řezu respektujeme širokou škálu indikací, které racionálně vycházejí z prevence možných intrapartálních komplikací. Vaginální vedení porodu není doporučeno prvorodičkám s ultrazvukovým odhadem hmotnosti nad 3500 g a multiparám s odhadem nad 3800g, při porušení držení plodu s výjimkou naléhání řití a při myomatózní děloze nebo předchozí operaci na děloze (20).

Důvody pro indukci u *mrtvého plodu* jsou nejen medicínské, ale zejména psychologické (4, 24.)

Jestliže není u *velkého plodu* (hmotnost nad 4000 g) podezření na nepoměr, je vhodné vzhledem k dalšímu nárůstu hmotnosti a zvýšení rizika pro matku a plod za porodu těhotenství ukončit indukci porodu (4).

Důvodem pro indukci porodu při *zatížené porodnické anamnéze* jsou zejména perinatální ztráty v minulém těhotenství, dlouhodobě léčená sterilita, překotný porod v anamnéze aj. (4, 24).

#### *Nelékařské indikace k indukci porodu*

Nelékařské indikace postrádají medicínský důvod k ukončení těhotenství. Indukce porodu se v těchto případech nazývá *programovaný porod*.

U *indikace z psychologických důvodů* je těhotenství ukončeno na žádost rodičky o programované ukončení těhotenství.

U *sociálních indikací* se porod indukuje v případech, kdy není zaručena adekvátní péče při neočekávaném nástupu děložní činnosti.

O *indikace geografické* se jedná tehdy, jestliže není místo bydliště rodičky dosažitelné dopravním prostředkem v kteroukoliv denní a noční dobu.

Indukce porodu z *důvodu lingvistických* je indikována, jestliže komunikace mezi rodičkou a ošetřujícím personálem vyžaduje tlumočnicka, který nemusí být k dispozici v době neočekávaného porodu klientky (4, 21, 24).

### ***1.3 Programovaný porod***

„Programovaný porod je umělé vyvolání děložní činnosti za účelem ukončení zcela fyziologické gravidity mezi 39. a 41. týdnem těhotenství v ranních hodinách tak, aby proběhl v pracovní době, tj. za ideálních podmínek pro matku, plod/novorozence a jejich rodinu (23, str. 145).“

#### *Podmínky programovaného porodu*

K provedení programovaného porodu musí dát podnět nebo vyslovit souhlas těhotná žena. Nikdy nesmíme těhotnou ženu k indukci porodu nutit a nikdy nesmíme rodičům slibovat úspěšné ukončení porodu. Podle anamnézy a zdravotnické dokumentace se musí jednat o fyziologické jednoplokové těhotenství, které musí být donošené (39. – 41. týden). Plod musí být v poloze podélné hlavičkou a bez známek hypoxie. Organismus matky musí být na nástup děložní činnosti připraven, to znamená zralé hrdlo děložní a cervix skóre více než 5 bodů.

#### *Cervikální skóre*

Připravenost matky k porodu signalizuje zralost děložního hrdla a schematicky se hodnotí jako cervikální skóre (CS). Pět proměnných v tabulce (naléhání hlavičky, zkrácení čípku, prostupnost čípku, konzistence čípku a směr čípku) se hodnotí ziskem 0 – 2 bodů. Dosáhne-li součet 5 a více bodů, považuje se hrdlo za zralé (4, 19, 20, 22, 23, 24).

#### *1.3.1 Kontraindikace programovaného porodu*

Mezi *absolutní kontraindikace* patří absolutní kefalopelvický nepoměr, akutní a chronická hypoxie plodu, akutní porodnické krvácení (placenta praevia, předčasné odloučení placenty), nezralost plodu, stavy po rekonstrukčních operacích v malé pánvi, těžké vývojové vady dělohy a karcinom v oblasti malé pánve.

*Relativní kontraindikace* jsou často vázány na typ indukčního preparátu. Relativní kontraindikací je známá přecitlivělost na oxytocin nebo na preparáty obsahující prostaglandiny. Další relativní kontraindikací je kontraindikace podání prostaglandinů (při astmatu, glaukomu, tuberkulóze a ulcerosní kolitidě) a

kontraindikace podání oxytocinu (není vhodný při Rh-izoimunizaci a u pacientek s hypertenzními a renálními chorobami pro jeho antidiuretický účinek). Další kontraindikací je infekce porodních cest, děloha s jizvou a nezralé hrdlo (4, 20, 22, 23, 24).

### *1.3.2 Metody programovaného porodu*

Provedení programovaného porodu se v zásadě neliší od běžné indukce. Jestliže jsou splněny podmínky programovaného porodu, je s těhotnou domluven termín indukce porodu. Není nutná předporodní hospitalizace. Těhotná se dostaví v den programovaného porodu na porodní sál. Při příjmu je nutné vyšetření fetoplacentární jednotky pomocí non-stress testu a amnioskopie a stanovení cervix skóre. Vhodný indukční preparát je zvolen podle stupně zralosti děložního hrdla. Děložní činnost je možné vyvolat mechanicky nebo farmakologicky.

#### *Mechanické metody*

Jedinou klinicky používanou mechanickou metodou je *amniotomie čili dirupce vaku blan*. Využívá se u velmi zralých čípků (cervikální skóre větší než 8 bodů). Samotná dirupce vaku blan může vyvolat porodní činnost nebo může být součástí metod farmakologických. Pokud po amniotomii nenastoupí do 2 hodin děložní kontrakce, nasadíme infuzi s oxytocinem.

#### *Farmakologické metody*

Na vyvolání kontrakcí děložních farmakologickou metodou mají účinky pouze dvě skupiny preparátů, a to *oxytocin a prostaglandiny*.

Po předchozí dirupci vaku blan s minimálně dvouhodinovou latencí se oxytocinem indukují pacientky se zralým čípkem. V současné době se oxytocin podává nitrožilní kapénkovou infuzí řízenou infuzní pumpou. Nevýhodou tohoto způsobu indukce je imobilizace pacientky.

V našich podmínkách se za účelem indukce porodu prostaglandiny používají výlučně zaváděné lékové formy obsahující PGE<sub>2</sub>, které jsou registrovány SÚKL ČR. Lokální aplikace prostaglandinů je vhodná u méně zralých čípků (CS 5-8). Při vaginální

aplikaci se zavádějí do zadní klenby poševní, při méně zralém čípku se zavádějí intracervikálně a při velmi zralém čípku extraamniálně. Prostaglandiny kromě uterokinetické aktivity příznivě ovlivňují i zrací pochody hrdla, a tím snižují odpor dolního děložního segmentu. Oproti oxytocinu není při aplikaci prostaglandinů omezen volný pohyb pacientky. Naopak mohou prostaglandiny vyvolat děložní hypertonus s následnou hypoxií plodu, což je u kontinuální aplikace malých dávek oxytocinu prakticky nemožné (4, 20, 22, 24).

#### *Pravidla pro preindukci a indukci porodu*

Farmakologickou preindukci a indukci porodu lze provádět pouze za hospitalizace. Preindukci je možno provést maximálně 3krát po sobě, indukci porodu pouze při zralém hrdle. Indukci porodu lze provést maximálně jednou denně a maximálně dva dny po sobě. Kontrola stavu plodu se provádí intrapartálním monitoringem jako u neindukovaného spontánního porodu, bez vzniku patologie není kontinuální monitoring nutný. K provedením preindukce a indukce porodu je nutný podepsaný informovaný souhlas.

*Preindukce porodu* je soubor nefarmakologických a farmakologických metod, které vedou k uzrání děložního hrdla (21).

#### *1.3.3 Klady, zápory a závěry o programovaném porodnictví*

##### *Klady programovaného porodnictví*

K *medicínským výhodám* patří prevence vzniku prodlouženého těhotenství a s tím související zamezení vzniku dystrofie plodu. Perinatální výsledky jsou rovněž zlepšeny sníženou frekvencí hypermaturitních plodů, a to snížením počtu císařských řezů z této indikace, protrahovaných porodů, dystokií raménka a dalších možných traumatizací plodu. Jelikož je před programovaným porodem vyšetřena funkce fetoplacentární jednotky, je možné odhalit její patologii a včas terapeuticky zasáhnout, což se před spontánním nástupem děložní činnosti neprovádí. Výhodou je rovněž monitoring porodu od jeho začátku, eventuálně vzniklé nepravidelnosti je možné ihned léčit. Při programovaném porodu je vyloučen porod mimo ústav, těhotnou nemůže překvapit náhle vzniklá děložní činnost na nevhodném místě a v nevhodnou dobu.

Hlavní zásadou programovaného porodu je vyvolání děložní činnosti a vedení porodu v optimální době a za optimálních podmínek, tj. v době pracovní, kdy jsou jak složky porodnické a neonatologické péče, tak i ostatní provozy nutné pro zajištění adekvátní perinatální péče v ideálním stavu výkonnosti. Tento fakt je významný zejména u malých porodnic, kde je podstatný rozdíl mezi denním a nočním provozem. Jelikož je stále vyšší zájem o porodnickou analgezii, je v pracovní době snazší dostupnost anesteziologa pro epidurální analgezii než v době noční, kdy může být zaneprázdněn jinou činností. Proto je ve velkých porodnických centrech v pracovní dobu pro tuto činnost přímo vyčleněn anesteziolog pověřený touto činností.

Programované porodnictví má *psychologické výhody*, neboť umožňuje těhotné zbavit se napjatého začátku porodu. Žena se zbaví obav, že k porodu dojde v nevhodnou dobu nebo na nevhodném místě. Těhotné odpadnou stresy z nočního transportu do porodnice a starosti o zabezpečení chodu domácnosti v její nepřítomnosti.

Díky *organizačním a ekonomickým výhodám* umožňuje programované porodnictví rovnoměrnou distribuci porodů. Protože eliminuje výdaje na monitorování a hospitalizaci těhotných s potermínovou graviditou, je programovaný porod považován za cost-effective (20, 22).

#### *Zápory programovaného porodnictví*

Námítky proti programovanému porodu týkající se iatrogenní praematurity byly při současném systému prenatální péče (ultrazvuková biometrie) a ultrazvukovém vyšetření těsně před porodem prakticky vyloučeny. Další obavy jako je cervikokorporální dystokie s jejími následky (výrazná bolestivost, nepostupující porod, hypoxie plodu) nebyly na velkých souborech prokázány. Nebyly rovněž potvrzeny námítky týkající se zvýšení frekvence porodnické operativy. Z hlediska psychologického mohou vzniknout námítky, že nejde o porod přirozený (20, 22, 24).

#### *Závěry o programovaném porodnictví*

V doporučených postupech při preindukci a indukci porodu profesor Roztočil říká, že nebyly zcela jednoznačně doloženy přínosy programovaného porodu pro zdravotní stav rodičky a novorozence. Strategii systematického programovaného

ukončení těhotenství po 39. týdnu není tudíž možné doporučovat. Na druhou stranu nebyly potvrzeny negativní následky programovaného porodu na stav matky a novorozence. Jestliže jsou splněny podmínky, vyloučeny kontraindikace a pracoviště dokonale zvládlo technicky indukce porodu, nelze od programovaného ukončení těhotenství zrazovat (20).

V roce 2007 byl publikován v časopise *Moderní gynekologie a porodnictví* článek od profesora Roztočila pod názvem „Kontroverze a chyby v indukci porodu“, v němž uvádí, že frekvence indukci porodu a programovaných porodů v České republice osciluje podle jednotlivých pracovišť mezi 10 a 20 %. Uvádí, že programovaný porod je stále kontroverzním tématem a nelze předpokládat, že by došlo ke konsensu. Indikace k programovanému porodu má tvar sinusoidy v čase. Jsou období, státy, pracoviště, postoj rodiček a laické veřejnosti, které buď programovaného porodnictví favorizují, nebo jej negují. Jsou-li splněny obecné podmínky indukce porodu, pak současná indukční schémata umožňují úspěšné provedení programovaného porodu. Je prokázáno, že pokud nejsou perinatální výsledky stejné jako u spontánního porodu, jsou lepší (19).

V roce 2008 provedla MUDr. Ladislava Kopřivová retrospektivní studii pod názvem „Vliv programovaného a indukovaného porodu na frekvenci císařských řezů a vaginálních operačních porodů, která byla publikována v časopise *Praktická gynekologie*. Do studie byly zařazeny všechny porody z let 2005 a 2006 v počtu 2236 porodů, které rozdělila do 3 souborů. Prvním souborem byly porody se spontánním nástupem porodní činnosti (1810 porodů), druhý tvořily porody indukované (226 porodů, tj. 10,10 %) a třetí soubor zahrnoval porody programované (200 porodů, tj. 8,94 %). Ve všech 3 souborech byla sledována frekvence císařských řezů a operačních vaginálních porodů a vliv užití prostaglandinů na tuto frekvenci. Zjistila, že v prvním souboru je vyšší frekvence císařských řezů i vaginálních operačních porodů (14,12 % a 2,72 %) než ve skupině programovaných porodů (0,99 % a 0,25 %). Ve skupině indukovaných porodů je prakticky stejná frekvence císařských řezů (10,14 %) jako ve skupině první a frekvence operačních vaginálních porodů je 7,84 %. Nárůst vaginálních operačních porodů je zčásti ovlivněn již přítomnou patologií, pro kterou se těhotenství

ukončuje. V závěru studie uvádí, že při použití prostaglandinů, oxytocinu a dirupce vaku blan ve skupinách indukovaných a programovaných porodů nebyla potvrzena obava z nárůstu frekvence císařských a vaginálních operačních porodů. Indukovaný a programovaný porod není třeba považovat z tohoto hlediska za nebezpečný (5).

#### ***1.4 Péče v průběhu normálního porodu***

Cílem péče je zajištění dobrého zdraví matky a dítěte s minimální možnou mírou intervence, která je indikovaná pro bezpečí matky a dítěte. Z toho plyne závěr, že při normálním porodu by pro intervenci do přirozeného průběhu měl existovat opodstatněný důvod (26).

##### *Úlohy poskytovatele péče při normálním porodu*

Velmi důležitou úlohou je podpora ženy, jejího partnera a rodiny během celého porodu a v období po porodu. Další neméně důležitou úlohou je sledování ženy v průběhu porodu, monitoring stavu plodu a stavu dítěte po porodu, zhodnocení rizikových faktorů, včasné odhalení komplikací. V případě potřeby musí poskytovatel péče provést menší zásahy jako je amniotomie a episiotomie a musí zajistit péči o dítě po porodu. Jestliže jsou rizikové faktory zřejmé nebo nastanou-li komplikace, musí být žena doporučena na vyšší úroveň péče (26).

##### *Poskytovatelé péče při normálním porodu*

Osoba asistující u porodu by měla zvládnout úlohy výše uvedené. Poskytovateli péče při normálním porodu jsou gynekolog – porodník, praktický lékař, porodní asistentka, pomocný a zaškolený personál a zaškolený tradiční průvodce porodem – v rozvojových zemích s nedostatkem přiměřeně vzdělaného zdravotního personálu. Nejvhodnějším poskytovatelem péče se zdá být porodní asistentka, měla by jí být svěřena péče o normální těhotenství a normální porod, včetně zhodnocení rizika a rozpoznání komplikací. Doporučení z Valného shromáždění na XII. světovém kongresu FIGO v Singapuru v roce 1991 označují porodní asistentku jako nejvhodnějšího poskytovatele primární zdravotní péče při normálním porodu (26).

### ***1.5 Ošetřovatelská péče při programovaném porodu***

Péče o matku a její rodinu během porodu je jednou z nejnáročnějších rolí v ošetřovatelství. Porodní asistentka, která pečuje o rodičku, musí mít vedle dovedností porodnických ještě dovednosti psychosociální, medicínské, chirurgické a pediatrické. Komunikační schopnosti, umění správně zhodnotit situaci, přesné pozorování, schopnost empatie a citlivost jsou pro porodní asistentku také výhodou. Přestože je narození dítěte normální proces, události během porodu jsou nepředvídatelné v mnoha směrech. Proto se musí porodní asistentky během porodu rychle přizpůsobovat měnícím se potřebám rodiček. Protože je bolest zcela přirozenou součástí porodu, je péče během porodu odlišná od jiné ošetřovatelské péče. Úkol, který musí plnit porodní asistentka během celého porodu, je edukace (vysvětlování, učení, doporučení), chválení a povzbuzování, které je silným nástrojem intrapartální péče. Povzbuzování pomáhá rodičce mobilizovat vnitřní sílu a dodává jí odvalu pokračovat. Porodní asistentka pečuje i o blízkou osobu rodičky, pokud je při porodu přítomna. Během porodu sleduje porodní asistentka trvání a průběh jednotlivých porodních dob a plní ordinace lékaře. Porodní asistentka přispívá psychologickými prostředky ke zdárnému průběhu porodu, snaží se redukovat nežádoucí psychickou zátěž a být oporou rodící ženě. Ve všech aspektech by se měla porodní asistentka chovat jako doprovázející, nikoliv řídicí, zasahující, omezující a příkazující. Psychologickými prostředky musí nalézt cestu i k rodičkám pasivním, úzkostným nebo nejistým. K výhodám kontinuální empatické a tělesné podpory rodičky patří kratší trvání porodu, menší potřeba edukace a nižší výskyt porodnických komplikací (7, 16).

Pro zajímavost uvádím vlastnosti, které vyžadoval od ženy, jež chtěla být „porodní pomocnicí“, už tenkrát Soranus z Efesu, římský porodník a ženský lékař žijící v letech 98-138 našeho letopočtu. Soranus je autorem nejlepší starověké dochované práce o gynekologii a porodnictví *Peri gynaikaeion* (O věcech ženských) určené porodním bábám. „Musí mít dobrou paměť, aby si zapamatovala dané věci, musí být pracovitá a vytrvalá, mravná, aby se jí mohlo důvěřovat, obdařená zdravými smysly a silnou konstitucí, musí mít dlouhé a jemné prsty s krátce ostříhanými nehty. Aby však mohla být dobrou bábou, musí mít i další přednosti. Musí být teoreticky a prakticky



vzdělaná, ve všech oblastech lékařského umění zkušená, aby mohla dávat nejen životosprávně, ale i chirurgické a lékárnické pokyny, aby mohla to, co pozoruje, správně posuzovat a patřičně hodnotit souvislost jednotlivých jevů ve svém oboru. Musí trpělivě přemlouvat a s účastí jí pomáhat, být odvážnou v každém nebezpečí, aby její rady nevybočovaly z míry. Dále za sebou musí mít vlastní porody a nesmí být příliš mladá. Musí být slušná a stále rozšafná, velmi mlčenlivá, neboť se dozvídá mnohá tajemství života, nesmí být ziskuchtivá, aby kvůli mzdě nekonala podvodně, nesmí být pověřčivá, aby rozlišila pravdu od lži. Dále se musí starat o to, aby její ruce byly měkké a něžné a nesmí vykonávat práci, od níž by jí ztvrdly. Kdyby však nebyly od přírody měkké, musí si je zjemnit mastmi (9, s. 67-68).“

#### *1.5.1 Ošetrovatelská péče při programovaném porodu při přijetí rodičky na porodní sál*

Při příjmu se snaží porodní asistentka uvítat rodičku i její doprovázející osobu a vytvořit tak základ terapeutického vztahu. První kontakt mezi rodičkou a personálem je velmi důležitý pro další rozvoj komunikace a průběh porodu. Od členů porodního týmu se vyžaduje vysoký stupeň asertivity, empatie profesionálního jednání a lidskosti. Nutný je individuální přístup, neboť každá rodička je unikum. Už od příjmu ošetřující personál dodává rodičce jistotu, že je schopna se vyrovnat s porodem a porodit své dítě.

Těhotná žena se dostaví na porodní sál v den programovaného porodu, který je s ní předem domluvený na základě předporodních vyšetření na ambulanci porodního sálu. Při přijetí se znovu provedou vyšetření fetoplacentární jednotky, porodní asistentka provede non-stress test a lékař stanoví cervix skóre. Těhotná žena si prostuduje souhlas s indukovaným porodem, a pokud s postupem souhlasí, tak jej podepíše. Lékař odebere anamnézu, porodní asistentka odebere sesterskou anamnézu, provede se verifikace kultivace z pochvy, laboratorní vyšetření dle potřeby. Porodní asistentka změří teplotu, krevní tlak, pulz, zjistí míru, váhu a hmotnostní přírůstek. Všechny tyto údaje se zaznamenají do dokumentace. V dnešní době si přinášejí některé ženy napsaný porodní plán, který prodiskutují s porodní asistentkou či lékařem. Je vhodné hned při příjmu ujasnit si, které požadavky a přání lze splnit a které splnit nelze nebo jen do jisté míry. Rodičce by měly být důvody jednotlivých opatření vysvětleny, aby chápala smysl úkonů ošetřujícího personálu a zbavila se tak nejistoty a obav. Jsou-li splněny podmínky

programovaného porodu, přistoupí se po administrativní části přijetí k vlastní indukci porodu, indukční preparát je zvolen podle stupně zralosti hrdla. Pokud je zvolena lokální aplikace prostaglandinů, poučí porodní asistentka těhotnou ženu o nutnosti vymočení před zavedením tablety a o dodržení klidu na lůžku. Porodní asistentka provede CTG záznam po zahájení, poté za 1 hodinu po aplikaci indukčního preparátu. Při progresi nálezů a pravidelné děložní činnosti se provede dirupce vaku blan. Pokud je velmi zralý čípek a je zvolena amniotomie jako metoda programovaného porodu, porodní asistentka ihned po dirupci provede CTG, pokud nenastoupí děložní činnost, aplikuje se s odstupem 2 hodin infuze s oxytocinem (7, 22, 25).

#### *1.5.2 Ošetrovatelská péče při programovaném porodu v I. době porodní*

Ošetrovatelská péče se v I. době porodní skládá ze sledování plodu, sledování rodičky a pomoci rodící ženě vyrovnat se s porodními bolestmi. Všechny zjištěné údaje je nutné pečlivě zaznamenávat do dokumentace, která by měla být pečlivě vedena lékařem i porodní asistentkou (7, 25).

Pokud se jedná o *sledování plodu* v I. době porodní, profesor Roztočil ve své knize Moderní porodnictví říká, že auskultace pomocí stetoskopu je v současné době obsolentní. Pokud nevznikne porodnická patologie, kdy je nutný kontinuální kardiokografický monitoring, je dostačující monitoring intermitentní. Každé 2-3 hodiny se provede 20-30 minutový záznam při pravidelných kontrakcích. Srdeční akci plodu je nutné zkontrolovat při spontánním odtoku vody plodové nebo dirupci vaku blan a současně provést vaginální vyšetření (24).

Při *sledování rodičky* ošetrovatelská péče během I. doby porodní zahrnuje sledování nástupu děložních kontrakcí a odezvy rodičky na ně, progresu porodu, životních funkcí, vyprazdňování močového měchýře a pitného režimu. Informace o děložních kontrakcích získáváme od rodičky anamnesticky, palpačně anebo zevní tonometrií. Hodnotíme jejich frekvenci, intenzitu a délku trvání. Porodní asistentka sleduje bolestivost děložních kontrakcí a odezvu rodičky na ně, všímá si rovněž i nonverbálních projevů jako jsou napětí těla či neklid na lůžku. K posouzení progresu porodu slouží vaginální vyšetření za septických kautel prováděné porodní asistentkou nebo porodníkem ve 2-3 hodinových intervalech, při výrazné děložní činnosti dříve.

Krevní tlak, pulz a teplota se monitorují v intervalech dle zvyklosti pracoviště. Přesný příjem a výdej tekutin není obvykle nutné měřit, ale v průběhu porodu je důležité sledovat vyprazdňování močového měchýře, protože plný močový měchýř tvoří mechanickou překážku v porodních cestách. To je velmi důležité u pacientek s epidurální analgezií (EDA), kde je vnímání pocitu na močení výrazně snižené. Aplikovat EDA a spasmooanalgetika je u programovaného porodu možné stejně jako u indukci z lékařských indikací (3, 7, 22, 25).

Velkým úkolem porodní asistentky během porodu je *pomoci rodičce zvládnout porodní bolesti*, a to především využitím nefarmakologických metod jako jsou relaxace, masážní techniky, polohování, balon a dýchací techniky. Porodní asistentka zajišťuje rodičce zároveň i pohodlí, a to tak, že věnuje pozornost i jejímu prostředí a hygieně. Porodní asistentka reguluje teplotu prostředí na příjemnou hodnotu, relaxaci podporuje i měkké rozptýlené teplo nebo přítmí, k uvolnění pomáhá také jemná relaxační hudba. Porodní asistentka vysvětlí a ukáže rodičce polohy, které je vhodné při porodu zaujmout (7, 22, 25).

#### *1.5.3 Ošetrovatelská péče při programovaném porodu ve II. době porodní*

Hlavním úkolem ve II. době porodní je monitoring stavu plodu i matky, příprava rodičky k porodu a příprava pomůcek, prostředí a porodníka či porodní asistentky. Ozvy plodu se poslouchají po každé kontrakci. U rodičky se sledují kontrakce děložní, postup porodu, náplň močového měchýře, fyziologické funkce a celkový stav. Porodní asistentka a lékař po celou dobu rodičku podporují, uklidňují a vysvětlují rodičce kroky, které budou následovat. Důležitá je rovněž spolupráce s blízkou osobou rodičky. Porodní asistentka nabádá rodičku k relaxaci mezi kontrakcemi, vysvětluje jí techniku správného tlačení a vytváří optimistickou náladu na porodním sále. Porodní asistentka zaznamená čas porodu a po porodu plodu zajistí odběr krve z pupečníku (3, 25, 26).

#### *1.5.4 Ošetrovatelská péče při programovaném porodu ve III. a IV. době porodní*

Po porodu plodu vysvětluje porodní asistentka rodičce průběh III. a IV. doby porodní. Po porodu placenty asistuje lékaři při revizi a ošetření porodních poranění a podporuje rodičku zejména, pokud vnímá ošetření porodních poranění bolestivě.

Úkolem porodní asistentky je sledovat stav rodičky a zajišťovat její komfort. Ošetrovatelská péče po porodu zahrnuje sledování případného krvácení a retrakce dělohy v intervalu 15 minut, případného otoku či hematomu hráze, naplnění močového měchýře, kontrolu fyziologických funkcí dle zvyklosti pracoviště a bolesti. Porodní asistentka blahopřeje mamince k narození dítěte, informuje ji o čase narození, hmotnosti a délce miminka, odpoví rodičce na její otázky. Pokud zůstává dítě po porodu s matkou na porodním sále, stará se porodní asistentka i o jeho bezpečí a podporuje vytváření vazby a náklonnosti mezi dítětem a matkou. Porodní asistentka zajistí matce dostatek pití, tiché a příjemné prostředí a tlumené osvětlení. Porodní asistentka doplní ošetrovatelskou dokumentaci, postará se o nástroje a pomůcky použité při porodu. Pokud nenastanou komplikace, je za 2-3 hodiny rodička přeložena s příslušnou dokumentací na oddělení šestinedělí (3, 7, 25).

#### *1.5.5 Možné ošetrovatelské diagnózy při programovaném porodu*

*00004 Riziko infekce* je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, jenž je zvýšeně ohrožen vstupem patogenních organismů do těla.

*00028 Riziko deficitu tělesných tekutin* je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka ohroženého rozvojem vaskulární, celulární nebo intracelulární dehydratace

*00032 Neefektivní dýchání z důvodu hyperventilace* je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, u kterého vdech a/nebo výdech nezabezpečují účelné dýchání.

*00069 Neefektivní zvládnání zátěže* je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který není schopný správně odhadnout stresory a vhodně na ně reagovat.

*00085 Zhoršená tělesná pohyblivost* je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s omezením nezávislého účelného fyzického pohybu těla či jedné nebo více končetin.

*00093 Únava* je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, jenž má nepřekonatelný a stálý pocit vyčerpání a sníženou schopnost vykonávat tělesnou i psychickou práci.

00095 *Porušený spánek* je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který má s časem omezenou poruchu délky a kvality spánku.

00126 *Deficitní znalost* je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který má chybějící nebo nedostatečné informace k určitému tématu.

00132 *Bolest* je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka prožívajícího nepříjemnou bolest, která má intenzitu od střední k prudké.

00146 *Úzkost* je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka, který má nejasný pocit vnitřního nepokoje a s obavami, jejichž zdroj může být nespecifický nebo neznámý.

00148 *Strach* je reakcí člověka na hrozbu, již si připouští jako nebezpečí.

00206 *Riziko krvácení* je standardizovaný název ošetrovatelského problému člověka s rizikem snížení množství krve, jež může ohrozit zdraví (8, 11).

### ***1.6 Nové směry v porodnictví***

Cílem současného porodnictví není pouze předání zdravého novorozence matce, ale vytvořit z mimořádné události v životě rodiny krásnou vzpomínku nejenom pro rodičku, ale i pro její blízké. Humanizací porodnictví přestávají být porodní sály uzavřenými aseptickými provozy a otevírají se blízkým osobám rodičky, která tak může své obavy, úzkosti, porodní bolesti a nakonec radost z narozeného dítěte s kým sdílet. I programovaný porod je řazen mezi nové směry v porodnictví (22).

#### ***Předporodní příprava***

Pod tímto pojmem rozumíme soubor činností porodní asistentky, rehabilitační pracovnice, porodníka, psychologa, neonatologa, kteří si kladou za cíl snížit úzkost a strach z porodu a získat k porodu reálný postoj metodami poučení ženy a nácviku jejího chování za porodu. Cílem předporodní přípravy nemůže být odstranění porodních bolestí ani porodních komplikací, ale naučení se způsobu, jak proti bolesti bojovat. Důraz se klade na význam předporodní přípravy pro prožitek porodu a pro přípravu k rodičovství. Klady předporodní přípravy jsou snižování porodní bolesti a úzkosti, snižování nutnosti aplikace léků, zkrácení porodu, zvýšení sebekontroly rodičky, psychologický přínos prožitku z porodu, prožívání radosti ženy ze spolupráce

s manželem, vytvoření pozitivního vztahu matky k novorozenci a vytvoření vztahu pro zdárný průběh šestinedělí. Základní přípravu vede za tímto účelem školená porodní asistentka s nejméně tříletou praxí na porodním sále. Vhodným doplňkem předporodní přípravy je těhotenský tělocvik, jóga, relaxační techniky a plavání (2, 22).

### *Porod bez násilí*

Cílem porodu bez násilí je zbavit rodičího se novorozence stresu, jež má negativní vliv na poporodní adaptaci novorozence. Nejvýznamnější zastánci tohoto směru jsou Frederick Leboyer a jeho nejznámější žák Michel Odent. Tento model je nevhodný a nemožný pro běžné zavedení do porodnické praxe. Jeho přínosem je poukázání na lidskou dimenzi porodního děje a na nutnost humanizace přetechnizovaného porodnictví. Na dnešních porodních sálech můžeme pozorovat, že mnohé zásady „porodu bez násilí“ se staly běžnými. Rodička již není pasivním článkem, ale stává se aktivním činitelem, kdy při aktivní realizaci svých představ výrazně ovlivňuje tradiční pojetí způsobu porodu. Významný podíl má přítomnost blízké osoby rodičky, lékař a porodní asistentka jsou průvodci a pomocníci rodičky. Postup humanizace porodnictví je stavem nezvratným. Na straně druhé nelze pod Leboyerovým vlivem opustit zaběhnuté metody sledování těhotenství a porodu metodami přístrojovými a tím ohrozit zdraví matky a plodu v dobré víře, že příroda je mocná. Jako každá metoda prochází i Leboyerova metoda třemi etapami vývoje. První byla euforie, druhou negace. Nyní je období, kdy je tato metoda kriticky zhodnocena, prvky pozitivní jsou zahrnuty do rutinní praxe a nepoužitelné prvky jsou zapomenuty (22).

### *Home rooms – domácí pokoje v rámci stávajícího porodního sálu*

V současné době je tato koncepce nejvyšším stupněm „humanizace v porodnictví“ v rámci ústavní porodnické péče. Ideově jde o medicínsky bezpečnou protiváhu nezodpovědným pokusům v propagaci a realizaci porodů v domácnosti nebo v takzvaných „porodních domech“ bez přítomnosti porodníka. MZ ČR byly tyto pokusy zamítnuty. Aby byl maximálně umocňován jedinečný zážitek porodu za současného zachování všech bezpečnostních kautel moderního porodnictví, je cílem tohoto projektu

vytvořit v prostorách porodního sálu rodinné, civilní prostředí. Jde o prostorovou a funkční jednotku, ve které rodička se svým doprovodem stráví celý porod. Estetickým laděním a vybavením připomíná domácí prostředí. Skládá se z vlastního porodního pokoje a ze sociálního zařízení. V porodním pokoji je porodní postel, sedací souprava, kuchyňský kout, relaxační a porodní vana a další doplňky jako je porodní vak, porodní židlička, ribstol, závěsné lano a další. Jestliže vznikne patologie, kterou není možné v rámci home roomu řešit, je možný okamžitý transfer na standardní porodní pokoj nebo na operační sál (22).

#### *Přítomnost otce u porodu*

Těhotná, rodička a nedělka je v období bezprostředně před porodem, v průběhu porodu a v časném šestinedělí závislá na blízkých osobách, a to zejména na otci dítěte. Jde především o podporu v psychické sféře, o vytvoření pocitu bezpečí, jež žena v těchto období potřebuje. V České republice se brány porodnic budoucím otcům otevřely začátkem 90. let a jejich počty dosahují zhruba 50 %. Ideální je, pokud se otec zúčastní kurzů přípravy na porod, kde se mu dostanou informace týkající se těhotenství a porodu. Pokud je společný porod přáním obou rodičů, pak otec poskytuje rodiče jedinečnou oporu (15, 22, 23).

#### *Porod v domácnosti*

Myšlenka umožňující ženě родit ve své vlastní domácnosti nevznikla v profesionálním medicínském prostředí, ale v laických kruzích zabývajících se humanizačními trendy v porodnictví. Tato myšlenka má dva argumenty. V domácnosti je zajištění bezpečnosti pro matku i plod dostatečné, tudíž není zapotřebí systém nemocniční porodní péče. A od porodu v domácnosti se očekávají psychologické výhody, jde přece o děj přirozený. Rozšíření porodů v domácnosti doznalo Holandsko, kde v roce 1998 porodilo 38 % žen v domácnosti. Tento stát patří mezi nejvyspělejší země, tudíž hrazení finančně náročnějších porodů v domácnosti a řešení jejich eventuálních komplikací nepůsobí vážnější problémy. Při vzniku komplikací porodní asistentka neprodleně informuje nejbližší porodnici a systém „na sebe“ zajistí převoz do nemocničního zařízení. U nás porod v domácnosti nedoznal zatím širší praktické

realizace, neboť zde není propracovaný systém, je obtížné monitorování porodu, nejsou erudované porodní asistentky v této problematice, a tudíž není možné zajistit ženě a jejímu plodu a novorozenci péči jako na standardním porodním sále. Je téměř jisté, že by za současných podmínek při rozvoji porodů doma došlo ke zhoršení jak mateřské, tak perinatální mortality a morbidit. Česká gynekologicko-porodnická společnost má k porodům v domácnosti negativní postoj (15, 22, 23).

V knize Právní odpovědnost a právní vztahy v porodnictví je uvedeno, že lékař a porodní asistentka nesou trestní odpovědnost, pokud se rozhodnou pro plánovaný porod doma. Jestliže při porodu vznikne situace, kterou nepředvídali, ale předvídat měli a mohli a která by při porodu v porodnici byla zvládnutelná, mohou být i postiženi za nedbalostní trestný čin. Nesou i plnou osobní hmotnou odpovědnost za zaviněné škody, které by v souvislosti s porodem doma vznikly (27).

#### *Poloha rodičky při porodu*

Běžně používaná poloha v současném porodnictví je horizontální poloha na zádech s abdukovánými dolními končetinami. Tato poloha byla zavedena v 16. – 17. století po té, co se porodnictví a pomoci při porodu začali věnovat lékaři. Byla tak umožněna prevence a ošetření vzniklých často rozsáhlých porodních poranění, ale také provádění vaginálních porodnických operací. Je ale namítáno, že tato poloha není přirozená a není při ní využívána zemská gravitace jako porodní síla. Zároveň při ní musí být plod vypuzován směrem horizontálním a zčásti i vzhůru, což prodlužuje dobu vypuzovací a což je pro rodičku vyčerpávající a více bolestivé. Oproti tomu vertikální poloha sice může příznivě ovlivnit vypuzovací fázi druhé doby porodní, ale v úvahu musíme vzít fakt, že nesmí být ohrožena bezpečnost plodu a zdravotní stav matky. Zkušenosti ústavů rodících ve vertikálních polohách ukazují na významný nárůst porodních poranění. Zdá se, že mezi oběma polohami existuje rozumný kompromis. V I. době porodní jsou právě vhodné vertikální (rovný sed na posteli, rovný sed s partnerem, dřep, na všech čtyřech, sed, stoj a klek v předklonu) a boční polohy a druhá doba porodní může probíhat v polosedě, kdy se částečně uplatňuje zemská gravitace a zároveň oblast rodidel zůstává viditelná a přístupná jak vyšetření, tak léčebným



zákrokům. Sama žena si za porodu instinktivně nachází pro ni nejméně bolestivou a nejpohodlnější polohu, a ta ve většině případů nebývá vertikální (13, 15, 17, 18).

### *Hydroanalgezie*

Metody, kde je použita voda jako způsob analgezie u porodu, jsou známy po staletí. Při *porodu ve vodě neboli relaxační koupeli (water baths)* rodička prožívá intermitentně v relaxační vaně první dobu porodní, ale druhá doba porodní probíhá již mimo vanu. Voda má příznivý účinek na cévní a svalový systém rodičky, zvyšuje práh bolestivosti, snižuje odpor dolního děložního segmentu a psychické napětí rodičky. Jedná-li se o *porod do vody (water birth)*, probíhá vypuzovací fáze druhé doby porodní pod úrovní vodní hladiny. Protože je člověk savec suchozemský, je velmi pravděpodobné, že v historii rodily ženy na souši. Porod do vody je tedy alternativou, která vznikla civilizačně „de novo“. Hydroanalgetický efekt porodu do vody je prokázáný, dochází k dokonalejší relaxaci pánevního dna. Podmínky, za kterých lze akceptovat u nás porod do vody, vydala Česká gynekologicko-porodnická společnost v doporučených postupech. Indikací k porodu do vody je fyziologicky probíhající gravidita s jedním plodem v poloze podélné hlavičkou po ukončeném 37. týdnu, fyziologický porodnický nález při přijetí rodičky, fyziologický kardiografický záznam při přijetí a nezatížená osobní porodnická anamnéza (13, 15, 22).

### **1.7 Aspekty rodičky při výběru porodnice**

V České republice se zatím rodí naprostá většina dětí v porodnicích. Pro objektivní měřítko hodnotící úroveň porodnice existují 2 základní ukazatele, porodnost a zdravotní stav matek a jejich dětí. „Porodnost vyjadřuje počet živě a mrtvě narozených dětí ve sledovaném roku na 1000 obyvatel středního stavu (7, s. 326).“ Dalšími hledisky jsou kvalita porodnické a pediatrické péče, vybavení porodních sálů a vzdálenost porodnice od místa bydliště. Žádostem a potřebám společnosti se porodnická zařízení rychle přizpůsobují, zkvalitňují psychosociální prostředí vedením kvalitní předporodní přípravy, přizpůsobením se požadavkům matky, individuálním přístupem k rodící ženě, příjemným klimatem porodního sálu, příjemným klimatem pokojů

šestinedělí, vřelým a empatickým chováním veškerého personálu a to vše při zajištění maximální bezpečnosti pro matku a dítě.

Rodičky berou v úvahu při výběru porodnického zařízení následující kritéria: klinika nebo menší porodnické oddělení, organizace předporodních kursů, zacházení s rodičkou během vlastního porodu a chování porodnického personálu, prostředí porodního sálu, vztah personálu k doprovodu rodičky, porodní plán rodičky, volný pohyb rodičky v I. době porodní, povinná příprava k porodu (holení, klyzma), možnost jídla a pití během porodu, možnost využití alternativních metod (hydroanalgezie, dostupnost míčů, žíněnek, závěsných lan a ribstol), míra rutinní medikace během porodu, volba polohy při porodu, počet episiotomií, počet indukovaných porodů a císařských řezů, poporodní ošetření novorozence (položení miminka na břicho matky), první přiložení k prsu, prostředí na oddělení šestinedělí, výsledky v kojení. Pokud se rodička rozhodne pro konkrétní porodnici, měla by si včas před porodem domluvit návštěvu, aby byla seznámena s dalšími postupy předporodní péče ve vybraném zařízení, a kde jí budou zodpovězeny konkrétní dotazy (6, 13).

### ***1.8 Historie porodnice v Jindřichově Hradci***

První nemocnicí v Jindřichově Hradci byla nemocnice či lazaret, jehož stavba byla započata roku 1818 a dokončena o rok později. Zpočátku nešlo o ústav, kde by bylo možné získat odbornější léčení. Její úroveň povznesl až v roce 1854 Dr. Josef Procházka, který zde pracoval jako výkonný lékař. Roku 1859 byla prohlášena hradecká nemocnice za všeobecně veřejnou. V pozdějších letech bylo rozhodnuto o stavbě nové nemocnice, a tak 8. ledna 1893 bylo slavnostně vysvěceno a odevzdáno veřejnosti k užívání zařízení s názvem Všeobecná veřejná nemocnice c. a k. Františka Josefa. Nemocnice měla celkem 70 lůžek, 52 v hlavní budově a 18 v infekčním pavilonu. V případě potřeby bylo možné zvýšit počet lůžek v hlavní budově o 18 a v infekčním pavilonu o dalších 12. O rodičkách se praví v 5. paragrafu ustanovení o přijímání nemocných, jež je součástí stanov nemocnice v předpisech o řízení ústavu a jeho organizaci. „Rodičky mohou být přijaty v případě nejdůtklivější potřeby jen tehdy, jsou-li bez přístřeší a nesmějí být odmítnuty, jde-li tu o potracení nebo předčasný porod. V ústavu mohou zůstat jen potud, pokud nebude možno je propustiti bez nebezpečí pro

vlastní jejich zdraví neb pro zdraví dítěte (10, s. nečíslovány).“ V dalších letech dosavadní nemocniční budova nedostačovala, proto byla rozšířena. Nová budova byla předána 8. března 1935 a současně bylo usneseno nazvat nemocnici Masarykovou. Po té bylo přikročeno ke stavbě chirurgického pavilonu, jehož součástí byla i gynekologie a porodnice umístěná ve druhém poschodí. Byl dokončen a otevřen 10. července 1938. V době protektorátu pracovaly v nemocnici německé porodní asistentky. K rozdělení chirurgie a gynekologie na 2 samostatná oddělení došlo v červenci 1950. Prvním primářem gynekologického a porodnického oddělení se stal MUDr. Josef Bašek. K 30. září roku 1957 pracovalo v nemocnici 12 porodních asistentek. V roce 1968 (1. května) primáře Dr. Baška vystřídal MUDr. Emil Brož. 1. září 1973 vyhrál konkurs na místo přednosta gynekologicko-porodnického oddělení MUDr. Jiří Kopečný. Funkci zastával do roku 1981, kdy ho vystřídal MUDr. Miroslav Kümmel na dlouhých 19 let. V roce 2000 byl jmenován primářem MUDr. Martin Kolář, v roce 2005 MUDr. Jaroslav Doucek. Za jeho působení bylo v roce 2007 přesunuto porodnické oddělení do nově zrekonstruovaných prostor pavilonu B. V únoru 2009 byl jmenován primářem oddělení MUDr. Jan Miklica a téhož roku v srpnu byl jmenován do funkce současný primář MUDr. Pavel Dejmal. První vrchní sestrou byla paní Libuše Kubů, ji vystřídala vrchní sestra Jiřina Čenková, která byla ve funkci až do svého odchodu do důchodu v roce 1979. V tomto roce byla jmenována vrchní sestrou paní Jiřina Masařová, jež byla ve funkci 11 let. V letech 1990 až 2009 působila ve funkci vrchní sestry paní Hana Voglová, jež byla poslední vrchní sestrou v jindřichohradecké nemocnici. V současné době jsou zde v pozici vedoucích nelékařských zdravotnických pracovníků staniční sestry a staniční sestry s více úseky (10).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

1. Zjistit, zda ženy znají programovaný porod.
2. Zjistit, kým byly ženy o metodě programovaného porodu informovány.
3. Zjistit, z jakých důvodů si ženy zvolily programovaný porod.
4. Zjistit, jaké mají ženy s programovaným porodem zkušenosti.

### **2.2 Výzkumné otázky**

1. Jak ženy popisují programovaný porod?
2. Kdo ženy o programovaném porodu informoval?
3. Proč si ženy zvolily programovaný porod?
4. Jaké mají ženy s programovaným porodem zkušenosti?

### **3 Metodika výzkumu**

#### **3.1 Metodika a technika výzkumu**

Empirická část práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumu. Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor (viz příloha 6), který probíhal u vybraných rodiček rodících v jindřichohradecké porodnici. Kritériem výběru byly rodičky s programovaným porodem.

Rozhovor s rodičkami byl anonymní a byl veden podle předem připravených otázek, které se týkaly problematiky programovaného porodnictví. Byly zaměřeny na vědomosti a zkušenosti rodiček s programovaným porodem. Standardizované otázky byly v některých případech doplněny o tzv. doplňující otázky. První část rozhovoru byla vždy provedena před porodem na porodním sále a druhá část rozhovoru po porodu na oddělení šestinedělí. Na základě rozhovorů byly posléze vytvořeny krátké kazuistiky. Kazuistiky tvořily výzkumný podklad pro sestavení kategorizačních tabulek, kde jsou shrnuty nejdůležitější výsledky výzkumu.

Empirická část probíhala od poloviny měsíce února do konce měsíce března. Pro umožnění výzkumného šetření na gynekologicko-porodnickém oddělení byla prostřednictvím žádosti oslovena hlavní sestra Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. (viz příloha 7). Pro doplnění odborných informací potřebných a důležitých k výzkumnému šetření bylo s povolením primáře gynekologicko-porodnického oddělení Nemocnice Jindřichův Hradec a. s. nahlédnuto do lékařské dokumentace vybraných respondentek (viz příloha 8).

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

Zkoumaný soubor tvořilo 8 rodiček s programovaným porodem, které rodily v jindřichohradecké porodnici.

Všechny rozhovory byly vedeny na gynekologicko-porodnickém oddělení. S rozhovorem souhlasilo všech 8 oslovených rodiček.

## 4.1 Výsledky

### 4.1 *Kazuistiky respondentek*

Pro přehlednost a srozumitelnost byly rozhovory s rodičkami přepsány do kazuistik.

#### *Respondentka č. 1*

Respondentce je 27 let, je svobodná, I gravida, I para. Její nejvyšší ukončené vzdělání je vysokoškolské, pracuje jako lékařka na interním oddělení.

Protože respondentka v Jindřichově Hradci bydlí a v nemocnici pracuje, tak ani neuvažovala, že by jela rodit někam jinam. Jelikož navštěvovala v těhotenství kurzy předporodní přípravy, které vede porodní asistentka pracující na porodnici v J. Hradci, byla seznámena s možnostmi, které rodičky v této porodnici před porodem a při porodu mají. Na kurzech se dozvěděla, že před porodem mohou rodičky zaujímat jakoukoli polohu, která jim vyhovuje, ale při samotném tlačení se zaujímá poloha v polosedě na porodnickém lůžku. Dále ví, že před porodem může využít sprchu a hydromasážní vanu, ale do vody, že se zde nerodí. Rodičkám jsou k dispozici i míče a žíněnky. Je možné mít u porodu i osobu blízkou, což respondentka využije. Při předporodní kontrole využila možnosti si prostředí porodních sálů prohlédnout. Na předporodním vyšetření dostala od porodní asistentky porodní plán, nad nímž nyní při příjmu společně s porodní asistentkou diskutovaly.

O programovaném porodu věděla, ale blíže byla informovaná až při předporodním vyšetření na porodním sále, kdy jí byl pro příznivý nález nabídnut. Pak si hledala nějaké informace na internetu. Programovaný porod respondentka popisuje tak, že v domluvený den ráno bude přijata na porodní sál a po provedených vyšetření se zvolí jedna z metod programovaného porodu.

Po celé těhotenství plánovala, že počká, až porod začne sám. Protože již měla po termínu porodu, začala být trochu nervózní a změnila názor. Pro programovaný porod se rozhodla při předporodním vyšetření, protože již byla netrpělivá, když se nemohla dočkat začátku porodu. Klady spatřuje v tom, že ví, kdy porodí, a tak se může na tolik očekávanou událost lépe připravit. Již kolem termínu porodu byla napjatá, kdy to začne,

a ono „pořád“ nic. Jako další výhodu uvedla, že si přítel může zařídít volno v práci. Při mé otázce si uvědomila, že nad riziky programovaného porodu neuvažovala, snad se jen obávala, zda nebudou větší porodní bolesti.

S manželem na téma programovaný porod hovořila, až když jí byl nabídnut v rámci předporodního vyšetření. Z jeho reakcí usoudila, že nebyl programovaným porodem příliš nadšen, ale přímo jí to neřekl. Respondentka usoudila, že nakonec s jejím rozhodnutím souhlasil, protože ji nechtěl ranit a ublížit.

Protože programovaný porod neplánovala, o zkušenosti jiných žen se nezajímala. Jen v podvečer před domluveným termínem pro porod, jí to přeci jen nedalo a zhlédla nějaké internetové stránky.

Respondentka porodila přirozenou cestou.

Ze svého porodu má respondentka dobrý pocit. Protože rodila poprvé, bylo pro ni všechno nové, nejvíce se obávala porodních bolestí, které podle svého mínění dobře zvládala. Respondentka uvedla, že od nástupu kontrakcí porodila za necelých 6 hodin. Tímto časem byla velice mile překvapena. Respondentka je spokojená se svým rozhodnutím pro programovaný porod.

Po provedených vyšetření jí byl zavedena do pochvy tableta s prostaglandinem, pak byla poučena, že by měla hodinu až dvě ležet, aby se tableta rozpustila. Po té, co se objevily první kontrakce, dostala přípravu. Potom trávila hodně času ve sprše na míči, což jí bylo velmi příjemné. Když po odtoku vody plodové kontrakce hodně zesílily, na radu porodních asistentek zkusila hydromasážní vanu včetně aromaterapie. Kromě vyšetření a KTG vůbec neležela, poloha vleže pro ni byla nejméně vyhovující. Když se porod chýlil ke konci, tak už byly bolesti nesnesitelné, respondentka si v duchu říkala, ať už to má za sebou. Psychickou oporou jí byl přítel.

Respondentka si myslí, že se aktivně zapojovala v průběhu porodu. Asistentky jí nabídly několik možností a ona si sama vybrala tu, která se jí zdála nejvíce vyhovující.

Podle respondentky, byly asistentky při porodu velmi trpělivé, naslouchali jí a vše pečlivě vysvětlovaly. Komunikace i spolupráce byla velmi dobrá. O všech krocích jí vždy poučily srozumitelně a dostatečně. Při porodu jí věnovaly dostatek času.

Protože respondentka rodila poprvé, nemůže učinit porovnání. Podle svého mínění, zvládla porod velice dobře, proto by programovaný porod využila i při dalším těhotenství. Svým známým by ho doporučila, protože se mohla na tolik očekávaný den dobře připravit, navíc vše proběhlo rychle a nad její očekávání.

*doplňující informace z lékařské dokumentace:*

U respondentky bylo ukončeno těhotenství programovaným porodem v 41+0 dle PM, UZ odpovídá.

U rodičky byla zvolena farmakologická metoda programovaného porodu.

Porod proběhl zcela fyziologicky, spontánně odtekla čirá voda plodová, žádné nepravidelnosti nenastaly.

Byl porozen zralý, čilý novorozenec mužského pohlaví s Apgar skóre 10, 10, 10.

V dokumentaci respondentky byl pouze informovaný souhlas s porodem přirozenou cestou.



## ***Respondentka č. 2***

Respondentce je 26 let, je vdaná, II gravida, II para. Její nejvyšší ukončené vzdělání je středoškolské, pracuje jako zahradnice v rodinné firmě.

Respondentka zde rodila i první „holku“, navíc zde bydlí, vůbec nerozmýšlela, že by jela rodit někam jinam. Už od svého prvního porodu ví, že může mít manžela u porodu, což využije i tentokrát. Zase by chtěla do hydromasážní vany, která jí minule velmi pomohla. Ví, že zde nemusí před porodem při bolestech ležet, využije zase míčů. Ví, že musí rodit na porodnickém lůžku, ale od prvního porodu ví, že na lůžko musí až na samotné tlačení. Před tím může zaujmout polohu, která jí vyhovuje.

Programovaný porod jí byl nabídnut při předporodní kontrole na porodním sále, když si vyslechla informace, tak se jí nabídka zalíbila a souhlasila. Programovaný porod popisuje tak, že v domluvený termín přijde na porodní sál, vyvolají se bolesti a zkusí se porodit. Při prvním porodu respondentce nejdříve odtekla voda a potom porod vyvolávali.

Pro programovaný porod se rozhodla až na kontrole na porodním sále a to proto, že ví, kdy porodí. Dopředu si zajistí hlídání své dcery a manžel volno v práci. Respondentka uvedla, že prvně rodila týden po termínu a měla zkaženou vodu, a tomu se chtěla vyvarovat. Nad riziky neuvažovala, asi jako při každém porodu.

Manžel respondentky nebyl jejímu rozhodnutí zrovna nakloněn, protože nemá rád žádné léky. Respondentka si prosadila své, nakonec i manžel byl rád, protože nemusí mít už další nervy, kdy to přijde, protože respondentku již gynekoložka v poradně od 36. týdne informovala, že má velký nález a že může každým dnem porodit.

O zkušenosti jiných žen se nezajímala, podle ní, žádná ze známých takto nerodila.

Respondentka porodila přirozenou cestou.

Respondentka je s programovaným porodem velmi spokojená, od začátku bolestí porodila velmi rychle – do 2 hodin. Respondentka uvedla, že i prvně rodila rychle.

Ráno byla respondentka vyšetřena a pak jí pustili vodu. Asi za 30 minut se objevily první bolesti, tak dostala „klystýr“. Respondentce při bolestech pomáhalo dýchání, sezení na míči ve sprše, hodně jí pomohl i přítomný manžel masáží zad. Když už byly bolesti „hrozné“, chtěla jít do vany, ale po vyšetření šla rovnou rodit. Vanu si užít nestihla. Pokud by porod srovnala s prvním porodem, tak tento porod byl o něco kratší, ale bolestivější.

Do porodního děje se aktivně zapojovala, po domluvě s asistentkami si vždy vybrala, co jí nejlépe vyhovovalo.

Porodní asistentky jí vše velmi dobře vysvětlovaly, komunikace byla povzbuzující, než provedly nějaký výkon, tak jí dopředu dostatečně a srozumitelně informovaly. Vždy věděla, co se bude dít. Z přístupu porodních asistentek měla skutečný pocit, že o ni mají zájem, byly velmi citlivé. Věnovaly se jí dostatečně.

Programovaný porod by využila i příště, protože nejsou pochyby, kdy to bude. Dopředu si zařídila hlídání své dcery a manžel volno v práci, vše bylo na porod lépe připravené. Rovněž jí vyhovovalo, že byl porod přes den, minule rodila v noci a byla více unavená. Svým známým by ho jej doporučila právě z těchto důvodů.

*doplňující informace z lékařské dokumentace:*

U respondentky bylo ukončeno těhotenství programovaným porodem ve 40+2 dle PM a 40+4 dle UZ.

U rodičky byla vzhledem k nálezům na porodních cestách zvolena mechanická metoda programovaného porodu, a to dirupce vaku blan. Voda plodová byla čirá, jednalo se o polyhydramnion.

Porod proběhl zcela fyziologicky, žádné nepravidelnosti nenastaly.

Byl porozen zralý, čilý novorozenec ženského pohlaví s Apgar skóre 9, 10, 10.

V dokumentaci respondentky byl pouze informovaný souhlas s porodem přirozenou cestou.

### ***Respondentka č. 3***

Respondentce je 27 let, je vdaná, II gravida, II para. Její nejvyšší ukončené vzdělání je vysokoškolské, pracuje jako klinický biolog.

Respondentka uvedla, že v J. Hradci bydlí a že zde rodila i svou první dceru. Protože zde byla při prvním porodu spokojená, tak ani neuvažovala, že by jela rodit do jiné porodnice. Navíc uvedla, že kdyby jela rodit jinam než v místě bydliště, bylo by všechno komplikovanější pro manžela i rodinu. Protože zde již rodila, ví, že má k dispozici hydromasážní vanu, míče, žíněny, aromaterapii. Ví, že se zde rodí v klasické poloze na porodní posteli, ale i ví, že tato poloha je vyžadována až na tlačení. Opět využije možnosti mít manžela u porodu. U svého obvodního gynekologa dostala porodní plán, na předporodním vyšetření jí bylo sděleno, že s ní bude prodiskutován při příjmu na porodní sál s ohledem k průběhu porodu, s čímž souhlasila.

O možnosti programovaného porodu se dozvěděla na předporodních kontrolách na porodním sále, respondentka uvedla, že věděla, že něco takového existuje, ale nebylo jí známo, že se jedná o pojem programovaný porod. Když jí při poslední kontrole pan doktor řekl, že má pěkný nález, tak se zeptala, zda by už nešlo porodit. Pak byla o této problematice informována a nakonec se domluvil termín nástupu na porodní sál. Programovaný porod popsala tak, že se uměle vyvolají bolesti, dokonce uvedla pojem prostaglandiny. V minulém těhotenství začal porod odtokem vody plodové, bolesti pak také vyvolávali.

O programovaný porod, na kterém se domluvila při kontrole na porodním sále, má zájem zejména proto, že má doma dvouletou dceru, a tak si lépe opatří hlídání. Manžel si může předem zařídit volno v práci. Nad riziky se nezamýšlela, jen uvedla, že má strach, ale to asi mívá každá žena před porodem.

Respondentka má o 19 let staršího manžela. Když přišla domů a řekla mu o svém rozhodnutí, tak jí řekl, že to nechá na ní, že těmto novým věcem nerozumí.

S kamarádkami si navzájem sdělovaly své zážitky z porodu, ale že by od nějaké přímo slyšela výraz programovaný porod, to si nevzpomíná.

Respondentka porodila přirozenou cestou.

S průběhem programovaného porodu je respondentka maximálně spokojená, uvádí, že porod proběhl nad její očekávání, od začátku bolestí porodila za 3 hodiny.

Respondentka uvedla, že se aktivně zapojovala do porodního děje, podle jejího přání byl po domluvě s porodními asistentkami brán zřetel na porodní plán, který si sebou přinesla.

Respondentka byla přijata ráno na porodní sál, po vyšetření a natočení miminka jí „píchlí“ plodovou vodu. Asi za hodinu se objevily první stahy, tak „dostala“ klyzma. Po vyprázdnění šla do sprchy, kde zůstala delší dobu, protože při zesilování kontrakcí jí teplá voda dělala dobře. Respondentce vyhovovala poloha v kleku na žíněnce, přičemž jí manžel masíroval v kříži. Pokud nemusela ležet, tak vůbec neležela. Když se objevily tlaky na konečník, tak byla vyšetřena s tím, že už může tlačit. Pokud by měla srovnat bolesti s minulým porodem, tak trvaly mnohem kratší dobu a daly se mnohem lépe vydržet.

Podle respondentky byly porodní asistentky velmi trpělivé, o všech krocích ji nejdříve dostatečně informovaly, ze strany porodních asistentek cítila maximální podporu. Jejich přístup byl vstřícný a citlivý, komunikace povzbuzující. Podle respondentky jí věnovaly dostatek času.

Určitě by programovaný porod doporučila, vyhovovalo jí, že se na porod mohla lépe připravit a pak i to, že rodila v denní dobu.

*doplňující informace z lékařské dokumentace:*

U respondentky bylo ukončeno těhotenství programovaným porodem ve 40+4 PM, UZ odpovídá.

U rodičky byla vzhledem k nálezům na porodních cestách zvolena mechanická metoda programovaného porodu, a to dirupce vaku blan. Voda plodová byla čirá.

Porod proběhl zcela fyziologicky, žádné nepravidelnosti nenastaly.

Byl porozen zralý, čilý novorozenec ženského pohlaví s Apgar skóre 9, 10, 10.

V dokumentaci respondentky byl pouze informovaný souhlas s porodem přirozenou cestou.

#### ***Respondentka č. 4***

Respondentce je 38 let, je svobodná, IV gravida, III para. Její nejvyšší ukončené vzdělání je středoškolské, pracuje jako zdravotní sestra.

Vzhledem k tomu, že respondentka bydlí v J. Hradci a rodila zde své dvě dcery, neuvažovala vůbec nad tím, že by jela родit jinam. Svou první dceru rodila ještě na starém sále, který se s rekonstruovanými prostory nynějšího porodního sálu nedá vůbec porovnat, protože prostory nového porodního sálu jsou komfortně a moderně vybaveny, a ženy při porodu mají konečně luxus, který si ve 21. století zaslouží. Ví, že se zde rodí na porodnickém lůžku, ale stejně tak i ví, že je zde rodičkám s ohledem na stav miminka a ženy umožněn volný režim. Dobu před porodem tak může trávit ve sprše, vaně, na míči, na žíněnce. Respondentka bude mít přítele u porodu stejně jako minule.

O programovaném porodu byla informována na předporodních kontrolách na porodním sále, při nichž vyjadřovala obavy z porodu vzhledem k svému věku. Programovaný porod chápe tak, že ve sjednaný den bude přijata na porodní sál a vyvolají se kontrakce a v denní době se porodí. Oba předchozí porody rodila krátce před termínem porodu.

Pro programovaný porod se rozhodla při kontrole na porodním sále. Vzhledem k svému věku vyjadřuje rodička značné obavy a strach z porodu, a tak uvítala, když jí pan doktor sdělil, že porod lze v jejím případě naprogramovat. Když znala den nástupu do porodnice, tak si i snáze zařídila chod domácnosti i péči o své dvě dcery, hlavně o tu malou, jsou jí teprve 2 roky. Manžel si mohl předem zajistit volno v práci. Nad riziky se ani nezamýšlela, i tak vyjadřuje obavy, aby to dobře dopadlo.

Přítel s její volbou souhlasil, společně termínu přizpůsobili chod rodiny, aby v její nepřítomnosti vše dobře fungovalo.

O zkušenosti jiných žen se nezajímala, protože programovaný porod dopředu neplánovala.

Respondentka porodila přirozenou cestou.

Respondentka uvedla, že je šťastná, že dobře a celkem rychle porodila. Po porodu zdravé holčičky se jí ulevilo. Od nástupu kontrakcí trval porod 4 hodiny. Je ráda, že se rozhodla pro programovaný porod.

V průběhu porodu dbala rad porodních asistentek, stále vyjadřovala obavy nad tím, aby bylo vše v pořádku.

Respondentka uvedla, že jí hned po přijetí pustily vodu, kontrakce začaly asi do 1,5 hodiny. Po přípravě byla ve sprše na míči, to už byly kontrakce silné. Po vyšetření jí byly zavedeny čípky na uvolnění branky a pak šla do hydromasážní vany. Respondentka uvedla, že jí byla vůně aromaoleje velmi příjemná. Když začaly ve vaně tlaky na konečník, byla vyšetřena. Chyběl ještě kousíček, tak jí dali infuzi. Na to asi do 20 minut porodila. Když by měla respondentka porovnat porody, tak jednoznačně nejdelší byl první porod, minulý porod byl s tímto porodem srovnatelný. Respondentka si je vědoma, že bolesti k porodu patří, ale ke konci byly „festovní“. Je ráda, že už to má za sebou a snad i naposledy.

S péčí porodních asistentek je velmi spokojena, hlavně s podporou a empatií. Při porodu se jí věnovaly dostatečně, vše jí pečlivě vysvětlily, měly zájem na tom, aby porod dobře zvládla. Respondentka uvedla, že jí dodávaly odvalu, když měla takové obavy. Jejich vystupování bylo příjemné a povzbuzující.

Programovaný porod by si zvolila znovu, ale podle respondentky žádné příště nebude, protože jí tři holky úplně stačí. Programovaný porod by znovu využila a doporučila právě proto, že si mohla doma vše zařídit a na porod připravit, ale zase by vyčkala určitě až po termínu porodu.

*doplňující informace z lékařské dokumentace:*

U respondentky bylo ukončeno těhotenství programovaným porodem ve 40+6 dle PM a 40+2 dle UZ.

U rodičky byla vzhledem k nálezům na porodních cestách zvolena mechanická metoda programovaného porodu, a to dirupce vaku blan, jednalo se o oligohydramnion. Pro primárně slabé kontrakce byla rodičce podána infuze s Oxytocinem.

Porod proběhl zcela fyziologicky, pupečník byl 1krát volně kolem krčku plodu a byl na něm pravý uzel.

Byl porozen zralý, čilý novorozenec ženského pohlaví s Apgar skóre 10, 10, 10.

V dokumentaci respondentky byl pouze informovaný souhlas s porodem přirozenou cestou.

### ***Respondentka č. 5***

Respondentce je 35 let, je vdaná, III gravida, III para. Respondentka je vyučena, pracuje jako sanitářka v nemocnici.

Respondentka je zaměstnána v nemocnici jako sanitářka, tak o jiné porodnici než hradecké neuvažovala. Navíc bydlí pár kilometrů od města. Aby věděla, jak vypadá prostředí porodního sálu, co mají rodičky k dispozici, domluvila si na konci těhotenství prohlídku sálu. Protože rodila před 17 a 13 lety, byla velmi překvapena, jak se vše změnilo. Porodní asistentky jí provedly sálem a zodpověděly její dotazy. Informovaly ji o všem, co je zde rodičkám k dispozici, jak je možné trávit čas před porodem, v jaké poloze se rodí. Nakonec jí daly s sebou seznam věcí, které jsou doporučovány pro maminku i miminko do porodnice a porodní plán, který byl pro ni také novinkou. Zároveň se ujistila, že je možné mít u porodu osobu blízkou. Velmi se těší, protože manžel bude u porodu poprvé.

O možnosti programovaného porodu se dozvěděla při kontrolách na konci těhotenství na porodním sále. Respondentka jej popisuje tak, že přijde bez bolestí v domluvený den na porodní sál, porod se vyvolá a měl by být v pracovní době. Předchozí porody programované nebyly.

Pro programovaný porod se rozhodla až na konci těhotenství, jedním z důvodů byly i její obavy, že rodí po tolika letech, bojí se více než při předchozích porodech. Hlavně vyjadřuje obavy nad tím, aby porod dobře zvládla. Manžel si zařídil volno v práci předem, když se mu naskytla možnost být u porodu. Rizika nezná.

Manžel respondentky s její volbou souhlasil.

O zkušenosti jiných žen se nezajímala, myslí si, že se na internetu všechno zveličuje.

Respondentka porodila přirozenou cestou.

S programovaným porodem byla velmi spokojena, po píchnutí vody porodila za necelé 2 hodiny, což při svých obavách a strachu vůbec nečekala.

Respondentka si vzala s sebou vyplněný porodní plán, nad kterým spolu s porodní asistentkou hned při příjmu diskutovaly, co je vhodné, co méně a co pouze za určitých podmínek. Nakonec porodila tak rychle, že na některé body absolutně nedošlo.

Po příjmu respondentce pustila paní doktorka vodu, pak hned měla „klystýr“, protože prý byla hodně otevřená. Ve sprše pak začala už cítit nějaké kontrakce, po vyšetření už byla úplně otevřená, ale bolesti byly zadlouho, tak jí dali infuzi. Do 30 minut byl porod. Těšila se na hydromasážní vanu, ale stihla pouze využít míč ve sprše. S infuzí byla na boku na porodnické posteli. Tento porod byl určitě nejkratší, i bolesti se daly vydržet.

Spolupráce a komunikace s porodními asistentkami byla velice dobrá, byly milé, vstřícné a usměvavé, snažily se jí maximálně pomoci. Měla z nich pocit, že jim jejich práce dělá opravdu radost, že ji dělají rády, a tak by to mělo fungovat všude. Informace jí poskytovaly srozumitelně a dostačující míře.

Žádné příště už nebude, všem ženám by dopřála takový porod, jaký měla ona. A to se tolik bála. Do termínu porodu by ale vyčkávala, protože doufala, že se porod rozběhne sám. Porod by využila a doporučila, protože se mohla na tolik očekávaný den připravit a protože probíhal během dne.

*doplňující informace z lékařské dokumentace:*

U respondentky bylo ukončeno těhotenství programovaným porodem ve 40+6 dle PM, UZ odpovídá.

U rodičky byla vzhledem k nálezům na porodních cestách zvolena mechanická metoda programovaného porodu, a to dirupce vaku blan. Pro primárně slabé kontrakce byla rodičce podána infuze s Oxytocinem.

Porod proběhl zcela fyziologicky, pupečník byl 1krát volně kolem krčku novorozence.

Byl porozen zralý, čilý novorozenec ženského pohlaví s Apgar skóre 10, 10, 10.

V dokumentaci respondentky byl pouze informovaný souhlas s porodem přirozenou cestou.



### ***Respondentka č. 6***

Respondentce je 41 let, je rozvedená, VI gravida, IV para. Její nejvyšší ukončené vzdělání je středoškolské s maturitou, pracuje jako obsluha čerpací stanice.

Všechny 3 porody rodila respondentka v J. Hradci, ten poslední před 2,5 roku v nové porodnici. Byla vždy spokojená, i když prostředí zrekonstruovaných prostor porodnice se nedá se starou porodnicí vůbec srovnávat, ale vzhledem k vstřícnosti personálu se dalo i ve staré porodnici dobře porodit. Z minulého porodu ví, že jsou zde k dispozici míče, žíněnka, hydromasážní vana a aromaterapie. Možné je zde mít u porodu i osobu blízkou.

O programovaném porodu byla respondentka informována při prohlídce na porodním sále, když vyjádřila své přání, že by už chtěla porodit. Programovaný porod pochopila tak, že přijde na porodní sál v předem domluvený den a porod se vyvolá. Tímto způsobem bude rodit poprvé.

Respondentka se pro programovaný porod rozhodla až na základě informací, které jí byly sděleny při kontrole na porodním sále. Protože je rozvedená a přítel není otcem jejích dětí, lépe si mohla zařídit hlídání a chod domácnosti, což jí dělalo velké starosti. Nad riziky se nijak nezamýšlela, jen uvedla, že snad jako při každém porodu.

Přítel respondentky jí v jejím rozhodnutí nijak nebránil.

O zkušenosti jiných žen se nezajímala, protože před tím nevěděla, že se porod tímto způsobem označuje jako programovaný.

Respondentka porodila přirozenou cestou.

Respondentka uvedla, že je ráda, že má konečně porod za sebou. Byla již velmi netrpělivá, aby porodila. Je ráda, že se tak rozhodla. Pravidelné bolesti začaly až po 5 hodinách po přijetí na porodní sál, pak ale porod proběhl rychle, asi za hodinu porodila.

Na sále se aktivně zapojovala dle rad porodních asistentek, hlavně chtěla rychle porodit.

Když byla respondentka přijata ráno na porodní sál, zavedli jí po vyšetření nějakou tabletu do pochvy. Po hodině začaly jen slabounké bolesti v podbřišku, tak jí asi za další hodinu píchli vodu a dali „klystýr“. Kontrakce pak zesilovaly, ale ještě nebyly pravidelné, tak dostala ještě infuzi. Na to pak kontrakce konečně zesílily, konec

už byl rychlý. Respondentka využila míče a hydromasážní vany. Přítele u porodu neměla.

S péčí porodních asistentek byla spokojená, byly trpělivé, povzbuzovaly ji, projevovaly zájem a naslouchali jí. Asistentky byly příjemné a citlivé. Informace, které jí během porodu poskytovaly, byly srozumitelné a dostačující. Věnovaly se jí dostatečně.

Respondentka uvedla, že nejvíce jí vyhovovalo, že věděla, kdy porodí. Neměla tak nervy s tím, jak rychle zaopatřit děti, o které se jí musí v její nepřítomnosti někdo postarat. Programovaný porod by doporučila i z důvodu, že se rodí v denní době, odpadá únava z nevyspalosti při porodu v noci.

*doplňující informace z lékařské dokumentace:*

U respondentky bylo ukončené těhotenství programovaným porodem ve 39+4 dle PM, UZ odpovídá.

U rodičky byla vzhledem k nálezům na porodních cestách zvolena mechanická metoda programovaného porodu, a to dirupce vaku blan. Pro primárně slabé kontrakce byla rodičce podána infuze s Oxytocinem.

Porod proběhl zcela fyziologicky, žádné nepravidelnosti nevznikly.

Byl porozen zralý, čilý novorozenec mužského pohlaví s Apgar skóre 9, 10, 10.

V dokumentaci respondentky byl pouze informovaný souhlas s porodem přirozenou cestou.

### ***Respondentka č. 7***

Respondentce je 36 let, je vdaná, III gravida, III para. Její nejvyšší ukončené vzdělání je vysokoškolské, pracuje jako projektová manažerka.

Jindřichohradeckou porodnici si respondentka vybrala proto, že i ona se zde narodila a že zde rodila i svého druhého syna. Prvního syna rodila v Praze v Podolí, což je podle respondentky továrna na výrobu dětí. Dalším důvodem je pak bydliště nedaleko Jindřichova Hradce. Co zde mají rodičky k dispozici, ví již od minulého porodu. Je to míč, sprcha, hydromasážní vana, volný pohyb před porodem a příjemná atmosféra. Respondentka uvádí, že se zde rodí v klasické poloze na lůžku.

Podrobně byla o možnosti programovaného porodu informována při kontrolách před porodem na porodním sále. Ví, že se jedná o porod, kdy přijde bez bolesti v domluvený den, bolesti se vyvolají. Ani jeden z předchozích porodů nebyl programovaný, při prvním porodu odtekla voda a při druhém porodu začala špinit, pak začaly bolesti a rychle porodila.

Pro programovaný porod se rozhodla až na koci těhotenství, už chtěla mít porod za sebou, protože se hrozně bála. Dále respondentka uvedla, že byl znát každý den navíc, na záchod chodila poslední noci už každou hodinu. Jako výhodu uvedla, že ví, kdy to bude. Na druhou stranu, protože jí byl znám den porodu, tak v noci před očekávaným dnem velmi špatně spala. Přemýšlela nad bolestí, ale hlavně nad tím, aby se jí narodilo zdravé dítě. Podle domluveného termínu si manžel zařídil volno z práce. Rizika nezná, nechtěla se ještě více bát.

Manžel rozhodnutí respondentky respektoval, také už to chtěl mít za sebou.

Zkušenosti s porodem si respondentka navzájem sděluje pouze s nejbližšími kamarádkami. Jedna z nich před měsícem porodila programovaným porodem a říkala jí, že má dobrou zkušenost, ať se toho nebojí.

Respondentka porodila přirozenou cestou.

Respondentka je spokojená, že dobře a rychle porodila. Bála se, že to bude horší. Od začátku pravidelných bolestí porodila za 3 hodiny. Rozhodně nelituje, že rozhodla pro programovaný porod.

Před porodem si aktivně volila polohu, která jí nejvíce vyhovovala. Úlevu zaznamenávala v teplé vodě.

Po přijetí byla respondentce puštěná voda, už za půl hodiny začaly první bolesti. Při dalším vyšetření byl nález větší, ale kontrakce nebyly silné a pravidelné, tak jí dali na Oxytocin. Když bolesti začaly sílit a byly pravidelné, zkusila respondentka hydromasážní vanu s aromaoleji, to jí bylo velice příjemné. Když už byly bolesti silné, byla vyšetřena, chvíli ještě musela vydržet ležet na boku, pak už mohla tlačit. Příjemná jí byla i sprcha, kde byla na míči. Na boku jí manžel masíroval v kříži. Tento porod trval podle respondentky o trochu déle, protože bolesti byly slabší a trvaly delší dobu.

Na péči poskytovanou porodními asistentkami při porodu respondentka bleskově odpověděla, že vše bylo na jedničku. V průběhu porodu jí poskytovaly dostatek informací, kterým rozuměla. Porodní asistentky jí povzbuzovaly, naslouchaly. Jejich přístup byl citlivý a příjemný. Během porodu jí věnovaly dostatek času.

I příště by využila programovaný porod, ale žádné příště nebude, protože tři synové jí stačí. Využila by ho z důvodu, že již byla na konci těhotenství hodně unavená. Svým blízkým by programovaný porod doporučila, protože si mohla vše potřebné zařídit a protože se rodí přes den, ale pouze v případě, že by již bylo po termínu porodu. Před termínem porodu by vyčkávala spontánního začátku.

*doplňující informace z lékařské dokumentace:*

Respondentce bylo ukončeno těhotenství programovaným porodem ve 40+5 dle PM, UZ odpovídá.

U rodičky byla vzhledem k nálezu na porodních cestách zvolena mechanická metoda programovaného porodu, a to dirupce vaku blan. Pro primárně slabé kontrakce byla rodičce podána infuze s Oxytocinem.

Porod proběhl zcela fyziologicky, žádné nepravidelnosti nevznikly.

Byl porozen zralý, čilý novorozenec mužského pohlaví s Apgar skóre 9, 10, 10.

V dokumentaci respondentky byl pouze informovaný souhlas s porodem přirozenou cestou.

### ***Respondentka č. 8***

Respondentce je 30 let, je rozvedená, III gravida, II para. Její nejvyšší ukončené vzdělání je středoškolské s maturitou, pracuje jako bankovní úřednice.

Respondentka se rozhodla pro jindřichohradeckou porodnici, protože si porod domluvila s jedním z lékařů oddělení, jenž jí byl i u prvního porodu. S tímto lékařem se zároveň domluvila na programovaném porodu, o který měla zájem. V Jindřichově Hradci rodila poprvé, protože prvně rodila na dřívějším pracovišti tohoto lékaře. Přítomnost tohoto lékaře byla pro její volbu rozhodující, proto se ani nezajímala, co je zde rodičkám k dispozici. Respondentka ani nevyužila prohlídku porodního sálu v těhotenství. Jen tušila, že se zde rodí asi v klasické poloze.

O možnosti programovaného porodu mluvila v prenatalní poradně se svým gynekologem, po té kontaktovala známého lékaře, aby se s ním blíže domluvila. Programovaný porod popisuje tak, že přijde v domluvený den na příjem, vyvolají se bolesti a zkusí se porodit. První porod začal u respondentky odtokem plodové vody.

O možnosti programovaného porodu začala uvažovat právě v poradně svého gynekologa. Porod už chtěla mít za sebou, protože byla po termínu, každé ráno zvracela a hodně jí páčila žába. Zároveň dodala, jestli to od ní nebylo vůči nenarozenému miminku sobecké, že brala ohledy jen na sebe. Ale chtít mít porod za sebou byl silnější. Riziky se nijak zvlášť nezabývala, nechtěla nic vědět, protože by se bála.

Přítel řekl respondentce, že ji obdivuje, že se pro programovaný porod rozhodla, že si nechá vyvolat bolesti. Pak si vzájemně vysvětlili, že by jim stejně neunikla, kdyby vyčkala spontánního začátku. Pak jí dal za pravdu.

O zkušenosti jiných žen se nezajímala, myslí si, že se na internetu dost zveličuje, nechtěla se dopředu strašit.

Respondentka porodila císařským řezem.

Přestože porodila císařským řezem, nelituje svého rozhodnutí pro programovaný porod. Nechtěla už dál čekat po termínu. S vedením porodu byla spokojená. Myslí si, že komplikace, které nastaly, nebyly způsobeny programovaným porodem.

Respondentka se aktivně zapojovala do porodního děje, vyhledávala si polohy, které jí přinášely alespoň trochu úlevu.

V den, kdy porodila, jela původně za lékařem dle předchozí domluvy na vyšetření a stanovení termínu přijetí do porodnice. Nález byl ale příznivý již v tento den, tak se domluvili, že se to zkusí hned. V duchu si přála, aby to tak dopadlo. Protože s tím nepočítala, tak se alespoň nebála dopředu. Po přijetí jí byla zavedena tableta, nepravidelné bolesti začaly asi za 1,5 hodiny. Za další 2 hodiny už byly pravidelné. Když už byly bolesti silnější, vyhovovala jí poloha ve stoje v předklonu, ulevilo se jí i v teplé vodě ve sprše na míči a hydromasážní vaně. Pokud by měla bolesti porovnat s prvním porodem, tak nebyly horší. Velkou podporou jí byl přítel. Při „natočení miminka“ za ní přišel lékař a vysvětlil jí, že se miminku nedaří dobře, že udělají císařský řez. Po porodu pak za ní přišel lékař znovu a vysvětlil jí pravděpodobnou příčinu komplikací, miminko mělo pupeční šňůru kolem krku pevně utaženou. Respondentka se zajímala, zda by tomu bylo tak i u spontánního porodu.

S péčí, přístupem a chováním porodních asistentek byla velmi spokojená, byly příjemné a vnímavé. Informace, které jí v průběhu porodu poskytovaly, byly srozumitelné a dostačující. Při porodu cítila podporu, zájem a porozumění. Věnovaly jí dostatečně.

Respondentka zatím další dítě neplánuje, ale programovaný porod by využila i příště, pokud by byla již po termínu porodu, a doporučila z důvodu, že odpadnou stresy z očekávaného začátku porodu. Programovaný porod by si zvolila i proto, že by se opět domluvila s lékařem, který jí byl při obou porodech.

*doplňující informace z lékařské dokumentace:*

U respondentky bylo ukončeno těhotenství programovaným porodem ve 40+4 dle PM, UZ odpovídá.

U rodičky byla vzhledem k nálezům na porodních cestách zvolena farmakologická metoda programovaného porodu.

Vzhledem k suspektním kardiokografickým záznamům byl porod ukončen císařským řezem. Pupeční šňůra byla u novorozence omotána 2krát pevně kolem krčku.

Byl porozen zralý, čilý novorozenec ženského pohlaví a Apgar skóre 7, 8, 10.

V dokumentaci respondentky byl informovaný souhlas s porodem přirozenou cestou, s neodkladným císařským řezem a celkovou anebo regionální anestezií.

## 4.2 Kategorizace dat v tabulkách

### *Seznam kategorizačních skupin*

1. Identifikační údaje respondentek (tabulka 1)
2. Aspekty výběru porodnice (tabulka 2)
3. Znalost respondentek o vybavení a možnostech na porodním sále (tabulka 3)
4. Zdroj informací o možnosti programovaného porodu (tabulka 4)
5. Popis programovaného porodu respondentkami (tabulka 5)
6. Důvod volby a výhody programovaného porodu uvedené respondentkami (tabulka 6)
7. Znalost rizik programovaného porodu (tabulka 7)
8. Názor partnera na programovaný porod (tabulka 8)
9. Zájem respondentek o zkušenosti jiných žen s programovaným porodem (tabulka 9)
10. Způsob ukončení porodu (tabulka 10)
11. Spokojenost respondentek s volbou programovaného porodu (tabulka 11)
12. Spokojenost respondentek s ošetrovatelskou péčí porodních asistentek při porodu (tabulka 12)
13. Tvrzení respondentek, proč by i při dalším porodu využily možnosti programovaně porodit (tabulka 13)
14. Důvod, proč by respondentky doporučily programovaný porod svým blízkým (tabulka 14)
15. Týden ukončení těhotenství programovaným porodem (tabulka 15)
16. Metoda programovaného porodu (tabulka 16)
17. Zralost novorozenců (tabulka 17)

**Tabulka 1 Identifikační údaje respondentek**

R = respondentka	Věk	Rodinný stav	Vzdělání	Gravida	Parita
<b>R1</b>	27 let	svobodná	VŠ	I	I
<b>R2</b>	26 let	vdaná	SŠ	II	II
<b>R3</b>	27 let	vdaná	VŠ	II	II
<b>R4</b>	38 let	svobodná	SŠ	IV	III
<b>R5</b>	35 let	vdaná	vyučena	III	III
<b>R6</b>	41 let	rozvedená	SŠ	VI	IV
<b>R7</b>	36 let	vdaná	VŠ	III	III
<b>R8</b>	30 let	rozvedená	SŠ	III	II

Tato tabulka prezentuje identifikační údaje respondentek. Kategorii odpovědi je *věk*, *rodinný stav*, *nejvyšší ukončené vzdělání*, *gravida* a *parita* respondentek.



**Tabulka 2 Aspekty výběru porodnice**

R = respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	Součet
Porodnice v místě bydliště	1	1	1	1		1			5
Nejbližší porodnice					1		1		2
Předchozí zkušenost		1	1	1		1	1		5
Domluvený lékař při porodu								1	1
Programovaný porod								1	1
Prohlídka porodnice	1				1				2
<b>Celkový výskyt</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>16</b>

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě, proč si rodičky zvolily porodnici v Jindřichově Hradci. Nejčastější kategorie odpovědi je *porodnice v místě bydliště* a *předchozí zkušenost*, je uvedena 5krát. 2krát je uvedena kategorie odpovědi *nejbližší porodnice* a *prohlídka porodnice*. 1krát je uvedena kategorie odpovědi *domluvený lékař při porodu* a *programovaný porod*, které uvedla respondentka 8. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 15.

**Tabulka 3 Znalost respondentek o vybavení a možnostech na porodním sále**

R = respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	Součet
Míč	1	1	1	1	1	1	1		7
Žíněnka	1		1	1	1	1			5
Sprcha	1			1	1		1		4
Hydromasážní vana	1	1	1	1	1	1	1		7
Aromaterapie			1		1	1			3
Volný pohyb před porodem	1	1	1	1	1		1		6
Poloha při porodu	1	1	1	1	1		1	1	7
Přítomnost blízké osoby	1	1	1	1	1	1	1		7
Porodní plán	1		1		1				3
<b>Celkový výskyt</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>49</b>

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentek o jejich znalosti vybavení a možnosti na porodním sále během porodu. Nejčastější kategorie odpovědi jsou 4, a to *míč*, *hydromasážní vana*, *poloha při porodu* a *přítomnost blízké osoby při porodu*, byly uvedeny 7krát. Kategorie odpovědi *volný pohyb před porodem* byla uvedena 6krát, kategorie odpovědi *žíněnka* byla uvedena 5krát, kategorie odpovědi *sprcha* byla uvedena 4krát. Kategorie odpovědi *aromaterapie* a *porodní plán* byly uvedeny shodně, a to 3krát. Ve všech kategoriích odpověděla respondentka 5, respondentka 8 odpověděla v jediné kategorii. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 49.

**Tabulka 4 Zdroj informací o možnosti programovaného porodu**

R = respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	Součet
Při předporodním vyšetření na PS	1	1	1	1	1		1		6
Při prohlídce PS						1			1
Obvodní gynekolog								1	1
<b>Celkový výskyt</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>8</b>

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku, kdo je informoval o možnosti programovaného porodu. Nejčastější kategorie odpovědi je *při předporodním vyšetření na porodním sále*, byla uvedena 6krát. Kategorie odpovědi *při prohlídce porodního sálu a obvodní gynekolog* byly uvedeny 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 8.

**Tabulka 5 Popis programovaného porodu respondentkami**

R = respondentka	Popis programovaného porodu
<b>R1</b>	v domluvený den ráno přijde na porodní sál, po provedených vyšetření se zvolí jedna z metod programovaného porodu
<b>R2</b>	v domluvený termín přijde na porodní sál, vyvolají se bolesti a zkusí se porodit
<b>R3</b>	uměle se vyvolají bolesti, uvedla pojem prostaglandiny
<b>R4</b>	ve sjednaný den bude přijata na porodní sál, vyvolají se kontrakce a v denní době se porodí
<b>R5</b>	přijde bez bolestí v domluvený den na porodní sál, porod se vyvolá a měl by být v pracovní době
<b>R6</b>	přijde v předem domluvený den na porodní sál a porod se vyvolá
<b>R7</b>	bez bolestí přijde v domluvený den, bolesti se vyvolají
<b>R8</b>	v domluvený den přijde na příjem, vyvolají se bolesti a zkusí se porodit

Tato tabulka prezentuje odpovědi respondentek, jak popisují a chápou programovaný porod. Všechny respondentky chápou podstatu programovaného porodu.

**Tabulka 6 Důvod volby a výhody programovaného porodu uvedené respondentkami**

R = respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	Součet
Po termínu porodu	1	1						1	3
Netrpělivost	1								1
Nejsou stresy, kdy porod začne	1						1		2
Zajištění hlídání dětí		1	1	1		1			4
Zajištění chodu domácnosti				1		1			2
Zná den porodu, lépe se připraví	1	1					1		3
Partner si zajistí volno v práci	1	1	1	1	1		1		6
Strach z porodu				1	1		1		3
Domluvený lékař								1	1
<b>Celkový výskyt</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>25</b>

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na důvod volby a výhody programovaného porodu. Nejčastější kategorie odpovědi je *partner si zajistí v práci volno*, byla uvedena respondentkami 6krát. 4krát byla uvedena kategorie odpovědi *zajištění hlídání dětí*. 3krát byla uvedena kategorie odpovědi *strach z porodu*, *po termínu porodu* a *zná den porodu, lépe se připraví*. 2krát byla respondentkami uvedena kategorie odpovědi *nejsou stresy, kdy porod začne* a *zajištění chodu domácnosti*. 1krát byla respondentkami uvedena kategorie odpovědi *netrpělivost* a *domluvený lékař*. Respondentka 1 odpověděla v 5 kategoriích. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 25.

**Tabulka 7 Znalost rizik programovaného porodu**

R = respondentka	Popis programovaného porodu
<b>R1</b>	nad riziky neuvažovala, snad se jen bála větších bolestí
<b>R2</b>	nad riziky neuvažovala
<b>R3</b>	nad riziky se nezamýšlela
<b>R4</b>	nad riziky se nezamýšlela
<b>R5</b>	rizika nezná
<b>R6</b>	nad riziky se nezamýšlela
<b>R7</b>	rizika nezná
<b>R8</b>	rizika nechtěla vědět

Tato tabulka prezentuje odpovědi respondentek na otázku, jaká spatřují rizika v programovaném porodu. Pouze respondentka 1 se obávala větších bolestí, ostatním respondentkám nejsou rizika známa nebo o nich vůbec neuvažovaly.

**Tabulka 8 Názor partnera na programovaný porod**

R = respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	Součet
Nebyl nadšen, ale souhlasil	1								1
Nebyl jejím rozhodnutím nakloněn		1							1
Rozhodnutí ponechal na respondentce			1						1
Souhlasil				1	1	1	1	1	5
<b>Celkový výskyt</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>8</b>

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na názor partnera na jejich volbu programovaného porodu. Nejčastější kategorie odpovědi je *souhlasil*, byla uvedena 5krát. Ostatní kategorie odpovědi byly uvedeny 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědi respondentek je 8.

**Tabulka 9 Zájem respondentek o zkušenosti jiných žen s programovaným porodem**

R = respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	Součet
Zajímala se							1		1
Nezajímala se	1	1	1	1	1	1		1	7
<b>Celkový výskyt</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>8</b>

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentek, zda se zajímaly o zkušenosti jiných žen, které rodily programovaným porodem. Kategorie odpovědi *nezajímala se* byla uvedena 7krát, pouze 1krát byla uvedena kategorie odpovědi *zajímala se*. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědi respondentek je 8.

**Tabulka 10 Způsob ukončení porodu**

R = respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	Součet
Přirozená cesta	1	1	1	1	1	1	1		7
Operačně - s. c.								1	1
<b>Celkový výskyt</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>8</b>

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na otázku, jakou cestou byl ukončen porod. Kategorie odpovědi *přirozená cesta* byla uvedena 7krát, kategorie odpovědi *operačně císařským řezem* byla uvedena 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentek je 8.

**Tabulka 11 Spokojenost respondentek s volbou programovaného porodu**

R = respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	Součet
Spokojená	1	1	1	1	1	1	1	1	8
<b>Celkový výskyt</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>8</b>

Tato tabulka prezentuje odpovědi respondentek, zda byly spokojené s volbou programovaného porodu, zda se jim splnilo jejich očekávání. Všechny respondentky uvedly, že s volbou ukončit těhotenství programovaným porodem jsou spokojené.



**Tabulka 12 Spokojenost respondentek s ošetrovatelskou péčí porodních asistentek při porodu**

R = respondentka	přístup PA	edukace	komunikace	věnovaný čas
<b>R1</b>	trpělivé	srozumitelná, dostatečná	naslouchaly jí	dostatečný
<b>R2</b>	citlivý	srozumitelná, dostatečná	povzbuzující	dostatečný
<b>R3</b>	vstřícný, citlivý	dostatečná	povzbuzující	dostatečný
<b>R4</b>	empatický, příjemný	pečlivá	pomáhající	dostatečný
<b>R5</b>	milé, vstřícné, usměvavé	srozumitelná	pomáhající	dostatečný
<b>R6</b>	trpělivé, naslouchaly jí	srozumitelná, dostačující	povzbuzující	dostatečný
<b>R7</b>	naslouchaly jí	srozumitelná	povzbuzující	dostatečný
<b>R8</b>	příjemné, vnímavé	srozumitelná	pomáhající	dostatečný

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentek na spokojenost s ošetrovatelskou péčí porodních asistentek při programovaném porodu. V tabulce jsou uvedeny kategorie odpovědi *přístup porodních asistentek*, *edukace*, *komunikace* a *čas*, který věnovaly porodní asistentky respondentkám.

**Tabulka 13 Tvrzení respondentek, proč by i při dalším porodu využily možnosti programovaně porodit**

R = respondentka	Tvrzení respondentky
<b>R1</b>	podle svého mínění zvládla programovaný porod dobře, proto by ho využila i příště
<b>R2</b>	nejsou pochyby, kdy porodí; možnost zařízení chodu domácnosti
<b>R3</b>	možnost se na porod lépe připravit, porod v denní době
<b>R4</b>	možnost se na porod připravit a zařídit si chod domácnosti
<b>R5</b>	možnost se na tolik očekávaný den připravit, porod v denní době
<b>R6</b>	ví, kdy porodí; zařízení si chodu domácnosti
<b>R7</b>	z důvodu únavy na konci těhotenství, každý den navíc byl znát
<b>R8</b>	odpadnou stresy, kdy porod začne; domluvený lékař při porodu

Tato tabulka prezentuje rozhodnutí respondentek, proč by si i při dalším porodu zvolily možnost programovaně porodit.

**Tabulka 14 Důvod, proč by respondentky doporučily programovaný porod svým blízkým**

R = respondentka	Důvod respondentky
<b>R1</b>	možnost se na tolik očekávaný den dobře připravit; odpadnou stresy, kdy porod začne
<b>R2</b>	známé datum porodu, možnost zařízení chodu domácnosti a hlídání dětí, porod v denní době
<b>R3</b>	možnost přípravy na porod, porod v denní době
<b>R4</b>	možnost se na porod připravit a zařídit si chod domácnosti
<b>R5</b>	možnost se na porod připravit, porod v denní době
<b>R6</b>	zařízení si chodu domácnosti, porod v denní době, není únava jako při porodu v noci
<b>R7</b>	zařízení všeho potřebného; porod přes den; odpadnou stresy, kdy porod začne
<b>R8</b>	nejsou stresy, kdy se porod rozběhne; domluvený lékař

Tato tabulka prezentuje odpovědi respondentek na otázku: proč byste doporučila programovaný porod svým blízkým?

**Tabulka 15 Týden ukončení těhotenství programovaným porodem**

R = respondentka	<b>R1</b>	<b>R2</b>	<b>R3</b>	<b>R4</b>	<b>R5</b>	<b>R6</b>	<b>R7</b>	<b>R8</b>
Datace dle PM	41+0	40+2	40+4	40+6	40+6	39+4	40+5	40+4
Datace dle UZ	odp.	40+4	odp.	40+2	odp.	odp.	odp.	odp.

Tato tabulka prezentuje, v jakém týdnu gestace bylo těhotenství ukončeno programovaným porodem. Dle kategorií odpovědí bylo těhotenství u všech respondentek ukončeno mezi 39. a 41. týdnem gravidity. (odp. = odpovídá)

**Tabulka 16 Metoda programovaného porodu**

R = respondentka	R1 Ipara	R2 IIpara	R3 IIIpara	R4 IIIIpara	R5 IIIIIIpara	R6 IVpara	R7 IIIIpara	R8 IIpara	Součet
DVB		1	1						2
DVB+ Oxytocin				1	1	1	1		4
PGE 2	1							1	2
<b>Celkový výskyt</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>8</b>

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě zvolenou metodu programovaného porodu u respondentek. Nejčastější je kategorie *DVB + Oxytocin* (dirupce vaku blan - mechanická metoda kombinovaná s Oxytocinem - farmakologickou metodou), byla zvolena u 4 respondentek. Kategorie *DVB* (dirupce vaku blan – mechanická metoda) byla zvolena u 2 respondentek, kategorie *PGE 2* (prostaglandin – farmakologická metoda) byla zvolena u 2 respondentek. Celkový výskat kategorizovaných odpovědí respondentek je 8.

**Tabulka 17 Zralost novorozenců**

R = respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	Součet
Zralý	1	1	1	1	1	1	1	1	8
<b>Celkový výskyt</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>8</b>

Tato tabulka prezentuje zralost novorozenců respondentek. Novorozenci všech respondentek byli klasifikováni kategorií *zralý*.

## 5 Diskuze

V našem výzkumu jsme se zabývali, jak vidí programovaný porod rodičky, které si tuto cestu zvolily k ukončení svého těhotenství. Jedná se o indukci děložní činnosti v termínu porodu bez lékařské indikace, kdy důvodem je přání rodičky ukončit termínové těhotenství.

Na samém začátku práce nás zajímalo, proč se respondentky rozhodly родit v jindřichohradecké porodnici (viz tabulka 2). Pět respondentek z osmi jednoznačně uvedlo jako aspekt výběru porodnice fakt, že je zvolená porodnice v místě jejich bydliště. Tento výsledek se shoduje s MUDr. Pařízkem, který uvádí: „Váš výběr porodnice se bude řídit takovými hledisky, jako jsou kvalita porodnické a pediatrické péče, vybavení porodních sálů a pokojů šestinedělí, vzdálenost porodnice od místa bydliště“ (13, s. 222). Pět respondentek rovněž odpovědělo, že kritériem jejich výběru byla předchozí zkušenost. Dvě respondentky odpověděly, že důvodem jejich výběru byla prohlídka porodnice. Tento výsledek potvrzuje Labusová, která uvádí: „Jak vypadá přípravná a jaký je porodní sál? Působí aspoň trochu pozitivně? ... (6, s. 78). Pouze jedna respondentka uvedla jako důvod výběru porodnického zařízení programovaný porod a domluveného lékaře u porodu. Ani jedna z respondentek neuvedla jako důvod objektivní měřítko hodnotící úroveň porodnice, jímž je porodnost a zdravotní stav matek a dětí, jak uvádí Labusová (6). V souvislosti s tímto zjištěním byla navržena **hypotéza č. 1: „Ženy si nejčastěji volí porodnické zařízení dle vzdálenosti porodnice od místa bydliště a na základě předchozí zkušenosti“.**

V souvislosti s výběrem porodnice nás zajímalo, zda respondentky vědí, co mají rodičky v jindřichohradecké porodnici k dispozici (viz tabulka 3). Vybavení porodnice je dalším aspektem při výběru porodnice. Tento výsledek se shoduje s Labusovou, která uvádí: „Může se maminka během první doby porodní volně pohybovat? ... Je k dispozici vana nebo alespoň sprcha pro zmírnění porodních bolestí? A co míče, žíněnky...“ (6, s. 78). Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí je 49, pouze jedna respondentka uvedla odpověď v jediné kategorii, a to poloha při porodu, na kterou jsme se ptali v další otázce, jež je uvedena také v tabulce 3: „V jaké poloze se zde rodí?“. Polohu při porodu zná sedm z osmi respondentek, jedná se o polohu na porodnickém

lůžku v polosedě. Shodně 7krát byly uvedeny ještě kategorie míč, hydromasážní vana a přítomnost blízké osoby.

Další otázky části rozhovoru, která byla u respondentky vždy provedena před porodem na porodním sále hned po přijetí, byly zaměřeny přímo k tématu práce. Nejprve nás zajímalo, kdo respondentky o možnosti programovaného porodu informoval. Ukázalo se, že šest respondentek z celkového počtu osm uvedlo, že byly informovány při předporodních kontrolách na porodním sále (viz tabulka 4). Pomocí tohoto zjištění jsme si odpověděli na **výzkumnou otázku č. 2: „Kdo ženy o programovaném porodu informoval?“**. V souvislosti s tímto byla navržena **hypotéza č. 2: „Ženy jsou nejčastěji informovány o možnosti programovaného porodu při předporodních kontrolách na porodním sále“**.

Dále nás zajímalo, jak respondentky svými slovy popisují programovaný porod. Z rozhovoru vyplynulo, že všech 8 oslovených respondentek chápe podstatu programovaného porodu a to tak, že v domluvený den budou přijaty na porodní sál a porod se vyvolá (viz tabulka 5). To se shoduje s profesorem Roztočilem, který uvádí: „Programovaný porod je indukce děložní činnosti v termínu porodu (obvykle 39. – 41. týden gestace) bez lékařské indikace, kdy důvodem je přání pacientky ukončit termínové těhotenství. ...“ (24, s. 9). Těmito výsledky jsme si odpověděli na **výzkumnou otázku č. 1: „Jak ženy popisují programovaný porod?“**. K této oblasti byla navržena **hypotéza č. 3: „Ženy popisují programovaný porod tak, že jsou přijaty v domluvený den na porodní sál a porod se vyvolá“**.

Programovaný porod má výhody, které jsou povahy medicínské, psychologické, ekonomické a organizační. Zajímalo nás, jaké výhody v programovaném porodu vidí respondentky (viz tabulka 6). Šest respondentek uvedlo, že si partner předem zajistí volno v práci, aby mohl být u porodu. Čtyři respondentky uvedly, že si lépe zajistí hlídání dětí. Tři respondentky uvedly, že znají den porodu. Dvě respondentky uvedly, že si lépe zajistí chod domácnosti. Z okruhů výsledků nám vychází zjištění, že důvod, proč si respondentky zvolily programovaný porod, vidí především ve výhodách psychologických. Výsledek psychologických výhod se shoduje s profesorem Roztočilem, který uvádí: „K psychologickým výhodám patří snížení psychického napětí

matky při očekávaném začátku porodu, plánovaná organizace chodu domácnosti v době její nepřítomnosti a snazší naplánování přítomnosti manžela u porodu“ (24, s. 9). Jen tři respondentky uvedly jako důvod volby programovaného porodu jednu z medicínských výhod, a to, že jsou již po termínu porodu. Podle profesora Roztočila mezi medicínské výhody patří prevence prodlouženého těhotenství, možnost monitorování porodu od jeho počátku a vyloučení možnosti porodu mimo ústav. Nepřekvapilo nás, že organizační a ekonomické výhody neuvedla ani jedna respondentka. Na základě těchto výsledků jsme si mohli odpovědět na **výzkumnou otázku č. 3: „Proč si ženy zvolily programovaný porod?“**. V souvislosti s tímto zjištěním byla navržena **hypotéza č. 4: „Ženy si volí programovaný porod především z psychologických důvodů“**.

Jestliže nás zajímaly výhody programovaného porodnictví, tak na straně druhé nás zajímala i rizika. Zajímavým zjištěním pro nás bylo, že žádná z respondentek nezná možná rizika programovaného porodu. Respondentky shodně odpovídaly, že se nad riziky nezamýšlely nebo že nad riziky neuvažovaly nebo že rizika nechtěly vědět (viz tabulka 7).

Zajímavá byla odpověď respondentek na otázku: „Jaké zkušenosti mají ženy, které porodily metodou programovaného porodu, pokud jste se o ně zajímala?“ O zkušenosti jiných žen se zajímala pouze jedna respondentka (viz tabulka 9).

Kontroverzní je otázka, zda použití prostaglandinů, oxytocinu a dirupce vaku blan jako metod programovaného a indukovaného porodu nezvyšuje frekvenci císařských řezů a frekvenci vaginálních operačních porodů. Proto nás zajímalo, jakým způsobem byly ukončeny programované porody respondentek. Pouze u jedné respondentky byl porod ukončen císařským řezem (viz tabulka 10). Tento výsledek se shoduje se studií MUDr. Ladislavy Kopřivové s názvem „Vliv programovaného a indukovaného porodu na frekvenci císařských řezů a vaginálních operačních porodů“, v jejímž závěru uvádí: „Pravidelný rozbor operativy a srovnání s rozborů jiných pracovišť umožňuje detailně analyzovat trendy v současné porodnické operativě. Bylo potvrzeno bezpečné užití prostaglandinů při indukování a programování porodu, při splnění všech podmínek. Klinické studie potvrzují bezpečnost užití prostaglandinů a oxytocinu jako metod indukce. Indukované porody nezvyšují frekvenci císařských

řezů“ (5, s. 20). Pro tuto oblast byla navržena **hypotéza č. 5: „Indukované porody nezvyšují frekvenci císařských řezů“**.

V dalších otázkách nás zajímalo, zda se respondentkám naplnilo jejich očekávání při volbě programovaného porodu, jestli byly s vedením a průběhem porodu spokojené. Ukázalo se, že byly všechny respondentky spokojené, svého rozhodnutí rodit programovaným porodem nelitují (viz tabulka 11). Většinou uvedly, že porod probíhal nad jejich očekávání. Překvapivé je, že spokojenost vyjádřila i respondentka, u které byl porod ukončen císařským řezem. Tímto výsledkem jsme si odpověděli na **výzkumnou otázku č. 4: „Jaké mají ženy s programovaným porodem zkušenosti?“**. Skutečnost, že byly respondentky s programovaným porodem spokojené, se nám potvrdila i v odpovědích na další otázky v rozhovoru. Ptali jsme se, proč by i příště využily programovaný porod a proč by ho doporučily svým známým (viz tabulka 13 a 14). Tvrzení respondentek, proč by i příště doporučily programovaný porod a z jakých důvodů, koresponduje s výhodami programovaného porodu (viz tabulka 6). Pro tuto oblast byla navržena **hypotéza č. 6: „Ženy jsou s volbou programovaného porodu spokojené, programovaný porod by si zvolily i příště a svým známým by jej doporučily“**.

Další oblastí výzkumu, která se týkala této práce, byla spokojenost respondentek s ošetrovatelskou péčí poskytovanou porodními asistentkami při programovaném porodu. Velmi nás potěšila skutečnost, že z odpovědí všech respondentek vyplývá, že byly s péčí porodních asistentek spokojeny (viz tabulka 12). Námi zjištěné výsledky se shodují s literaturou, ve které Leifer Gloria uvádí: „Kromě sledování stavu rodičky a plodu se porodní asistentka stará také o to, aby žena co nejlépe snášela porodní bolesti – zajišťuje pohodlí, polohování, poučování a povzbuzování“ (7, s. 161).

Protože v definici programovaného porodu stojí, že jde o indukci děložní činnosti v termínu porodu (obvykle 39. až 41. týden gestace), zajímalo nás v našem výzkumu, kdy bylo těhotenství programovaným porodem ukončeno u respondentek (viz tabulka 15). Z tabulky vyplývá, že se výsledky shodují s definicí. Získané výsledky korespondují s literaturou a daly se v tomto případě přímo očekávat, neboť donošenost je jednou z podmínek programovaného porodu. Profesor Roztočil v podmínkách



k provedení programovaného porodu uvádí: „Těhotenství musí být donošené (39. - 41. týden verifikovaný ultrazvukovou biometrií) ...“ (22, s. 157).

V doporučených postupech Preindukce a indukce porodu jsou popsány metody programovaného porodu, které se dělí na mechanické a farmakologické. Jedinou klinicky používanou mechanickou metodou je dirupce vaku blan. Je využívána u velmi zralých čípků. Děložní činnost může vyvolat samotná dirupce nebo může být kombinována s metodou farmakologickou. Když za dvě hodiny po dirupci nenastoupí kontrakce děložní, aplikuje se v kapénkové infuzi oxytocin. Z farmakologických metod mají na vyvolání děložních kontrakcí účinky vedle oxytocinu ještě prostaglandiny. Jaké metody byly použity u respondentek v našem výzkumu, ukazuje tabulka 16. Vyplynulo, že metoda dirupce vaku blan v kombinaci s oxytocinem byla zvolena u čtyř respondentek, u dvou respondentek byla zvolena samotná dirupce a u dalších dvou respondentek byly použity prostaglandiny. Získané výsledky souvisí s faktem, že pouze jedna respondentka byla prvorodička, ostatní respondentky byly vícerodičky.

Jelikož se v případě programovaného porodu musí jednat o těhotenství donošené, zajímala nás zralost novorozenců respondentek (viz tabulka 17). Profesor Roztočil uvádí: „Hlavním argumentem oponentů programovaného porodnictví je možnost vzniku iatrogenní prematurity“ (22, s. 158). Všech osm novorozenců bylo klasifikováno kategorií zralý. Výsledky se shodují s literaturou, která uvádí, že při současném systému prenatální péče a ultrazvukovém vyšetření těsně před porodem je vznik iatrogenní prematurity prakticky vyloučen (22).

## 6 Závěr

V této bakalářské práci byly stanoveny 4 cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda ženy znají pojem programovaný porod. Druhým cílem bylo zjistit, kým byly ženy o metodě programovaného porodu informovány. Třetím cílem bylo zjistit, z jakých důvodů si ženy zvolily programovaný porod. Čtvrtým cílem bylo zjistit, jaké mají ženy s programovaným porodem zkušenosti. Cíle práce byly splněny.

Na začátku výzkumu byly stanoveny 4 výzkumné otázky. Výzkumná otázka č. 1: Jak ženy popisují programovaný porod? Výzkumná otázka č. 2: Kdo ženy o programovaném porodu informoval? Výzkumná otázka č. 3: Proč si ženy zvolily programovaný porod? Výzkumná otázka č. 4: Jaké mají ženy s programovaným porodem zkušenosti? Všechny výzkumné otázky se nám podařilo v našem výzkumu zodpovědět.

Na základě výsledků výzkumu bylo navrženo 6 hypotéz. Hypotéza č. 1: Ženy si nejčastěji volí porodnické zařízení dle vzdálenosti porodnice od místa bydliště a na základě předchozí zkušenosti. Hypotéza č. 2: Ženy jsou nejčastěji informovány o možnosti programovaného porodu při předporodních kontrolách na porodním sále. Hypotéza č. 3: Ženy popisují programovaný porod tak, že jsou přijaty v domluvený den na porodní sál a porod se vyvolá. Hypotéza č. 4: Ženy si volí programovaný porod především z psychologických důvodů. Hypotéza č. 5: Indukované porody nezvyšují frekvenci císařských řezů. Hypotéza č. 6: Ženy jsou s volbou programovaného porodu spokojené, programovaný porod by si zvolily i příště a svým známým by jej doporučily.

Programovaný porod je velmi kontroverzním tématem. Do diskuzí pro a proti programovanému porodnictví se zapojují nejen porodníci a porodní asistentky, ale čím dále tím více i laická veřejnost. V našem výzkumu jsme zjistili, že respondentky znají pojem programovaný porod a dokážou jmenovat některé výhody programovaného porodnictví, především z oblasti psychologické. Právě tyto výhody byly důvodem, proč si respondentky programovaný porod zvolily. Na co respondentky nedokázaly odpovědět, byly zápory programovaného porodnictví, při čemž námitky proti programovanému porodnictví týkající se iatrogení prematurity, cervikokorporální dystokie a zvýšení porodnické operativity nebyly potvrzeny. Z hlediska psychologického

mohou vzniknout námitky, že nejde o porod přirozený. Aby rodičky získaly úplné informace týkající se programovaného porodu a mohly se tak lépe rozhodnout, byl vytvořen na základě našeho výzkumu návrh informovaného souhlasu rodičky s preindukcí a indukci porodu (viz příloha 3). V březnu 2011 byla vydána revize doporučeného postupu preindukce a indukce porodu, v níž novým pravidlem je, že k preindukci a indukci porodu je *nutný* podepsaný informovaný souhlas rodičky s provedením výkonu (21). Navržený informovaný souhlas může být po schválení primáře oddělení a vedení nemocnice určen k používání na porodním sále. Pro zajištění kvalitní ošetrovatelské péče porodními asistentkami při programovaném porodu, byl sestaven standardní ošetrovatelský postup o rodičku s programovaným porodem (viz příloha 4). Byl vytvořen i audit k tomuto standardu (viz příloha 5). Se souhlasem hlavní sestry a manažerky ošetrovatelské péče bude určen k využití na porodním sále.

Na základě našeho výzkumu jsme dále zjistili, že oslovené respondentky byly se svou volbou programovaného porodu spokojené, programovaný porod by si zvolily i příště a svým známým by jej doporučily. V závěrech o programovaném porodnictví na jedné straně je, že nebyly jednoznačně doloženy přínosy programovaného porodu pro zdravotní stav matky, není tedy vhodné doporučovat strategii systematického programovaného ukončení těhotenství od 39. týdne. Na straně druhé nebyly potvrzeny negativní důsledky programovaného porodu na stav matky a novorozence, nelze proto při splnění podmínek, vyloučení kontraindikací a technického zvládnutí indukce porodu od programovaného porodnictví zrazovat (20).

## 7 Seznam použité literatury

1. BINDER, T. Lékařské vedení porodu. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2006, oč. 15, č. 4, s. 492 – 495. ISSN 1211-1058.
2. ČECH, E., a kol. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Rada Publishing, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.
3. ELIAŠOVÁ, A., *Porodná asistencie I Fyziológia*. Martin: Osveta, 2008. 103 s. ISBN 978-80-8063-261-8.
4. HÁJEK, Z., a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. české vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 443 s. ISBN 80-247-0418-8.
5. KOPŘIVOVÁ, L. Vliv programovaného a indukovaného porodu na frekvenci císařských řezů a vaginálních operačních porodů. *Praktická gynekologie*, 2008, roč. 12, č. 1, s. 17-20. ISSN 1211-6645.
6. LABUSOVÁ, E., MRZÍLKOVÁ SUSOVÁ, I. *Průvodce porodnicemi České republiky*. 2., aktualizované vydání, Praha: Argo, 2004. 237 s. ISBN 80-7203-631-9.
7. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.
8. MAREČKOVÁ, J., *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
9. MAREK, V., *Nová doba porodní*. Praha: Eminent, 2002. 263 s. ISBN 80-7281-091-1.
10. MUK, J., *Kronika Nemocnice v Jindř. Hradci*, vydavatelství není, rok neudán, stránky nečíslované, ISBN není.

11. NANDA INTERNATIONAL, *NANDA – ošetrovateľské diagnózy*. Praha: Grada Publishing, 2010. 480 s. ISBN 978-80-247-3423-1.
12. PAŘÍZEK, A. *Ambulantní porod* [online]. [cit. 2010-10-27] Dostupné z: <<http://www.porodnice.cz/node/3780>>.
13. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 2. vydání. Praha: Galén, 2005,2006. 414s. ISBN 80-7262-411-3.
14. PAŘÍZEK, A. *Medikamentózní porod* [online]. [cit. 2010-10-27]. Dostupné z: <<http://www.porodnice.cz/medikamentozni-porod>>.
15. PAŘÍZEK, A., a kol. *Porodnická analgezie a anestezie*. Praha: Grada Publishing, 2002. 535 s. ISBN 80-7169-969-1.
16. RATISLAVOVÁ, K., *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
17. RIEDLOVÁ, O. *Polohy při porodu I* [online]. 27. 8. 2007 [cit. 2010-11-14]. Dostupné z: <<http://www.rodina.cz/clanek5840.htm>>.
18. RIEDLOVÁ, O. *Polohy při porodu II* [online]. 17. 9. 2007 [cit. 2010-11-14]. Dostupné z: <<http://www.rodina.cz/clanek5876.htm>>.
19. ROZTOČIL, A. Kontroverze a chyby v indukci porodu. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2007, roč. 16, č. 1, s. 38-45. ISSN 1211-1058.
20. ROZTOČIL, A. Preindukce a indukce porodu – doporučený postup. *Česká gynekologie: Doporučené postupy v perinatologii: Doporučené postupy České neonatologické společnosti*, 2010, roč. 75, supplementum č. 1, s. 11-13. ISSN 1210-7832.

21. ROZTOČIL, A. Preindukce a indukce porodu – doporučený postup. *Česká gynekologie: Doporučené postupy v perinatologii: Doporučené postupy České neonatologické společnosti*, 2011, roč. 76, supplementum č. 1, s. 12-13. ISSN 1210-7832.
22. ROZTOČIL, A., a kol. *Moderní porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
23. ROZTOČIL, A., a kol. *Porodnictví*. 1. vydání. Brno: IDVPZ, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2.
24. ROZTOČIL, A., Indukovaný a programovaný porod. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 2000, roč. 9, č. 1, s. 279-290. ISSN 1211-1058.
25. SLEZÁKOVÁ, L., a kol. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, 2011. 272 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
26. WHO. *Strategické dokumenty (3) : Praktické příručky pro porodní asistentky: péče v průběhu normálního porodu, poporodní péče o matku a novorozence*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002. 159 s. ISBN 80-85047-22-5.
27. ZEMAN, Z., DOLEŽAL, A. *Právní odpovědnost a právní vztahy v porodnictví*. Praha: Galén, 2000. 231 s. ISBN 80-7262-024-X.
28. ZWINGER, A. *Porodnictví*. 1. vydání. Praha: Galén, 2004. 532 s. ISBN 80-7262-257-9.

## **8 Klíčová slova**

indukovaný porod

klasifikace porodu

nové směry v porodnictví

ošetřovatelská péče

programovaný porod

termín porodu

výběr porodnice

## **9 Přílohy**

### **Seznam:**

Příloha 1: Preindukce a indukce porodu – doporučený postup (2010)

Příloha 2: Preindukce a indukce porodu – doporučený postup (2011), revize  
doporučeného postupu 2010

Příloha 3: Návrh informovaného souhlasu rodičky s preindukcí a indukcí porodu

Příloha 4: Standardní ošetrovatelský postup, Ošetrovatelská péče o rodičku  
s programovaným porodem

Příloha 5: Kontrolní kritéria k auditu, Ošetrovatelská péče o ženu s programovaným  
porodem

Příloha 6: Polostrukturovaný rozhovor

Příloha 7: Žádost hlavní sestře

Příloha 8: Žádost primáři gynekologicko-porodnického oddělení



## Příloha 1: Preindukce a indukce porodu – doporučený postup (2010)

### 6. PREINDUKCE A INDUKCE PORODU – DOPORUČENÝ POSTUP

Autor  
A. Roztočil

Oponenti  
Výbor Sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP  
Výbor České gynekologicko-porodnické společnosti ČLS JEP

#### Definice indukce porodu

**Indukce porodu** je umělé vyvolání děložní činnosti za účelem ukončení těhotenství. Porod se indukuje v případech, kdy pokračování těhotenství zvyšuje riziko poškození matky a/nebo plodu. Indukce neřeší primární příčinu, ale včasným ukončením těhotenství může zabránit poškození plodu nebo zlepšit stav pacientky. Patří tedy k metodám preventivním.

**Programovaný porod** je indukce porodu v termínu porodu na přání pacientky a bez lékařské indikace.

#### Indikace k indukci porodu

**1. Potermínová gravidita**, tj. 7–14 dní po termínu porodu, verifikovaném prvním ultrazvukovým vyšetřením.

#### Doporučení:

Po 41. týdnu podnikat kroky k ukončení těhotenství. Těhotenství ukončit do 42. týdne + 0 dní.

Po 41. týdnu těhotenství dochází k signifikantnímu zvýšení plazmatického erythropoetinu, což svědčí o zhoršování oxygenace plodu (5).

**2. Diabetes mellitus.** Při dobré kompenzaci diabetu a při absenci indikace k provedení primárního císařského řezu nebo předčasného ukončení těhotenství je vhodné indukovat porod diabetičky v 39. až 40. týdnu gravidity. Není vhodné, aby těhotná diabetička plod přenášela. Velký plod vede ke zvýšení frekvence císařských řezů a dystokie ramének.

**3. Odtok plodové vody** je řešen samostatným doporučením.

**4. Rh-izoimunitace** při stoupajícím titru protilátek, nemožnosti provést intrauterinní transfuzi a při životaschopnosti plodu.

**5. Hypertenzní a renální onemocnění** při neúspěšné konzervativní terapii a při ohrožení života a zdraví matky, plodu nebo obou.

**6. Prohlubující se IUGR** po neúspěšné konzervativní terapii a při životaschopnosti plodu.

**7. Gemini** – těhotenství plánovaně ukončit mezi 38. a 39. týdnem těhotenství.

- PPH obou plodů při hmotnosti plodů více než 1500 g – porod vést per vias naturales.

- Při PPH 1. dvojčete a PPKP 2. dvojčete je možné ukončit porod per vias naturales i per sectionem caesaream.
- Strategii vedení porodu stanovit podle anamnézy, průběhu těhotenství a porodnické indikace.

#### 8. Konec pánevní úplný nebo naléhání hýžděmi.

Rodička má právo být před porodem objektivně informována o potenciálních rizicích i výhodách spojených s císařským řezem a s vaginálně vedeným porodem. Na základě těchto informací se rozhodne o způsobu vedení porodu a podepíše informovaný souhlas.

Rozhodnutí těhotné by měl porodník respektovat (s výjimkou takových rozhodnutí, která jsou v protikladu s aktuálními poznatky správné porodnické praxe).

#### Porod plodu v poloze koncem pánevním

Porod je možno vést vaginálně i císařským řezem, pokud možno nejpozději v termínu porodu. Kromě absolutních porodnických indikací k císařskému řezu respektujeme i širokou škálu indikací racionálně vycházejících z prevence možných intrapartálních komplikací.

#### Vaginální vedení porodu není doporučeno

- při ultrazvukovém odhadu hmotnosti plodu nad 3500 gramů (u primipary) nebo 3800 gramů (u multipary – vždy s přihlédnutím k porodní hmotnosti již narozených dětí);
- při porušeném držení plodu s výjimkou naléhání řiti;
- při myomatózní děloze nebo po předchozí operaci na děloze.

**Za postup lege artis** lze označit všechny techniky směřující k úspěšnému dokončení vaginálně vedeného porodu.

#### 9. Mrtvý plod.

#### 10. Zatížená porodnická anamnéza.

#### 11. Programovaný porod (viz dále).

#### Kontraindikace k indukci porodu

- **Absolutní:** nepoměr mezi naléhající částí plodu a vchodem pánevním, nezralost plodu, (kromě případů, kdy se s nezralostí počítá), akutní a chronická hypoxie plodu, stavy po rekonstrukčních operacích v malé pánvi (operace pro močovou inkontinenci, operace konečníku atd.), těžké dysplazie nebo karcinom děložního hrdla a neobjasněné vaginální krvácení.
  - **Relativní:** jsou často vázány na typ použitého indukčního preparátu. Patří mezi ně přecitlivělost na oxytocin nebo prostaglandiny, stavy po operacích dělohy (císařský řez, myomektomie, metroplastiky) a nezralé děložní hrdlo.
- Pacientkám s astmatem, glaukomem, tuberkulózou a ulcerózní kolitidou není vhodné podávat prostaglandiny. Oxytocin není vhodný při Rh izoimunitaci, kdy může dojít ke vzniku neonatální hyperbilirubinémie a u pa-

cientek s hypertenzními a renálními chorobami pro jeho antidiuretický účinek.

#### Podmínky k indukci porodu

- Nepřítomnost kontraindikací k vaginálnímu vedení porodu.
- Zralost děložního hrdla, která signalizuje připravenost organismu matky k porodu (17). Schematicky se hodnotí jako cervikální skóre (CS) podle modifikovaného 0–10bodového Bishopova skóre. Za zralé děložní hrdlo, tj. připravenost matky k nástupu děložní činnosti se považuje hodnota CS > 5 bodů. Pokud je indikována indukce porodu a hrdlo není zralé, je nutné provést preindukci.

#### Metody preindukce porodu

Tyto metody jsou založeny buď na aplikaci exogenních prostaglandinů, nebo na stimulaci endogenní sekrece prostaglandinů. Metody preindukce se dělí na mechanické a farmakologické.

#### Mechanické metody

- Odloupnutí dolního pólu vaku blan (Hamiltonův hmat) stimuluje deciduu v oblasti vnitřní branky a amnion ke zvýšené sekreci prostaglandinů (18).
- Dilapan S je hydrofilní tyčinka vyrobená z polyaminytrilu o velikosti 4 × 65 mm. Po zavedení absorbuje z okolních tkání vodu a radiálně rozšiřuje svůj průměr. Po zavedení zvětší během 6 hodin svůj průměr na 12 mm. Je doporučeno zavádět ve večerních hodinách do nezralého děložního hrdla (CS < 5 bodů) čtyři tyčinky Dilapanu a v ranních hodinách je odstranit (pokud je není nutno odstranit dříve pro nástup pravidelných děložních kontrakcí). Dilapan dilataje cervikální kanál a drážděním deciduy v oblasti vnitřní branky vyvolává endogenní sekreci prostaglandinů, a tím stimuluje proces zrání děložního hrdla (1, 13, 15).

#### Farmakologické metody

V současné době lze doporučit následující postupy:

- Intracervikální aplikace PGE<sub>2</sub> v gelu s protrahovanou dobou vylučování (lékový základ triacetin, tylóza). Aplikovaná dávka je 0,5 mg dinoprostonu. Preparát se aplikuje ve večerních hodinách do cervikálního kanálu nezralého hrdla, a pokud nedojde k nástupu děložní činnosti v noci, hodnotí se ráno zralost hrdla. Podle nálezu se poté indikuje vlastní indukce porodu (3, 14).

Vaginální aplikace PGE<sub>2</sub> gelu do zadní klenby ve stejném časovém schématu jako předchozí. Obě schémata mají identický zrací efekt na děložní hrdlo (9).

- Vaginální aplikace: vaginální tablety (3,0 mg dinoprostonu). V případě vaginálních tablet se zavádí jedna tableta do zadní klenby poševní. V případě nedostatečného účinku se druhá tableta zavádí po 6–8 hod. Maximální celková denní dávka je 6 mg.

#### Metody indukce porodu

Také metody indukce porodu se dělí na mechanické a farmakologické.

#### Mechanické metody

- Dirupce vaku blan. Nedojde-li k nástupu děložní činnosti do 2 hodin, aplikují se farmakologické metody (oxytocin).

#### Farmakologické metody

Prokázané účinky na vyvolání pravidelných děložních kontrakcí mají pouze dvě skupiny preparátů: oxytocin a prostagladiny.

#### a) Oxytocin

Oxytocinem se indukují pacientky se zralým děložním hrdlem (CS >5 bodů) a po předchozí dirupci vaku blan (dvouhodinová latence). Aplikuje se v nitrožilní kapénkové infuzi řízené infuzní pumpou. Počáteční dávka je 0,5–1 mIU/min, podle odpovědi myometria se zvyšuje do maximální koncentrace 20 mIU/min (8, 16). Intramuskulární aplikace oxytocinu k indukci porodu se pro nekontrolovatelné účinky nedoporučuje.

#### b) Prostaglandiny

K indukci porodu lze použít PGE<sub>2</sub>. Vzhledem k častým vedlejším účinkům (děložní hypertonus, gastrointestinální účinky) a nutnosti aplikovat vyšší dávky – perorální a parenterální podávání prostaglandinů nedoporučujeme.

- Extraamniální aplikace: je nutno počítat se skutečností, že při extraamniální aplikaci PGE<sub>2</sub> je ke stejnému účinku zapotřebí 1/3 dávky podané vaginálně.
- Extraamniálně se podávají PGE<sub>2</sub> ve dvoudobém schématu a v dávkách podle nálezu na děložním hrdle. Při velmi zralém hrdle (CS >8 bodů) se za oblast vnitřní branky aplikuje 0,5 mg PGE<sub>2</sub>, při zralém hrdle (CS 5–8 bodů) 1,0 mg PGE<sub>2</sub>. Při nedostatečném účinku se dávka za 2 hodiny podle nálezu na hrdle opakuje (12).

K indukci porodu jsou doporučeny pouze preparáty obsahující PGE<sub>2</sub>, které jsou registrovány SÚKL ČR.

*Poznámka:* V současné době je PgF<sub>2α</sub> používán pouze k indukci abortu ve druhém trimestru.

*Poznámka:* Prostaglandiny nelze podávat ambulantně.

#### Programovaný porod

#### Definice

Programovaný porod je indukce děložní činnosti za účelem ukončení fyziologické gravidity v termínu porodu v ranních hodinách tak, aby porod proběhl v pracovní době, to znamená za podmínek určených matkou a se souhlasem porodníka.

#### Podmínky programovaného porodu

Těhotná žena musí dát podnět či vyslovit souhlas s programovým ukončením těhotenství. Musí se jednat o fyziologickou jednoplodou graviditu 39.–41. týdně

těhotenství, s polohou plodu podélnou hlavičkou, bez známek hypoxie a při připravenosti organismu matky na nástup děložní činnosti (zralé hrdlo, CS >5 bodů).

**Kontraindikace a metody** programovaného porodu jsou shodné s kontraindikacemi indukce porodu z lékařské indikace.

#### **Výhody**

Výhody programovaného porodnictví jsou medicínské, psychologické a organizační.

- Mezi **medicínské** výhody patří prevence prodlouženého těhotenství (hypermaturita a dysmaturita plodu), možnost monitorování porodu od jeho počátku a vyloučení možnosti porodu mimo ústav.
- K **psychologickým** výhodám patří snížení psychického napětí matky při očekávání začátku porodu, plánovaná organizace chodu domácnosti v době její nepřítomnosti v porodnici a snazší naplánování přítomnosti manžela u porodu.
- Výhody **organizační** a ekonomické spočívají v rovnoměrné distribuci porodů a eliminaci výdajů na monitorování a hospitalizaci pacientek s potermínovým těhotenstvím. Nabídkou programovaného těhotenství se zvýší klientela porodního sálu a v případě, že bude programovaný porod zařazen mezi nadstandardní výkony, může být částečně hrazen pacientkou.

#### **Nevýhody**

Nebyly potvrzeny námitky proti programovanému porodu týkající se iatrogenní prematurity, cervikokorporální dystokie a zvýšení frekvence porodnické operativy. Umělým vyvoláním děložních kontrakcí může dojít následkem jejich větší intenzity ke zvýšení bolestivosti. Z psychologického hlediska mohou vzniknout námitky, že nejde o přirozený porod.

#### **Závěrem je možné konstatovat, že:**

- nebyly zcela jednoznačně doloženy přínosy programovaného porodu pro zdravotní stav rodičky a novorozence. Není tudíž možné doporučovat strategii systematického programovaného ukončení těhotenství od 39. týdne těhotenství;
- nebyly potvrzeny negativní důsledky programovaného porodu na stav matky a novorozence. Nelze proto od programovaného ukončení těhotenství zrazovat za předpokladu, že jsou splněny podmínky, vyloučeny kontraindikace a že pracoviště dokonale technicky zvládlo indukce porodu s tím, že jeho perinatální výsledky programovaných porodů jsou lepší nebo identické s výsledky spontánních porodů fyziologických těhotných (2, 7, 10, 11).

**Literatura u autora.**

**Zdroj:** ROZTOČIL, A. Preindukce a indukce porodu – doporučený postup. *Česká gynekologie: Doporučené postupy v perinatologii: Doporučené postupy České neonatologické společnosti*, 2010, roč. 75, supplementum č. 1, s. 11-13. ISSN 1210-7832.

## Příloha 2: Preindukce a indukce porodu – doporučený postup (2011), revize doporučeného postupu 2010

### 6. PREINDUKCE A INDUKCE PORODU – DOPORUČENÝ POSTUP

Revize doporučeného postupu 2010

Autor  
A. Roztočil

Oponenti  
Výbor sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP  
Výbor České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP

#### Vymezení a definice pojmů

**Preindukce porodu** – v případě indikace k ukončení těhotenství vaginální cestou a nepřipravenosti mateřského organismu k vaginálnímu porodu, která se klinicky prezentuje nezralým hrdlem (cervix skóre je menší než 5), je nutno pacientku k indukci připravit preindukcí. Preindukce (priming, ripening) je soubor nefarmakologických a farmakologických metod, které vedou k uzrání děložního hrdla ve smyslu jeho zkrácení, prosáknutí a prostupnosti. Tím se zvyšuje senzibilita mateřského organismu, zejména děložních tkání k působení indukčních preparátů.

**Indukce porodu** je umělé vyvolání děložní činnosti za účelem vaginálního porodu, v případech, že je děložní svalovina normotonická, nejsou přítomny děložní kontrakce a je zachován vak blan.

**Provokace porodu** je definována jako vyvolání děložních kontrakcí v případech předčasného nebo předtermínového odtoku plodové vody.

**Programovaný porod** je indukce děložní činnosti v termínu porodu obvykle mezi 39.–41. týdnem těhotenství bez lékařské indikace. Důvodem k indukci je přání pacientky ukončit termínové těhotenství. Indikace k programovanému porodu mohou být sociální, lingvistické, geografické, klimatické a další. Programovaný porod je indukován a veden za ideálních podmínek pro matku, plod/novorozence a poskytovatele porodnické péče.

#### Indikace k preindukci a indukci porodu

Indikace možno rozdělit na lékařské a nelékařské v rámci programovaného porodu.

Lékařské indikace k preindukci a indukci porodu jsou ty, kdy důvodem k ukončení těhotenství je rizikový znak nebo patologický stav u matky, plodu nebo u obou.

Například:

- Poterminová gravidita po ukončeném 41. týdnu těhotenství.
- Diabetes mellitus jakéhokoliv typu.
- Rh izoimunizace a stoupající titr protilátek.
- Hypertenze a renální onemocnění ženy.
- Nitroděložní růstová retardace plodu (IUGR) při prohlubující se hypotrofizaci.
- Gemini v 38. týdnu těhotenství, pokud jsou splněny podmínky pro vaginální vedení porodu.
- Konec pánevní úplný nebo naléhání hýžděmi v termínu porodu, pokud nejsou indikace k provedení primárního císařského řezu.

- Mrtvý plod.
- Makrosomie plodu – vždy ve vztahu k habitu, paritě a hmotnosti porozených novorozenců.
- Zatížená porodnická anamnéza. Jde zejména o perinatální ztráty v minulých těhotenstvích, dlouhodobě léčenou sterilitu, překotný porod v anamnéze a jiné.

**Indikace nelékařské** postrádají medicínský důvod k ukončení těhotenství. Indukce v těchto případech se nazývá **programovaný porod** (elective induction of labor).

Například:

- Psychologické důvody pacientky: žádost pacientky o programované ukončení těhotenství.
- Sociální indikace u pacientek, kdy není zaručena adekvátní porodnická péče při neočekávaném nástupu děložní činnosti, a to z důvodu nedostatečné orientace a zdravotnického povědomí pacientky, nebo insuficience jejího okolí.
- Geografické indikace. V některých případech nemusí být místo bydliště pacientky dosažitelné dopravním prostředkem v kteroukoli denní či noční dobu.
- Lingvistické indikace. Komunikace mezi pacientkou a personálem může vyžadovat tlumočnicka, který nemusí být k dispozici v době neočekávaného porodu pacientky.

#### Kontraindikace k indukci porodu

- Kefalopelvický nepoměr.
- Akutní hypoxie plodu.
- Akutní porodnické krvácení.
- Nezralost plodu kromě případů, kdy se s nezralostí počítá.
- Stav po rekonstrukčních operacích v malé pánvi.
- Těžké získané (myoma uteri praevium) nebo vrozené (uterus duplex, uterus unicornis) vývojové vady dělohy.
- Karcinom v oblasti malé pánve, ať floridní, nebo po léčbě v remisi.
- Dehiscence sutury po hysterotomii (např. stav po předchozím cisařském řezu).
- Přecitlivělost na indukční preparát.
- Nezralé děložní hrdlo.

#### Metody preindukce porodu

Jde o postupy, které připravují pohlavní orgány ženy k porodu. Cílem těchto postupů je dosažení zralosti hrdla, a tím jeho senzibilizace k působení indukčního preparátu.

Je možné je dělit na mechanické a medikamentózní.

#### Mezi mechanické metody patří:

- Odloučení dolního pólu vaku blan podle Hammitona.
- Hygroskopické cervikální dilatátory (Dilapan S, Dilasoft).
- Masáž prsních bradavek.
- Zavedení transcervikálního balonkového katétru

(Foley) s lokální aplikací prostaglandinu nebo bez aplikace.

#### Medikamentózní metody

Jde o různé aplikace prostaglandinů.

#### Metody indukce porodu

Dělíme na mechanické a farmakologické.

#### Mezi mechanické metody patří:

- Dirupce vaku blan (amniotomie) – v současnosti jediná klinicky používaná mechanická metoda indukce porodu.

#### Farmakologické metody:

- Oxytocin v kapénkové infuzi.
- Prostaglandiny.

#### Pravidla pro preindukci a indukci porodu

- Farmakologickou preindukci a indukci porodu je možno provádět pouze za hospitalizace.
- Preindukci je možno provést maximálně 3krát po sobě, při nedosažení zralosti hrdla je nutné indikaci preindukce přehodnotit, event. těhotenství ukončit.
- Indukci porodu provádět pouze při zralém hrdle (cervix skóre více než 5).
- Indukci porodu provést maximálně jednou denně a maximálně 2 dny po sobě, poté je nutné indikaci k indukci porodu přehodnotit, event. těhotenství ukončit.
- Intrapartální monitoring stavu plodu se provádí jako u neindukovaného spontánního porodu, kontinuální monitoring není bez vzniku patologie nutný.
- K preindukci a indukci porodu je nutný podepsaný informovaný souhlas pacientky s provedením výkonu.

#### Literatura

1. Induction of labor in Williams obstetrics, twenty second ed. New York: Mc Graw Hill 2005:535-545.
2. **Rožtočil, A.** Preindukce a indukce porodu, in Moderní porodnictví. Praha: Grada Publishing 2008:341-346.

**Zdroj:** ROZTOČIL, A. Preindukce a indukce porodu – doporučený postup. *Česká gynekologie: Doporučené postupy v perinatologii: Doporučené postupy České neonatologické společnosti*, 2011, roč. 76, supplementum č. 1, s. 12-13. ISSN 1210-7832.

### **Příloha 3: Návrh informovaného souhlasu rodičky s preindukcí a indukcí porodu**

#### INFORMOVANÝ SOUHLAS RODIČKY

#### PREINDUKCE A INDUKCE PORODU

Gynekologicko - porodnické oddělení

Lékař, který provedl poučení

jmenovka

Vážená rodičko,

v předloženém formuláři si přečtěte informace o indukci porodu.

Můžete se lépe připravit na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohla rozhodnout a dát k provedení indukce porodu souhlas.

#### **Co je indukce porodu?**

Indukce porodu je umělé vyvolání děložní činnosti za účelem vaginálního porodu (porod přirozenou cestou).

Pokud nejsou porodní cesty rodičky dostatečně připraveny k indukci porodu, provádí se tzv. **preindukce porodu**.

#### **Nejčastější lékařské důvody k indukci (vyvolání) porodu:**

- ✓ potermínová gravidita, rodička je 7 – 14 dní po termínu porodu
- ✓ diabetes mellitus – cukrovka – porušený metabolismus cukru
- ✓ odtok vody plodové
- ✓ hypertenzní a ledvinová onemocnění matky při neúspěšné konzervativní terapii a při ohrožení života a zdraví matky, plodu nebo obou
- ✓ nedostatečný růst plodu v děloze
- ✓ konec pánevní splňující podmínky vaginálního vedení porodu
- ✓ mrtvý plod
- ✓ dvojčata splňující podmínky vaginálního porodu
- ✓ nepříznivá porodnická anamnéza

#### **Nelékařské důvody k indukci porodu:**

- ✓ programovaný porod

### **Co je programovaný porod?**

Programovaný porod je indukce děložní činnosti v termínu porodu na přání rodičky a bez lékařské indikace. Je indukován a veden za ideálních podmínek pro matku, plod/novorozence a poskytovatele porodnické péče.

### **Výhody programovaného porodu:**

- ✓ Mezi **medicínské výhody** patří prevence prodlouženého těhotenství (hypermaturita a dysmaturita plodu), možnost monitorování porodu od jeho počátku a vyloučení možnosti porodu mimo ústav.
- ✓ K **psychologickým výhodám** patří snížení psychického napětí matky při očekávání začátku porodu, plánovaná organizace chodu domácnosti v době její nepřítomnosti v porodnici a snazší naplánování přítomnosti manžela u porodu.
- ✓ Výhody **organizační a ekonomické** spočívají v rovnoměrné distribuci porodů a eliminaci výdajů na monitorování a hospitalizaci pacientek s potermínovým těhotenstvím.

### **Podmínky k indukci porodu:**

- ✓ nepřítomnost kontraindikací k vedení porodu přirozenou cestou
- ✓ zralé děložní hrdlo

### **Metody preindukce porodu:**

- ✓ jde o postupy, které připravují pohlavní orgány ženy k porodu, jejich cílem je dosažení zralosti děložního hrdla
- ✓ **mechanické:** odloučení dolního pólu vaku blan podle Hammiltona, hygroskopické cervikální dilatátory, masáž prsních bradavek
- ✓ **medikamentózní:** různé aplikace hormonů – prostaglandiny

### **Metody indukce porodu jsou:**

- ✓ **mechanické:** protržení vaku blan; pokud nedejde do 2 hodin k nástupu kontrakcí, pak se aplikuje lék Oxytocin v infuzi
- ✓ **farmakologické:** lék Oxytocin v infuzi nebo zavádění tablet s obsahem hormonů do pochvy (prostaglandiny)

### **Možné komplikace a rizika:**

- ✓ uměle vyvolané kontrakce mohou být bolestivější
- ✓ z psychologického hlediska mohou být námitky, že nejde o porod přirozený
- ✓ nebyly potvrzeny námitky, které se týkají zvýšení frekvence ukončení porodu operativně
- ✓ rovněž byly vyloučeny námitky týkající se iatrogenní praematurity

### **Režim rodičky před výkonem:**

Rodička je přijata k porodu na porodním sále, po administrativní části příjmu a provedených vyšetření je zvolena dle nálezu na porodních cestách metoda indukce porodu.

**Režim rodičky po provedení výkonu:**

Rodička je poučena podle zvolené metody indukce. Další režim je shodný s běžným režimem v průběhu porodu.

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu.

Svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, osobně mi vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu. Měla jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Obdržela jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměla.

**Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměla a výslovně souhlasím s provedeným výkonem:****Souhlasím s výše uvedeným výkonem, tak jak mi byl doporučen lékařem.**

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

V Jindřichově Hradci  
dne a hodina:

---

Vlastnoruční podpis rodičky

Podpis lékaře, který provedl poučení:

Podpis svědků poučení a souhlasu rodičky, pokud rodička není schopna se vlastnoručně podepsat:

**Zdroj:** autor



## Příloha 4: Standardní ošetřovatelský postup

Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

### STANDARDNÍ OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP č.

Název SOP: **Ošetřovatelská péče o rodičku s programovaným porodem**

<b>Charakteristika standardu</b>	Standardní ošetřovatelský postup
<b>Oblast péče</b>	Kontinuální, individualizovaná péče
<b>Cílová skupina pacientů</b>	Rodičky s indikací programovaný porod
<b>Místo použití</b>	Porodní sál
<b>Poskytovatelé péče, pro něž je standard závazný</b>	Porodní asistentky, které získaly kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Porodní asistentky specialistky v rozsahu získané specializace
<b>Odpovědnost za realizaci</b>	Staniční sestra porodního sálu
<b>Platnost standardu od:</b>	<b>1. 1. 2011</b>
<b>Frekvence kontroly</b>	<b>Manažerka ošetřovatelství průběžně, nejdéle však 1x za 3 roky, staniční sestra průběžně</b>
<b>Revize standardu provedena dne:</b>	
<b>Kontrolu vykoná</b>	Manažerka ošetřovatelství, hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra
<b>Kontaktní osoba</b>	<b>XY, staniční sestra porodního sálu</b>
<b>Odborný garant</b>	prim. MUDr. XY
<b>Schválil</b> Náměstek pro ošetřovatelskou péči – hlavní sestra	XY, hlavní sestra

## Standardní ošetrovatelský postup č.

### Ošetrovatelská péče o ženu s programovaným porodem

#### Úvod

Programovaný porod je umělé vyvolání děložní činnosti za účelem ukončení zcela fyziologické gravidity mezi 39. a 41. týdnem těhotenství v ranních hodinách tak, aby proběhl v pracovní době, tj. za ideálních podmínek pro matku, plod/novorozence a jejich rodinu.

#### Indikace

K provedení programovaného porodu musí dát podnět nebo vyslovit souhlas těhotná. Podle anamnézy a zdravotnické dokumentace se musí jednat o fyziologické jednoplovdové těhotenství, které musí být donošené (39. – 41. týden). Plod musí být v poloze podélné hlavičkou a bez známek hypoxie. Organismus matky musí být na nástup děložní činnosti připraven, to znamená zralé hrdlo děložní a cervix skóre více než 5 bodů.

#### Absolutní kontraindikace

Mezi absolutní kontraindikace patří absolutní kefalopelvický nepoměr, akutní a chronická hypoxie plodu, akutní porodnické krvácení (placenta praevia, předčasné odloučení placenty), nezralost plodu, stavy po rekonstrukčních operacích v malé pánvi, těžké vývojové vady dělohy a karcinom v oblasti malé pánve.

#### Relativní kontraindikace

Jsou často vázány na typ indukčního preparátu. Relativní kontraindikací je známá přecitlivělost na oxytocin nebo na preparáty obsahující prostaglandiny. Další relativní kontraindikací je kontraindikace podání prostaglandinů (při astmatu, glaukomu, tuberkulóze a ulcerosní kolitidě) a kontraindikace podání oxytocinu (není vhodný při Rh-izoimunizaci a u pacientek s hypertenzními a renálními chorobami pro jeho antidiuretický účinek). Další kontraindikací je infekce porodních cest, děloha s jizvou a nezralé hrdlo.

#### Definice standardu

Ošetrovatelská péče o ženu s programovaným porodem je ošetrovatelský proces, který vymezuje písemně a jednoznačně minimální úroveň péče, která musí být rodičce poskytnuta.

#### Cíl standardu

1. Poskytnutí kvalitní ošetrovatelské péče rodičce s programovaným porodem.
2. Edukace rodičky během porodu.
3. Empatický přístup k rodičce během porodu.

## ***KRITÉRIA STRUKTURY***

### **S1 Kompetentní osoby k výkonu**

- Porodní asistentka (SZŠ)
- Porodní asistentka (Dis)
- Porodní asistentka (Bc.)
- Porodní asistentka specialista; v rozsahu dané specializace

### **S2 Pomůcky**

- porodnické lůžko, gynekologické vyšetřovací křeslo
- sterilní rukavice
- amnioskop
- dezinfekční roztok
- kardiograf, stetoskop
- UZ přístroj
- teploměr, fonendoskop, tonometr
- pro mechanickou metodu – 1 branže Amerických kleští k DVB, pro farmakologickou metodu – PGE 2 vag., Oxytocin v kapénkové infuzi
- podložní mísa
- podávkové kleště
- intravenózní kanylka
- infuzní pumpa
- vložky, buničina, emitní miska
- potřeby pro oholení
- rektální rourka
- medikace dle ordinace lékaře
- injekční stříkačky a jehly
- kontejnery na odpad
- pro I. dobu porodní – míče, hydromasážní vana, sprcha, masáže, aromaterapie, polohování, žíněnka
- sterilní stolek k porodu (nástroje, jednorázové rouškování, tampony, svorka na pupečník, 20 ml stříkačka, zelená jehla, jednorázové rouškování, šicí materiál), anestetikum
- uterotonika a další medikace dle ordinace lékaře
- vyhřevné lůžko pro novorozence, sterilní set pro novorozence
- odběrové zkumavky

### **S3 Dokumentace**

- Informovaný souhlas s porodem přirozenou cestou
- Informovaný souhlas s preindukcí a indukcí porodu
- Ošetřovatelský záznam
- Porodní křivka a průběh porodu
- Porodopis

- Vyúčtování výkonů v ústavní péči
- Hlášení o narození, Zpráva o rodičce
- Poučení a souhlas s hospitalizací

#### **S4 Prostředí**

- porodní boxy porodního sálu

### ***KRITÉRIA PROCESU***

#### **Ošetrovatelský postup před porodem:**

- P1 Porodní asistentka asistuje lékaři při příjmu rodičky – vaginální vyšetření, UZ, amnioskopie.
- P2 Porodní asistentka provede non-stress test.
- P3 Porodní asistentka změří TK, P, TT.
- P4 Porodní asistentka odebere ošetrovatelskou anamnézu a vyplní veškerou ošetrovatelskou dokumentaci.
- P5 Porodní asistentka asistuje lékaři při zvolené metodě programovaného porodu.
- P6 Porodní asistentka poučí rodičku podle použité metody indukce. Pokud byla lékařem zvolena farmakologická metoda vaginálními tabletami, poučí porodní asistentka rodičku o nutnosti vymočení a dodržení 2 hodinového klidu na lůžku.
- P7 Porodní asistentka kontroluje ozvy plodu po 15 minutách.
- P8 Porodní asistentka provádí kardiokografické vyšetření a měří fyziologické funkce á 3 hodiny nebo dle ordinace lékaře.
- P9 Porodní asistentka monitoruje kontrakce děložní.
- P10 Porodní asistentka provede přípravu rodičky k porodu dle ordinace lékaře – oholení, podání klyzmatu.
- P11 Porodní asistentka provádí vaginální vyšetření v intervalech dle zvyklosti pracoviště.
- P12 Porodní asistentka poučí rodičku o využití alternativních pomůcek.
- P13 Porodní asistentka podporuje a edukuje rodičku během celé I. doby porodní.
- P14 Porodní asistentka průběžně zapisuje do ošetrovatelské dokumentace, včetně ošetrovatelského plánu.
- P15 Porodní asistentka monitoruje pitný režim a vyprazdňování močového měchýře rodičky.
- P16 Porodní asistentka podává medikaci dle ordinace lékaře.
- P17 Porodní asistentka spolupracuje s blízkou osobou rodičky přítomnou u porodu.

#### **Ošetrovatelský postup při porodu při / během porodu**

- P18 Porodní asistentka nebo lékař vede II. dobu porodní.
- P19 Porodní asistentka poučí rodičku o způsobu tlačení.
- P20 Porodní asistentka poslouchá ozvy plodu po každé kontrakci.
- P21 Porodní asistentka podporuje rodičku ve II. době porodní.
- P22 Porodní asistentka aplikuje po porodu hlavičky uterotonika i. v. dle ordinace lékaře.

P23 Porodní asistentka provede odběry krve z pupečníku, popř. po porodu placenty ze žíly rodičky.

P24 Porodní asistentka asistuje lékaři při revizi a ošetření porodních poranění.

#### **po porodu**

P25 Porodní asistentka uloží rodičku do vodorovné polohy a přikryje pokrývkou.

P26 Porodní asistentka změří fyziologické funkce po porodu a před předáním na oddělení šestinedělí.

P27 Porodní asistentka pravidelně kontroluje výšku fundu děložního, krvácení, náplň močového měchýře a celkový stav rodičky.

P28 Porodní asistentka přiloží novorozence k prsu.

P29 Porodní asistentka se postará o pomůcky a nástroje použité při porodu.

P30 Porodní asistentka po 2 hodinách po porodu připraví rodičku k překlada na šestinedělí s kontrolou retrakce dělohy, fyziologických funkcí, močení a krvácení.

#### **záznam do dokumentace**

P31 Porodní asistentka doplní všechnu ošetrovatelskou dokumentaci, zhodnotí a uzavře plán ošetrovatelské péče.

P32 Porodní asistentka vyplní ošetrovatelskou překladovou zprávu na oddělení šestinedělí.

#### **Komplikace**

Komplikace týkající se iatrogenní prematurity byly při současném systému prenatální péče a ultrazvukovém vyšetření rodičky těsně před porodem prakticky vyloučeny. Další obavy jako je cervikokorporální dystokie a její následky (výrazná bolestivost, nepostupující porod, hypoxie plodu) nebyly na velkých souborech prokázány. Z psychologického hlediska mohou vzniknout námitky, že nejde o porod přirozený.

#### **Zvláštní upozornění**

V doporučených postupech v perinatologii „Preindukce a indukce porodu – doporučený postup“ je uvedeno, že nebyly zcela jednoznačně doloženy přínosy programovaného porodu pro zdravotní stav rodičky a novorozence. Strategii systematického programovaného ukončení těhotenství po 39. týdnu není tudíž možné doporučovat. Na druhou stranu nebyly potvrzeny negativní následky programovaného porodu na stav matky a novorozence. Jestliže jsou splněny podmínky, vyloučeny kontraindikace a pracoviště dokonale zvládlo technicky indukce porodu, nelze od programovaného ukončení těhotenství zrazovat.

#### ***KRITÉRIA VÝSLEDKU***

V1 Rodičce je poskytnuta PA kvalitní ošetrovatelská péče při programovaném porodu.

V2 Rodička je edukována PA během porodu.

V4 PA empaticky přistupuje k rodičce během porodu.

### **Literatura**

1. ROZTOČIL, A., a kol. *Moderní porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2
2. ELIAŠOVÁ, A., *Porodná asistencie I Fyziológia*. Martin: Osveta, 2008. 103 s. ISBN 978-80-8063-261-8
3. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7

### **Zpracoval**

Jitka Machová, porodní asistentka

### **Seznam osob, které na SOP spolupracovaly**

primář MUDr. XY

XY, manažerka ošetrovatelské péče

**Zdroj:** autor

## Příloha 5: Kontrolní kritéria k auditu

### Kontrolní kritéria k auditu

#### Ošetrovatelská péče o rodičku s programovaným porodem

Pracoviště: Porodní sál

Datum:

Auditoři: XY, hlavní sestra

XY, manažerka ošetrovatelské péče

Metody auditu:

- Dotaz/otázky pro porodní asistentku
- Dotaz/otázky pro klientku, ev. její doprovod
- Pozorování klientky, porodní asistentky
- Kvalifikační požadavky porodní asistentky – v osobním spise
- Kontrola pomůcek – pohledem
- Kontrola prostředí
- Kontrola ošetrovatelské/zdravotnické dokumentace - pohledem

Kód	Kontrolní kritéria	Metoda hodnocení	Ano	Ne
<b>KRITÉRIA STRUKTURY</b>				
S1	Prováděly výkon kompetentní osoby?	Kvalifikační požadavky PA – v osobním spise		
S2	Byly připraveny a použity správné pomůcky?	Pohledem		
S3	Připravila si PA veškerou potřebnou ošetrovatelskou dokumentaci?	Pohledem		
S4	Je veden programovaný porod v prostředí určeném standardem?	Pohledem		
<b>KRITÉRIA PROCESU</b>				
P1	Asistovala PA lékaři při příjmu rodičky?	Pohledem		
P2	Provedla PA rodičce non-stress test?	Pohledem, kontrolou dokumentace		
P3	Změřila PA rodičce fyziologické funkce?	Pohledem, kontrolou dokumentace		
P4	Odebrala PA ošetrovatelskou anamnézu a vyplnila ošetrovatelskou dokumentaci?	Pohledem, kontrolou dokumentace		

P5	Asistovala PA lékaři při zvolené metodě programovaného porodu?	Dotazem na lékaře		
P6	Poučila PA rodičku správně dle zvolené metody indukce?	Dotazem na klientku		
P7	Kontroluje PA ozvy plodu v 15 minutových v intervalech?	Pozorováním, pohledem, kontrolou dokumentace		
P8	Provádí PA kardiokografické vyšetření a měří fyziologické funkce rodičky v určenou dobu?	Pohledem, kontrolou dokumentace		
P9	Monitoruje PA kontrakce děložní?	Dotazem na klientku		
P10	Provedla PA přípravu rodičky k porodu?	Dotazem na klientku		
P11	Provádí PA vaginální vyšetření v daných intervalech?	Pohledem, kontrolou dokumentace		
P12	Poučila PA rodičku o využití alternativních pomůcek?	Dotazem na klientku		
P13	Podporuje a edukuje PA rodičku v I. době porodní?	Pozorováním, dotazem na klientku		
P14	Zapisuje PA průběžně do ošetrovatelské dokumentace včetně realizace oš. plánu?	Pozorováním, pohledem-kontrolou dokumentace		
P15	Monitoruje PA pitný režim a vyprazdňování močového měchýře rodičky?	Dotazem na klientku, pozorováním		
P16	Podává PA medikaci dle ordinace lékaře?	Pohledem, kontrolou dokumentace		
P17	Spolupracuje PA s blízkou osobou rodičky během porodu?	Dotazem na klientku a její doprovod, pozorováním		
P18	Je II. doba porodní vedena lékařem či PA?	Pozorováním		
P19	Poučila PA rodičku o způsobu tlačení?	Pozorováním, dotazem na klientku		
P20	Sleduje PA ozvy plodu po každé kontrakci?	Pozorováním, pohledem do dokumentace		
P21	Podporuje PA rodičku ve II. době porodní?	Pozorováním, dotazem na klientku		
P22	Aplikovala PA uterotonika po porodu hlavičky dle ordinace lékaře?	Pohledem do dokumentace		
P23	Provedla PA po porodu správné odběry?	Dotazem na PA		
P24	Asistuje PA lékaři po porodu?	Pozorováním		
P25	Uložila a přikryla PA rodičku po porodu?	Pozorováním		
P26	Změřila PA fyziologické funkce po porodu a před předáním na oddělení šestinedělí?	Pohledem do dokumentace		



P27	Kontroluje PA výšku fundu děložního, retrakci dělohy, náplň močového měchýře a celkový stav rodičky v pravidelných intervalech?	Pozorováním		
P28	Přiložila PA novorozence k prsu matky?	Dotazem na klientku		
P29	Postarala se PA o pomůcky použité při porodu?	Dotazem na PA		
P30	Připravila PA řádně rodičku k překladu na oddělení šestinedělí?	Dotazem na PA		
P31	Vyplnila PA dokumentaci?	Pohledem, kontrolou dokumentace		
P32	Vyplnila PA překládovou zprávu na oddělení šestinedělí?	Pohledem, kontrolou dokumentace		
<b>KRITÉRIA VÝSLEDKU</b>				
V1	Je rodičce poskytnuta kvalitní ošetrovatelská péče?	Dotazem na PA		
V2	Edukuje PA rodičku během porodu?	Dotazem na klientku		
V3	Jak hodnotíte přístup PA během porodu?	Dotazem na klientku		

### **Vyhodnocení výsledků auditu:**

Výborná péče - 39 - 36 bodů

Vyhovující péče - 35 - 32 bodů

Nekomplexní péče - 31 - 28 bodů

Nedostatečná péče - 27 a méně bodů

**Zdroj:** autor

## **Příloha 6: Polostrukturovaný rozhovor**

### **Polostrukturovaný rozhovor s rodičkami s programovaným porodem**

Rozhovor bude probíhat **anonymně**. Se všemi údaji bude zacházeno jako s přísně důvěrnými a budou použity pouze ke zpracování mé bakalářské práce na téma „Programovaný porod očima žen rodiček v jindřichohradecké porodnici“.

#### **Před porodem (na porodním sále):**

1. Identifikační otázky:
  - Kolik je Vám let?
  - Váš rodinný stav?
  - Po kolikáté jste těhotná?
  - Po kolikáté rodíte?
  - Jaké máte ukončené vzdělání?
  - Jako co pracujete?
2. Proč jste se rozhodla родit v Jindřichově Hradci?
  - Co mají rodičky při porodu k dispozici?
  - V jaké poloze se zde rodí?
3. Rozhodla jste se pro programovaný porod, kdo Vás o této možnosti informoval?
  - Jak byste popsala svými slovy programovaný porod?
  - u vícerodičky: Zvolila jste i v minulém těhotenství programovaný porod?
4. Kdy jste se rozhodla pro programovaný porod?
  - Proč jste se rozhodla pro programovaný porod?
  - Jaké vidíte klady v programovaném porodu?
  - Jaká spatřujete rizika v programovaném porodu?

5. Jaký názor měl na Vaši volbu Váš partner?
6. Jaké zkušenosti mají ženy, které porodily metodou programovaného porodu, pokud jste se o ně zajímala?

**Po porodu (na oddělení šestinedělí):**

7. Jakým způsobem jste porodila – přirozenou cestou či operativně?
8. Do jaké míry se naplnilo Vaše očekávání?  
Jak jste byla s vedením porodu spokojená?  
Jak dlouho porod trval?
9. Byla jste v průběhu porodu spíše aktivní či pasivní?
10. Jak byste v krátkosti popsala průběh porodu?  
Jak jste trávila na porodním sále čas před porodem?  
Jaké jste využila pomůcky?  
Jaké jste zaujímala polohy?  
Jak jste zvládala porodní bolesti?  
u vícerodičky: Mohla byste je porovnat s minulým porodem?
11. V jaké míře a srozumitelnosti Vám byl porodními asistentkami vysvětlován průběh porodu?  
Jak byste ohodnotila komunikaci mezi Vámi a porodními asistentkami během porodu?  
Kolik času Vám věnovaly porodní asistentky při porodu?  
Jaký byl přístup porodních asistentek během porodu?
12. Proč byste využila i příště programovaný porod?  
Proč byste doporučila programovaný porod svým blízkým?

### **Doplňující informace z lékařské dokumentace**

1. V jakém týdnu bylo těhotenství ukončeno programovaným porodem?
2. Jaká byla zvolena metoda programovaného porodu?
3. Jak probíhal porod?
4. Jaké bylo hodnocení novorozence?
5. Jaké informované souhlasy byly v dokumentaci podepsané respondentkou?

**Zdroj:** autor

## **Příloha 7: Žádost hlavní sestře**

V Kardašově Řečici 1. 2. 2011

Věc: Žádost o umožnění výzkumu v Nemocnici J. Hradec, a. s.

Vážená hlavní sestro,

jmenuji se Jitka Machová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích – obor Porodní asistentka. Obracím se na Vás s žádostí umožnění výzkumu k mé bakalářské práci ve vaší organizaci na gynekologicko-porodnickém oddělení. Práce má název Programovaný porod očima žen rodičích v jindřichohradecké nemocnici, jedná se o kvalitativní šetření formou rozhovoru. Pro toto šetření budou osloveny rodičky s programovaným porodem, které zde porodí. Rozhovor bude uskutečněn pouze s jejich souhlasem. Výstupem práce by bylo vytvoření standardu ošetrovatelské péče o ženy s programovaným porodem, který by bylo možné používat na porodním sále.

Informace získané výzkumným šetřením budou určeny pouze pro účely mé práce.

Předem Vám děkuji za Vaši odpověď a těším se na spolupráci.

S pozdravem Jitka Machová

.....

**Zdroj:** autor

## **Příloha 8: Žádost primáři gynekologicko-porodnického oddělení**

V Kardašově Řečici 1. 2. 2011

Věc: Žádost o umožnění výzkumu v Nemocnici J. Hradec, a. s.

Vážený pane primáři,

jmenuji se Jitka Machová a jsem studentkou 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích – obor Porodní asistentka. Obracím se na Vás s žádostí umožnění výzkumu k mé bakalářské práci na gynekologicko-porodnickém oddělení. Práce má název Programovaný porod očima žen rodičích v jindřichohradecké nemocnici, jedná se o kvalitativní šetření formou rozhovoru. Pro toto šetření budou osloveny rodičky s programovaným porodem. Rozhovor bude uskutečněn pouze s jejich souhlasem. Pro doplnění odborných informací potřebných a důležitých k výzkumnému šetření si Vás dovoluji požádat o nahlédnutí do dokumentace vybraných respondentek.

Informace získané výzkumným šetření budou určeny pouze pro účely mé práce.

Předem Vám děkuji za Vaši odpověď a těším se na spolupráci.

S pozdravem Jitka Machová

.....

**Zdroj:** autor

