

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Využití porodního plánu při porodu

Dominika Dostálová

Bakalářská práce

2015

Čestné prohlášení

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Hradci Králové dne 25. 3. 2015

Dominika Dostálová

Poděkování

Ráda bych poděkovala především Mgr. Věře Erbenové za odborné vedení, cenné rady, připomínky a spolupráci na bakalářské práci. Také bych chtěla velmi poděkovat všem respondentkám dobrovolně zúčastněným na výzkumu, které si našly čas a dobrou vůli a dotazník vyplnily. Mé díky také patří rodině, která mě během tvorby práce i celých studií podporovala.

V Hradci Králové 25. 3. 2015

Dominika Dostálová

ANOTACE

Práce se zabývá využitím porodního plánu rodičkami ve vybraných porodnicích, jeho obsahem a realizováním. Práce je zaměřena spíše na alternativní metody v porodnictví. Jsou zde rozebrány jednotlivé doby porodní, nejčastější položky plánu a také doporučení dle Světové zdravotnické organizace.

KLÍČOVÁ SLOVA

Alternativní metody, bolest, plán, porod, příprava, těhotenství

TITLE

Using of a Birth Plan

ANNOTATION

This paper focuses on utilization of a birth plan in selected hospitals, plan's content and it's realization. Paper aims more towards usage of alternative methods in obstetrics. Birth stages are separately analyzed along with most items on birth plans and some recommendations from world health organization.

KEYWORDS

Alternative methods, childbirth, pain, plan, pregnancy, preparation

OBSAH:

ÚVOD.....	8
CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE	9
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 POROD.....	11
1.1 Doby porodní	11
1.1.1 První doba porodní.....	11
1.1.2 Druhá doba porodní	11
1.1.3 Třetí doba porodní	12
1.1.4 Čtvrtá doba porodní	12
2 CO JE TO PORODNÍ PLÁN	13
3 NEJČATĚJŠÍ POLOŽKY PORODNÍHO PLÁNU	14
3.1 První doba porodní.....	14
3.1.1 Oholení.....	14
3.1.2 Klyzma.....	14
3.1.3 Cévkování	14
3.1.4 Tišení bolesti.....	15
3.1.5 Urychlování porodu	16
3.2 Druhá doba porodní	18
3.2.1 Poloha pro tlačení	18
3.2.2 Nástřih hráze	18
3.3 Třetí doba porodní	20
3.3.1 Dotepání pupečníku	20
3.3.2 Bonding.....	20
3.4 Čtvrtá doba porodní	21
3.4.1 Měření novorozence	21
3.4.2 Rooming-in	21
4 POROD DO VODY	22
5 PARTNER PŘI PORODU	24
6 DULA	25
7 DOPORUČENÍ DLE WHO	26
7.1 Doporučené postupy	26
7.2 Nedoporučené postupy	26
II. VÝZKUMNÁ ČÁST.....	27
8 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	28
9 METODIKA VÝZKUMU	29

9.1	Forma výzkumu	29
9.2	Výzkumný vzorek.....	29
9.3	Analýza získaných dat	29
10	PREZENTACE VÝSLEDKŮ	31
	Otázka č. 1: Kolik je vám let?	31
	Otázka č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání?	32
	Otázka č. 3: Kolikrát jste již rodila?	33
	Otázka č. 4: Pokud se nejednalo o váš první porod, měla jste při předchozím porodu porodní plán?	34
	Otázka č. 5: Pokud ne, proč jste se pro tentokrát rozhodla jinak?.....	35
	Otázka č. 6: Kde jste získala informace o porodním plánu? (možnost více odpovědí)	36
	Otázka č. 7: S kým jste porodní plán tvořila? (možnost více odpovědí).....	37
	Otázka č. 8: Kterou z položek jste se ve svém porodním plánu zabývala nejvíce? (možnost více odpovědí)	38
	Otázka č. 9: V případě, že byste plán tvořila znovu, zaměřila byste se pro tentokrát na něco jiného?	39
	Otázka č. 10: V jakém období jste porodní plán tvořila? (možnost více dopovědí)	40
	Otázka č. 11: Akceptovala vámi vybraná porodnice vytvořený porodní plán?.....	41
	Otázka č. 12: Jaká byla reakce personálu na porodní plán?	42
	Otázka č. 13: V jaké míře jste trvala na dodržení porodního plánu?	43
	Otázka č. 14: Byla jste si s vytvořeným porodním plánem při porodu jistější?	44
	Otázka č. 15: Do jaké míry odpovídala realizace porodu předem připravenému plánu?..	45
	DISKUSE.....	46
	ZÁVĚR	48
	POUŽITÁ LITERATURA	49
	PŘÍLOHY	51
	Příloha - Dotazník.....	52

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Graf věkového rozložení respondentek.....	31
Obrázek 2 Graf dosaženého stupně vzdělání respondentek.....	32
Obrázek 3 Graf o předchozím využití porodního plánu	34
Obrázek 4 Graf důvodů využití plánu oproti předchozímu porodu.....	35
Obrázek 5 Graf o místech získání informací	36
Obrázek 6 Graf tvořitelů plánu	37
Obrázek 7 Graf položek porodního plánu.....	38
Obrázek 8 Graf znovu tvorby plánu	39
Obrázek 9 Graf období tvorby plánu	40
Obrázek 10 Graf akceptace porodního plánu	41
Obrázek 11 Graf reakcí na porodní plán.....	42
Obrázek 12 Graf o míře trvání na plánu	43
Obrázek 13 Graf realizace plánu	45
Tabulka 1 Četnost prodělaných porodů	33
Tabulka 2 Míra jistoty s porodním plánem.....	44

ÚVOD

V mé bakalářské práci se zabýváme tématem „Využití porodního plánu při porodu“ ve vybraných porodnicích. Porodní plán je pro budoucí rodičku vodítkem a zároveň přípravou k porodu. Žena si zde může zvolit, zda souhlasí nebo nesouhlasí s jednotlivými procedurami a vyjádřit svá přání. Porodní plány jsou spíše novodobou záležitostí a můžeme se s nimi setkat čím dál častěji. Proto mě toto téma zaujalo a chtěla jsem o něm zjistit další informace.

Plány bývají rozděleny do několika částí, většinou podle jednotlivých dob porodních. Rodička přichází s porodním plánem do porodnice, kde jej předává lékaři. Každá porodnice přistupuje k porodnímu plánu jinak a proto je pro těhotnou důležité, aby při výběru porodnice brala v potaz i toto kritérium. Plán sice zohledňuje přání rodičky, avšak v případě nebezpečí, ať už pro matku nebo dítě, od něj porodníci mohou upustit. Tvorba porodního plánu je zaměřena spíše na alternativnější metody porodu, avšak vytvořit si jej může každá žena podle svých vlastních představ.

Práce je rozdělena na část teoretickou a část výzkumnou. V první části se zabýváme teorií porodu, jeho rozdělením do dob porodních, porodním plánem a jeho položkách v jednotlivých dobách porodních. Dále také doporučením dle WHO, porodem do vody a v neposlední řadě přítomností otce a doly u porodu.

Druhá část je zaměřená na výzkum bakalářské práce, který probíhal na základě dotazníkové metody ve vybraných porodnicích. Zjišťujeme zde využívanost porodního plánu, míru o jeho informovanosti a také informace o jeho realizaci. Je zde popsána metodika výzkumu, výzkumné otázky a následné vyhodnocení jednotlivých otázek dotazníku.

CÍL BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit míru využívání porodního plánu ve vybraných porodnicích z kraje Vysočina, Středočeského, Královehradeckého a Pardubického. Dále také zjistit informace o jeho tvorbě, nejčastěji zmíněných položkách a zejména do jaké míry souhlasila jeho následná realizace s předem vytvořeným plánem.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 POROD

Definice porodu dle Světové zdravotnické organizace (World Health Organisation, dále jen WHO) zní: „*Jako porod je označován děj, při kterém dojde k vypuzení plodu z dělohy, který má porodní hmotnost 500g a více, bez ohledu zda se narodí živý či mrtví. Jako porod je označen i děj, při kterém je z dělohy vypuzen plod se známkami života, který nespĺňuje hmotnostní kritérium, ale přežívá déle jak 24 hodin. Vše ostatní je označováno za potrat.*“ (Binder, 2011, s. 64).

1.1 Doby porodní

Vlastní porod se dělí na takzvané „doby porodní“. Celkem existují čtyři a každá tato doba má přesně definovaný svůj začátek, průběh a konec.

1.1.1 První doba porodní

První doba porodní, neboli „otevírací“, začíná nástupem pravidelné děložní činnosti a je ukončena zánikem branky. Tato doba trvá nejdéle, díky postupnému otevírání porodních cest. U primipar (prvorodiček) obvykle tato fáze trvá okolo 7-12 hodin, u multipar (vícerodiček) je pak trvání výrazně kratší, 4 - 8 hodin. Rozdílná doba je dána odlišným způsobem otevírání děložního hrdla. Hrdlo primipary se nejdříve zkracuje a ve chvíli, kdy dochází ke splnutí zevní a vnitřní branky, vzniká takzvaná porodnická branka. Následně se branka rozevívá. Hrdlo multipary se však současně zkracuje i otevírá a tím dochází k urychlení otevřací fáze.

Děložní kontrakce jsou zpočátku slabé, mohou působit jako menstruační bolest převážně v zádech. Jejich intenzita, frekvence a trvání postupně stoupá a na konci první doby porodní vrcholí. Při dosažení dilatace branky v průměru na 8-10 cm branka zaniká a porodní cesty tvoří jednolitý porodní kanál (Binder, 2011, s. 73; Hájek et. al., 2014, s. 190-191).

1.1.2 Druhá doba porodní

Počátek této doby je definován zánikem porodnické branky a končí porodem plodu, proto příhodný název „doba vypuzovací“. Doba této fáze je podstatně kratší, v průměru 15-20 minut. Děložní kontrakce nabývají své největší intenzity a jsou vnímány jako nucení na stolicí, rodička začíná reflexně i volně využívat břišní lis. Pokud jsou splněny podmínky pro tlačení, rodička zaujímá porodní polohu a začíná tlačit. Plod postupuje porodními cestami.

Po vypuzení plodu odtéká zadní voda plodová (Beránková et. al., 2007, s. 8; Binder, 2011, s. 73).

1.1.3 Třetí doba porodní

Třetí doba porodní začíná porodem plodu a končí vypuzením placenty a plodových obalů. „Doba k lůžku“, jak se také nazývá, trvá průměrně 5-10 minut. Děložní kontrakce nakrátko ztratí na intenzitě, avšak po několika desítkách vteřin opět nastupují, intenzita je ale podstatně nižší. Současně dochází k výrazné retrakci dělohy a tím k uvolňování placentárních kotyledonů od děložní stěny. Po přerušení všech vazeb se rodí placenta i s obaly. Po porodu plodu následuje přestřížení pupečnicku a předání novorozence dětské sestře (Binder, 2011, s. 73; Hájek et.al., 2014, s. 192-195).

1.1.4 Čtvrtá doba porodní

Tato doba je též nazývána „doba poporodní“. Časový úsek této doby je stanoven na 2 hodiny po porodu lůžka. „Šestinedělka“ tráví tyto hodiny na porodním sále a je sledována. S touto dobou mohou být také spjaty rizika, jako je například poporodní život ohrožující krvácení.

Činnostmi porodní asistentky ve čtvrté době porodní jsou zejména měření fyziologických funkcí, kontrola retrakce dělohy a krvácení a sledování celkového stavu šestinedělky. Následně je žena přeložena na oddělení šestinedělí (Beránková et. al., 2007, s. 8; Binder, 2011, s. 73).

2 CO JE TO PORODNÍ PLÁN

Každá žena si průběh svého porodu představuje jinak. Některé do toho jdou s obavami a předsudky, jiné zase plné optimismu, jak všechno bude probíhat rychle a bez bolesti. Moderní doba již umožňuje, aby se ženy v průběhu těhotenství na porod z části připravily na předporodních kurzech a předem si vytvořily „plán“, jak by si přály, aby porod probíhal. Nejčastěji se jedná o ženy, které navštěvují předporodní kurzy, kde si ho sestavují se svojí porodní asistentkou, anebo o ženy, které mají předchozí negativní zkušenost s porodem a tímto plánem se chtějí „pojistit“.

Ještě před zahájením tvorby plánu by si těhotná měla ověřit, zda jí zvolená porodnice porodní plány akceptuje a je otevřena přáním rodičky. Důležitou součástí při tvorbě plánu je, aby byla žena seznámena s průběhem celého porodu a veškerými vyšetřeními, procedurami a možnostmi. Je třeba probrat jednotlivou dobu porodní za druhou a nechat budoucí rodiče dostatek času na rozmyšlenou. Plán je možno neustále doplňovat nebo měnit dle přání těhotné a to i v průběhu porodu. Je však důležité, aby žena věděla, že pokud nebude porod probíhat fyziologicky a nastanou komplikace, lékaři ve většině případů na plán neberou ohled. Plán slouží jako průvodce porodem a často se nemusí nebo ho není přímo možné striktně dodržet. Při dokončení porodního plánu je třeba vytvořit několik kopií pro případ potřeby. Při nástupu do porodnice rodička předá plán porodní asistentce konající službu a případně se s ní domluví na dalších detailech (Kameníková, 2007-2014, online; Monganová, 2010, s. 156-157).

3 NEJČATĚJŠÍ POLOŽKY PORODNÍHO PLÁNU

3.1 První doba porodní

3.1.1 Oholení

Oholení genitálu je ve většině porodnic součástí předporodní přípravy. V každé porodnici však k tomuto úkonu přistupují jinak. Někde požadují oholit celý genitál i s hrází, jinde postačí doholit pouze okolí hráze a konečníku. Oholení slouží především k přehlednosti a také ke snazšímu ošetření porodního poranění nebo nástřihu, pokud by bylo třeba. Některé ženy to mohou považovat jako zásah do soukromí a omezování jejich práv a proto s oholením nemusí nesouhlasit. Poté je třeba se s ženou domluvit na přijatelném kompromisu (Kameníková, 2007-2014, online).

3.1.2 Klyzma

Klyzma nebo též „klystýr“ je také součástí předporodní přípravy a provádí se téměř v každé porodnici. Jeho funkcí je nejen vyčistit střevní pasáž, ale zároveň i prohřát dutinu břišní. Dalším důvodem jeho aplikace je také ten, že vyprázdněná střeva zanechají více prostoru prostupující hlavičce plodu a tím může zároveň dojít k ulehčení a urychlení porodu.

Před porodem se využívají dva druhy klyzmatu. Jedním způsobem je aplikace asi 500 - 1000ml vody o tělesné teplotě (tedy asi 37°C) konečníkem a tím dále do střev. Po aplikaci je třeba poučit rodičku, aby v sobě vodu zadržela (alespoň 10 minut) a tím přispěla k co nejlepšímu rozmělnění stolice a jejímu následnému vyloučení. Poté se rodička vyprázdní, možno i opakovaně.

Druhým způsobem je aplikace mikroklyzma jménem Yal. Tento roztok je však na předpis, a pokud o něj mají ženy zájem, musí požádat svého lékaře o recept. Roztok je třeba vyzvednout v lékárně a následně si ho k porodu přinést. Rozdíl oproti předchozímu způsobu klyzma je pouze ten, že Yal roztok je firemně vyráběný, je ho menší množství a neaplikuje se ohřátý. Pokud je rodička delší dobu lačná, anebo byla již několikrát doma na stolicí, není nutné klyzma podávat. Avšak i tato procedura se stává v některých porodnicích rutinní záležitostí (Gaskin, 2010, s. 303; Kameníková, 2007-2014, online).

3.1.3 Cévkování

Před začátkem tlačení by měl být močový měchýř vyprázdněn. Sníží se tím riziko porodního poranění a vytvoří se tím další prostor pro prostupující plod. Pokud je rodička

schopná, dojde si před samotným porodem na toaletu. Pokud ne, použijeme podložní mísu. V některých případech mají ale rodičky těsně před porodem problém se samotným vyprázdněním, protože hlavička už výrazně tlačí na močové cesty. Pokud žena před porodem nemočila, bylo by na místě ji vycévkovat. Cévkuje se jednorázově sterilním Nelatonovým katetrem za aseptického postupu (Gaskin, 2010, s. 313).

3.1.4 Tišení bolesti

Porodní bolest je v dnešní době často diskutované téma. Z většiny zdrojů se dočteme, že porod „prostě bolí“. Každá rodička však tuto bolest cítí jinak. Je ale potřeba bolest očekávat a předem se na ni připravit. Porodní bolest je nejintenzivnější na vrcholu kontrakcí a má akutní charakter. Mezi kontrakcemi zpravidla ustupuje, avšak nemizí. Každá kontrakce má také jinou intenzitu, kontrakci velmi silnou a bolestivou většinou následuje kontrakce nižší intenzity. Existují ale také ženy, které popisují porodní bolest jako pozitivní nebo životadárnou (Balaskasová, 2009, s. 111; Roztočil, 2008, s. 111 - 112).

Pohodlí rodičky hraje při porodu důležitou roli, která může být porodní bolestí lehce narušena. Vnímání bolesti je silně individuální, pro někoho se porodní bolest dá zvládnout, jiní ji popisují jako nesnesitelnou. Metod tišení bolesti je celá řada, dají se ale rozdělit na dvě základní kategorie: přirozené a farmakologické metody. Je však pouze na rodičce pro jakou z těchto metod se nakonec rozhodne. Každá žena může fyziologicky probíhající porod zvládnout bez léků, jestliže má psychickou podporu od partnera, na porod se připravovala a zná přirozené prostředky proti bolesti a chce se vyhnout tisícům lékům (Balaskasová, 2009, s. 110 - 114; Hájek, 2014, s. 198).

„Porodníci se už dlouhá léta zabývají zvládáním bolesti. Na počátku třicátých let dvacátého století se porod přesunul z domova do nemocnice s nadějí, že ženy budou moci родit bezbolestně. Byla a je používána řada léků, z nichž některé mají nežádoucí účinky na novorozence“ (Klaus et. al., 2004, s. 64). K těmto nežádoucím účinkům patří zejména nižší aktivita novorozence po porodu, ale také menší účinnost jeho sání (Klaus et. al., 2004, s. 64).

Mezi přirozené metody zvládání bolesti můžeme zařadit například masáže, úlevové polohy, koupele a dechová cvičení. Masáže slouží zejména k uvolnění svalového napětí a tím i ke zmírnění bolesti. Doteky bývají velmi příjemné a uklidňující, není k tomu ani zapotřebí umění speciálních technik. Je vhodné začít s masážemi již v těhotenství a zjistit, co je ženě příjemné a co ne. Nejlepší je spolupracovat s partnerem, který bude ženu k porodu

doprovázet, aby se případně u porodu vyvaroval zbytečných nepříjemných pocitů navíc. Co se týče vhodných poloh, pro rodičku jsou to zejména polohy vkleče na čtyřech, vestoje, ve dřepu nebo vsedě. I přes tento fakt stále většina porodnic upřednostňuje polohu vleže nebo polosedě, kontrakce jsou však pak více bolestivé. Pro rodičky je také velmi prospěšná teplá sprcha nebo koupel, která účinně zmírňuje porodní bolesti. Je ale potřeba dbát na to, aby voda ve vaně měla stále dostatečnou teplotu a nedošlo tak k prochlazení (Balaskasová, 2009, s. 101, 112; Hájek, 2014, s. 199).

Při spontánním vaginálním porodu užíváme porodnickou analgézi ke zmírnění bolesti vyvolanými dilatací děložního hrdla a děložními kontrakcemi. Mezi nejbezpečnější a zároveň nejúčinnější analgézi radíme epidurální analgézi. Jedná se o dočasné přerušování vedení nervových vzruchů, jež vyvoláme injekční aplikací vhodného anestetika do epidurálního prostoru. Tím dochází k vyloučení bolestivých vjemů a zároveň příznivě ovlivňuje průběh porodu a stav novorozence. Dále je vhodné užití lokálních anestetik v kombinaci s opioidy, jako například Sufentanil. Lokální anestetikum neovlivní motoriku a opioidy svým účinkem urychlí nástup analgésie a tím sníží spotřebu lokálního anestetika. Literatura uvádí, že nejvhodnější doba aplikace anestetika je při odteklé vodě plodové, brance o průměru 4-5 cm a hlavičce těsně naléhající. Lokální analgésie se užívá zejména při ošetření porodních poranění nebo epiziotomie. Nejčastěji se aplikuje 20 ml Mesocainu subkutánně nebo intradermálně (Binder, 2011, s. 278; Roztočil, 2008, s. 316).

Porod s epidurální analgézi je pro rodičku méně bolestivý, avšak může častěji docházet k instrumentálnímu vaginálnímu porodu z důvodu znehybnění a otupění rodičky. Ve druhé době porodní žena také často nerozpozná, kdy a jak správně tlačit (Klaus et. al., 2004, s. 65).

3.1.5 Urychlování porodu

Metodami urychlování porodu jsou dirupce vaku blan a podání infuze s Oxytocinem. Tyto metody se užívají zejména, pokud porod nepostupuje, anebo postupuje velmi pomalu.

„Před mnoha lety v porodnictví platilo jedno důležité pravidlo: Ruce pryč od vaku s plodovou vodou! Jeho protržení bylo přísně zakázáno.“ (Klaus et. al., 2004, s. 195). V dnešní době je tomu však jinak. Pokud je vak blan zachován většinou dochází k jeho dirupci při nálezu průměru branky 4-5 cm na vrcholu kontrakce. Poté dochází k zesílení tlaku na porodní cesty, ke zvýšení intenzity děložních kontrakcí a tím k urychlení 1. doby porodní. K dirupci se využívá nástroj podobný háčku, který se zavádí přes děložní hrdlo až k vaku

blan. Tímto nástrojem dochází k proděravění vaku blan a následnému odtoku plodové vody. Za normálních okolností dochází k prasknutí vaku blan spontánně a to nejčastěji ke konci 1. doby porodní. V některých nemocnicích dochází k rutinní dirupci na příjmu, avšak i tento zákrok může mít své nevýhody. Mezi hlavní rizika spadá zvýšené riziko infekce a možnost snížení srdeční frekvence plodu z důvodu většího tlaku dělohy na hlavičku a pupečník a následně na snížení průtoku krve z placenty k dítěti a zpět. Dále také intenzita děložních kontrakcí může zesílit náhle a pro rodičku může být velmi náročné tuto změnu intenzity bolesti zvládnout (Balaskasová, 2009, s. 211; Binder, 2011, s. 76; Stadelman, 2009, s. 181 - 184).

Za předpokladu slabých děložních kontrakcí a nepostupujícího porodu se podává infuze 5% glukózy s 2 IU syntetického hormonu Oxytocinu. Díky tomu jsou pak děložní kontrakce pravidelnější, častější a intenzivnější, a tak se délka porodu výrazně zkrátí. K aplikaci může dojít nejdříve za hodinu po dirupci vaku blan. Během aplikace je však nutné sledovat stav plodu na kardiokogramu. I v tomto případě intenzita děložních kontrakcí zesiluje náhle, a tak rodička může vyžadovat léky na tišení bolesti. V případě nadměrné děložní činnosti a negativního dopadu na plod (pokles ozev) je nutné infuzi zastavit a podat parciální tokolýzu beta mimetiky v takovém množství, aby porod i nadále pokračoval (Balaskasová, 2009, s. 25, 116; Beránková et. al., 2007, s. 42; Binder, 2011, s. 76).

3.2 Druhá doba porodní

3.2.1 Poloha pro tlačení

Stále nejvíce využívaná poloha při tlačení je poloha vleže nebo polosedě, s přitáženými dolními končetinami k hrudníku a hlavou podepřenou v zátylku. Tato poloha se však často stává předmětem diskuse kritiků. Je totiž dokázáno, že vzpřímená poloha, vsedě nebo vkleče je díky gravitaci pro matku i plod výhodnější. Při „tradiční“ poloze může dojít poruchám prokrvení dělohy, placenty a následně až k poruchám prokrvení plodu. Pro rodičku je vhodné a důležité zaujmout polohu, která jí nejvíce vyhovuje a případně porodní polohy měnit. Záleží ale také na přístupu lékaře nebo porodní asistentky, zvyklostech oddělení a předchozích zkušenostech rodičky. Pro zdravotnický personál je poloha vleže optimálnější, protože tak lze nejlépe napojit na CTG monitor, podat infuzi nebo provést vaginální vyšetření. Následně by však mělo být rodičce dovoleno přizpůsobit polohu ke svému pohodlí (Balaskasová, 2009, s. 20-21; Roztočil, 2008, s. 155).

Z historických záznamů můžeme vyčíst, že se dříve rodilo převážně ve vzpřímených pozicích, jako například vkleče, ve dřepu nebo vsedě. Zachovalé záznamy porodních poloh jsou tisíce let staré. Janet Balaskasová (2009) ve své knize Aktivní porod píše: „*V Luristanu v Íránu byl nalezen stříbrný špendlík z prvního tisíciletí př. Kr. Na jeho hlavičce je zobrazena rodící žena ve dřepu. (...) Na korintské váze je zobrazena rodící žena na porodní stoličce*“ (Balaskasová, 2009, s. 26-27). Stoličky postupem času měnily svůj vzhled a v 18. století se staly součástí základního vybavení porodních asistentek (Balaskasová, 2009, s. 26 - 27).

3.2.2 Nástřih hráze

Nástřih hráze neboli epiziotomie patří mezi chirurgické zákroky. Epiziotomie slouží ke zvětšení poševního vchodu a tím k zajištění většího prostoru pro procházející plod. Jedná o nejběžnější porodnickou operaci, která chrání před rupturou hráze. Ruptury na hrázi jsou nejčastějším porodním poraněním a dochází k nim většinou při špatném chránění hráze porodníkem nebo při rychlé progresi hlavičky. Mezi nejčastější indikace nástřihu patří pevná nebo vysoká hráz, která brání vlastnímu porodu, anebo pokud se očekává větší plod a hrozí poranění na hrázi. Některé ženy ke konci těhotenství provádějí masáž hráze, díky které se stane poddajnější a odolnější a tím se i lépe připraví na porod. Mezi typy epiziotomií patří mediální, kdy se nástřih provádí směrem k análnímu otvoru. Hrozí zde pokračující ruptura s poraněním musculus sphincter ani, a proto je velmi důležité důsledně chránit hráz. Tento nástřih by měli provádět zkušenější porodníci. Dalším typem je mediolaterální epiziotomie,

která směřuje šikmo doprava nebo doleva k hrbolu sedací kosti. Tento nástřih může více krvácet a v některých případech se hůře hojit. Laterální epiziotomie je posledním typem nástřihů, která se vede laterálně opět k hrbolu sedací kosti. U tohoto typu nástřihu je nejméně ohrožen řitní svěrač a také se dá nejlépe rozšířit jak do pochvy, tak i na perineum. Zákrok se provádí v lokální anestezii a na vrcholu kontrakce, takže je nebolestivý. Nástřih se vede kůží a tkání a bývá většinou 1-2 cm dlouhý. Ve většině případů není zapotřebí, avšak v nejedné nemocnici k němu dochází rutinně. K ošetření dochází ihned po porodu, aby nedocházelo ke ztrátám krve a zamezilo zvýšenému riziku vstupu infekce. Šití se většinou provádí vstřebatelnými stehy a za užití lokálního anestetika (Gerychová, 2007 - 2014, online; Hájek, 2014, s. 468 - 469; Roztočil, 2008, s. 323 - 324).

3.3 Třetí doba porodní

3.3.1 Dotepání pupečníku

Ve většině literatur se můžeme dočíst, že správná doba přestřížení pupečníku je po jeho dotepání. Obvykle se tato doba pohybuje okolo 5 minut a jedná se o okamžik, kdy pupečník přestane pulsovat. Před přestřížením je nutné vytvořit segment bez krve pomocí dvou peánů, svorek nebo tkanic a mezi nimi pupečník přestříhnout. Podvaz pupečníku je třeba ještě zkontrolovat, aby nedošlo ke krvácení. Dále by také měly být přítomny 3 cévy: 1 véna a 2 artérie. Po přestřížení se z pupeční arterie odebírá krev na určení krevních plynů. Pupeční pahýl může být u novorozence také použit pro odběry krve nebo pro aplikaci transfúzí (Gaskin, 2010, s. 321 - 322).

3.3.2 Bonding

Bondingem se rozumí navázání vztahu mezi matkou a novorozencem ihned po porodu. Pod tento pojem spadá jak přiložení dítěte na matčino tělo, tak i vizuální kontakt a pouhá přítomnost a pocit vzájemnosti. Tento kontakt je stejně důležitý pro matku i novorozence. Matce umožní plný rozvoj mateřských citů a pudů a u novorozence přispívá k lepší poporodní adaptaci. Pro podporu bondingu lze provést deset základních kroků. Spadá sem položení dítěte na matčino tělo a snaha tento kontakt dvě hodiny po porodu nepřerušovat. Ošetřit novorozence pokud možno na těle matky a následně oba zabalit do čistých a nahřátých přikrývek, a tím podporovat kontakt „skin to skin“, kůže na kůži. Dále je třeba zajistit klidné a tiché prostředí a dopomoci matce zvolit správnou polohu. Pomoci s prvním přiložením dítěte k bradavce a jakékoliv potřebné vyšetření a ošetření odložit na pozdější dobu nebo ho opět provést na těle matky. Důležitou roli hraje také vizuální kontakt z očí do očí. Proto je třeba eliminovat moderní techniku a nedívat se na novorozence přes hledáčky fotoaparátů a kamer. K procesu bondingu může docházet i mezi otcem a novorozencem a tím i k vytvořením pevnějšího, bližšího a emocionálnějšího vztahu (Gaskin, 2010, s. 202; Mrowetz et. al., 2011, s. 28 - 29).

3.4 Čtvrtá doba porodní

3.4.1 Měření novorozence

Pod první ošetření novorozence spadá také vážení a měření. Jedná se o zlatý standard, ale nemusí tomu tak všude být. V některých porodnicích novorozence měří až za několik hodin nebo dokonce až před propuštěním z porodnice. Některé ženy si výhradně nepřejí novorozence měřit, závisí však na domluvě s neonatologem. Děti rozeny koncem pánevním by se měly měřit až po spontánní uvolnění flexe dolních končetin. Obecně platí, že při měření délky novorozence, neklademe hrubou sílu na končetiny a pokud se nám měření nedaří, vyčkáme s ním (Pánek, 2013, s. 19 - 20).

3.4.2 Rooming-in

Nepřetržitý kontakt matky s dítětem neboli „rooming-in“ má řadu výhod. Jednak spolu mohou trávit veškerý čas, ale hlavně slouží pro vzájemné poznávání. Učí novopečenou matku rozpoznávat potřeby svého dítěte, učí se jak ho konejšit a jak se o něj co nejlépe postarat. Dále také přispívá ke snazšímu kojení. Je však pouze na ženě, zda se pro rooming-in rozhodne či nikoliv (Mrowetz et. al., 2011, s. 244 - 245).

4 POROD DO VODY

Voda je rodičkami v průběhu porodu často využívána. Slouží k uvolnění a zmírnění bolestivých děložních stahů i ke snadnějším změnám poloh. Touto myšlenkou se již v 60. letech zabýval sovětský badatel Igor Tjarkovský. O několik let později se porodník Frederik Leboyer zaměřil na koupání novorozenců bezprostředně po porodu ve vlažné vodě pro usnadnění aklimatizace na život mimo matčinu dělohu. Možnosti využití vody jsou koupele, rozprašovače, studené nebo teplé obklady a relaxační sprchy. Koupele jsou obecně doporučovány pouze v 1. době porodní, tedy v otevírací fázi. Rodičky většinou vychází na 2. dobu porodní z vany nebo bazénku a samotný porod probíhá klasicky na porodním lůžku. Tomáš Binder (2011) říká: *„Pro tento způsob porodu (porod do vody) není racionální vysvětlení, protože ani primitivní lidé ani savci, kteří žijí na souši, ho nikdy nepoužívali.“* (Balaskasová, 2009, s. 144; Binder, 2011, s. 287).

Při užití vany nebo bazénu se doporučuje, aby žena vešla asi v polovině otevírací fáze při vaginálním nálezu otevření na 5 cm. V této době začínají být děložní stahy intenzivní a voda je často zmírní. Pokud má ale rodička přání vejít dříve, nemělo by jí být bráněno. Před vstupem do vody je však nutné poslechnout srdeční ozvy plodu. Porodní asistentka by měla v průběhu koupele kontrolovat ozvy každých 15 minut. Využívá buď klasický porodnický stetoskop, nebo ruční ultrazvukový monitor. Teplota vody by neměla být příliš vysoká. Jako ideální se považuje teplota vody 37,5 °C. Pokud je voda chladnější nebo naopak teplejší, může to mít vliv na průběh porodu. Postačí obyčejná voda z kohoutku, některé rodičky si také přidávají do vody sůl, aby vytvořili podobné prostředí jako má plodová voda. Mnohým rodičkám se díky uvolnění ve vodě mění vnímání bolesti a jsou schopny poté lépe děložní kontrakce přijmout. Může se ale také stát, že se počet děložních stahů sníží a s nimi i jejich intenzita. Poté je lepší z vody vyjít a nechat působit gravitaci. V případě že praskne vak blan a plodová voda se vylije do vany, není potřeba vodu měnit. Plodová voda i krev, které vyjdou ven, jsou sterilní a spolu s využitím vody snižují riziko infekce obzvláště v nemocnicích, kde je zvýšené riziko přítomnosti „cizích“ bakterií ve vzduchu (Balaskasová, 2009, s. 146, Roztočil, 2008, s. 155 - 157).

Pokud se však rodička rozhodne rodit do vody a nemocniční zařízení to akceptuje, je nutné zajistit přísná kritéria. Mezi tyto kritéria patří nepřítomnost žádných rizikových faktorů a žádné patologie. Poloha, kterou rodička zaujímá, se může snadněji měnit. Nejčastějšími

polohami při porodu do vody jsou polohy vkleče na všech čtyřech přes okraj vany nebo ve dřepu a přidržování se za okraj vany. Teplá voda napomáhá ke změkčení tkání hráze a díky tomu méně často dochází k natržení. Plod by se měl po porodu neprodleně vyzvednout z vody. Porod placenty a plodových obalů probíhá již mimo vodu z důvodu rizika vodní embolie (Balaskasová, 2009, s. 147 - 148; Binder, 2011, s. 287; Roztočil, 2008, 155 - 157).

5 PARTNER PŘI PORODU

Partner při porodu je už v dnešní době téměř přirozená věc a nikdo se už nad tímto faktem nepozastaví. Ovšem dříve to takto nebylo. V České republice (tehdy v Československu) se první otec u porodu objevil až v roce 1984. V amerických porodnicích v 70. letech 20. století doprovázelo rodičky pouze 27% partnerů, v 80. letech 20. století stoupl počet doprovázejících partnerů na 79%. (Klaus et. al., 2004, s. 144).

Porod je pouze v rukách rodičky avšak partner svou hlavní roli plní již pouze svojí přítomností. Pokud si partner z jakéhokoliv důvodu nepřeje být u porodu, není dobré ho přesvědčovat k opaku, sám ví, co snese a co již ne. Během první doby porodní je jeho „prací“ ujišťovat rodičku o jeho přítomnosti a podpoře. Spolu s rodičkou prodýchává děložní stahy, masíruje ji bolavá záda a dopomáhá při pohybu. Během vypuzovací doby je na partnerovi zejména přidržování hlavy pro snazší zaujmutí porodní polohy. Dále rodičku také povzbuzuje a chválí a tím jí dodává sílu v době, kdy si myslí, že už to dál nezvládne (Roztočil, 2008, 152 - 153; Stadelmann, 2009, s. 234 - 238).

Partner u porodu je rodičce oporou, respektuje ji i její přání. Zároveň ale musí být určitým způsobem „nad věcí“. Pokud průběh porodu emočně nezvládá, může být dokonce i přítěží. Rodička potřebuje podporu v tomto těžkém okamžiku, namísto starostí o doprovázející osobu. Pokud se rodička na poslední chvíli rozhodne zůstat na sále sama, partner by to měl pochopit a vyjít jí vstříc (Štomerová, 2005, s. 39).

Partnerem při porodu se nerozumí pouze otec dítěte. Dnes si s sebou na porodní sál může rodička přibrat jakoukoliv osobu, která je jí blízká a se kterou chce zrození svého dítěte sdílet. Touto osobou může být kamarádka, stejně jako matka nebo například dula. Rozhodnutí záleží na rodičce, ale také na zvyklostech dané porodnice. Otcové přítomni u porodu zažívají pestrou paletu emocí. Mohou prožívat radost, nadšení, nedočkavost, stejně tak ale i stres, vyčerpanost nebo bezmoc. Na porodní sál přicházejí plní elánu, který ovšem většinou postupně klesá. Při pohledu na svou ženu, trpící v bolestech, pocítují paniku a nevědí jak ji pomoci a ulevit. Když k této situaci dojde, často ztrácejí svoji vyrovnanost a mohou napadat personál se slovy „Proč nikdo nic nedělá, dejte jí něco na bolest.“ Proto je potřeba podat jasně a srozumitelně veškeré potřebné informace (Klaus et. al., 2004, s. 143 - 149).

6 DULA

Čím dál častěji můžeme slyšet, že rodičku při porodu doprovází dula místo partnera. Kdo to ale tato „dula“ vlastně je? Dula je žena, kterou si těhotná sama vybrala, aby ji poskytovala psychickou oporu při porodu. Existují seznamy, kde si budoucí rodičky mohou najít, jaké duly se v jejich okolí nachází a tak si mohou vybrat, která z nich jim bude nejvíce vyhovovat. Je vhodnější si dula vybrat již v průběhu těhotenství, aby měly dostatek času se vzájemně poznat a mohly spolu navázat pevnější vztah. Dula je tedy profesionální průvodkyní porodem, která je na to speciálně vyškolená. Je však zapotřebí pamatovat, že dula není zdravotník a jedná se pouze o osobu doprovázející ženu před porodem, během porodu a i krátce po něm.

Dula zná běžné medicínské postupy, průběh porodu a různé metody jak správně dýchat, ulevit rodičce od bolesti a psychicky ji na porod připravit. V případě potřeby rodičce vysvětlí, proč je jaký úkon potřeba a co bude následovat. Každá porodnice vnímá přítomnost dula u porodu jinak, a tak je zapotřebí, aby si těhotná předem ověřila, zda je možné si dula k porodu přivést. Přítomnost dula v žádném případě neznamená nepřítomnost partnera. Partner má u porodu také své místo a v případě, že bude muset dula například odejít na toaletu, rodička nezůstává sama. Po porodu dula ještě ženu několikrát navštíví, aby spolu mohly probrat průběh porodu, zodpoví otázky a případně osvětlí některé okamžiky, které si žena úplně nevybavuje. Některé duly provádí i poradenství v šestinedělí a poskytují své zkušenosti (Cermanová, 2007 - 2014, online; Klaus et. al., 2004, s. 28).

7 DOPORUČENÍ DLE WHO

Světová zdravotnická organizace v roce 1996 vydala soupis doporučených postupů, využívaných při fyziologicky probíhajícím porodu. Tento soupis vytvořila na základě mnoha studií a zkušeností odborníků. Mnoho zemí světa poskytuje péči v porodnictví na základě těchto doporučení (Ministerstvo zdravotnictví, 2002, s. 48).

7.1 Doporučené postupy

WHO doporučuje, že je vhodné se předem dohodnout, kdo půjde s rodičkou k porodu, tuto osobu respektovat a seznámit ji s potřebnými informacemi. Dále je nutné zhodnotit veškerá rizika pro matku i pro plod v průběhu celého těhotenství i za porodu. Důležité je také respektovat přání rodičky kde chce родit a o těchto možnostech ji v průběhu těhotenství informovat. V průběhu celého porodu sledovat fyzický i psychický stav rodičky a nabízet jí dostatek tekutin. Pokud je průběh porodu bez komplikací, doporučuje se zbytečně nezasahovat. Je potřeba být empatičtí a respektovat právo rodičky na soukromí. Dále pravidelně sledovat stav plodu a zodpovědět veškeré dotazy. Dalším doporučením WHO je pečlivé sledování postupu 1. doby porodní a polohu během ní nechat na rodičce. Využívat zejména neinvazivní nefarmakologické metody tišení bolesti, jako jsou například masáže, koupele a další. U žen které mají vyšší riziko krvácení preventivně podávat Oxytocin. Po porodu dbát na prevenci prochlazení novorozence a co nejdříve zajistit fyzický kontakt matky s novorozencem. Nejdéle do jedné hodiny po porodu přiložit prvně novorozence k prsu. Posledním doporučením je prohlídka placenty a blan (Ministerstvo zdravotnictví, 2002, s. 48).

7.2 Nedoporučené postupy

Jako nežádoucí a škodlivé v průběhu fyziologické porodu WHO označila rutinní aplikaci klystýru a holení pubického ochlupení. Dále také zavedení flexily a aplikace infuze s Oxytocinem během první doby porodní. Nežádoucí je též rektální vyšetření a poloha na zádech během první doby porodní (Ministerstvo zdravotnictví, 2002, s. 49 - 50).

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

8 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Na základě předem stanovených cílů bakalářské práce jsme vytvořily následující výzkumné otázky:

Otázka č. 1: Jaké jsou souvislosti mezi počtem těhotenství a porodním plánem?

Otázka č. 2: Kdo další hraje kromě rodičky důležitou roli v souvislosti s porodním plánem?

Otázka č. 3: Která z položek v porodním plánu je nejvíce diskutována?

Otázka č. 4: Jaké stanovisko zaujímají porodnice k ženám s předem sepsaným porodním plánem?

9 METODIKA VÝZKUMU

9.1 Forma výzkumu

Výzkum byl proveden na základě předem vytvořeného dotazníku. Dotazník se skládá z 15 otázek, je zcela anonymní a je určen ženám na oddělení šestinedělí. Dotazník byl sestaven a formulován pro laickou veřejnost a na základě domluvy s vedoucí bakalářské práce. Po domluvě se všemi zdravotnickými zařízeními byly odevzdány dotazníky a výzkum byl započat.

Všechny otázky v dotazníku byly uzavřené, tudíž si mohly respondentky vybrat pouze z nabídnutých odpovědí, případně dopsat svoji odpověď k odpovědi jiné, což bylo pouze v 10 případech. U otázek 1 – 5, 9, 10 a 12 - 15 byla pouze jedna možná odpověď. U otázek 6 - 8 a 11 si mohly respondentky zvolit více možných odpovědí.

Období trvání výzkumu bylo od října 2014 do února roku 2015. Bylo rozdáno celkem 120 dotazníků do 6 porodnic z kraje Vysočina, Středočeského, Královehradeckého a Pardubického. Vraceno bylo 34 vyplněných dotazníků, návratnost tedy byla 28%, 3 z nich bylo poté nutné vyřadit pro jejich neúplnost.

9.2 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvoří ženy po porodu na oddělení šestinedělí, které si vytvořily k porodu porodní plán a s účastí na výzkumu souhlasí. Výběr respondentek není omezen na věk, počet porodů, rasu ani náboženství. Jedinou podmínkou je existence porodního plánu při porodu. Respondentky pochází z 6 vybraných porodnic z kraje Vysočina, Středočeského, Královehradeckého a Pardubického. Každá respondentka obdržela od personálu zdravotnického zařízení dotazník, který následně sama vyplnila a opět odevzdala.

9.3 Analýza získaných dat

Použitelné dotazníky jsme zpracovaly pomocí programu Microsoft Excel. Nejprve jsme použily čárkovací metodu pro vyhodnocení získaných údajů a následně jsme ze zjištěných výsledků vytvořily tabulky a z nich vyplývající grafy.

Přehled použitých četnostních veličin

n	rozsah souboru
n_i	vyjádření absolutní četnosti
f_i	vyjádření relativní četnosti
$f_i \%$	vyjádření relativní četnosti v procentech
Σ	celková četnost

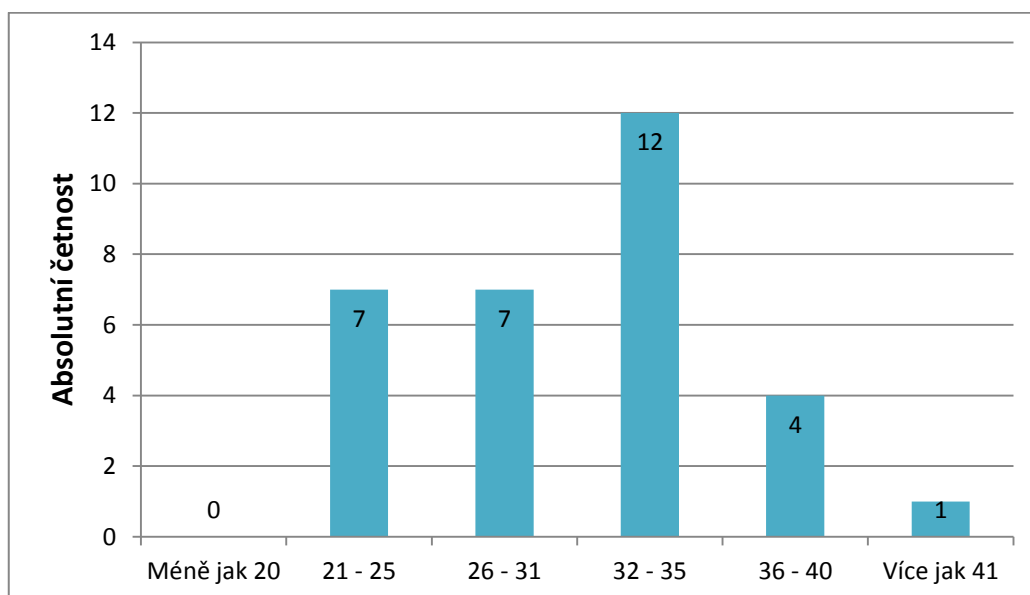
Vzorec pro výpočet relativní četnosti v procentech

$$f_i (\%) = n_i / n \cdot 100$$

10 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Otázka č. 1: Kolik je vám let?

- a) Méně jak 20
- b) 21 – 25
- c) 26 – 31
- d) 32 – 35
- e) 36 – 40
- f) Více jak 41

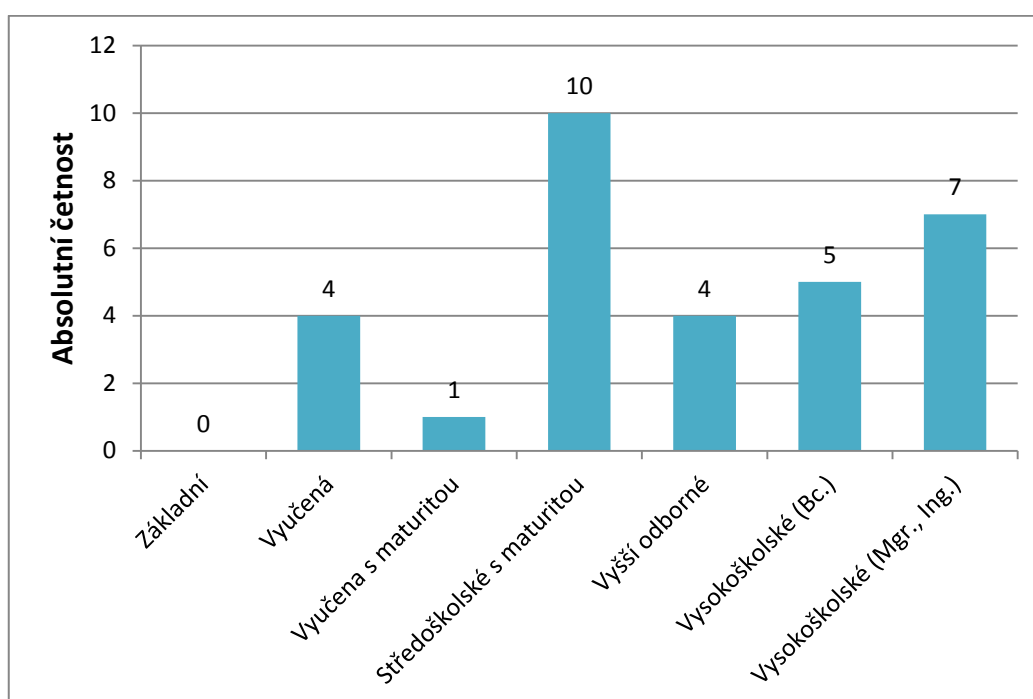


Obrázek 1 Graf věkového rozložení respondentek

Obrázek 1 vyobrazuje, že z celkového počtu 31 (100%) bylo nejvíce respondentek ve věku 32 – 35 let (39%). Nejméně zastoupenou skupinou byly respondentky ve věku méně jak 20 let, kdy se žádná žena v tomto věku výzkumu neúčastnila. Žen ve skupinách 21 – 25 a 26 - 31 let se účastnilo stejně, tedy 7 (23%) respondentek v každé skupině. Respondentky ve skupině 36 – 40 let byly 4 (13%). Pouze 1 (3%) respondentka uvedla věk více jak 41 let.

Otázka č. 2: Nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Vyučena
- c) Vyučena s maturitou
- d) Středoškolské s maturitou
- e) Vyšší odborné
- f) Vysokoškolské (Bc.)
- g) Vysokoškolské (Mgr., Ing.)



Obrázek 2 Graf dosaženého stupně vzdělání respondentek

V grafickém znázornění (Obrázek 2) můžeme vidět, že z celkového počtu 31 (100%) respondentek nebyla ani jedna pouze se základním vzděláním, 4 (13%) respondentky byly vyučeny, pouze jedna respondentka uvedla vzdělání vyučena s maturitou. Středoškolského vzdělání, tedy nejpočetnější skupiny dosáhlo 10 (32%) respondentek, 4 (13%) respondentky uvedly vyšší odborné vzdělání. Vysokoškolské bakalářské vzdělání uvedlo 5 (16%) respondentek a vysokoškolské magisterské nebo inženýrské vzdělání uvedlo 7 (23%) respondentek.

Otázka č. 3: Kolikrát jste již rodila?

- a) Jednou
- b) Dvakrát
- c) Třikrát
- d) Čtyřikrát
- e) Více

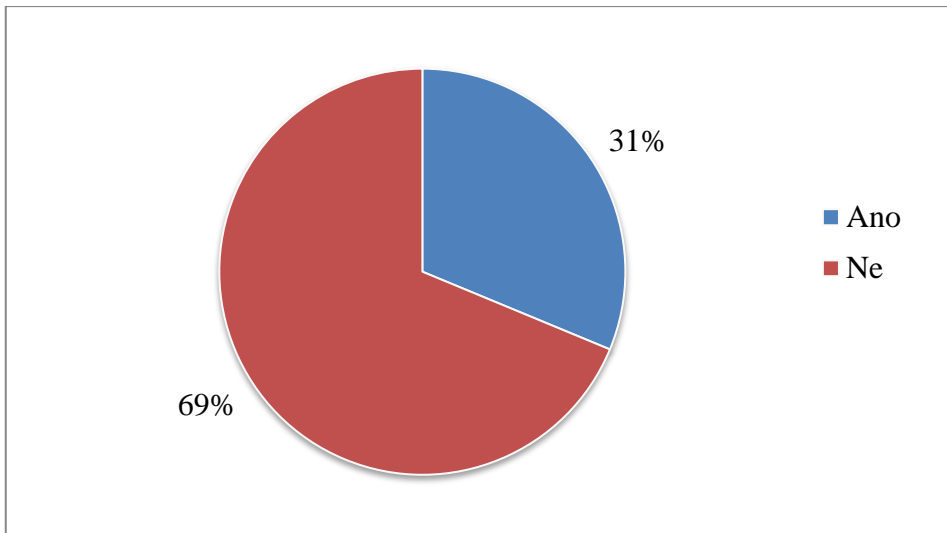
Tabulka 1 Četnost prodělaných porodů

	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i)
Jednou	15	48%
Dvakrát	13	42%
Třikrát	3	10%
Čtyřikrát	0	0%
Více	0	0%
Celkem (Σ)	31	100%

Z celkového počtu 31 (100%) respondentek uvedlo, že nejvíce z nich, 15 (48%), rodilo poprvé. Dvakrát rodilo 13 (42%) respondentek a pouze 3 (10%) respondentky uvedly, že rodily třikrát, jak znázorňuje tabulka (Tabulka 1). Žádná respondentka neuvedla čtyři a více porodů.

Otázka č. 4: Pokud se nejednalo o váš první porod, měla jste při předchozím porodu porodní plán?

- a) Ano
- b) Ne

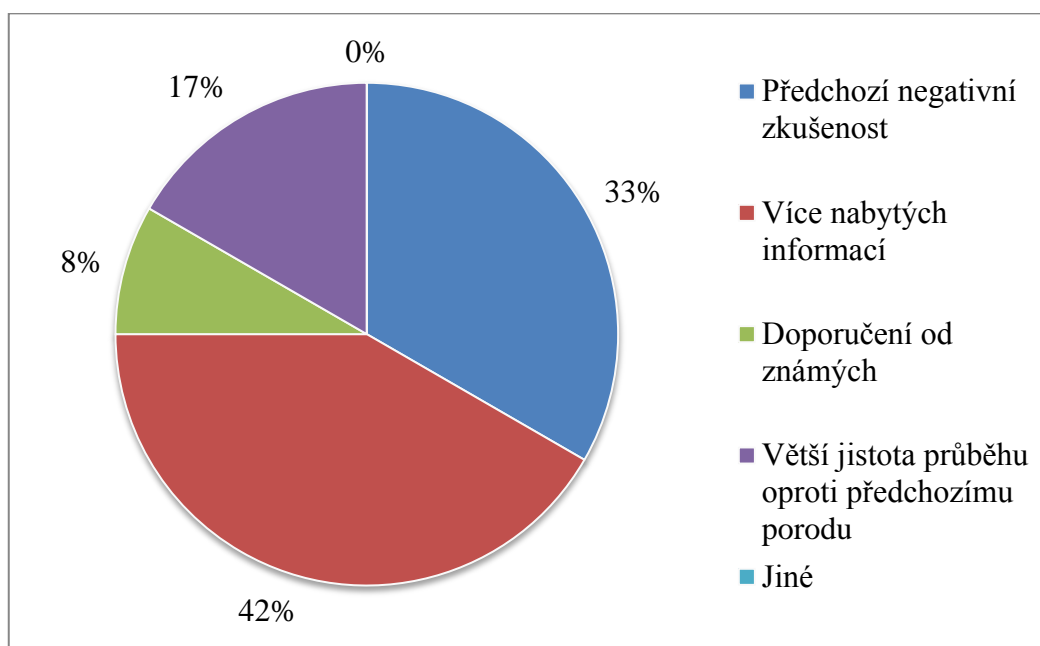


Obrázek 3 Graf o předchozím využití porodního plánu

Tato otázka byla zaměřena pouze na respondentky, které rodily víckrát. Z celkového počtu 16 (100%) respondentek jich 11 (69%) uvedlo, že při předchozím porodu neměly porodní plán, viz Obrázek 3. Pouze 5 (31%) respondentek uvedlo, že porodní plán měly.

Otázka č. 5: Pokud ne, proč jste se pro tentokrát rozhodla jinak?

- a) Předchozí negativní zkušenost
- b) Více nabytých informací
- c) Doporučení od známých
- d) Větší jistota průběhu oproti předchozímu porodu
- e) Jiné

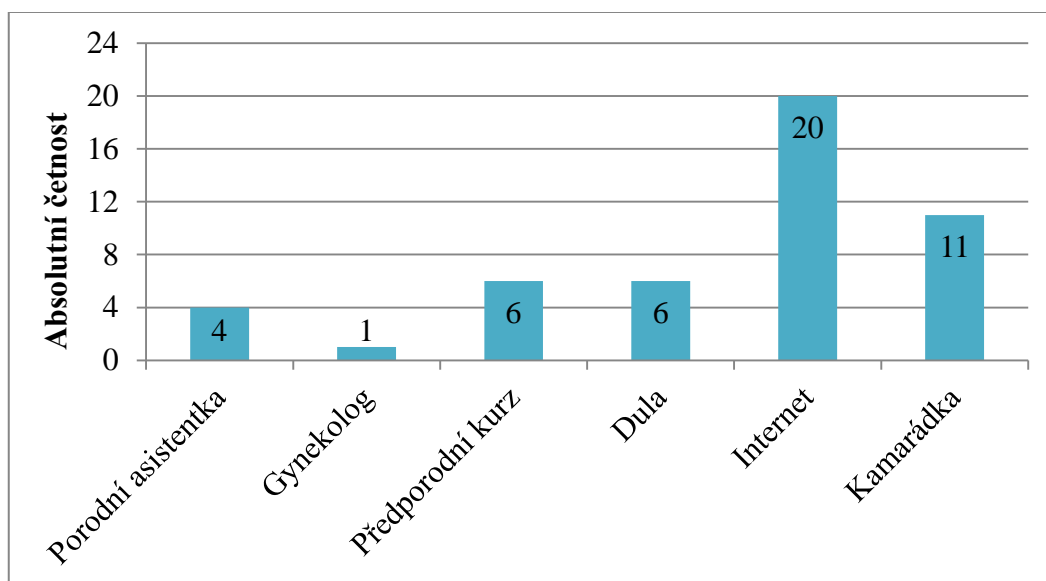


Obrázek 4 Graf důvodů využití plánu oproti předchozímu porodu

Tato otázka navazuje na otázku č. 4 a vyplnily ji pouze respondentky, které u předchozích porodů porodní plán nevyužily. Z grafu (Obrázek 4) vyplývá, že z celkového počtu 12 (100%) respondentek se jich 5 (42%) rozhodlo jinak kvůli více nabytým informacím. Předchozí negativní zkušenost uvedly 4 (33%) respondentky a doporučení od známých 1 (8%) respondentka. Dále 2 (17%) respondentky uvedly větší jistotu průběhu oproti předchozímu porodu a žádná nezvolila možnost jiné.

Otázka č. 6: Kde jste získala informace o porodním plánu? (možnost více odpovědí)

- a) Porodní asistentka
- b) Gynekolog
- c) Předporodní kurz
- d) Dula
- e) Internet
- f) Kamarádka

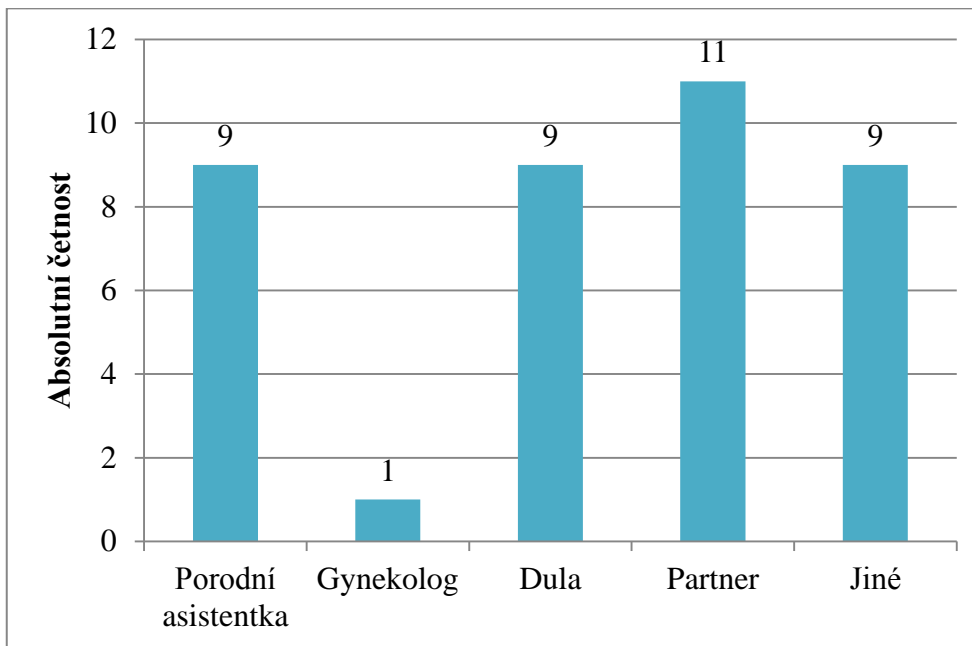


Obrázek 5 Graf o místech získání informací

V grafu (Obrázek 5) můžeme vidět, že z celkového počtu 48 (100%) odpovědí uvedlo 20 (42%) respondentek jako zdroj informací internet. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou je odpověď kamarádka, uvedlo 11 (23%) respondentek. Předporodní kurz a dula uvedlo v obou případech 6 (13%) respondentek. Porodní asistentku jako zdroj informací uvedly 4 (8%) respondentky a gynekologa pouze 1 (2%) respondentka.

Otázka č. 7: S kým jste porodní plán tvořila? (možnost více odpovědí)

- a) Porodní asistentka
- b) Gynekolog
- c) Dula
- d) Partner
- e) Jiné

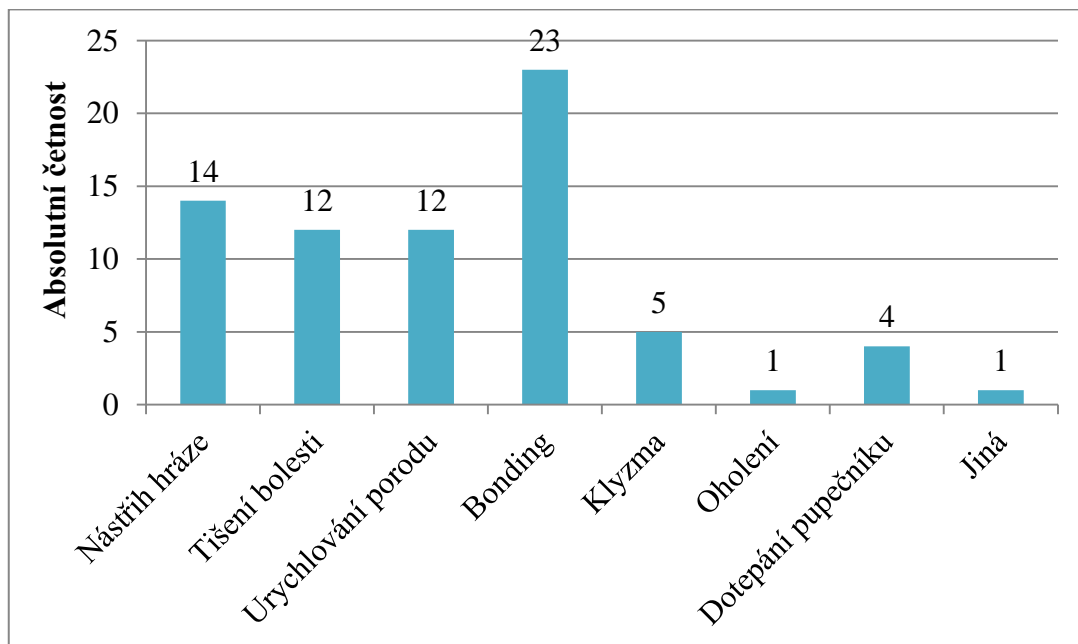


Obrázek 6 Graf tvořitelů plánu

Z celkového počtu 39 (100%) odpovědí nejvíce respondentek, 11 (28%), uvedlo jako spolu tvořitele porodního plánu partnera, viz Obrázek 6. Porodní asistentku, dulu a jiné uvedlo pokaždé 9 (23%) respondentek. Pouze 1 (3%) respondentka uvedla svého gynekologa.

Otázka č. 8: Kterou z položek jste se ve svém porodním plánu zabývala nejvíce? (možnost více odpovědí)

- a) Nástřih hráze
- b) Tišení bolesti
- c) Urychlování porodu
- d) Bonding
- e) Klyzma
- f) Oholení
- g) Dotepání pupečníku
- h) Jiná

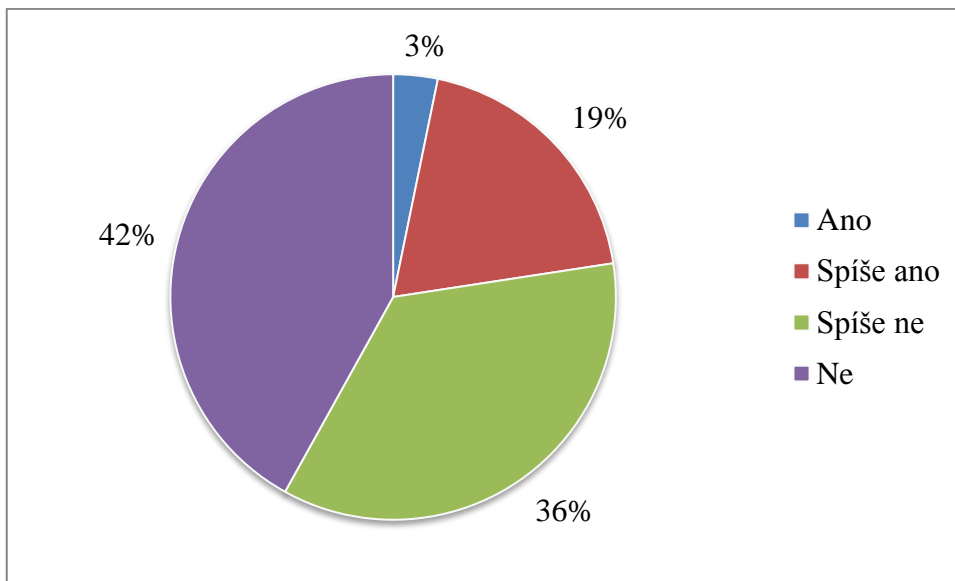


Obrázek 7 Graf položek porodního plánu

Z celkového počtu 72 (100%) odpovědí byla nejvíce zastoupená odpověď bonding, 23 respondentkami. Druhou nejvíce zastoupenou odpovědí byl nástřih hráze, 14 (19%) respondentek, a nejméně zastoupené odpovědi byly oholení a jiná, obě po 1 (1%) respondentce. Graf (Obrázek 7) dále znázorňuje, že tišení bolesti a urychlování porodu uvedlo 12 (17%) respondentek, klyzma 5 (7%) respondentek a dotepání pupečníku uvedly 4 (6%) respondentky.

Otázka č. 9: V případě, že byste plán tvořila znovu, zaměřila byste se pro tentokrát na něco jiného?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

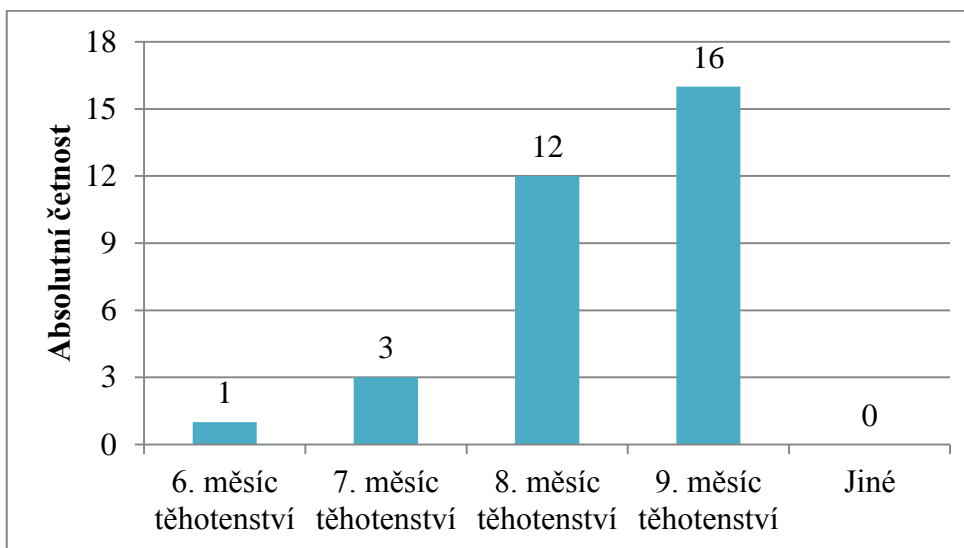


Obrázek 8 Graf znovu tvorby plánu

V grafu (Obrázek 8) vidíme, že z celkového počtu 31 (100%) respondentek jich 13 (42%) uvedlo odpověď ne, 11 (36%) respondentek uvedlo spíše ne. Nejméně respondentek uvedlo odpověď ano, tedy 1 (3%) respondentka, a spíše ano odpovědělo 6 (19%) respondentek.

Otázka č. 10: V jakém období jste porodní plán tvořila? (možnost více odpovědí)

- a) 6. měsíc těhotenství
- b) 7. měsíc těhotenství
- c) 8. měsíc těhotenství
- d) 9. měsíc těhotenství
- e) Jiné

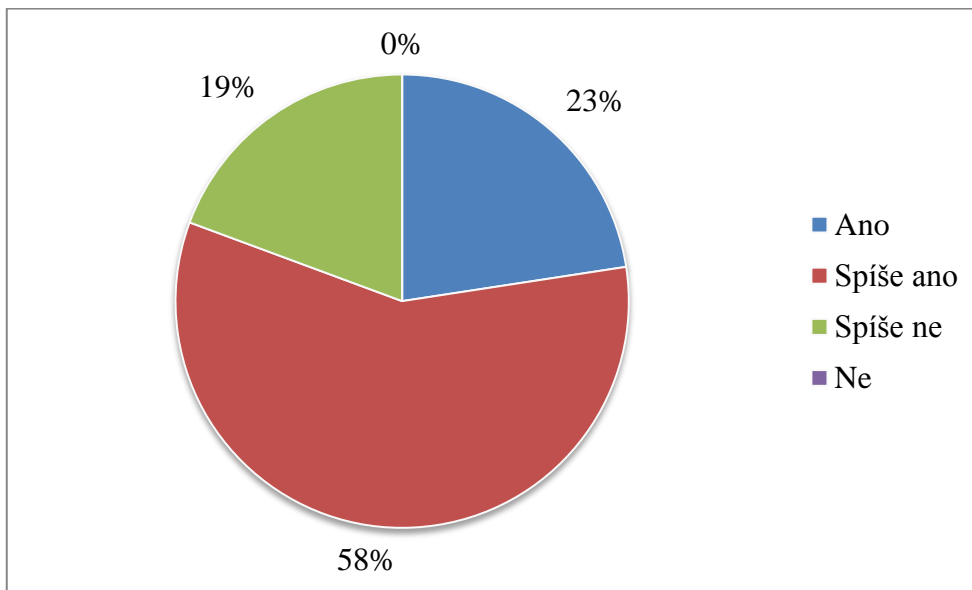


Obrázek 9 Graf období tvorby plánu

Z celkového počtu 32 (100%) odpovědí nejvíce respondentek 16 (50%) uvedlo 9. měsíc těhotenství a druhá nejčastější odpověď, 12 respondentek (38 %), byla 8. měsíc těhotenství. Pouze 1 (3%) respondentka uvedla 6. měsíc těhotenství a 3 (9%) respondentky uvedly 7. měsíc těhotenství. Žádná z dotázaných neuvedla odpověď jiné, viz Obrázek 9.

Otázka č. 11: Akceptovala vámi vybraná porodnice vytvořený porodní plán?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

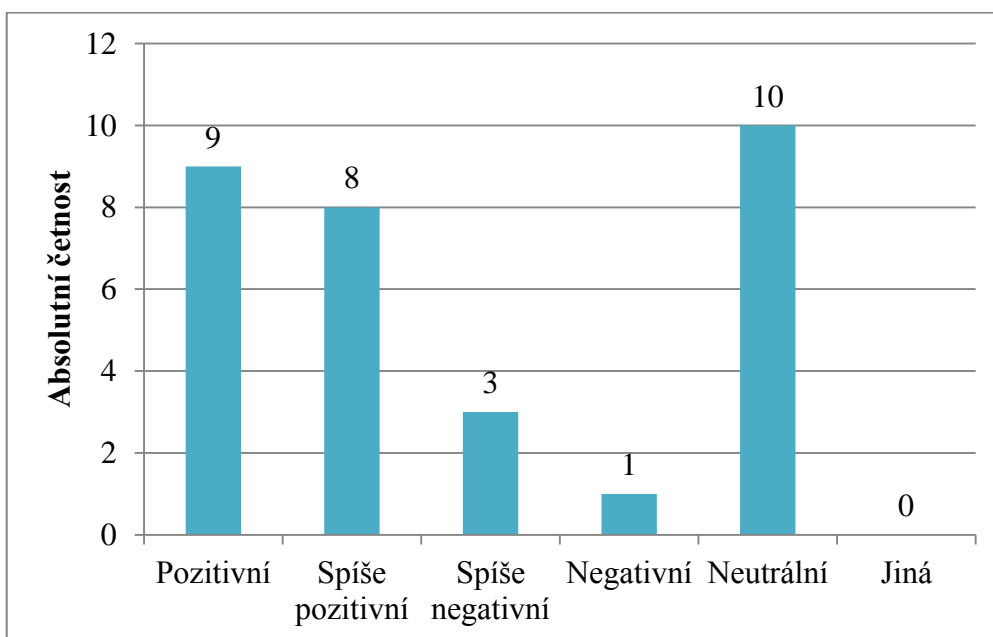


Obrázek 10 Graf akceptace porodního plánu

Z celkového počtu 31 (100%) respondentek z grafu (Obrázek 10) vyplývá, že jich 18 (58%) uvedlo odpověď spíše ano, 7 (23%) jich uvedlo ano a 6 (19%) respondentek uvedlo odpověď spíše ne. Žádná respondentka neuvedla odpověď ne.

Otázka č. 12: Jaká byla reakce personálu na porodní plán?

- a) Pozitivní
- b) Spíše pozitivní
- c) Spíše negativní
- d) Negativní
- e) Neutrální
- f) Jiná:

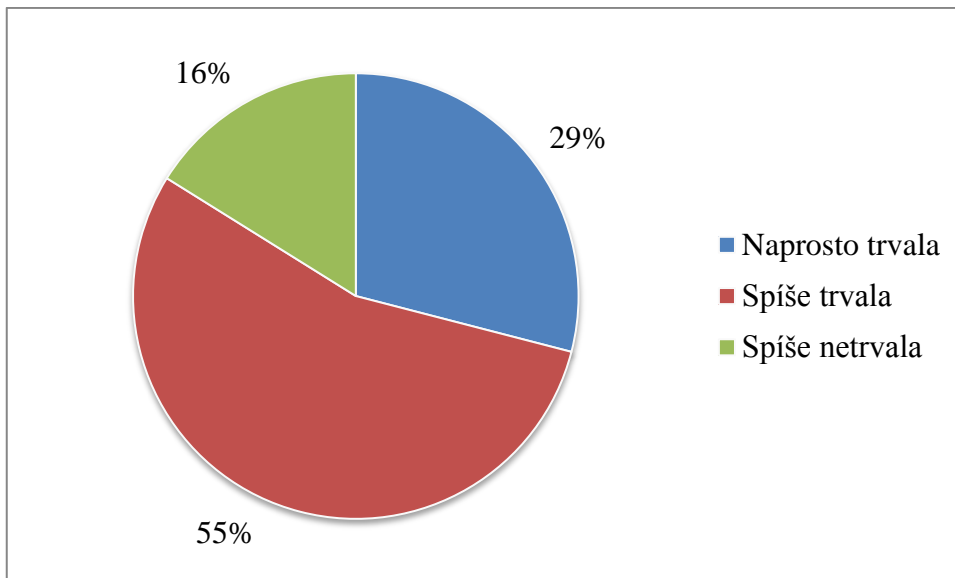


Obrázek 11 Graf reakcí na porodní plán

Z celkového počtu 31 (100%) respondentek největší skupina žen, 10 (32%) respondentek, označila odpověď neutrální. Jak můžeme vidět v grafu (Obrázek 11), odpověď pozitivní odpovědělo 9 (29%) respondentek a 8 (26%) jich uvedlo odpověď spíše pozitivní. Pouze 3 (10%) respondentky uvedly spíše negativní, 1 (3%) uvedla negativní. Odpověď jiná si nezvolila žádná z dotázaných.

Otázka č. 13: V jaké míře jste trvala na dodržení porodního plánu?

- a) Naprosto trvala
- b) Spíše trvala
- c) Spíše netrvala



Obrázek 12 Graf o míře trvání na plánu

Z celkového počtu 31 (100%) uvedlo 17 (55%) respondentek odpověď spíše trvala. Naprosto trvala si zvolilo za odpověď 9 (29%) respondentek a nejméně z nich, 5 (16%) respondentek, uvedlo odpověď spíše netrvala, viz graf (Obrázek 12).

Otázka č. 14: Byla jste si s vytvořeným porodním plánem při porodu jistější?

- a) Ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne

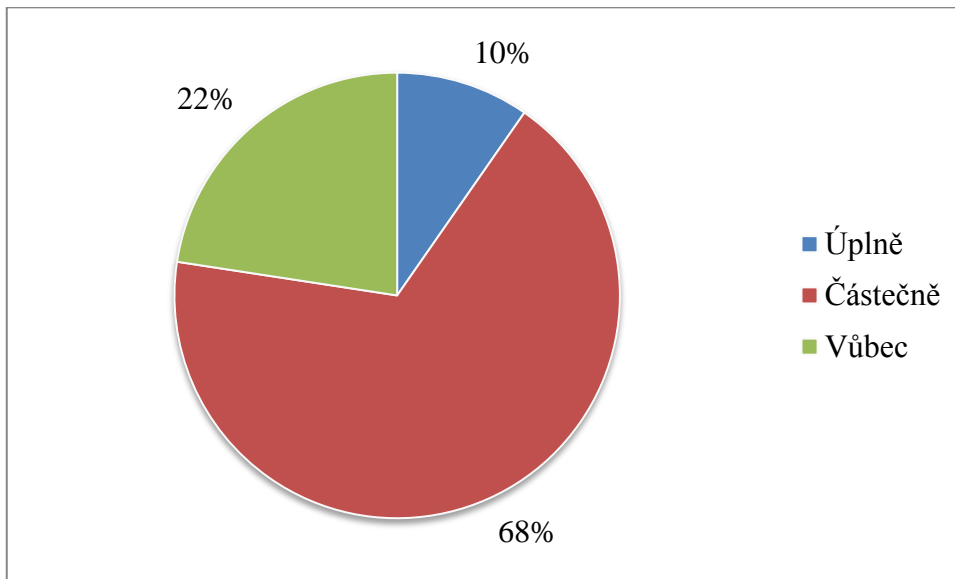
Tabulka 2 Míra jistoty s porodním plánem

	Absolutní četnost (n_i)	Relativní četnost (f_i)
Ano	14	45%
Spíše ano	14	45%
Spíše ne	2	6%
Ne	1	3%
Celkem (Σ)	31	100%

Z tabulky (Tabulka 2) vyplývá, že z celkového počtu 31 (100%) respondentek si jich 14 (45%) zvolilo odpovědi ano a spíše ano, jednalo se nejpočetnější skupiny. Odpověď spíše ne uvedly 2 (6%) respondentky a pouze 1 (3%) odpověděla ne.

Otázka č. 15: Do jaké míry odpovídala realizace porodu předem připravenému plánu?

- a) Úplně
- b) Částečně
- c) Vůbec



Obrázek 13 Graf realizace plánu

Z grafu (Obrázek 13) vyplývá, že z celkového počtu 31 (100%) respondentek jich 21 (68%) uvedlo, že realizace porodu částečně odpovídala plánu. Odpověď úplně označily 3 (22%) respondentky a odpověď vůbec uvedlo 7 (10%) respondentek.

DISKUSE

Na začátku tohoto výzkumu byly stanoveny výzkumné otázky, na kterých se tento výzkum stavěl. Cílem bylo zjistit míru využitosti porodního plánu ve vybraných porodnicích z kraje Vysočina, Středočeského, Královehradeckého a Pardubického. Dále také zjistit informace o jeho tvorbě, nejčastěji zmíněných položkách a zejména do jaké míry souhlasila jeho následná realizace s předem vytvořeným plánem.

Otázka číslo 1. Jaké jsou souvislosti mezi počtem těhotenství a porodním plánem?

K této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 3, 4 a 5 z vytvořeného dotazníku. Z našeho výzkumu vyšlo, že skoro polovina dotázaných respondentek, 48 %, rodila poprvé. Dvakrát rodilo 42% respondentek a 10% respondentek uvedlo, že rodily třikrát. Dále je zde souvislost, zda měli porodní plán i při předchozím porodu. Pouze 31% respondentek uvedlo, že porodní plán při předchozím porodu měly, tedy 69% respondentek ho tvořilo poprvé. V návaznosti na předchozí otázku 42% respondentek následně odůvodnilo, že důvodem pro jeho tvorbu v tomto těhotenství bylo více nabytých informací oproti minulému porodu a 33% jich uvedlo, že měly předchozí negativní zkušenost při porodu.

Otázka č. 2: Kdo další hraje kromě rodičky důležitou roli v souvislosti s porodním plánem?

K této otázce se vztahují dotazníkové otázky č. 6 a 7. Zjišťovalo se, kde respondentka získala informace o porodním plánu, kdy 42 % respondentek uvedlo odpověď internet a 23% respondentek uvedlo kamarádka. Z toho vyplývá, že by bylo potřeba zlepšit odbornou edukaci těhotných žen o porodním plánu. Dále jsme také chtěli zjistit, s kým budoucí rodička porodní plán tvoří. Nejzastoupenější odpovědí byl partner, kdy tuto odpověď uvedlo 28% respondentek. Respondentky také uváděly vždy ve 23% odpovědi porodní asistentka, dula a jiné, u které bylo nejčastější odpovědí sama nebo s kamarádkou.

Otázka č. 3: Která z položek v porodním plánu je nejvíce diskutována?

Pro tuto výzkumnou otázku byly vytvořeny dotazníkové otázky č. 8 a 9. V otázce č. 8 jsme se zabývaly konkrétními položkami porodního plánu. Nejvíce zastoupená odpověď byla bonding, kdy si jí zvolilo 32 % respondentek. Druhou nejčastěji uváděnou položkou v 19% odpovědí byl nástřih hráze. Nejméně se respondentky zajímaly o oholení při porodu a to

pouze v 1%. U otázky č. 9 jsme zkoumaly, zda by se respondentky zaměřily na jiné položky v porodním plánu, pokud by ho tvořily znovu. U 42% respondentek jsme zaznamenaly odpověď ne a pouze 3% respondentek odpověděly ano.

Otázka č. 4: Jaké stanovisko zaujímají porodnice k ženám s předem sepsaným porodním plánem?

K této výzkumné otázce se vztahují dotazníkové otázky č. 11,12 a 15. Zajímalo nás zde, jak se vybrané porodnice staví k vytvořenému porodnímu plánu. Respondentky uvedly, že v 58 % porodnice spíše akceptovala porodní plán. Respondentky v dotazníku zvolily ve 32% případech neutrální reakci personálu, dále ale také uvedly, že ve 3% byla reakce personálu na plán negativní. Do jaké míry odpovídala realizace porodu plánu jsme se zabývaly v otázce č. 15. Ve 23% odpovědí realizace porodu vůbec neodpovídala předem vytvořenému porodnímu plánu. Nejčastější odpovědí však byla částečně odpovídající realizace, kdy si tuto možnost zvolilo 68% respondentek.

Výsledky, které z tohoto výzkumu vzešly, by mohly být podkladem pro další práci. Bylo by určitě přínosné se tomuto tématu nadále věnovat a šířit jeho osvětu. Z výzkumu vyplynulo, že nejvíce dotázaných žen získalo informace o porodním plánu z internetového zdroje, proto by bylo příhodné vytvořit odborný edukační materiál, týkající se porodu a porodního plánu, který by byl na internetu lehce přístupný, například na internetových stránkách porodnic. Ženy by poté mohly čerpat odborné informace z domu a bylo by pro ně jednodušší porodnímu plánu porozumět a následně si ho sestrojít.

ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsme se zabývaly porodním plánem a jeho využívaností. Porodní plány pomáhají těhotným ženám se na porod lépe připravit a díky nim si mohou být u porodu jistější. Pokud porod probíhá bezproblémově a porodnice plány akceptuje, může se porod odehrávat zcela dle přání rodičky.

Porodní plány vidáme v porodnictví čím dál častěji, přesto je jeho využívanost stále malá. Důvody by mohly být nedostatečná osvěta nebo také záporný postoj porodnic k porodnímu plánu. Tyto teorie by se mohly stát námětem pro další výzkumné šetření.

Práce byla rozdělena na část teoretickou, kde jsem se zabývala odbornou částí práce. Snažily jsme se sestavit přehled, který co nejvíce vystihuje problematiku porodního plánu a poukazuje na složky, které plán obsahuje. Část výzkumná, pro kterou byly vytvořeny dotazníky, je zaměřena zejména na popis proběhlého výzkumu a následné vyhodnocení dotazníkového šetření. Pro náš výzkum jsme vytvořily dotazník, který byl rozdán do 6 vybraných porodnic.

Z výsledků naší teoreticko – výzkumné práce vyplývá, že nejčastějším typem respondentky, která si plán tvoří je žena ve věku 32 – 35 let, která dosáhla středoškolského vzdělání s maturitou a rodila poprvé. Dále také z výzkumu vyplývá, že pokud respondentky rodily víckrát, tak v nadpoloviční většině porodní plán při předchozím porodu neměly. Polovina dotázaných respondentek dále uvedla, že plán tvořily až v 9. měsíci těhotenství a nejčastěji spolupracovaly s partnerem. Co se týče porodnic, z výzkumu vyplynulo, že k porodnímu plánu přistupovali spíše pozitivně a akceptovali ho. Následná realizace plánu při porodu ve všech vybraných porodnicích odpovídala částečně, avšak je zapotřebí podotknout, že neznáme všechny informace o proběhlých porodech.

Jako zdroj informací o porodním plánu respondentky nejčastěji volily odpověď internet. Ten je však podle mého názoru neadekvátní a z odborného hlediska velmi nespolehlivý. Domnívám se tedy, že by bylo proto potřeba zlepšit edukaci těhotných žen o porodním plánu, případně vytvořit nějaký edukační materiál.

Zpracováním této práce, jsem získala nové poznatky o problematice porodního plánu a věřím, že bych byla schopná těhotným ženám s jeho přípravou pomoci.

POUŽITÁ LITERATURA

1. Balaskasová, J. *Aktivní porod*. 1. vyd. Praha: Argo, 2010, 223 s. ISBN 978-80-257-0178-2.
2. Beránková, S., Moravcová, M. *Základy ošetrovatelské péče o rodičku v průběhu fyziologického porodu*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2007, 70 s. ISBN 978-80-7395-011-8.
3. Binder, T. a kol. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011, 297 s. ISBN 978-80-246-1907-1.
4. Cermanová, K. Dula - průvodce počátkem mateřství. *Babyonline* [online]. ©2007-2014 [cit. 2014-11-13]. Dostupné z: [//http://www.babyonline.cz/porod/predporodni-priprava/dula-pruvodce-pocatkem-materstvi](http://www.babyonline.cz/porod/predporodni-priprava/dula-pruvodce-pocatkem-materstvi). ISSN: 1802-4572.
5. Česko. Ministerstvo zdravotnictví. *Strategické dokumenty – Péče v průběhu normálního porodu*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2002. 159 s. ISBN 80-58047-22-5.
6. Gaskin, I. M. *Zázrak porodu*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2010, 475 s. ISBN 978-80-86356-48-8.
7. Gerychová, R. Druhá doba porodní. *Babyonline* [online]. ©2007-2014 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: [//http://www.babyonline.cz/porod/porod-prubeh/druha-doba](http://www.babyonline.cz/porod/porod-prubeh/druha-doba). ISSN: 1802-4572.
8. Hájek, Z. et. al. *Porodnictví*. 3. vyd. Praha: Grada, 2014, 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
9. Kameníková, M. Klyzma a holení. *Babyonline* [online]. ©2007-2014 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: [//http://www.babyonline.cz/porod/predporodni-priprava/klyzma-holeni](http://www.babyonline.cz/porod/predporodni-priprava/klyzma-holeni). ISSN: 1802-4572.
10. Kameníková, M. Porodní plán. *Babyonline* [online]. ©2007-2014 [cit. 2014-11-27]. Dostupné z: <http://www.babyonline.cz/porod/predporodni-priprava/porodni-plan>. ISSN: 1802-4572.
11. Klaus, M. H. et al. *Porod s doulou*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2004, 277 s. ISBN 80-86-356-34-5.
12. Marshall, J. E., Raymor, M. D. *Advancing skills in midwifery practice*. 1. Vyd. 2010, 191 s. ISBN 978-0-7020-3006-2.

13. Monganová, M. F. *Hypnoporod*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010, 243 s. ISBN 978-80-7387-364-6.
14. Mrowetz, M., Charstilová, G., Antalová, I. *Bonding- porodní radost*. 1. vyd. Praha: DharmaGaia, 2011, 279 s. ISBN 978-80-7436-014-5.
15. Pánek, M. Současné trendy v péči o novorozence. *Pediatric pro praxi*. 2013, 14(6), 19 - 20. ISSN: 1213-0494.
16. Roztočil, *Moderní porodnictví*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN: 978-80-247-1941-2.
17. Stadelmann, I. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. 3. vyd. Praha: One Woman Press, 2009, 514 s. ISBN 978-80-86356-50-1.
18. Štromerová, Z. *Možnost volby*. 1. vyd. Praha: Argo, 2005, 183 s. ISBN 80-7203-653-X.

PŘÍLOHY

Dotazník.....	51
---------------	----

Příloha - Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Dominika Dostálová a jsem studentkou 3. ročníku studijního oboru porodní asistentka na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Zabývám se problematikou porodního plánu pro moji bakalářskou práci a tímto dotazníkem bych Vás chtěla požádat o spolupráci. Upozorňuji, že dotazník je zcela anonymní. Zakroužkujte prosím u každé otázky odpověď pravdivou a co nejvíce odpovídající realitě.

Předem děkuji za vyplnění dotazníku a za Vaši spolupráci

Využití porodního plánu

1. Kolik je Vám let?
 - a) Méně jak 20
 - b) 21 - 25
 - c) 26 - 30
 - d) 31 - 35
 - e) 36 - 40
 - f) Více jak 41

2. Nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) Základní
 - b) Vyučena
 - c) Vyučena s maturitou
 - d) Středoškolské s maturitou
 - e) Vyšší odborné (Dis.)
 - f) Vysokoškolské (Bc.)
 - g) Vysokoškolské (Mgr.)

3. Kolikrát jste již rodila?
 - a) Jednou
 - b) Dvakrát
 - c) Třikrát
 - d) Čtyřikrát
 - e) Více:

4. Pokud se nejednalo o Váš první porod, měla jste při předchozím porodu porodní plán?
 - a) Ano
 - b) Ne

5. Pokud ne, proč jste se pro tentokrát rozhodla jinak?
- Předchozí negativní zkušenost
 - Více nabytých informací
 - Doporučení od známých
 - Větší jistota průběhu oproti předchozímu porodu
 - Jiné:
6. Kde jste získala informace o porodním plánu?
- Porodní asistentka
 - Gynekolog
 - Předporodní kurz
 - ¹Dula
 - Internet
 - Kamarádka
7. S kým jste porodní plán tvořila?
- Porodní asistentka
 - Gynekolog
 - Dula
 - Partner
 - Jiné:
8. Kterou z položek jste se ve svém porodním plánu zabývala nejvíce?
- Nástřih hráze
 - Tišení bolesti
 - ²Urychlení porodu
 - ³Bonding
 - ⁴Klyzma
 - Oholení
 - ⁵Dotepání pupečníku
 - Jiná:
9. V případě, že byste plán tvořila znovu, zaměřila byste se pro tentokrát na něco jiného?
- Ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Ne

¹ Dula- speciálně vyškolená žena bez zdravotního vzdělání, která poskytuje především psychickou oporu rodičce

² Urychlení porodu- podávání infuzí s oxytocinem, proděravění vaku blan s odtokem vody plodové

³ Bonding- přiložení dítěte na hrudník ihned po porodu

⁴ Klyzma- klystýr před porodem pro vyprázdnění střev

⁵ Dotepání pupečníku- pupečník nechat před přestřížením dotepat

10. V jakém období jste porodní plán tvořila?
- a) 6. měsíc těhotenství
 - b) 7. měsíc těhotenství
 - c) 8. měsíc těhotenství
 - d) 9. měsíc těhotenství
 - e) Jiné:
11. Akceptovala Vámi vybraná porodnice vytvořený porodní plán?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
12. Jaká byla reakce personálu na porodní plán?
- a) Pozitivní
 - b) Spíše pozitivní
 - c) Spíše negativní
 - d) Negativní
 - e) Neutrální
 - f) Jiná:
13. V jaké míře jste trvala na dodržení porodního plánu?
- a) Naprosto trvala
 - b) Spíše trvala
 - c) Spíše netrvala
14. Byla jste si s vytvořeným porodním plánem při porodu jistější?
- a) Ano
 - b) Spíše ano
 - c) Spíše ne
 - d) Ne
15. Do jaké míry odpovídala realizace porodu předem připravenému plánu?
- a) Úplně
 - b) Částečně
 - c) Vůbec