

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2025

Jitka Najmanová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Péče porodní asistentky během fyziologického porodu

Bakalářská práce

2025

Jitka Najmanová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Jitka Najmanová**
Osobní číslo: **Z22034**
Studijní program: **B0913P360036 Porodní asistence**
Téma práce: **Péče porodní asistentky během fyziologického porodu**
Téma práce anglicky: **Midwifery care during physiological childbirth**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

Literatura dle doporučení vedoucího závěrečné práce.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.**
Katedra porodní asistence, perioperační péče
a zdravotně sociální péče

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2023**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2025**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 5. března 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Péče porodní asistentky během fyziologického porodu 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., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, 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. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 16.6.2025

Jitka Najmanová v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Markétě Moravcové, Ph.D. za vstřícné vedení a odborné rady, které mi při psaní práce poskytovala.

Děkuji také své rodině, která mě po celou dobu studia tohoto krásného oboru podporovala.

V neposlední řadě chci poděkovat porodním asistentkám z porodních sálů, které věnovaly svůj čas k vyplnění dotazníků a tím přispěly k realizaci výzkumné části této práce.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá péčí porodní asistentky během fyziologického porodu, se zaměřením na využívání nefarmakologických metod tišení bolesti a podporu přirozeného průběhu porodu. Teoretická část se věnuje kompetencím porodních asistentek, významu prenatální přípravy a přístupu k rodičkám v jednotlivých fázích porodu. Výzkumná část je založena na dotazníkovém šetření mezi porodními asistentkami ve třech porodnicích a přináší poznatky o současné klinické praxi a využívaných metodách podpory fyziologického porodu respondentkami v daných zdravotnických zařízeních.

KLÍČOVÁ SLOVA

fyziologický porod, nefarmakologické metody, porodní asistentka, porodní péče, prenatální příprava

TITLE

Midwifery care during physiological childbirth

ANNOTATION

This bachelor's thesis focuses on the care provided by midwives during physiological childbirth, with an emphasis on the use of non-pharmacological methods of pain relief and the support of a natural birth process. The theoretical part addresses the competencies of midwives, the importance of prenatal preparation, and the approach to women in various stages of labor. The empirical part is based on a questionnaire survey conducted among midwives in three maternity hospitals, providing insights into current clinical practices and methods used to support physiological birth. The findings indicate a broad use of non-pharmacological techniques and an individualized approach to laboring women.

KEYWORDS

maternity care, midwife, non-pharmacological methods, physiological birth, prenatal preparation

OBSAH

Úvod.....	12
1.1 Cíl práce.....	14
1.2 Metody k dosažení cíle	14
Teoretická část	15
2 Role porodní asistentky.....	15
2.1 Kompetence porodní asistentky během těhotenství a porodu	15
2.2 Kontinuální péče porodní asistentky.....	16
3 Péče porodní asistentky v prekoncepčním a prenatalním období.....	18
3.1 Prekoncepční péče	18
3.2 Fyziologické těhotenství	19
3.3 Prenatální péče o low-risk ženy	20
3.4 Předporodní příprava	21
4 Fyziologický porod	23
4.1 Různé definice porodu	23
4.2 Začátek porodu	25
4.3 Péče porodní asistentky během první doby porodní.....	26
4.3.1 První doba porodní.....	26
4.3.2 Péče o ženu v průběhu I. doby porodní	27
4.3.3 Nefarmakologické metody tlumení bolesti.....	28
4.4 Péče porodní asistentky během druhé doby porodní	32
4.5 Péče porodní asistentky během třetí a čtvrté doby porodní	33
5 Výzkumná část.....	34
5.1 Metodika průzkumu.....	34
5.2 Charakteristika dotazníku	34
5.3 Charakteristika průzkumného souboru	35
5.4 Zpracování a vyhodnocení dat.....	35

5.5	Průzkumné otázky výzkumné části.....	36
5.6	Výsledky průzkumu.....	37
6	Diskuse.....	62
7	Závěr	71
8	Použitá literatura	73
8.1	Primární zdroje	73
8.2	Elektronické zdroje	74
9	Přílohy.....	80

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1: Míra důležitosti edukace a podpory rodiček v jednotlivých oblastech péče.....	37
Obrázek 2: Průměrná hodnota odpovědí k otázce č. 1	38
Obrázek 3: Konzultují PA při příjmu představu o průběhu porodu?.....	40
Obrázek 4: Četnost odpovědí, zda PA využívají palpační vyšetření.....	42
Obrázek 5: Proč palpují	42
Obrázek 6: Proč nepalpují.....	43
Obrázek 7:Nefarmakologické metody tišení porodní bolesti	45
Obrázek 8:Využití metod pro uvolnění porodních cest a prevenci porodního poranění	47
Obrázek 9: Úleva od bolesti v bederní oblasti	49
Obrázek 10: Zajištění klidu, intimity a bezpečí na porodním boxe.....	51
Obrázek 11: Podpora jiné, než gynekologické porodní polohy	53
Obrázek 12: Otevřená část otázky č. 8	54
Obrázek 13: Preferovaný přístup k tlačení	56
Obrázek 14: Podpora energie fyziologické rodičky	58
Obrázek 15: Osobní přístup k rodičkám	60
Tabulka 1: Konzultace představy porodu	40

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

CTG – kardiokografie

P – puls

PA – porodní asistentka

TK – tlak krve

TT-tělesná teplota

WHO – Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Porod je významnou událostí v životě každé ženy, která má hluboký osobní, emocionální i zdravotní rozměr. V ideálním případě se jedná o přirozený a fyziologický proces, který probíhá spontánně bez potřeby nadměrných medicínských zásahů. Aby porod proběhnul fyziologicky, je podstatné vytvářet vhodné podmínky již v období těhotenství, ideálně ještě před jeho začátkem – tedy v rámci tzv. prekoncepční péče. Právě porodní asistentka má v tomto období potenciál sehrát důležitou roli jako průvodkyně ženy, jak v přípravě na porod, tak při jeho samotném vedení.

Ačkoli porodní asistentky disponují odbornou kompetencí provázet ženu fyziologickým těhotenstvím a porodem, ve většině porodnic se s rodičkami poprvé setkávají až u samotného porodu. Jejich role je přitom zásadní: jsou to právě ony, kdo s rodičkou tráví nejvíce času v první době porodní, kdo ji provází celým procesem a kdo může výrazně ovlivnit psychické nastavení ženy i průběh porodu samotného. V době, kdy přibývá žen, které mají zájem o co nejvíce přirozený porod, stává se otázka přístupu porodních asistentek k rodičkám stále aktuálnější. Nedávná česká studie publikovaná v odborném časopise *BMC Pregnancy and Childbirth*, Daly et al. (2024) odhalila závažné nedostatky v porodní péči: téměř 60 % žen nebylo informováno o možnosti využití vhodných porodních poloh při porodu a více než polovina neměla možnost volby při rozhodování o způsobu vedení porodu. Pouze malá část žen zažila kontinuální podporu porodní asistentky. Tato zjištění potvrzují aktuálnost tématu i potřebu zlepšit přístup k respektující, informované a fyziologické péči.

Ze studie Ministerstva zdravotnictví (2020), která zkoumala názory žen ohledně místa porodu, vyplývá, že 97 % žen preferuje porodnici, přičemž 39 % považuje za velmi důležité a dalších 43 % za spíše důležité, aby mohly родit přirozeně a podle sebe. Tyto údaje ukazují, že ženy mají zájem o individuální a respektující péči, avšak zároveň vyžadují odborný dohled a bezpečné prostředí zdravotnického zařízení. Porodnická zařízení se proto snaží více přizpůsobovat očekáváním rodiček – a to jak výběrem vhodného prostředí, tak nabídkou pomůcek a metod pro zpříjemnění a uvolnění průběhu porodu.

Aktuální analýza Aperia (2024) vychází z více než 7 000 odpovědí žen, které rodily v českých porodnicích v letech 2019–2023. Ukazuje například, že 41,9 % žen využilo farmakologické tlumení bolesti, zatímco epidurální analgezii obdrželo přibližně 19 % rodiček s vaginálním porodem. Zájem o nefarmakologické metody (např. sprcha, aromaterapie, masáž) stabilně roste, přesto v roce 2023 žádnou úlevovou metodu nevyužilo 17,4 % žen. Tato zjištění podtrhují

význam role porodní asistentky nejen v poskytování odborné péče, ale také v informování rodiček o dostupných možnostech tišení bolesti, podpoře autonomie a vytváření prostředí, které napomáhá přirozenému průběhu porodu. V této souvislosti se zvyšuje tlak na porodní asistentky nejen jako na zdravotníky, ale i jako na odbornice, které dokážou ženu podpořit ve volbě nefarmakologických metod tišení bolesti, pomoci jí zorientovat se v možnostech polohování, podpořit její autonomii a vytvořit důvěrné, bezpečné a klidné prostředí. Důležitou roli hraje také navazování vztahu s rodičkou, schopnost citlivé komunikace a orientace na její přání a potřeby.

Téma této bakalářské práce bylo zvoleno na základě zájmu o problematiku fyziologického porodu a podpory přirozených porodních mechanismů. Cílem práce je prozkoumat přístup porodních asistentek k rodičkám během fyziologického porodu, se zaměřením na využívání nefarmakologických metod k tišení bolesti a podporu spontánního průběhu porodu.

Součástí teoretické části práce je také zmínka o významu přípravy ženy na porod – a to včetně předporodních kurzů, informovanosti a důležitosti prekoncepční péče, která může mít pozitivní vliv na fyziologii celého těhotenství.

Výzkumná část práce je založena na dotazníkovém šetření mezi porodními asistentkami ve třech porodnicích. Výsledky přinášejí vhled do současné praxe, hodnot, zkušeností a přístupů porodních asistentek k rodičkám v reálném klinickém prostředí konkrétních zdravotnických zařízení.

1.1 Cíl práce

Teoretický cíl práce: Zpracovat a shrnout současné poznatky o roli porodní asistentky během fyziologického porodu se zaměřením na nefarmakologické metody tlumení bolesti a podporu přirozeného průběhu porodu.

Výzkumný cíl práce: Prostřednictvím dotazníkového šetření zjistit, jak oslovené porodní asistentky v praxi přistupují k rodičkám během fyziologického porodu, jak podporují jeho průběh a jaké nefarmakologické postupy a strategie využívají v péči o rodičku.

Hlavní cíl:

- Zjistit jaký je přístup oslovených porodních asistentek k rodičkám během fyziologického porodu.

Dílčí cíle:

- Zjistit, jak oslovené porodní asistentky využívají nefarmakologické metody k tlumení porodní bolesti.
- Zjistit, jaké metody a postupy oslovené porodní asistentky využívají pro podporu fyziologického porodu.

1.2 Metody k dosažení cíle

Teoretické cíle práce budou dosaženy prostřednictvím rešerše odborné literatury českých i zahraničních autorů, která se věnuje péči porodní asistentky během fyziologického porodu, nefarmakologickým metodám tlumení bolesti a možnostem podpory přirozeného průběhu porodu. Teoretická část tvoří základ pro následné provedení výzkumné části práce.

Výzkumné cíle budou naplněny prostřednictvím kvantitativního výzkumu, konkrétně formou dotazníkového šetření, které je zaměřeno na zjištění přístupů a zkušeností oslovených porodních asistentek při vedení fyziologického porodu. Získaná data budou analyzována a porovnávána s poznatky teoretické části a jinými odbornými pracemi za účelem komplexního zodpovězení hlavního i dílčích cílů práce.

TEORETICKÁ ČÁST

2 ROLE PORODNÍ ASISTENKY

Role porodní asistentky prošla v posledních letech významnou proměnou. Dnešní porodní asistentka pracuje v duchu holistického přístupu, který zahrnuje nejen fyzickou, ale také psychickou, sociální a kulturní dimenzi péče. Důraz je kladen na partnerský vztah mezi ženou a její porodní asistentkou, podporu autonomie ženy, respekt k jejím přáním a aktivní zapojení do rozhodovacích procesů. Tento přístup je v souladu s doporučeními Světové zdravotnické organizace, která klade důraz na „respektující péči zaměřenou na potřeby a preference rodičky“ (WHO, 2018), a s mezinárodními standardy profesních kompetencí porodních asistentek podle International Confederation of Midwives (ICM, 2021).

Porodní asistentka je považována za plně zodpovědného zdravotnického pracovníka. Její práce se zaměřuje na péči o ženy, kterým poskytuje partnerství během těhotenství, porodu a v době poporodní. Je zde pro ženy, aby o ně v těchto oblastech pečovala, dala jim potřebnou podporu a uměla jim poradit, pokud vše probíhá fyziologicky. Její péče také zahrnuje oblast o fyziologického novorozence v poporodní péči (Česko, 2021).

Důležitá role porodní asistentky nespočívá pouze v péči, edukaci a poradenství žen, ale zahrnuje i rodiny a celé komunity. Komplexně by její práce měla zahrnout předporodní přípravu a přípravu k rodičovství. Dále se může jednat o oblasti ženského zdraví, sexuálního a reprodukčního zdraví. (Česko, 2021).

Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik, nebo zdravotnických středisek (UNIPA, 2023).

2.1 Kompetence porodní asistentky během těhotenství a porodu

Porodní asistentka dle svých kompetencí může pečovat o ženu s fyziologickým těhotenstvím bez odborného dohledu (Procházka a kol., 2020, s. 178). Kompletní přehled jejích kompetencí se nachází v § 5 ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., v pl. znění.

Porodní asistentka může:

- edukovat ženu o správné životosprávě v těhotenství a během kojení, poskytovat informace o přípravě na porod, o ošetřování novorozence, o antikoncepci
- navštěvovat ženu během těhotenství u ní doma, také ženy do šestého týdne po porodu a ženy gynekologicky nemocné
- provádět diagnostiku těhotenství, sledovat ženu s fyziologickým těhotenstvím a poskytovat jí péči a nutná vyšetření
- informovat ženu o prevenci komplikací a v případě zjištění nějakého rizika nebo patologie předává porodní asistentka ženu do péče lékaře se specializovanou odborností v gynekologii a porodnictví
- kontrolovat stav plodu v děloze
- pomáhat ženě u přípravy k porodu, starat se o ní ve všech dobách porodních, vést fyziologický porod na svou vlastní zodpovědnost a v případě nutnosti provést epiziotomii
- v neodkladných případech, kterými se rozumí vyšetřovací nebo léčebný výkon sloužící k záchraně života nebo zdraví, může vést porodní asistentka porod v poloze koncem pánevním
- ošetřovat a pečovat o porodní poranění a o ženu do šestého týdne po porodu
- být ženě nápomocná při péči o novorozence, podporovat kojení a předcházet komplikacím, které jsou s ním spojené (Česko, 2011).

2.2 Kontinuální péče porodní asistentky

Jedná se o model péče, který poskytuje jedna porodní asistentka nebo malá skupina porodních asistentek v rámci prenatální péče, péče při porodu a po porodu. Tento model péče ve vyspělých zemích přispívá k nižší novorozenecké úmrtnosti, menšímu počtu předčasných porodů a mrtvě narozených dětí, a také k nižšímu využívání epidurální analgezie, epiziotomií a instrumentálních porodů. Zároveň podporuje vyšší počet spontánních vaginálních porodů a zvyšuje spokojenost žen, aniž by zvyšoval riziko komplikací. Tento model rovněž pomáhá budovat vztah a vzájemné porozumění mezi porodní asistentkou a ženou (Kovaříčková, 2022).

V ideálním případě by měla žena během celého těhotenství, porodu a šestinedělí dostávat péči od jedné nebo několika málo porodních asistentek (2–3), které ji dobře znají a s nimiž má vytvořený osobní a důvěrný vztah. Tento přístup umožňuje kontinuální péči a zajišťuje, že žena

je během celé této doby v odborné péči porodních asistentek, které rozumí jejím potřebám a obavám, což přispívá k lepšímu psychickému i fyzickému komfortu (ICM, 2021).

Ačkoli existují i v České republice iniciativy na podporu kontinuální péče, její dostupnost je zatím spíše omezená. Některé porodnice a porodní domy nabízejí určité formy tohoto modelu, ale nejde o běžný standard. Mezi zařízení, která kontinuální péči podporují, patří například Porodní centrum U Apolináře (Všeobecná fakultní nemocnice Praha) nebo Centrum porodní asistence při Fakultní nemocnici Brno. Ženy zde mohou využít službu individuální péče vybrané porodní asistentky, která drží pohotovost od 38. týdne těhotenství a doprovází je k porodu. Díky dříve navázanému kontaktu během těhotenství může žena během porodu těžit z větší důvěry a psychického komfortu. Tato služba je však zpravidla zpoplatněná (Porodnice U Apolináře, 2025).

Kromě toho mají ženy v České republice nárok na poskytnutí péče porodní asistentky v domácím prostředí, hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Tato služba zahrnuje jednu návštěvu v těhotenství a tři návštěvy v období šestinedělí (Rauschertová, 2023). Pro její realizaci je však potřeba vystavení poukazu k vyšetření od ošetřujícího gynekologa. Zároveň je nutné, aby porodní asistentka měla smluvní vztah s příslušnou zdravotní pojišťovnou (Kašparová, 2024).

3 PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY V PREKONCEPČNÍM A PRENATÁLNÍM OBDOBÍ

Prekoncepční a prenatální péče představuje preventivní odbornou péči, kterou těhotným ženám poskytují lékaři a porodní asistentky. Jejím cílem je zajistit co nejhladší průběh těhotenství, podpořit pozitivní perinatální výsledky a přispět k dobré těhotenské zkušenosti (Wilhelmová a kol., 2021).

3.1 Prekoncepční péče

Prekoncepční péče zahrnuje diagnostická a terapeutická opatření zaměřená na zajištění optimálního vývoje ženských i mužských pohlavních buněk a na přípravu ženského organismu pro hladký průběh těhotenství (Canadian medical, 2019).

Výchozí zdravotní stav ženy před otěhotněním má vliv na následující průběh těhotenství, porodu a šestinedělí. Pokud žena plánuje otěhotnět, měla by s prekoncepční přípravou začít přibližně 3 měsíce před otěhotněním (Procházka a kol., 2020, s. 186). Wilhelmová a kol. (2021) však zmiňuje, že příprava na zdravé těhotenství by měla začít nejpozději rok před plánovaným početím, přičemž ideálně by měla být součástí celého předchozího života budoucích rodičů. Tato příprava zahrnuje nejen získání znalostí a dovedností potřebných k pozitivním změnám v různých oblastech života, ale také aktivní úpravu životního stylu, zdravotního stavu a eliminaci rizikových faktorů s cílem vytvořit co nejpříznivější podmínky pro vývoj dítěte.

Na této péči se podílí gynekolog/porodník, který podle aktuálního zdravotního stavu a případných odchylek od normálu úzce spolupracuje s praktickým lékařem, genetikem a dalšími odbornými lékaři. Porodní asistentka má v této oblasti také svou významnou roli. (Moravcová a kol., 2022, str. 10).

Mezi faktory, které se dají ovlivnit patří zdravý životní styl s dostatkem pohybu a pravidelným denním režimem. Žena by se měla vyhnout užívání návykových a jinak škodlivých látek. V případě chronických onemocnění je potřeba je správně kompenzovat a vhodně upravit farmakoterapii, kterou žena užívá. Měla by se udržovat v dobré fyzické i psychické kondici, zároveň předcházet infekcím a již preventivně pečovat o duševní zdraví (Moravcová a kol., 2022, str. 11). Před otěhotněním by se žena měla vyhnout pracovnímu prostředí, kde může přijít do kontaktu s chemikáliemi, anestetiky, ionizačním zářením a vyvarovat se zvedání těžkých břemen. Zaměřit by se měla i na správnou stravu v dostatečném množství a v pravidelných dávkách, která by měla obsahovat zeleninu a ovoce, které zajistí dostatek vlákniny.

Nepopiratelný účinek, jako prevence rozštěpových vad, má také užívání kyseliny listové (Procházka a kol. 2020, str. 186).

Mezi neovlivnitelné faktory řadíme věk matky, jelikož s přibývajícím věkem stoupají rizika pro plod i matku. Genetická, osobní a reprodukční anamnéza, zároveň prodělaná onemocnění a životní prostředí ve kterém žena žije jsou také faktory špatně ovlivnitelné (Moravcová a kol., 2022, str. 11).

3.2 Fyziologické těhotenství

Po fázi přípravy na těhotenství, kdy je důraz kladen na zdravý životní styl, prevenci a plánování rodičovství, přichází období samotného těhotenství. Pokud probíhá bez komplikací, označuje se jako těhotenství fyziologické. V této fázi je důležitá pravidelná péče, jejímž cílem je včasné rozpoznání odchylek od normy a podpora přirozeného vývoje plodu. Porodní asistentka sehrává v péči o ženu během fyziologického těhotenství klíčovou roli.

Fyziologické těhotenství trvá 40 týdnů což je 280 dní, nebo 10 lunárních měsíců.

Žena je na začátku těhotenství v prenatální poradně zařazena buď do skupiny těhotných s nízkým rizikem (low risk pregnancy) nebo do skupiny těhotných s definovaným konkrétním rizikem (risk pregnancy). Na základě tohoto rozdělení, se liší průběh dispenzární péče o těhotné ženy (Lubušký a kol., 2021).

Výsledky laboratorních a klinických vyšetření u nízkorizikových žen během těhotenství odpovídají normě (Moravcová a kol., 2022, str. 13). Dispenzární prohlídky by měly probíhat v období do 34. týdne těhotenství, v rozmezí 4-6 týdnů, od 34. do 40. týdne těhotenství 1x za 1-2 týdny. Po termínu porodu alespoň 2x týdně (Lubušký a kol., 2021). Dle Čermákové (2022) se někdy těhotné ženy, které jsou po termínu porodu ptají, zda je potřeba chodit do těhotenské poradny opravdu téměř obden. Zde je to nezbytné pro případné poruchy funkce placenty. Aby došlo včas k zachycení a řešení případných patologií, pro následné zdraví dítěte i matky.

Těhotné ženy zařazené do skupiny risk pregnancy mají definované riziko na základě klinických či laboratorních vyšetření (Moravcová a kol., 2022, str. 13). Ženy bývají do této skupiny zařazeny buď již při prvním vyšetření anebo v průběhu těhotenství. Frekvence návštěv těhotenské poradny se u rizikově těhotných žen odvíjí podle charakteru a závažnosti klinického stavu ženy (Lubušký a kol., 2021).

3.3 Prenatální péče o low-risk ženy

Prenatální péče má za úkol podporovat zdraví těhotné ženy a přispívat k přirozenému průběhu těhotenství i správnému vývoji plodu. Neomezuje se pouze na zdravotní aspekty, ale zahrnuje také edukaci a přípravu rodičů. Kromě poskytování podpory a poradenství nastávající matce se věnuje i jejímu partnerovi a dalším členům rodiny, aby jim usnadnila přípravu a přizpůsobení se nové rodičovské roli (Bašková, 2015, s. 17).

Klinická a laboratorní vyšetření v rámci prenatální péče lze rozdělit na pravidelná, která se provádějí při každé návštěvě těhotenské poradny a nepravidelná, která se uskutečňují ve stanovených týdnech těhotenství (Lubušký a kol., 2021). Komplexní prenatální vyšetření a vydání těhotenské průkazky by mělo proběhnout nejpozději do konce 12. týdne těhotenství (Wilhelmová a kol., 2021).

Podle Procházky a kol. (2020) se pravidelná prenatální vyšetření zaměřují na sběr anamnézy a stanovení míry rizika těhotenství, zevní vyšetření těhotné ženy, kontrolu hmotnosti a měření krevního tlaku, dále na biochemické vyšetření moči na přítomnost cukru a bílkoviny a sledování známek vitality plodu. V indikovaných případech může lékař provést také bimanuální vaginální vyšetření s hodnocením cervix-score, vždy však až po předchozím informování a se souhlasem těhotné ženy.

Nepravidelná vyšetření probíhají v různých fázích těhotenství. Lubušký a kol., (2021) uvádí, že do 14. týdne těhotenství je prováděno komplexní prenatální vyšetření, při kterém se vystavuje těhotenská průkazka. Součástí této návštěvy jsou také laboratorní odběry krve, včetně stanovení krevní skupiny a RhD faktoru, screeningu nepravidelných protilátek, krevního obrazu (hemoglobin, hematokrit, počet krevních elementů), stanovení hladiny glykémie nalačno a sérologického vyšetření na infekce – HIV, HBsAg a syfilis. Žena je zároveň informována o možnostech prenatálního screeningu vrozených vad a je jí doporučen kombinovaný screening v I. trimestru, který zahrnuje biochemické vyšetření a ultrazvuk. Ultrazvukové vyšetření plodu prováděné do 14. týdne umožňuje první morfologické hodnocení a ověření vitality plodu.

Ve 20.–22. týdnu těhotenství následuje detailní ultrazvukové hodnocení morfologie plodu, které však není hrazeno z veřejného zdravotního pojištění. Ve 24.–28. týdnu je standardně prováděn orální glukózový toleranční test (oGTT) ke screeningu gestačního diabetu. U RhD negativních žen se ve 28. týdnu podává anti-D imunoglobulin jako prevence RhD aloimunizace. V období mezi 28. a 34. týdnem těhotenství se provádí opakovaný krevní obraz, a z právních

důvodů bývá opět provedeno sérologické vyšetření na syfilis, ačkoliv Česká gynekologická a porodnická společnost (ČGPS) jeho opodstatnění nezbytně nevyžaduje.

V rozmezí 30.–32. týdne těhotenství se rutinně provádí ultrazvukové vyšetření k posouzení růstu plodu a stavu placenty. V období 35.–37. týdne se odebírá vaginorektální stěr ke kultivaci streptokoka skupiny B (GBS). V této fázi těhotenství lze také nabídnout screening růstové restrikce plodu prostřednictvím ultrazvuku, ačkoli toto vyšetření není hrazeno z veřejného zdravotního pojištění. Ve 36.–37. týdnu je těhotná žena zaregistrována k plánovanému porodu ve vybraném zdravotnickém zařízení.

Od 38. týdne těhotenství může být ženě, po informovaném souhlasu, nabídnut Hamiltonův hmat jako podpora přirozeného nástupu porodu. Po dosažení termínu porodu (40+0) se dle klinického uvážení lékaře provádí kardiokografické vyšetření (non-stress test). Pokud k porodu nedojde spontánně, je v období mezi 41. a 42. týdnem těhotenství ženě nabídnuta preindukce nebo indukce porodu. Těhotenství by mělo být ukončeno nejpozději do ukončeného 42. týdne (42+0).

3.4 Předporodní příprava

Porodní období a porod patří k náročným životním situacím. Proto by psychofyzická příprava měla být nezanedbatelnou součástí prenatální péče (Bašková, 2015, s. 32). Pokud je žena od počátku naladěna pozitivně a důvěřuje v přirozený průběh porodu, zvyšuje se šance, že porod proběhne bez komplikací (Roztočil, 2017, s. 149).

Je žádoucí, aby se ženy chtěly o porodním procesu dozvědět co nejvíce. Z opačného přesvědčení, že je lepší o porodu nic nevědět, pro zmírnění strachu, to končí v některých případech tím, že jsou rodičky z porodního procesu velmi překvapené a nešťastné. Neumí reagovat na přicházející kontrakce, jejich pravidelnost a délku. Než si na porodní proces zvyknou, trvá to mnohdy mnohem déle než u žen, které prošly přípravou (Roztočil, 2017, str. 149).

Předporodní kurzy, které dnes pořádá většina porodnic jsou vedeny zkušenými porodními asistentkami, někdy i porodníky (Roztočil, 2017, str. 149). Kurzy jsou určeny pro nastávající maminky a také jejich partnery, doporučují se většinou po 20. týdnu těhotenství. Páry se dozvědí o fyziologických procesech v ženském těle v posledních týdnech těhotenství a jak se budoucí miminko chystá na své narození. Je vysvětlen průběh jednotlivých dob porodních, průběh šestinedělí a péče o miminko. I partner nebo jiný doprovod u porodu má důležitou roli, která může být v rámci předporodní přípravy objasněna. Přítomnost partnera u porodu

významně přispívá k psychické pohodě rodičky. Pomáhá jí překonávat pocity osamělosti a poskytuje jí důležitou emoční a psychickou oporu. Společné prožití porodního procesu může zároveň posílit partnerské pouto a prohloubit vzájemný vztah. Partner hraje důležitou roli zejména během první doby porodní, kdy může ženě ulevit například masáží zad či křížové oblasti, doprovázet ji do sprchy, objímat ji nebo ji celkově podporovat svou přítomností. Ani ve druhé době porodní není jeho úloha zanedbatelná – může ženě fyzicky pomoci například podepřením zad, držením za ruku nebo slovním povzbuzováním (Dušová a kol.,2019). Psychická příprava na porod se zaměřuje na individuální přístup k rodičce s cílem zmírnit její úzkost, obavy a strach z bolesti. Klíčovým prvkem této přípravy je podpora pozitivního naladění ženy vůči porodu jako přirozenému procesu. Fyzická příprava pak usiluje o odstranění nevhodných pohybových návyků, nácvik správného držení těla, uvolnění pánevního dna a svalů v oblasti bederní páteře. Zároveň je cílem posílit prsní svalstvo, trup a končetiny, čímž se podporuje celková fyzická připravenost na porod (Hudáková, 2017).

Těhotenství a narození prvního dítěte přináší velké změny nejen pro rodiče, ale i pro širší rodinu. Budoucí rodiče jsou často vystaveni velkému množství informací, ve kterých se nemusí snadno orientovat. S tím jim může pomoci porodní asistentka, která je provází v prenatální poradně nebo předporodních kurzech (Wilhelmová a kol., 2021). Pokud má žena svou komunitní porodní asistentku, je pro ni vhodnou oporou právě ona, která ji odborně provází i přípravou na porod. Kontinuální péče jedné porodní asistentky navíc zajišťuje, že žena má po celé těhotenství důvěrně známou odbornici, která jí může poskytovat nejen zdravotní péči, ale i cílenou edukaci, podporu a odpovědi na otázky týkající se porodu, rodičovství a šestinedělí. Takový přístup přispívá k větší psychické pohodě ženy a lepší připravenosti na porodní proces (Na porodu záleží, 2025)

4 FYZIOLOGICKÝ POROD

Porod představuje fyziologický proces, kterým je ukončeno těhotenství. Začátek porodu určují pravidelné děložní kontrakce, které mají pozitivní vliv na rozvíjení děložního hrdla. (Procházka a kol., 2020, s. 393)

Za fyziologický porod se považuje takový, který probíhá bez zásahů lékaře a porodní asistentky a je bez využití farmakoterapie. Role porodní asistentky spočívá v asistenci a psychické podpoře o rodičku a její případný doprovod. Porod, který vede porodní asistentka, by měl probíhat maximálně šetrně a trpělivě k rodičce i plodu, měl by respektovat jejich tempo a potřeby. Fyziologický porod je brán jako velmi křehký proces, proto by neměl být ničím urychlován. Jakýkoliv zásah může tento vyvážený proces rozkolísat a proměnit tak porod v nepředvídatelný a tudíž nebezpečný (Procházka a kol., 2020, s. 393).

4.1 Různé definice porodu

Porod představuje nejintenzivnější fyzickou i emocionální fázi prenatalního a perinatálního období. Jeho dynamická a proměňující zkušenost může výrazně ovlivnit všechny, kdo se na něm podílejí. U většiny žen jde o přirozený proces, který vyžaduje především podpůrné prostředí a neustálou podporu rodičky během celého jeho průběhu (Wilhelmová a kol., 2021).

Setkáváme se s různými termíny, které popisují typ porodu (např. fyziologický, normální, přirozený, samovolný, medikamentózní, lékařsky vedený a další), což může být pro orientaci matoucí (Wilhelmová a kol., 2021, s. 150). Proto jsou zde uvedeny definice některých z nich.

Fyziologický porod by měl začít spontánně v termínu, tedy mezi dokončeným 37. a dokončeným 42. týdnem těhotenství. Plod je v poloze podélné záhlavím. Porod probíhá s nízkým rizikem na začátku a po celou dobu porodu. Matka i plod jsou po porodu v dobré kondici a zdraví (WHO, 2018).

Normální porod, dle European Network of Childbirth Associations (2023) definuje: *„Normální porod je takový, který začne a postupuje spontánně a při němž žena porodí dítě i placentu ve svém vlastním rytmu, svým vlastním úsilím a bez vnějších zásahů. Dítě po normálním porodu zůstává s matkou v úzkém kontaktu a tvoří nedělitelnou jednotku.“*

Přirozený porod je proces, který by měl probíhat bez zásahů, a jeho podstatou je přirozený průběh. Klíčovou roli hraje soukromí, intimita, přítomnost podporujících osob a vnější faktory, které mohou ovlivnit jeho chod. Největší aktivitu v tomto procesu vykazuje rodičí žena, která se účastní porodu aktivně, zatímco porodník nebo porodní asistentka fungují spíše jako

pozorovatelé a poskytují podporu. Žena se při porodu chová přirozeně, instinktivně, pohybuje se svobodně a volí polohu, která jí vyhovuje (Wilhelmová a kol., 2021, s. 150). Běžné rutinní úkony, jako je holení rodidel či podávání klystýru, se neprovádějí, stejně jako rutinní nástřih hráze (epiziotomie). Nepoužívají se léky k urychlení porodu ani tzv. bezbolestné metody, například epidurální analgezie. Pokud žena pociťuje zvýšenou bolest, využívají se přírodní metody tlumení – masáže, teplá sprcha, změny polohy nebo psychická podpora. Bezprostředně po porodu je dítě položeno na hrud' matky k navázání důležitého prvního kontaktu. Po nezbytném ošetření je dítě ponecháno u matky a nedochází k jeho oddělování (Štomerová, 2025).

Samovolný, nebo také **spontánní porod**, je ten, který začíná přirozenými procesy v těle ženy a plodu a probíhá bez jakéhokoliv lékařského zásahu (Wilhelmová a kol., 2021, s. 150).

Lékařsky vedený porod, je takový, do jehož průběhu je aktivně zasahováno lékaři. To zahrnuje například podávání léků, umělé vyvolání porodu, použití nástrojů k urychlení porodu nebo provedení operačního porodu (Štomerová, 2025). Jedná se o provedení takových opatření, která jsou medicínsky podložena a měla by vést k bezpečnému porodu pro matku i plod (Binder, 2015). Lékařské vedení porodu se liší od fyziologického (spontánního) porodu, kde se předpokládá, že porod probíhá přirozeně bez zásahu lékaře (Štomerová, 2025).

Medikamentózní porod je takový, při němž po zahájení spontánního porodu dochází k modifikaci přirozených procesů pomocí léčiv, většinou za účelem koordinace děložních kontrakcí, zmírnění bolesti nebo ovlivnění druhé doby porodní (Wilhelmová a kol., 2021, s. 150).

Jednotlivá pojetí porodu se v mnoha ohledech shodují, fyziologický, normální nebo přirozený porod přistupují k porodu zpravidla jako k přirozenému ději, do kterého není nutné zbytečně zasahovat. Žena má možnost se volně pohybovat, být aktivní a využívat přirozené metody tišení bolesti. Naproti tomu lékařsky vedený nebo medikamentózní porod představují přístup, kde zdravotníci aktivně vstupují do jeho průběhu – ať už podáním léků, vyvoláním kontrakcí, či jinými zásahy. Tyto postupy mají své místo zejména tehdy, když je potřeba zvýšit bezpečnost pro matku nebo dítě, ale zároveň se často pojí s omezením autonomie ženy a přirozeného rytmu porodu. Moderní porodní péče proto stále více hledá rovnováhu mezi respektem k přirozenosti a důsledným využíváním medicínských intervencí jen tehdy, když jsou skutečně nezbytné.

4.2 Začátek porodu

Na základě vymezení jednotlivých definic porodů v předchozí části se tato kapitola zabývá průběhem počátku porodu a rolí porodní asistentky v této fázi.

Některé ženy, zejména ty, které už rodily nebo absolvovaly předporodní přípravu, dokážou začátek porodu rozpoznat samy. Pro mnohé, zvláště prvorodičky i jejich blízké, však může být náročné určit, kdy se nepravidelné kontrakce mění v pravidelné a účinné kontrakce signalizující skutečný začátek porodu. Správné rozpoznání této fáze a odlišení jednotlivých stádií první doby porodní je klíčovou dovedností porodní asistentky. Na základě těchto poznatků se učiní důležitá rozhodnutí, která mohou ovlivnit celý průběh porodu a péči o rodičku (Wilhelmová a kol., 2021, s.156).

Ke konci těhotenství, zpravidla mezi 36. a 38. týdnem těhotenství, se v České republice provádí tzv. check-in, registrace ženy do zvoleného zdravotnického zařízení, kde plánuje родit. V případě fyziologicky probíhajícího těhotenství je žena po tomto úkonu nadále sledována buď u svého registrujícího gynekologa, nebo dochází do těhotenské poradny vedené porodní asistentkou, a to buď při porodním sále, nebo v komunitní péči. Pokud žena neporodí do určitého gestačního týdne (obvykle 40+0 až 40+5), je znovu předána do péče ambulantního zařízení porodnice. U žen s rizikovým těhotenstvím zůstává sledování v porodnici již po check – inu kontinuální (Čermáková, 2023, s. 91).

Příznaky blížícího se porodu, může žena pociťovat již několik týdnů před skutečným začátkem porodu. Od ukončeného 36. týdne gravidity mohou být přítomny Braxtonovy-Hicksovy kontrakce neboli „poslůčci“, vnímané v oblasti podbříšku charakteru menstruační bolesti nebo v oblasti beder. Jsou nepravidelné a jejich odeznění po teplé koupeli nebo sprše bývá vodítkem, že se o počátek porodu zatím nejedná (Čermáková, 2023, s. 175). Odchod hlenové zátky, která může být zbarvena drobnou příměsí krve, je taktéž častým příznakem blížícího se porodu, ale není považován za jeho jednoznačné zahájení (Roztočil, 2020; Gregora, 2020).

Rozpoznání nástupu porodu je zpravidla spojeno s přítomností pravidelných, sílicích kontrakcí nebo spontánním odtokem plodové vody. Pokud žena začne vnímat stahy s rostoucí intenzitou a zkracujícími se intervaly, případně má podezření na odtok plodové vody či jiné neobvyklé příznaky (oslabené nebo naopak bolestivé pohyby plodu, krvácení), měla by kontaktovat zdravotnické zařízení nebo komunitní porodní asistentku (Gregora, 2020). Účinné děložní kontrakce vedou k otevírání děložního hrdla, což lze potvrdit vaginálním vyšetřením (Roztočil, 2020).

Přibližně 20–30 % porodů začíná odtokem plodové vody bez předchozích kontrakcí. V těchto případech je doporučeno zaznamenat čas odtoku a vzhled plodové vody, která by měla být čirá a bez zápachu. Menší příměs krve může být normální, zbarvení do zelena však může indikovat přítomnost mekonie či jiné komplikace. Pokud žena nepocítuje další obtíže, měla by do porodnice dorazit přibližně do dvou hodin od odtoku plodové vody (Gregora, 2020). Odtok plodové vody může být potvrzen pomocí Temešváryho činidla – pozitivní výsledek se projeví modrozeleným zbarvením vložky s nasáklou tekutinou (Binder, 2015).

4.3 Péče porodní asistentky během první doby porodní

Pokud je u ženy potvrzen počínající porod, je přijata porodnickým zařízením k porodu.

Po přijetí na porodní sál asistentka seznámí ženu s prostředím porodního sálu, edukuje ji o porodním ději, o vyšetřovacích metodách a vede rodičku ke spoluúčasti a k uplatnění poznatků z předporodních kurzů (Moravcová a kol., 2022). V rámci předporodní přípravy může být ženám nabídnuto a v opodstatněných případech provedeno očistné klysmo.

Očistné klysmo bývalo dříve rutinní součástí porodní péče, dnes je však často kritizováno a považováno za zbytečné. Světová zdravotnická organizace WHO (2018) proto nedoporučuje jeho rutinní podávání. Přesto má v určitých případech svůj význam – pokud je podáno cíleně, může teplý nálev podpořit přirozený průběh porodu. Pomáhá nejen mírně zesílit a zpravidelnit děložní kontrakce, ale také uvolnit bolest v bedrech způsobenou svalovými spasmy nebo zadním postavením plodu (Wilhelmová a kol., 2021, s. 170).

4.3.1 První doba porodní

První doba porodní začíná pravidelnými kontrakcemi, které mají pozitivní otevírací efekt na porodní cesty a končí úplnou dilatací porodnické branky. První doba porodní bývá nejdelší fází porodu. Délka první doby může u prvorodiček trvat přibližně 8-18 hodin a u vícerodiček 5-12 hodin (Procházka a kol., 2020, s. 394).

První doba porodní se dělí na 3 fáze – latentní, aktivní a přechodnou. Během latentní fáze jsou kontrakce spíše krátké, nejsou tak intenzivní a přicházejí v intervalu 15-20 minut. Mohou připomínat menstruační bolesti v podbřišku, nebo ženy mohou pocítovat tlak v bederní oblasti. Během této fáze zvládají rodičky spolupracovat i komunikovat (Procházka a kol., 2020, s. 394).

Aktivní fáze přináší delší, silnější a intenzivnější kontrakce, které přicházejí v kratších intervalech kolem 3-5 minut. Kontrakce vedou k rychlejšímu rozvoji porodnické branky (Roztočil, 2020). Tato fáze porodu bývá pro ženy náročná, mohou mít nutkání všeho zanechat a zároveň se mohou cítit vyčerpané a mají potřebu odpočívat mezi kontrakcemi (Procházka a kol., 2020, s. 394).

V přechodné fázi jsou intervaly mezi kontrakcemi 2-3 minuty a ženy mohou mít pocit, že kontrakce již neustávají. Kontrahovaná nebo relaxovaná děloha se dá poznat přiložením ruky na fundus (Procházka a kol., 2020, s. 394). V této fázi dochází ke ztelnějšímu sestupu naléhající části plodu v rovinách porodního kanálu níže. Vlivem silných kontrakcí v tomto období často dochází ke spontánní ruptuře vaku blan, rodička také může zakrvácet, důvodem je popraskání cévek v děložním hrdle při jeho dilataci. Zánikem branky končí první doba porodní (Roztočil, 2020).

4.3.2 Péče o ženu v průběhu I. doby porodní

Porodní asistentka (PA) kontroluje vitalitu plodu poslechem srdeční akce plodu, alespoň jednou za 15 minut po dobu 1 minuty (Procházka a kol., 2020, s. 396). CTG monitor se provádí intermitentně většinou po přípravě, dále obvykle ve 2-3hodinových rozestupech (Moravcová a kol. 2022, s. 42). Porodní asistentka dále monitoruje fyziologické funkce rodičky krevní tlak (TK), puls (P), tělesnou teplotu (TT) v 2-4 h. intervalech. Dále sleduje děložní kontrakce, jejich intenzitu, frekvenci, délku, pravidelnost a pozoruje chování rodičky na děložní kontrakce. Hodnotí celkový průběh a postup porodu, kontroluje dilataci hrdla děložního či porodnické branky (Procházka a kol., 2020, s. 399). Vaginální vyšetření je doporučeno nabídnout ženě každé 4 hodiny nebo pokud existují pochybnosti o postupu porodu anebo pokud si to žena přeje (NICE, 2017). Mezi základní vyšetření patří i zevní abdominální vyšetření pohmatem k určení velikosti, tvaru a uložení dělohy a uložení plodu. Pomocí tohoto vyšetření porodní asistentka zjišťuje tvar, výšku a obsah děložního fundu, polohu, postavení, naléhající část plodu a její vztah k rovině pánevního vchodu, držení plodu, případně odhaduje množství vody plodové. To souvisí se sledováním mechanismu a průběhu porodu (Wilhelmová a kol., 2021).

Při odtoku plodové vody PA hodnotí její barvu množství, zápach a příměsi. V intervalu 4 hodin PA kontroluje pravidelné vyprazdňování močového měchýře. Zabývá se odhalením případných patologií. Podporuje rodičku během celého porodního procesu, pomáhá jí při mobilizaci a zaujetí vhodných úlevových poloh, umožňuje rodičce doplnit energii ve formě pitného a stravovacího režimu, porodní asistentka tak sleduje i příjem a výdej tekutin rodičky.

S rodičkou a doprovodem probíhá verbální i neverbální komunikace ze strany porodní asistentky (Procházka a kol., 2020, s. 399).

Porodní asistentka zároveň sleduje psychický stav rodičky. Podle Dušové a kol. (2019, s. 111.) může pozitivní přístup k porodu a klidné prostředí pomoci rodičce vnímat porod jako přirozený proces zrození, čímž se snižuje míra stresu a nejistoty. Jak uvádí Roztočil (2017, s. 190), je důležité, aby porodní asistentka rodičku během porodu průběžně informovala o aktuálním dění a poskytovala jí prostor pro rozhodování. Možnost volby a podpora autonomie rodičky zvyšují její pocit bezpečí a kompetence, což přispívá k celkově lepšímu prožitku z porodu.

4.3.3 Nefarmakologické metody tlumení bolesti

Porodní asistentka může rodičce během porodu poskytovat a nabízet vhodnou individuální péči k tišení porodní bolesti. Nefarmakologické metody patří k bezpečným a vcelku ekonomickým možnostem, jak ženám ulevit od bolesti. Níže jsou uvedeny metody, které jsou nejčastěji v praxi užívány – jedná se o vhodné techniky dýchání, polohování, využití doteku, masáže a suchého tepla, také aromaterapie a hydroterapie – léčba vodou. K dalším nefarmakologickým metodám tišení bolesti lze zařadit využití akupresury či akupunktury, využití rebozo šátku, vizualizace či techniky hypnoporodu, homeopatie nebo muzikoterapie a další.

Techniky dýchání

Nácvik vhodného dýchání může mít vliv na prožívání celé první doby porodní. Jsou různé techniky, které může rodička uplatnit (Procházka a kol. 2020, s. 395).

Správné dýchání pomáhá k uvolnění svalů a zároveň k dostatečnému prokrvení svalů rodičky i plodu. Když se žena soustředí na dýchání, odvádí pozornost od bolesti tím, že se soustředí na jinou činnost (Čermáková, 2023, s. 151). Žena se může zklidnit pomalým jemným dýcháním nosem. (Procházka a kol. str 395) Dále klidným dýcháním do břicha během kontrakcí, kdy se nadechuje nosem a vydechuje ústy. (Moravcová a kol., 2022, s. 43).

Ke konci první doby porodní, při tlaku na konečník, žena může prodýchat nucením k tlačení tzv. psím dýcháním. Jedná se o povrchové zrychlené dýchání nosem nebo ústy během kontrakce (Moravcová a kol., 2022, s. 43).

Polohování

Úlevové polohy volí rodičky takové, ve kterých pro ně bude intenzita kontrakcí snesitelnější. Většinou volí jinou polohu během kontrakce a v mezikontrakčním období. Tyto polohy slouží k tomu, aby si rodičky v první době porodní odpočinuly od intenzivní bolesti a šetřily energii pro závěrečnou část porodu (Holubářová, 2025).

Zemánková (2017) uvádí, že nejvhodnější porodní poloha je ta, ke které žena přirozeně dospěje. V první fázi porodu, kdy dochází k otevírání děložního hrdla, ženy často upřednostňují předklon, mohou se opírat ve stoje, klečet nebo být na všech čtyřech s oporou například o postel. Na začátku porodu je rovněž důležité odpočívání, ideálně vleže na boku s polštářem mezi koleny, což pomáhá uvolnit pánev. Když je žena ve vzpřímené poloze, netlačí svou váhou na dolní dutou žílu. Pokud žena leží na zádech, může tím omezit průtok krve a dodávku kyslíku k plodu. Vzpřímené polohy umožňují děloze efektivněji a silněji kontrahovat, což pomáhá dítěti zaujmout lepší pozici pro průchod pánví (Dekker, 2018a).

Podporu může poskytnout i partner, například v tzv. „ploužákové poloze“, kdy žena zavěšením kolem partnerova krku nachází oporu ve stoje (Zemánková, 2017).

Další přístup k podpoře přirozeného průběhu porodu nabízí koncept *Spinning Babies*, který se zaměřuje na optimalizaci polohy plodu pomocí cílených pohybů, protahovacích technik a uvolňování napětí v oblasti pánve. Tyto techniky podporují rovnováhu, usnadňují sestup plodu do pánve a mohou přispět ke zkrácení porodu a snížení potřeby zásahů. Důraz je kladen na volný pohyb rodičky, intuitivní změnu poloh a vědomou spolupráci s tělem (Tully, 2024).

Z pohledu fyzioterapie je správné napolohování rodičky během první doby porodní důležité pro usnadnění vstupu hlavičky do roviny pánevního vchodu. Vhodná je tzv. kontranutace, při níž žena zaujme polohu s extenzí v kyčlích, maximální zevní rotací a abdukci (odtažením od osy těla). Tím se pánevní vchod rozšiřuje, zatímco pánevní východ se zmenšuje. Ve druhé době porodní je naopak žádoucí poloha nutační, která usnadňuje průchod plodu přes pánevní východ (Bajerová, 2024).

Dotek a teplo

Použití doteku a tepla představuje osvědčený způsob, který rodičkám během porodu pomáhá zmírnit vnímání bolesti a podpořit jejich celkový komfort. Vhodně zvolená masáž, zejména v oblasti beder, může napomoci k uvolnění napětí v křížové oblasti a zlepšit vnímání kontrakcí (Wilhelmová a kol., 2021). Jemné uvolnění napětí v oblasti podbříšku lze podpořit masáží konečky prstů. Provádí se jemnými krouživými pohyby nebo pomalými táhlými tahy, které se vedou po povrchu břicha. Stejně techniky lze využít i při napětí v oblasti zad, kde mohou přinést úlevu a podpořit celkové uvolnění těla (Martínková, 2025). Úlevu často přináší i cílený tlak na lopaty kyčelních kostí – prováděný doprovodnou osobou během kontrakce, kdy žena setrvává v předklonu s oporou a nohama široce rozkročenýma. Tento manévr, opakovaný po dobu několika vteřin, pomáhá zmírnit bolest v dolní části zad a zároveň může usnadnit rotaci plodu (Wilhelmová a kol., 2021).

Kromě doteku hraje důležitou roli také aplikace tepla. Teplé obklady na bederní oblast, podbříšek nebo perineum napomáhají uvolnění svalů, zvyšují prokrvení a celkově přispívají ke snížení bolesti (Procházka a kol., 2020, s. 395).

Akupresurní techniky představují další nefarmakologickou možnost podpory. Jemným, ale cíleným tlakem na specifické body v oblasti kříže, kyčlí nebo kolen může být stimulován tok energie, zmírněna bolest a podpořen postup porodu. Tlak může být vyvíjen prsty, dlaněmi nebo pomocí vhodných pomůcek, vždy s ohledem na aktuální potřeby rodičky (Wilhelmová a kol., 2021).

Aromaterapie

Aromaterapie je oblíbenou alternativní a doplňkovou metodou, která pomáhá zmírnit nepříjemné pocity spojené s různými fyziologickými procesy, kam můžeme zařadit právě i porodní proces (Dekker, 2018b). Aromaterapie využívá vonné silice, které harmonizují tělo i mysl. Základem jsou esenciální oleje získané z rostlin, které se dají aplikovat různými způsoby, prostřednictvím masáže, vonné koupele, difuzéru či aromalampy. K masáži se esenciální oleje ředí v nosném rostlinném oleji, například mandlovém, aby byly šetrné k pokožce. Správně zvolené vůně nejen zpříjemňují atmosféru, ale také pomáhají uvolnit napětí, zmírnit obtíže a podpořit přirozené léčebné procesy v těle (Barešová, 2022).

Hydroterapie

Použití vody ve formě sprchy či ponoření do vany přispívá k bezprostřednímu zmírnění vnímání porodní bolesti a napomáhá celkovému uvolnění rodičky. Hydroterapie u porodu je účinnou metodou, která poskytuje ženám komfort a podporu (NF Propolis, 2025). Nejčastěji se využívá v první době porodní, kdy jsou kontrakce velmi intenzivní a dochází k dilataci děložního hrdla. Teplota vody, obvykle kolem 37,4 °C, je příjemná pro matku a zároveň bezpečná pro plod. Pobyt ve vodě pomáhá zmírnit bolest, snižuje stres a může urychlit otevírání porodních cest. Teplá voda navíc uvolňuje svaly, čímž snižuje vnímání bolesti a zároveň redukuje potřebu farmaceutické analgezie. Díky vztlaku vody mají ženy větší volnost pohybu a mohou si snáze najít pohodlnější polohu, což přispívá k lepšímu průběhu porodu a zmírnění tlaku na některé části těla (Mellado-García et. al., 2024). Koupel se dá kombinovat například i s aromaterapií, která může přispět ještě k většímu uvolnění i povzbuzení rodičky. Během pobytu ženy ve vodě je potřeba zajistit dostatečnou hydrataci rodičky a aby nedošlo k přehřátí organismu.

Pokud si žena nepřeje přímo vanu nebo koupel, možnou alternativou je i využití sprchy. Ve sprše může rodička využít i gymnastický míč nebo zvolit jiné vertikální polohy a kombinovat tak hydroterapii s polohováním.

Bylinná napářka a teplé obklady na hráz

Využití tepla, vody a případně tlaku v oblasti perinea je také vhodnou metodou k uvolnění porodních cest a následné prevence porodního poranění. Jedním ze způsobů, jak podpořit pružnost měkkých tkání v oblasti pánevního dna, je bylinná vaginální napářka. Doporučuje se od 38. týdne těhotenství a lze ji využít i během první doby porodní. Napářka se provádí vsedě nad nádobou s horkým bylinným odvarem, přičemž žena je zabalená do deky, aby se udrželo teplo. Napářka napomáhá prohřátí, uvolnění a zvlhčení oblasti hráze, čímž může přispět ke snížení bolestivosti a k menší míře porodního poranění (Mertelíková, 2022). Mnohé ženy popisují, že jim napářka v závěru těhotenství pomohla navodit klid, soustředit se na vlastní tělo a vytvořit si intimní prostor pro propojení s miminkem (Steamy, 2025).

Další přirozenou metodou je přikládání teplých (38-45 °C) obkladů (kompresů) na oblast hráze během druhé doby porodní. Nahřátá látka nebo porodnická vložka se přikládá při kontrakcích na oblast hráze, kde podporuje její prokrvení a elasticitu. Tato metoda může zároveň snižovat bolest a byla pozitivně hodnocena i ve studiích, které uvádějí nižší míru poranění hráze a subjektivní úlevu žen během porodu (Mertelíková, 2022).

4.4 Péče porodní asistentky během druhé doby porodní

Po úplném rozvinutí neboli dilataci porodnické branky přechází porod do druhé doby porodní, ta končí samotným porodem plodu. Druhou dobu porodní můžeme rozdělit na pasivní fázi, během které dochází k sestupu a rotaci hlavičky v porodních cestách (Procházka a kol. 2020, s. 401). V této fázi je vhodné podpořit intuitivní pocity rodičky, čímž maximálně podpoříme fyziologii porodního procesu. Spočívá to i v trpělivosti vyčkat až hlavička sestoupí a rodička začne pociťovat nutkání k tlačení (Wilhelmová a kol., 2021, s. 230). Během aktivní fáze právě dochází k sestupu hlavičky a rodička začíná pociťovat nutkavou potřebu k tlačení. Doba druhé doby porodní se může lišit, avšak z většiny výzkumů vyplývá, že může trvat až 3 hodiny (Procházka a kol. 2020, s. 401).

Porodní asistentka během II. doby porodní pravidelně monitoruje ozvy plodu po každé kontrakci. Normální frekvence ozev se pohybuje v rozmezí 110-160 tepů/min. Porodní asistentka také sleduje účinnost přicházejících kontrakcí, jejich délku, frekvenci, sílu, pravidelnost, nejlépe tak porodní asistentka učiní přiložením dlaně na fundus děložní, kdy palpačně dobře cítí charakter kontrakcí. Pomocí přiložené dlaně také asistentka vnímá napětí svalů, vazů, turgor kůže, případný stres či nervozitu, touto svou přítomností také může rodící ženu uklidnit (Procházka a kol. 2020, s. 405).

Porodní asistentka by již po celou II. dobu porodní neměla rodičku opouštět. Pozoruje změny v chování rodičky, jak mění polohy, jak dýchá a vokalizuje během kontrakcí, naslouchá případným slovním projevům. Také sleduje změny zevního genitálu a známky, jako je napínání hráze či otevírání konečníku, které ukazují na vstupování hlavičky do pánevního východu (Procházka a kol. 2020, s. 405). Dle doporučení WHO (2018) by žena měla být podporována, aby se během tlačení řídila svými vlastními pocity nucení k tlačení. Také WHO (2018) doporučuje užití technik k redukci vzniku porodního poranění ve formě nahřívání hráze teplými obklady a ochrany hráze technikou „hands on“, kdy porodní asistentka nejčastěji využívá sterilní roušku přiloženou na hráz a druhou rukou případně koriguje vstup hlavičky plodu přes hráz. Wilhelmová a kol. (2021) dále zmiňuje, že porodní asistentka by měla ženu naopak než v zadržování dechu a řízeném tlačení podporovat ve vydávání mručivých zvuků či sténání a také v tom, aby při zatlačení vydechovala a dlouhodobě nezadržovala dech.

4.5 Péče porodní asistentky během třetí a čtvrté doby porodní

Třetí doba porodní, též nazývaná doba k lůžku nastává po porodu plodu a dochází během ní k odloučení a vypuzení placenty, plodových obalů a pupečníku (Procházka a kol. 2020, s. 425). K odloučení placenty obvykle dochází během 15-30 minut po porodu plodu. Tato doba by celkově neměla přesáhnout jednu hodinu (Wilhelmová a kol. 2021, s. 255). Porodní asistentka provede po porodu placenty kontrolu mateřské i fetální části placenty, úplnosti a celistvosti placenty a plodových obalů, aby se ujistila, že nedošlo k retenci kotyledonů či části plodových obalů, které by mohly způsobit nadměrné krvácení nebo následnou infekci (Bašková, 2015, s. 71).

Čtvrtá doba porodní je obdobím dvou hodin po porodu. Zkontroluje se a případně dojde k ošetření porodního poranění. Žena je po porodu po dobu dvou hodin uložena do polohy na zádech, porodní asistentka pravidelně kontroluje fyziologické funkce ženy, výšku děložního fundu, zavinování a konzistenci dělohy, která by měla být tuhá a dobře retrahovaná, také hodnotí přiměřenost krvácení (Procházka a kol. 2020, s. 428). V tomto poporodním období je vhodné podpořit kontakt matky a dítěte, pokračovat v bondingu a podpořit samopřisátí novorozence (Bašková, 2015, s. 71).

Po uplynutí dvou hodin po porodu porodní asistentka znovu zkontroluje fyziologické funkce a dělohu před mobilizací ženy. Porodní asistentka pomáhá ženu mobilizovat, převede jí do sprchy, kde pomůže s hygienou a podpoří ženu ve vyprázdnění močového měchýře. Komunikuje s rodičkou a pozoruje její psychický i fyzický stav (Procházka a kol. 2020, s. 430).

Po porodu však péče porodní asistentky nekončí. Jak už bylo zmíněno v předchozích kapitolách, porodní asistentka může ženu provázet v rámci celého šestinedělí, kdy navazuje na princip kontinuální péče a zajišťuje podporu nejen fyzickou, ale i psychickou. V této fázi se zaměřuje na sledování involuce dělohy, hojení případných porodních poranění, zajištění správné laktanční podpory a prevenci poporodních komplikací (např. krvácení či infekce). Zároveň pečuje o emocionální adaptaci rodičky, pomáhá jí zvládat první dny s novorozencem a posiluje její důvěru ve schopnost pečovat o dítě. Tento komplexní přístup, od prenatální přípravy přes podporu při porodu až po šestinedělí, tvoří ucelený rámec péče, který byl v teoretické části popsán a v rámci výzkumné části bylo zjištěno a popsáno pomocí dotazníkového šetření, jak k těmto oblastem péče jednotlivé respondentky přistupují v praxi.

5 VÝZKUMNÁ ČÁST

5.1 Metodika průzkumu

Pro účely kvantitativního průzkumu byl využit nestandardizovaný dotazník vlastní tvorby, distribuovaný mezi porodní asistentky pracující na porodních sálech. Celkem bylo rozdáno 45 dotazníků. Návratnost byla 40 dotazníků, z nichž bylo osm vyřazeno pro nesprávné či neúplné vyplnění, do analýzy bylo následně zahrnuto 32 platných dotazníků.

Dotazníky byly anonymní a jejich vyplnění bylo dobrovolné. Sběr dat probíhal v období od 12. do 31. března 2025. K průzkumu byly vybrány dvě nemocnice krajského typu a jedna oblastní nemocnice.

Před zahájením sběru dat byla podána žádost o realizaci výzkumu na jednotlivá pracoviště. Žádost byla následně schválena vedoucími porodními asistentkami porodních sálů a vedením nemocnic (náměstkyní pro ošetrovatelskou péči nebo hlavní sestrou). Souhlas se sběrem dat byl rovněž udělen ze strany fakulty.

5.2 Charakteristika dotazníku

Dotazník obsahoval 11 uzavřených i otevřených otázek. Otázky byly zaměřené na přístup porodních asistentek k podpoře rodiček během fyziologického porodu, využívání nefarmakologických metod tlumení bolesti a podporu fyziologického porodu. Tímto způsobem bylo možné získat kvantifikovatelná data pro statistické vyhodnocení, zároveň však i kvalitativní informace o konkrétních postupech a zkušenostech.

Otázky č. 1 a 5 byly škálové. Škála představuje typ otázky, v níž respondent vyjadřuje svůj postoj k určitému jevu na číselném či slovním kontinuu. Tato forma otázky se často využívá k měření názorů, postojů či frekvence chování a může být znázorněna číselně, slovně nebo graficky (Mazalová, 2017).

Dále byly v dotazníku použity kombinované otázky, které spojovaly uzavřený a otevřený typ odpovědi (otázky č. 2, 3 a 8). U těchto položek měly respondentky možnost odpovědět ANO/NE a dále doplnit důvod nebo specifikaci odpovědi.

Čistě otevřené otázky (č. 6, 7 a 10) umožňovaly respondentkám volně formulovat svou odpověď bez výběru z předem stanovených možností. Výhodou tohoto typu otázek je možnost získání autentických, osobních a často podrobnějších informací. Jejich zpracování je však náročnější, protože vyžaduje kvalitativní analýzu a následnou kategorizaci volných výpovědí (Mazalová, 2017).

Otázka č. 9 byla dichotomická, respondentky volily jednu ze dvou variant odpovědi. V otázce č. 4 se jednalo o polytomickou vícevýběrovou otázku, kde bylo možné zvolit maximálně tři možnosti. Otázka č. 11 byla také polytomická, umožňovala však výběr všech relevantních možností bez omezení počtu.

5.3 Charakteristika průzkumného souboru

Průzkumu se zúčastnily porodní asistentky pracující na porodních sálech ve třech různých zdravotnických zařízeních v České republice. Jednalo se o dvě nemocnice krajského typu a jednu oblastní nemocnici. Cílem bylo zachytit přístupy porodních asisterek v odlišných organizačních a provozních podmínkách, od větších perinatologických center po zařízení regionálního charakteru.

Výběr respondentek zahrnoval porodní asistentky s přímou účastí u fyziologických porodů. Celkem se do šetření zapojilo 40 porodních asisterek, přičemž každá z nich dotazník vyplnila anonymně a dobrovolně. Do průzkumu byly zařazeny výsledky od 32 respondentek. Věkové rozmezí, délka praxe ani vzdělání nebyly cíleně zjišťovány, protože hlavní důraz byl kladen na praktický přístup během porodu.

5.4 Zpracování a vyhodnocení dat

Data získaná z dotazníkového šetření byla nejprve zpracována pomocí tzv. čárkové metody, která sloužila k základnímu třídění odpovědí a kontrole počtů. Následně byla data převedena do programu **Microsoft Excel**, kde proběhlo jejich kvantitativní zpracování. Byly vytvořeny přehledné tabulky a grafy pro vizualizaci výsledků.

Pro interpretaci výsledků a textové zpracování byl využit program **Microsoft Word**. Otevřené otázky byly kvalitativně analyzovány, odpovědi byly kategorizovány a dále kvantifikovány.

Pro lepší přehlednost výstupů bylo použito označení:

- **n** – celkový počet odpovědí v dané otázce (u otevřených a více výběrových otázek může být vyšší než počet respondentek)
- **n_i** – absolutní četnost odpovědi (počet výskytů určité odpovědi)
- **f_i** – relativní četnost, vyjádřená v procentech

Relativní četnost byla vypočítána podle vzorce:

$$f_i = \left(\frac{n_i}{n}\right) \times 100$$

n_i představuje počet konkrétních odpovědí a n celkový počet odpovědí v dané otázce.

Relativní četnost (f_i) tak vyjadřuje podíl určité odpovědi vůči celkovému počtu zaznamenaných odpovědí a je uváděna v procentech.

5.5 Průzkumné otázky výzkumné části

Na základě průzkumných cílů byly stanoveny průzkumné otázky.

Hlavní cíl: Zjistit, jaký je přístup oslovených porodních asistentek k rodičkám během fyziologického porodu.

Dílčí cíle:

Zjistit, jak porodní asistentky využívají nefarmakologické metody k tlumení porodní bolesti.

Zjistit, jaké metody a postupy porodní asistentky využívají pro podporu fyziologického porodu.

Průzkumná otázka č. 1: Jaký je přístup oslovených porodních asistentek k rodičkám během fyziologického porodu?

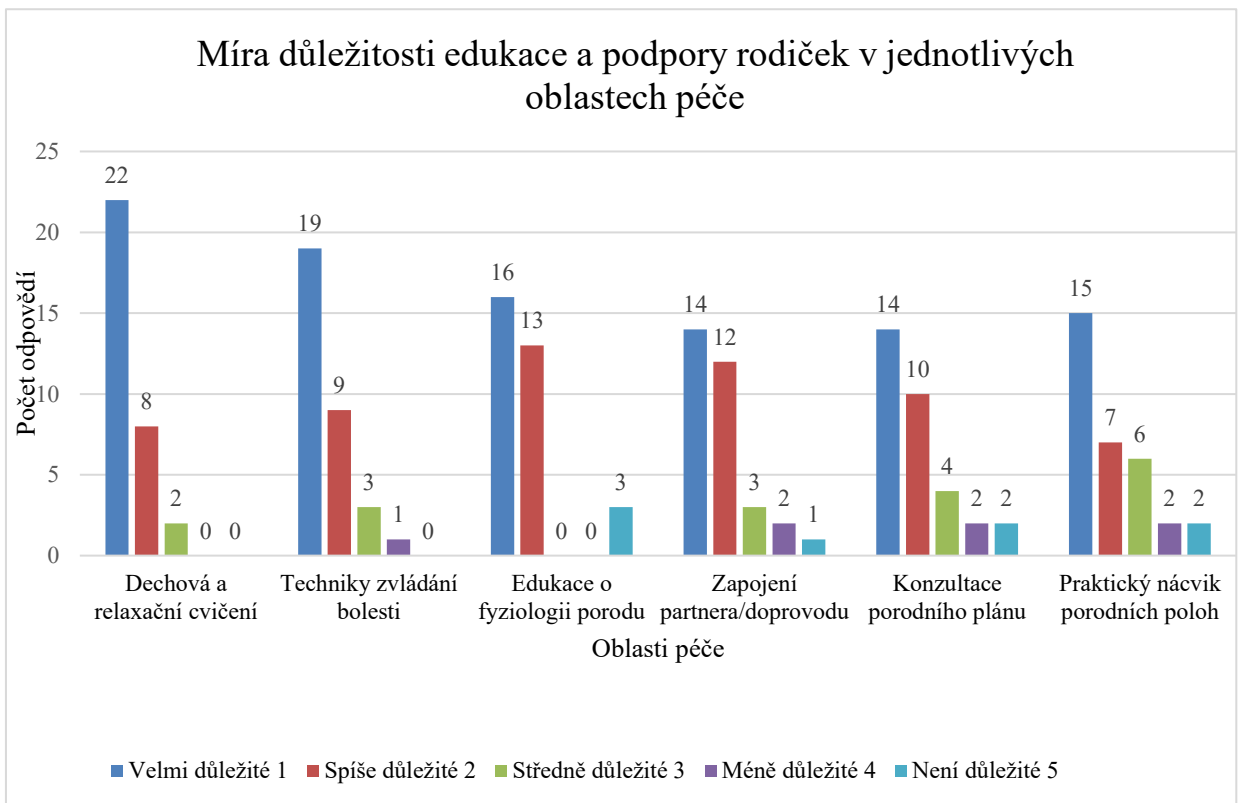
Průzkumná otázka č. 2: Jaké nefarmakologické metody využívají oslovené porodní asistentky k tlumení porodní bolesti?

Průzkumná otázka č. 3: Jaké metody a postupy oslovené porodní asistentky využívají pro podporu fyziologického porodu?

5.6 Výsledky průzkumu

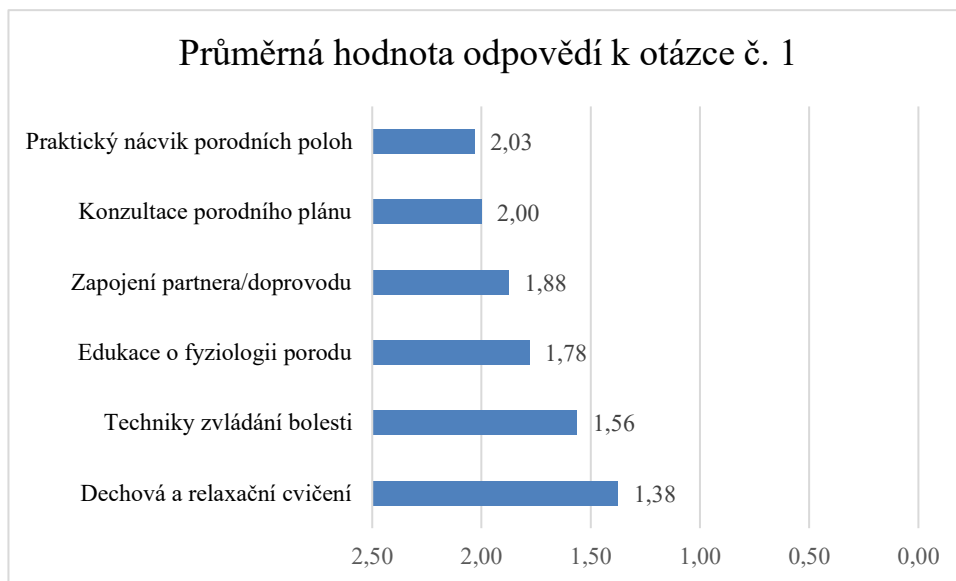
Otázka č. 1: Vnímáte jako důležité podpořit a edukovat rodičku v následujících oblastech k lepšímu zvládnutí porodu?

V této otázce měly porodní asistentky zvolit u každé z oblastí péče vždy jednu z číslic na škále 1-5 kdy 1 znamenala, že vnímají oblast jako velmi důležitou až po 5, která není vnímána jako důležitá.



Obrázek 1: Míra důležitosti edukace a podpory rodiček v jednotlivých oblastech péče

Porodní asistentky považují za nejdůležitější oblast nácvik dechových a relaxačních cvičení, kdy tuto oblast označilo jako „velmi důležitou“ 22 z 32 respondentek a dalších 8 ji označilo jako „spíše důležitou“. Dále 19 porodních asistentek uvedlo, že za velmi důležitou považují také edukaci a podporu rodiček v technikách zvládnání bolesti. (Obrázek č. 1)



Obrázek 2: Průměrná hodnota odpovědí k otázce č. 1

Obrázek č. 2 znázorňuje průměrné hodnoty odpovědí pro jednotlivé oblasti péče. Jelikož byla použita škála, kde 1 znamená „velmi důležité“ a 5 „není důležité“, nižší průměrná hodnota značí vyšší vnímanou důležitost dané oblasti. Z tohoto důvodu byla osa X v grafu otočena (inverzní škála), aby byla vizualizace výsledků přehlednější.

Z grafu vyplývá, že za nejdůležitější oblast považují respondentky dechová a relaxační cvičení s průměrnou hodnotou 1,38, následují techniky zvládnání bolesti (průměr 1,56) a edukace o fyziologii porodu (1,78). Naopak za méně důležité byly označeny oblasti jako zapojení partnera či doprovodu (1,88), konzultace porodního plánu (2,00) a praktický nácvik porodních poloh, který byl s průměrnou hodnotou 2,03 hodnocen jako nejméně důležitý.

Z mé vlastní zkušenosti v klinické praxi mohu potvrdit, že právě dechová a relaxační cvičení jsou oblastí, které se porodní asistentky u porodu často věnují. Ženy mají během porodu tendenci k napětí, zadržování dechu a celkovému stažení, což může zpomalovat postup porodu a zvyšovat míru bolesti. Pravidelné připomínání správného dýchání a uvolnění těla tak představuje jednu z nejčastějších nefarmakologických technik, které asistentky v praxi využívají.

Také edukace o technikách zvládnání bolesti je velmi přínosná, zejména pokud jsou ženy edukované již předem, například z předporodních kurzů a vědí, co daná porodnice nabízí. Pokud si rodičky dopředu ujasní, co jim přináší úlevu, a kdy se cítí dobře a uvolněně a mají

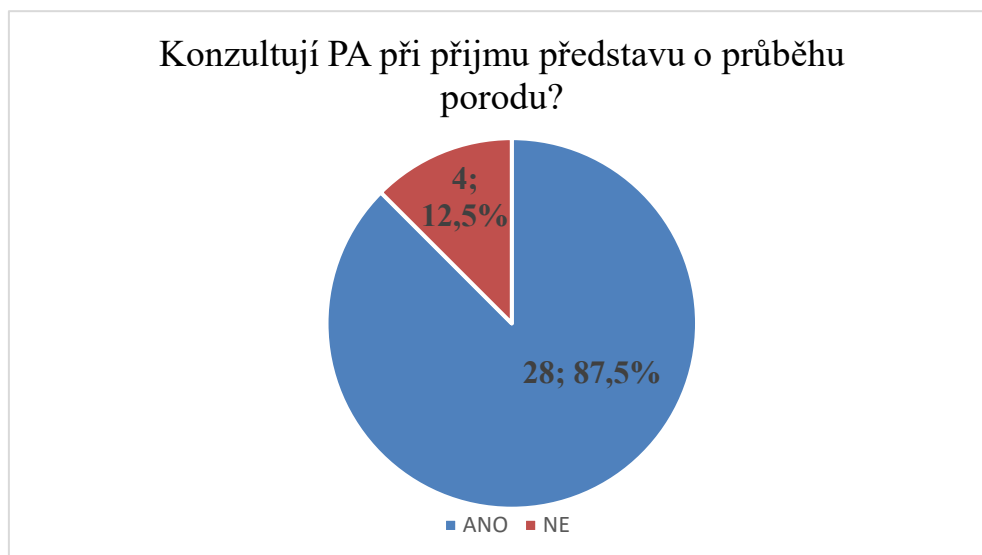
možnost si to vyzkoušet, lépe pak spolupracují s porodním týmem a mají větší kontrolu nad vlastním prožíváním bolesti.

Rovněž edukace o fyziologii porodu hraje zásadní roli v tom, jak žena zvládá jeho průběh psychicky i fyzicky. Když přibližně ví, co se s jejím tělem během jednotlivých fází porodu děje, dokáže si jednotlivé projevy lépe vysvětlit a zvládat, což snižuje stres, nejistotu a zlepšuje spolupráci s porodní asistentkou.

Mírně nižší hodnocení oblastí jako je zapojení partnera či konzultace porodního plánu může souviset s tím, že tyto prvky nejsou v některých porodnicích pevně zakotvené v rámci rutinní péče, nebo jejich přínos není vnímán jako bezprostředně klíčový. Přesto je z odborného hlediska důležité připomenout, že přítomnost blízké osoby u porodu (např. partnera) má pozitivní vliv na psychickou pohodu rodičky, zvyšuje hladinu oxytocinu a posiluje pocit důvěry a bezpečí, což může přispět k hladšímu průběhu porodu (Dušová et al., 2019; WHO, 2018).

Otázka č. 2: Konzultujete s rodičkami u příjmu jejich představu o průběhu porodu?

- ANO: Co je pro Vás důležité se od rodičky dozvědět?
- NE: Proč?



Obrázek 3: Konzultují PA při příjmu představu o průběhu porodu?

Obrázek č. 3 znázorňuje, že 87,5 % (28) porodních asistentek konzultuje s rodičkami u příjmu jejich představu o průběhu porodu, zbylých 12,5 % (4) nekonzultuje.

Pokud respondentky odpověděly ANO, měly doplnit, co je pro ně důležité se od rodiček dozvědět, pokud odpověděly NE, měly doplnit důvod proč nekonzultují. Odpovědi na otevřenou část otázky shrnuje tabulka č.1.

Tabulka 1: Konzultace představy porodu

Odpověď pro ANO (proč konzultují)	n_i	f_i	Odpověď pro NE (proč nekonzultují)	n_{i2}	f_{i2}
Jaké chce využít metody tišení bolesti	13	21,3 %	Doptám se v průběhu porodu	2	33 %
Osobní představy a jejich důvod	9	14,8 %	Není čas	2	33 %
Zda chce využít farmaka	8	13 %	Základ je v dokumentaci	1	17 %
Porodní plán/přání	7	11 %	Přijímá lékař	1	17 %
Zda absolvovala předporodní kurz	5	8,2 %			
Doprovod u porodu	5	8,2 %			
Preferované polohy	4	6,6 %			
Předchozí porody	4	6,6 %			
Zda připravovala hráz	2	3,3 %			
Cvičení	1	1,6 %			
Zavedení kanyly	1	1,6 %			
Bonding	1	1,6 %			
Bude souhlasit eventuelně s oxytocinem?	1	1,6 %			
Celkem odpovědí	61	100 %	Celkem odpovědí	6	100 %

Porodní asistentky mohly uvést více důvodů, proto je celkový počet odpovědí vyšší než počet respondentek. Tabulka č. 1 zobrazuje frekvenci jednotlivých odpovědí.

Z odpovědí porodních asistentek, které konzultují porodní přání rodiček (n = 28), vyplynulo celkem 61 odpovědí. Nejčastěji se zajímají o to, jaké metody tišení bolesti rodička preferuje (21,3 %), dále o její osobní představy a jejich důvody (14,8 %), a také o přání týkající se použití farmak (13 %) a porodního plánu (11 %). Některé porodní asistentky dále uváděly zájem o informace, zda rodička absolvovala předporodní kurz, jaký si přeje doprovod nebo jaké má předchozí porodní zkušenosti.

Ze čtyř porodních asistentek, které uvedly, že porodní přání s rodičkou nekonzultují, vzešlo celkem 6 odpovědí se 4 důvody. Po dvou odpovědích byly důvody jako nedostatek času a skutečnost, že se na přání doptají až v průběhu porodu. Po jedné odpovědi byly důvody, že základ informací je již v dokumentaci, nebo že příjem provádí lékař.

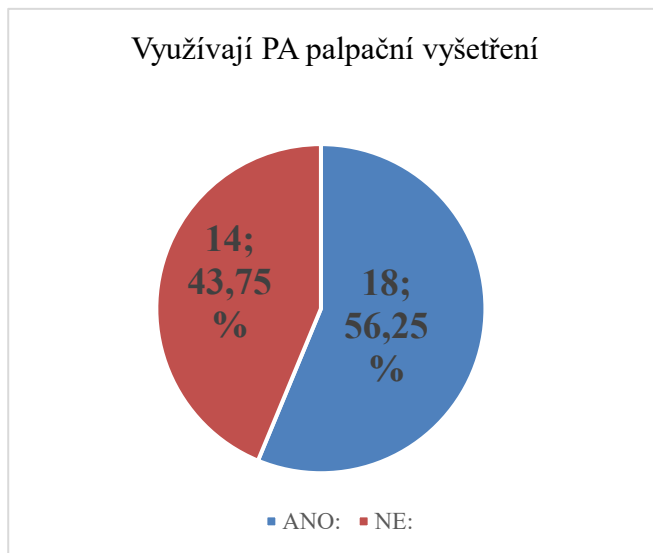
To, že se většina porodních asistentek již při příjmu zajímá o přání a představy rodičky ohledně průběhu porodu, je z pohledu kvality péče velmi důležité. Už v této rané fázi dochází k navázání vztahu mezi porodní asistentkou a rodičkou, který je založený na zájmu, naslouchání a respektu. Tento přístup podporuje důvěru rodičky k porodnímu týmu a může pozitivně ovlivnit její psychické nastavení i celkový průběh porodu.

Díky těmto informacím má porodní asistentka lepší představu o tom, jak s rodičkou pracovat, jaké metody tišení bolesti preferuje, zda si přeje spíše přirozený průběh porodu, nebo je otevřená farmakologickým metodám, které dané pracoviště nabízí. Pokud rodička absolvovala předporodní kurz či se jinak připravovala, například cvičením nebo relaxačními technikami, může být lépe vybavena ke spolupráci – například při změnách poloh, zvládnutí kontrakcí či komunikaci s personálem. Navázání vztahu s rodičkou již při příjmu může významně usnadnit další péči během porodu. Rodička se snáze otevře, lépe reaguje na doporučení a samotný porod pak může probíhat plynuleji.

Je však třeba dodat, že tato konzultace není vždy možná. Jak vyplývá i z odpovědí některých respondentek, překážkou může být například časová tíseň nebo organizační nastavení pracoviště, kdy příjem provádí lékař nebo se spěchá na jiné výkony. Přesto lze říci, že do určité míry tato práce s rodičkou patří k podstatě porodní asistence, a právě investice do vztahu na začátku může výrazně usnadnit komunikaci a spolupráci v průběhu porodu.

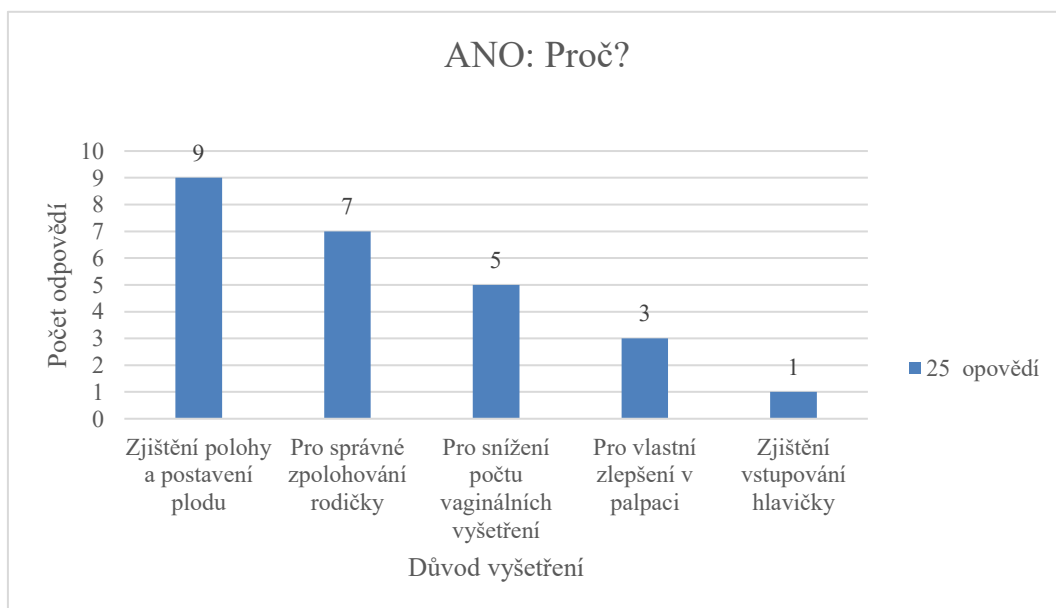
Otázka č. 3: Využíváte k posouzení průběhu porodu i zevní vyšetřovací hmaty?

- ANO: Proč?
- NE: Z jakého důvodu je nevyužíváte?

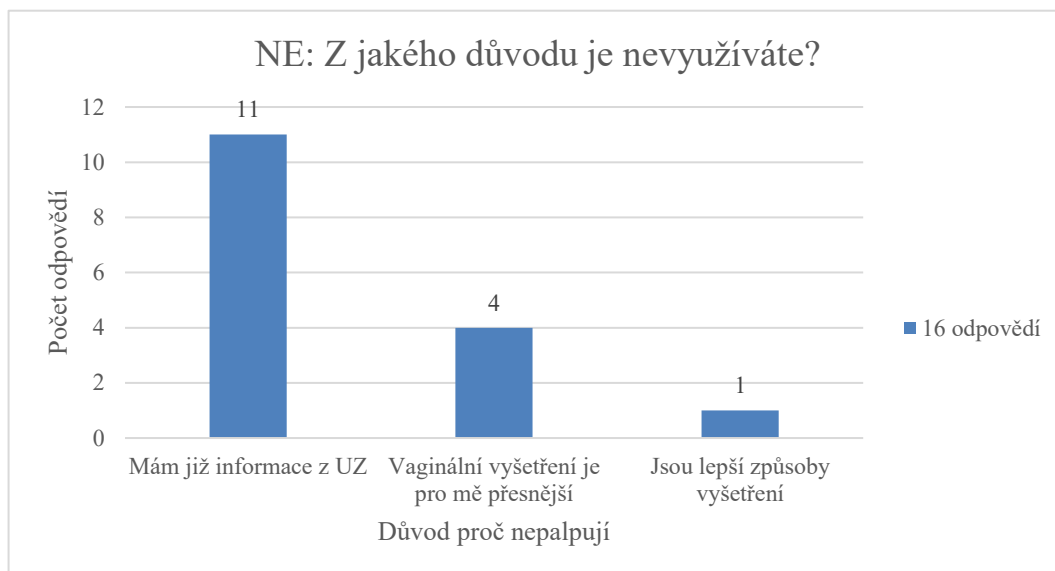


Obrázek 4: Četnost odpovědí, zda PA využívají palpační vyšetření.

Více než polovina porodních asistentek (18; 56,25 %) odpověděla, že k posouzení průběhu porodu využívají i zevní palpační vyšetřovací hmaty. Zbýlých 14 (43,75 %) je nevyužívá. Otázka č. 3 měla druhou otevřenou část, kde měly respondentky zdůvodnit proč palpační vyšetření využívají či nikoliv. Odpovědi jsou znázorněny v následujících grafech.



Obrázek 5: Proč palpují



Obrázek 6: Proč nepalpují

Mezi porodními asistentkami, které palpaci používají, bylo uvedeno celkem 25 odpovědí. Nejčastěji uváděným důvodem bylo zjištění polohy a postavení plodu (9; 36 %), dále správné zpolohování rodičky u porodu (7; 28 %) a snaha o omezení vaginálních vyšetření (5; 20 %). Některé respondenty také uvedly, že využívají hmaty k rozvoji vlastních dovedností v oblasti palpce (Obrázek č. 5). Naopak mezi důvody, proč palpce není využívána, převažovalo tvrzení, že informace o postavení plodu jsou dostupné pomocí ultrazvuku (11; 68,8 %), dále pak přesvědčení, že vaginální vyšetření je přesnější (4; 25 %) (Obrázek č. 6).

Osobně mě překvapilo, že více než polovina dotazovaných porodních asistentek palpační vyšetření ve své praxi aktivně využívá. Během své odborné praxe jsem vnímala využití palpce především při určování postavení plodu před napojením na monitor CTG, konkrétně za účelem správného umístění sond pro optimální slyšitelnost ozev plodu. Jako metodu pro průběžné hodnocení postupu porodu jsem ji u porodních asistentek zaznamenala spíše výjimečně, častěji bylo preferováno průběžné vaginální vyšetřování.

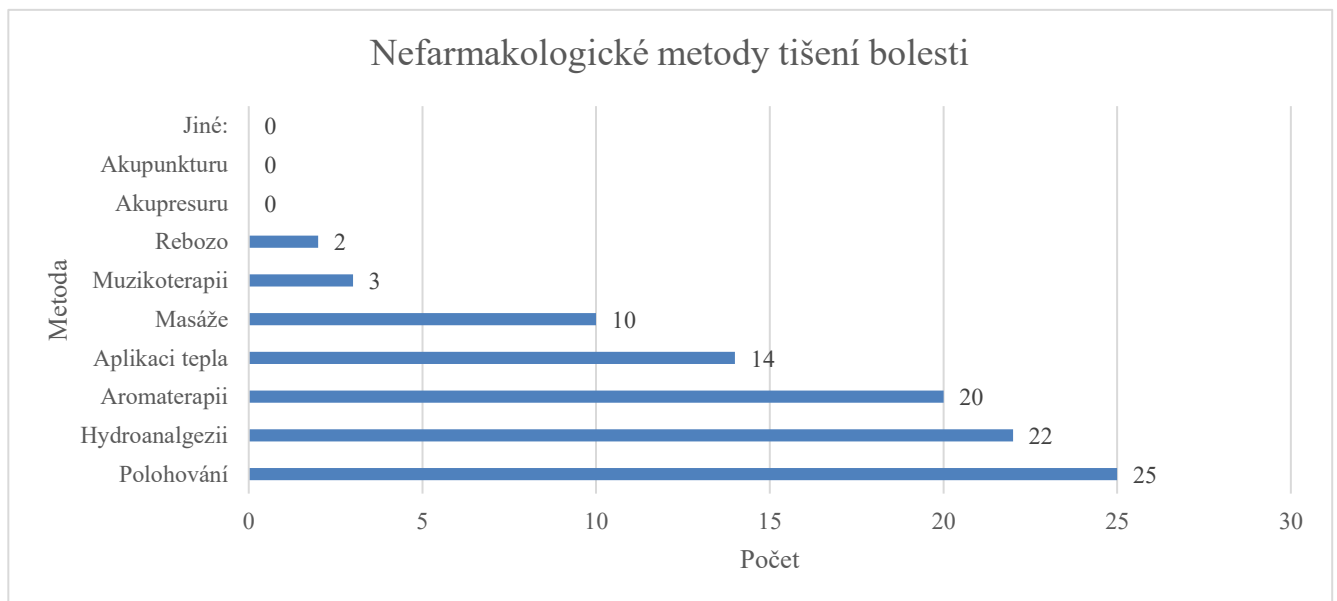
Tento rozdíl se do určité míry odráží i v mém šetření. Většina respondentek využívá palpaci právě pro zjištění polohy a postavení plodu nebo pro správné polohování rodičky – například uložení na správný bok dle postavení hřbetu plodu. Zajímavé je, že některé porodní asistentky uváděly také důvody jako snahu o snížení počtu vaginálních vyšetření nebo posouzení vstupování hlavičky do pánevních rovin, což svědčí o tom, že palpační vyšetření využívají i při samotném vedení porodu.

Z odpovědí rovněž vyplývá, že pro některé respondenty představuje palpce způsob rozvoje osobních dovedností, což lze vnímat velmi pozitivně. Palpce totiž patří k základním vyšetřovacím metodám, které by porodní asistentka měla bezpečně ovládat. I přesto, že jsou ve

zdravotnických zařízeních dostupné pokročilejší diagnostické metody, zejména ultrazvukové vyšetření, nemusí být vždy ihned k dispozici. V takových případech může být právě manuální zhodnocení prostřednictvím palpce rychlé, praktické a dostatečně informativní.

Otázka č. 4: Jaké nefarmakologické metody tlumení bolesti využíváte během porodu nejčastěji? (Zvolte maximálně 3 odpovědi)

- Polohování
- Hydroanalgezií
- Aromaterapií
- Aplikaci tepla
- Masáže
- Rebozo
- Akupresuru
- Akupunkturu
- Muzikoterapii
- Jiné: _____



Obrázek 7: Nefarmakologické metody tišení porodní bolesti

Porodní asistentky nejčastěji volily polohování (25; 26 %), hydroanalgezií (22; 22,9 %) a aromaterapii (20; 20,8 %) jako preferované nefarmakologické metody pro tlumení porodní bolesti. Dále se objevila aplikace tepla (14; 14,6 %) a masáže (10; 10,4 %). Metody jako muzikoterapie (3; 3,1 %), rebozo (2; 2,1 %) či akupresura a akupunktura nebyly oslovenými porodními asistentkami téměř nebo vůbec zvoleny.

Výsledky ukazují, že porodní asistentky dávají přednost metodám, které jsou snadno dostupné a nevyžadují specializované pomůcky nebo proškolení. Většina porodnic nyní disponuje vybavenými porodními boxy s mnoha polohovacími pomůckami, ať už se jedná o gymnastické míče, overbally žebřiny, žíněnky, porodní gauče nebo samotné porodnické lůžko, proto tato metoda pravděpodobně dominuje, jelikož je velmi variabilní a dá se s ní dobře pracovat. Hydroanalgezie, ve formě sprchy nebo koupele je také velmi dostupná a relativně levná metoda, ženám bývá u porodu teplá voda velmi příjemná a dle některých studií snižuje potřebu

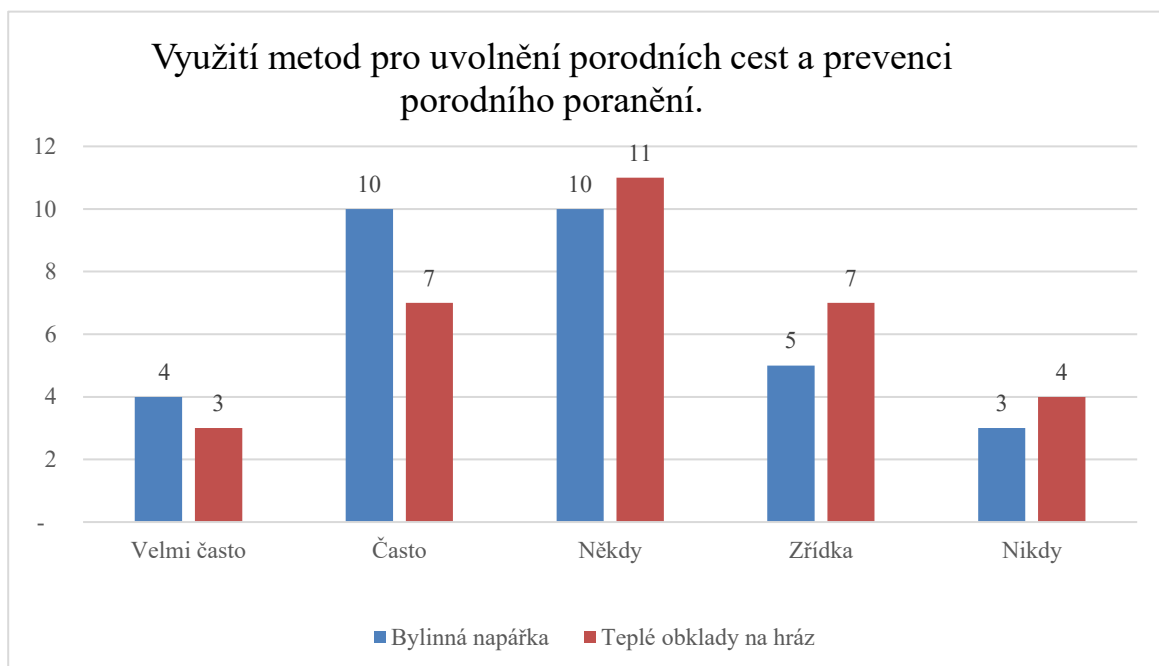
farmakologické analgezie (Mallen-perez, L. et al., 2018). Většina nefarmakologických metod se dá mezi sebou dobře kombinovat, a i proto může být zastoupení aromaterapie mezi předními metodami využití. Aromaterapie se může využít inhalačně, pomocí difuzéru, ale dobře se kombinuje i s masáží nebo s hydroterapií, přidáním esenciálních olejů do koupele. Naopak nízké zastoupení metod, jako je práce s rebozo šátkem, akupresura nebo akupunktura, může souviset s tím, že jejich použití vyžaduje specifické znalosti a absolvování specializovaných kurzů či školení. Tyto techniky jsou také časově náročnější na aplikaci – porodní asistentka jim musí věnovat plnou pozornost a být po celou dobu přítomna. Oproti tomu jiné metody zvládne rodička aplikovat sama, případně s podporou partnera nebo jiné doprovázející osoby, což usnadňuje jejich zařazení do běžné praxe.

Otázka č. 5: Jak často využíváte k uvolnění porodních cest a prevenci porodních poranění u low-risk žen?

- Bylinnou napářku
- Teplé obklady na hráz

Respondentky měly u obou odpovědí volit na škále:

Velmi často – Často – Někdy – Zřídka - Nikdy



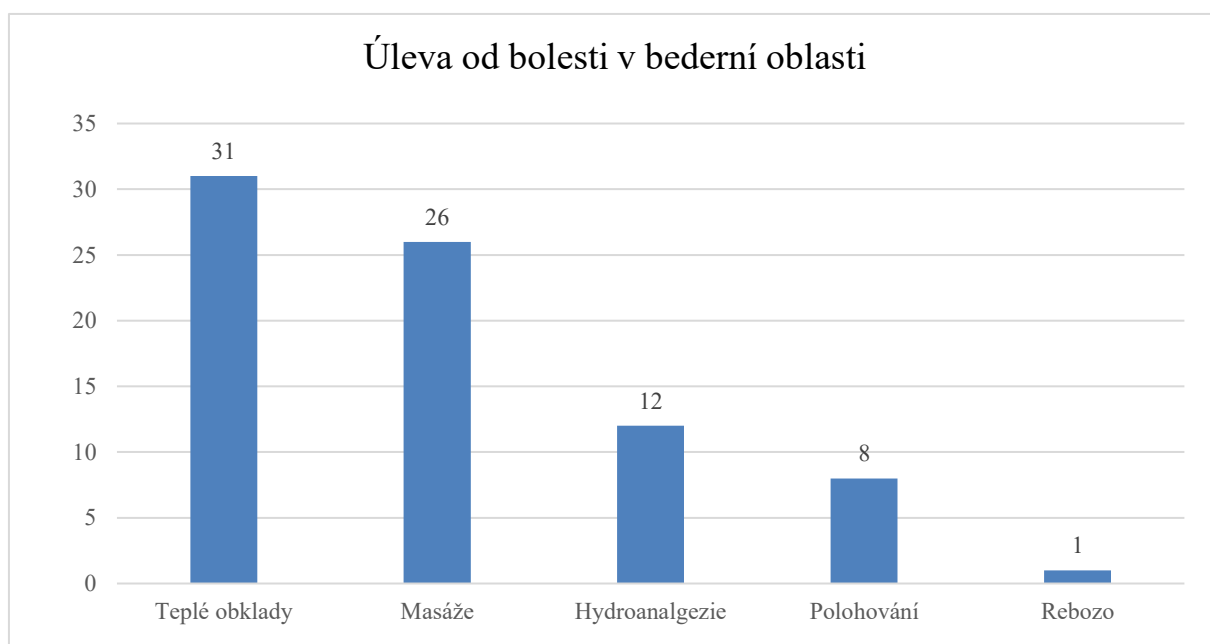
Obrázek 8: Využití metod pro uvolnění porodních cest a prevenci porodního poranění

Z odpovědí vyplývá, že ani jedna z uvedených metod – bylinná napářka ani teplé obklady na hráz – není mezi porodními asistentkami využívána plošně, nicméně většina respondentek je zařazuje alespoň příležitostně. Bylinnou napářku používá často nebo velmi často 14 respondentek (43,8 %), dalších 10 uvedlo, že ji využívají někdy. Teplé obklady jsou podle odpovědí časté nebo velmi časté u 10 porodních asistentek (31,3 %) a dalších 11 (34,4 %) je používá někdy. Obě metody tedy využívá větší část respondentek alespoň občas.

Frekvence využití těchto metod může být ovlivněna různými faktory – od osobních preferencí porodních asistentek a přání rodiček, přes zvyklosti pracoviště až po aktuální situaci na porodním sále. Všechny porodnice, ve kterých průzkum probíhal, bylinnou napářku umožňují, a teplé obklady jsou navíc materiálně i organizačně nenáročné na použití.

Z dostupných studií vyplývá, že použití teplých obkladů na hráz během druhé doby porodní snižuje riziko porodního poranění druhého až čtvrtého stupně a zvyšuje pravděpodobnost zachování intaktní hráze (Sun et al., 2024). Přesto jejich využívání není vždy běžnou praxí, a zdá se, že záleží především na kombinaci profesních zvyklostí, přístupu jednotlivých porodních asistentek a podmínkách konkrétního pracoviště.

Otázka č. 6: Jakou nefarmakologickou metodou ulevujete rodičkám od bolesti v bederní oblasti?



Obrázek 9: Úleva od bolesti v bederní oblasti

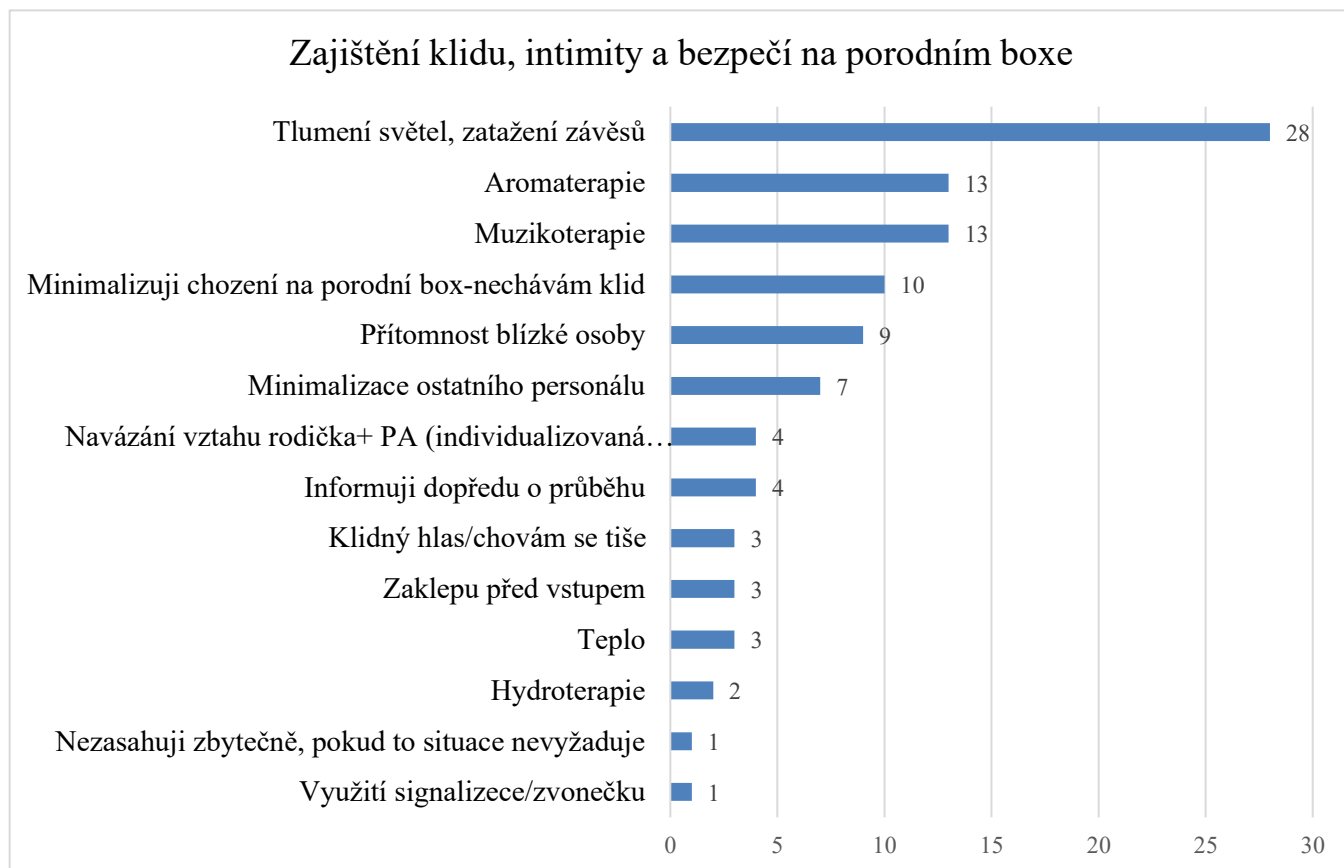
Otázka č. 6 byla otevřená, porodní asistentky tedy mohly uvést více odpovědí (n=78), ty byly následně kategorizovány. Nejčastěji využívanou metodou k úlevě od bolesti v oblasti bederní páteře byly teplé obklady (31; 39,7%), následovaly masáže dané oblasti (26; 33,3%), hydroanalgezie (12; 15,4%) a polohování (8; 10,3%). Rebozo bylo zmíněno pouze jednou (1,3%). (Obrázek č. 9)

Výsledky ukazují, že porodní asistentky v této oblasti péče nejčastěji využívají přirozené, snadno dostupné a neinvazivní postupy, které mají analgetický a zároveň relaxační účinek. Teplé obklady a dotek (masáž) jsou metody, které působí nejen fyzicky na svalové napětí v oblasti beder, ale zároveň mohou navozovat pocit bezpečí, podpory a úlevy. Jejich výhodou je jednoduchá aplikace, minimální potřeba pomůcek a možnost přímého zapojení doprovodu.

Hydroanalgezie se i zde ukazuje jako oblíbená technika – teplá voda působí uvolňujícím dojmem, napomáhá relaxaci a tlumí vnímání bolesti. Polohování je rovněž účinné, ale jeho použití může být závislé na momentální fázi porodu, fyzickém stavu rodičky nebo ochotě ke spolupráci. Práce s rebozem byla uvedena pouze jednou, což je v souladu s předchozími odpověďmi kdy její nízké zastoupení pravděpodobně souvisí s nutností osvojit si tuto metodu a tím, že nemusí být všude běžnou součástí péče. Z vlastní zkušenosti z praxe mohu potvrdit, že teplé obklady a masáže bývají nejčastěji využívané právě při bolestech v oblasti beder, a to

především v první době porodní. Tyto metody jsou časově i technicky nenáročné a rodičky je obvykle vnímají jako příjemné a účinné. Jejich efekt je často umocněn právě tím, že je poskytuje osoba, které důvěřují – ať už porodní asistentka, nebo doprovod.

Otázka č. 7: Jaké kroky podnikáte k tomu, aby se rodičky cítily na porodním boxe v klidu, intimně a bezpečně?



Obrázek 10: Zajištění klidu, intimity a bezpečí na porodním boxe

Otázka č. 7 byla otevřená, přičemž respondentky mohly uvést více odpovědí. Jejich výpovědi byly následně kategorizovány.

Nejčastěji zmiňovaným opatřením bylo zajištění prostředí pomocí ztlumení světla a zatažení závěsů (28; 27,72 %), dále použití aromaterapie a muzikoterapie (shodně 13 odpovědí; 12,87 %). Častou strategií bylo také minimalizování rušení – například omezení pohybu na porodním boxu (10; 9,9 %), přítomnost blízké osoby (9; 8,91 %) nebo omezení přítomnosti dalšího personálu (7; 6,93 %). Některé respondentky uváděly také snahu o navázání vztahu s rodičkou, předávání informací, klidné chování či další podpůrné prvky jako hydroterapie a teplo. (Obrázek č. 10)

Tyto odpovědi ukazují, že porodní asistentky vnímají vytváření bezpečného prostředí jako vícerozměrný proces, který zahrnuje jak úpravu fyzického prostoru, tak kvalitu komunikace a navázání vztahu s rodičkou. Ztlumené osvětlení, zatažené závěsy a omezení rušivých vlivů

mohou pomoci navodit intimnější atmosféru, která je v souladu s fyziologickými procesy porodu – podporuje produkci oxytocinu a celkovou psychickou pohodu ženy. Klidné prostředí a pocit bezpečí mohou zkrátit první dobu porodní a snížit potřebu farmakologických zásahů (Watson, 2023).

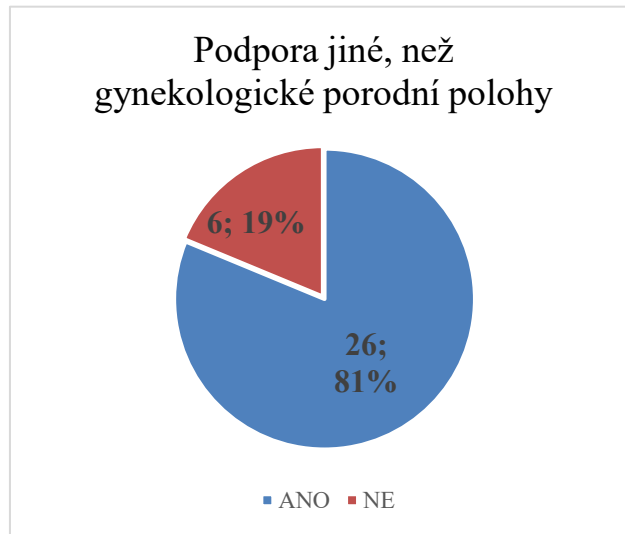
Aromaterapie a muzikoterapie představují nenáročné, ale účinné způsoby, jak podpořit relaxaci. Při správném použití mohou napomáhat uvolnění, snížení stresu a tlumení vnímání bolesti. Jejich výhodou je, že nejsou invazivní a umožňují ženě aktivní účast v péči o vlastní pohodlí.

Některé porodní asistentky uváděly i drobné, ale významné detaily – například zaklepání před vstupem nebo klidný hlas – které mohou hrát klíčovou roli v tom, jak se žena v daném prostoru cítí. V praxi však bývá realizace těchto přístupů ovlivněna také provozní realitou porodních sálů – časovými možnostmi, personálním obsazením a podporou ze strany vedení.

Z osobní zkušenosti mohu potvrdit, že porodní asistentky často intuitivně využívají kombinaci malých, ale významných kroků, které ženám pomáhají cítit se bezpečně. V některých porodnicích je přístup více individualizovaný, jinde bývá prostředí standardizovanější a méně flexibilní. Výsledky tedy ukazují nejen rozmanitost praxe, ale i potenciál k rozšíření jednoduchých, ale účinných opatření, která nevyžadují velké investice, ale mohou významně ovlivnit prožitek z porodu.

Otázka č. 8: Podporujete rodičky, aby rodily i v jiné, než v gynekologické poloze?

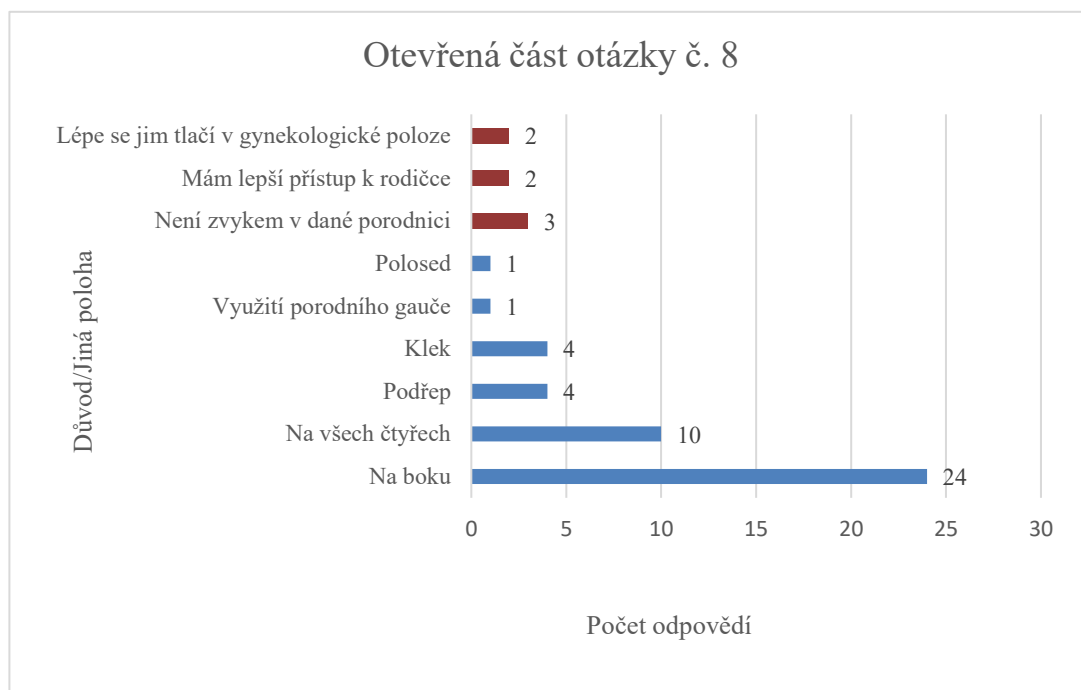
- ANO, v jaké/jakých?
- NE, proč?



Obrázek 11: Podpora jiné, než gynekologické porodní polohy

Šest respondentek (18,8 %) uvedlo, že ženy k porodu v jiné, než gynekologické poloze nepodporují. Většina porodních asistentek (26, tj. 81,3 %) naopak uvedla, že rodičky v jiných porodních polohách podporují. (Obrázek č. 11). Tento výsledek odráží skutečnost, že si porodní asistentky uvědomují pozitiva vertikalizace v průběhu porodu a aktivně pracují s rodičkami, snaží se s nimi nalézt vhodnou polohu pro druhou dobu porodní, která povede k efektivnějšímu průběhu. Rodičkám se může v některých polohách lépe a efektivněji tlačit, plod může lépe vstupovat do porodních cest, kdy gravitace pomáhá lepšímu sestupu plodu, což může porod urychlit. V jiných polohách také není stlačována dolní dutá žíla a plod tak není ohrožen sníženou oxygenací.

Ve druhé části otázky měly porodní asistentky pro odpověď ANO napsat jaké další polohy pro porod volí, pro NE, proč jiné polohy nevyužívají.



Obrázek 12: Otevřená část otázky č. 8

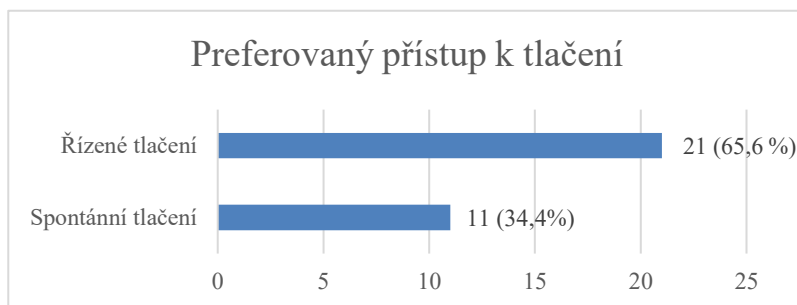
Porodními asistentkami, které volí během porodu i jiné polohy bylo zaznamenáno 44 odpovědí a nejčastěji byla zmíněna poloha na boku (24; 54,5 %), následovaná polohou na všech čtyřech (10; 22,7 %). Dalšími uvedenými polohami byly klek a podřep (shodně 4 odpovědi; 9,1 %), výjimečně pak polosed nebo využití porodního gauče (po 1; 2,3 %). Šest porodních asistentek, které jiné, než gynekologické polohy nepodporují, uvedlo celkem sedm důvodů. Nejčastěji bylo uvedeno, že porod v jiné poloze není běžnou praxí v dané porodnici (3; 42,9 %). Dvě respondentky uvedly, že mají lepší přístup k rodičce v gynekologické poloze (28,6 %), a dvě další se domnívají, že se ženám v této poloze lépe tlačí (28,6 %).

Během odborných praxí ve dvou z těchto zařízení, jsem se setkala z pravidla s tím, že porody byly vedeny ve svém závěru na porodnickém lůžku. Návik tlačení probíhal i v jiných polohách, ale právě pro nezvyk pracoviště využívat alternativní polohy byly rodičky vždy v závěru porodu polohovány do gynekologické polohy. Proto mě výsledky průzkumu částečně překvapují. Je však pozitivní vidět, že porodní asistentky alternativní polohy zařazují. Z uvedených dat je patrné, že se nejčastěji uplatňují především takové polohy, které jsou technicky realizovatelné na porodním lůžku, zejména poloha na boku, která zároveň umožňuje relativně dobrý přístup k rodičce i provádění aktivní ochrany hráze. Naproti tomu v jiných polohách (např. na všech čtyřech či v podřepu) může být tento přístup ztížen, a i to může být jeden z důvodů, proč některé porodní asistentky stále preferují polohu gynekologickou, kdy je přístup k rodičce jednodušší

a porodní asistentka má o průběhu lepší přehled. Výsledky tedy ukazují, že ochota podporovat jiné, než gynekologické polohy mezi porodními asistentkami existuje, nicméně její praktické uplatnění může být ovlivněno i mírou zvyklosti a jistoty personálu při vedení porodu v těchto polohách. Do budoucna by větší důraz na vzdělávání v oblasti porodních poloh a jejich začlenění do běžné praxe mohl přispět k vyšší míře individualizace péče a k respektování potřeb rodičky v průběhu porodu.

Otázka č. 9: Jaký přístup k tlačení během II. doby porodní zastáváte častěji?

- Spontánní tlačení
- Řízené tlačení



Obrázek 13: Preferovaný přístup k tlačení

Více než polovina respondentek (21; 65,6 %) uvedla, že při vedení druhé doby porodní častěji uplatňuje řízené tlačení, zatímco 11 porodních asistentek (34,4 %) dává přednost přístupu spontánního tlačení. (Obrázek č. 13)

Výsledky ukazují, že řízené tlačení mezi oslovenými porodními asistentkami stále představuje převládající praxi. Tento způsob vedení porodu spočívá v tom, že asistentka aktivně instruuje rodičku, kdy a jak má tlačit – obvykle formou hlubokého nádechu, zadržení dechu a dlouhého, silového zatlačení během kontrakce, zatímco mimo kontrakce rodička odpočívá. Tento přístup může být vnímán jako efektivní z pohledu zdravotnického personálu, zejména v prostředích, kde je kladen důraz na časovou efektivitu porodu a standardizované vedení druhé doby porodní.

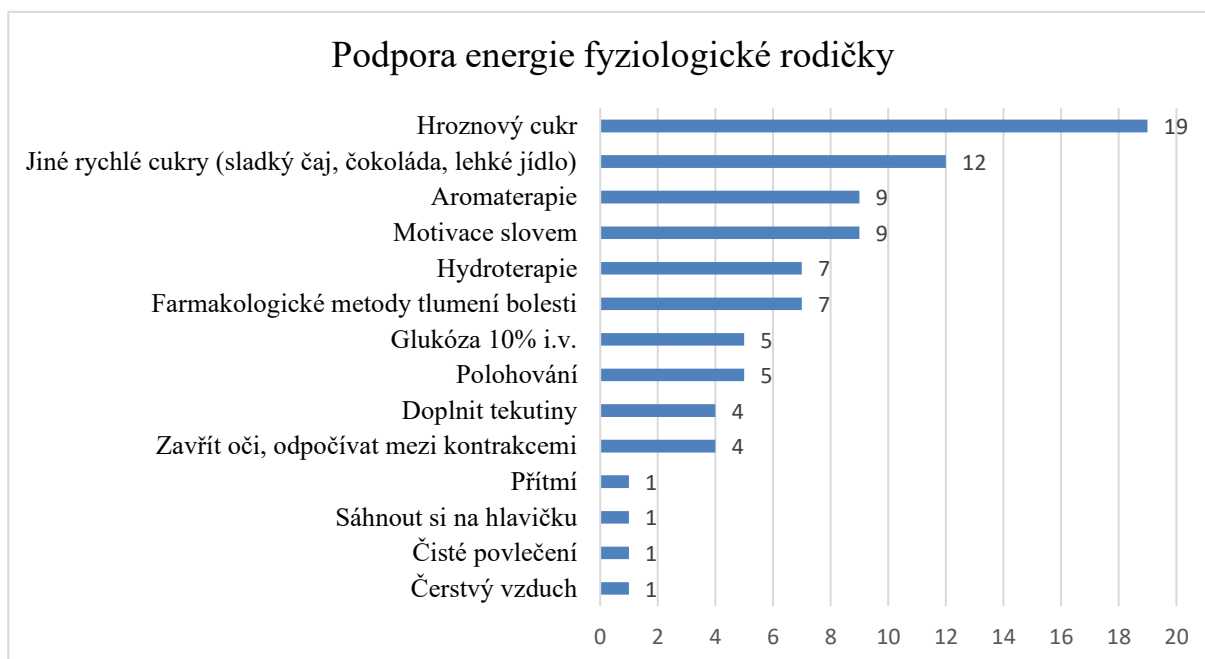
Naopak při spontánním tlačení rodička reaguje na přirozené nucení k tlačení a přizpůsobuje se potřebám svého těla. Tento přístup je v souladu s doporučením Světové zdravotnické organizace (WHO, 2018), která uvádí, že ženy by měly být během vypuzovací fáze podporovány, aby se při tlačení řídily vlastními pocity nucení na tlačení a signály svého těla.

Podle některých studií je spontánní tlačení spojováno s nižším výskytem porodních poranění, menším výskytem hypoxie plodu a příznivějším hodnocením zážitku z porodu ze strany rodiček (Yao et al., 2022). Tento přístup však může být pro některé porodní asistentky méně komfortní, protože neumožňuje tak přesnou kontrolu nad dynamikou porodu, vyžaduje větší trpělivost a důvěru v přirozený proces. Z vlastní zkušenosti jsem v praxi opakovaně pozorovala, že se volba mezi spontánním a řízeným tlačením často přirozeně liší podle toho, zda se jedná o prvorodičku či vícerodičku. U prvorodiček bývá častěji voleno řízené tlačení, neboť mnohdy nejsou schopné efektivně rozlišit správný způsob tlačení nebo vůbec popsat nutkání, které by je k němu vedlo. Aktivní vedení jim tak může pomoci lépe se zapojit a sladit své úsilí

s kontrakcemi. Naopak u vícerodiček bývá častější podpora spontánního tlačení, protože již znají tělesný pocit a mechanismus porodu a dokážou ho intuitivně následovat bez nutnosti podrobného navádění.

Ačkoliv můj výzkum nebyl zaměřen na rozdíly podle parity ani neporovnával jednotlivá pracoviště, uvedené faktory pravděpodobně významně ovlivňují, jaký přístup porodní asistentka zvolí. Do budoucna by mohlo být přínosné zaměřit se na hlubší zmapování těchto rozdílů, ať už mezi pracovišti nebo ve vztahu k charakteristice rodiček, a zjistit, jaké faktory přispívají k efektivitě a komfortu během druhé doby porodní.

Otázka č. 10: Čím podpoříte energii fyziologické rodičky, která začíná být vyčerpaná a porodní proces pro ni začíná být náročný? Máte nějakou svoji osvědčenou metodu?



Obrázek 14: Podpora energie fyziologické rodičky

V otevřené otázce č. 10 uvedly porodní asistentky celkem 85 odpovědí, které byly následně kategorizovány. Nejčastěji byla jako forma podpory energie zmiňována nabídka hroznového cukru (19; 22,4 %). Často se objevovaly také další rychlé zdroje energie, jako je sladký čaj, čokoláda nebo lehké jídlo (12; 14,1 %).

K dalším strategiím patřilo využití aromaterapie a verbální motivace rodičky (shodně 9; 10,6 %), nabídka farmakologických metod tlumení bolesti a hydroterapie (shodně 7; 8,2 % odpovědích), doplňování tekutin a odpočinek mezi kontrakcemi (shodně po 4 zmínkách; 4,7 %).

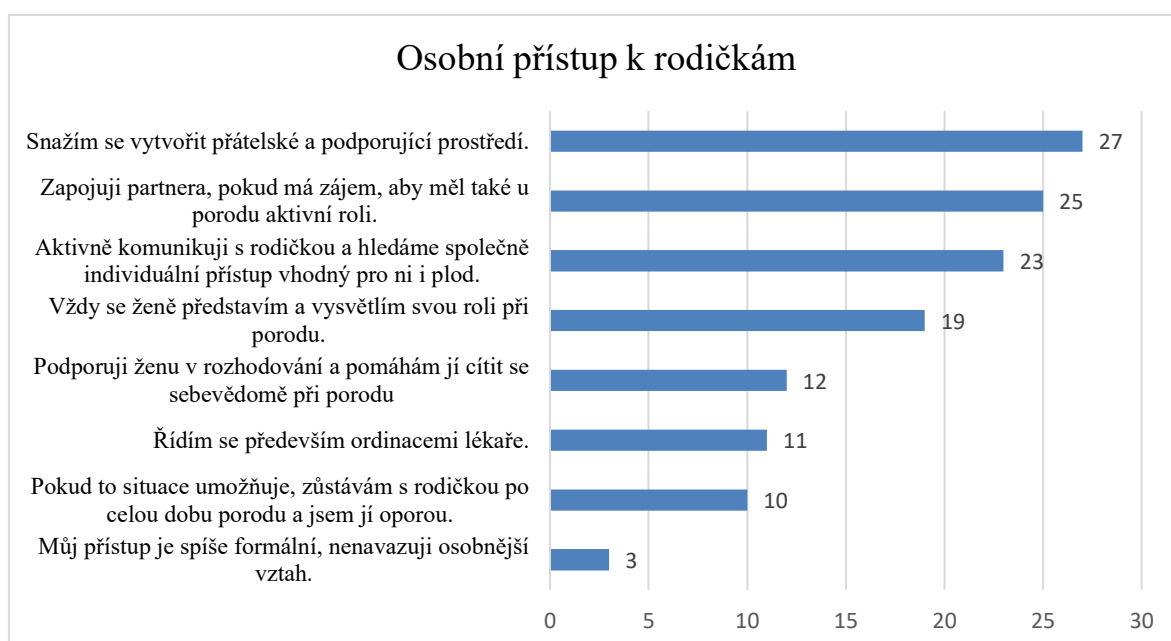
Jednotlivě byly uváděny i další podpůrné prvky, jako je přítmí, větrání místnosti, výměna ložního prádla nebo umožnění rodičce sáhnout si na hlavičku dítěte ve finální fázi porodu (po 1 odpovědi; 1,2 %).

Pro upřesnění preferovaných metod podpory oslovených respondentek byly dále zpracovány nejčastěji zmiňované kombinace jednotlivých strategií. Z výsledků otevřené otázky č. 10 vyplynulo, že porodní asistentky zpravidla nevolí pouze jednu metodu podpory rodičky, ale častěji kombinují více přístupů současně. Nejčastěji se v odpovědích objevovaly dvě až tři různé techniky, což naznačuje snahu o komplexní podporu rodičky na úrovni fyzické, psychické

i smyslové. Mezi nejčastější kombinace patřilo spojení hroznového cukru, aromaterapie a motivace slovem (uvedeno čtyřikrát), následované kombinací hroznového cukru a jiných rychlých cukrů, jako je sladký čaj či lehké jídlo (uvedeno devětkrát jako dvojice, často i v rámci širších kombinací). Dále byla zaznamenána kombinace doplnění rychlých cukrů, hydroterapie a doplněním tekutin (tříkrát) nebo motivace slovem s aromaterapií (pětkrát, často doplněná o další prvky). Celkem 29 porodních asistentek uvedlo více než jednu metodu podpory, což potvrzuje běžnou praxi kombinování více metod. Tento způsob podpory bývá obzvláště přínosný v situacích, kdy se porod prodlužuje nebo rodička vykazuje známky únavy. Kombinace energetického doplnění, relaxačních technik a psychické podpory tak může být účinnější než samostatné uplatnění jedné techniky.

Otázka č. 11: Jaký je Váš osobní přístup k rodičkám? (Zaškrtněte vše, co je pro Vás vystihující)

- Snažím se vytvořit přátelské a podporující prostředí.
- Můj přístup je spíše formální, nenavazuji osobnější vztah.
- Vždy se ženě představím a vysvětlím svou roli při porodu.
- Aktivně komunikuji s rodičkou a hledáme společně individuální přístup vhodný pro ni i plod.
- Řídím se především ordinacemi lékaře.
- Pokud to situace umožňuje, zůstávám s rodičkou po celou dobu porodu a jsem jí oporou.
- Zapojuji partnera, pokud má zájem, aby měl také u porodu aktivní roli.
- Podporuji ženu v rozhodování a pomáhám jí cítit se sebevědomě při porodu.



Obrázek 15: Osobní přístup k rodičkám

Otázka č. 11 se zaměřovala na osobní přístup porodních asistentek k rodičkám. Respondentky měly možnost označit více výroků, které považují za vystihující jejich přístup. Celkem bylo zaznamenáno 130 odpovědí.

Nejčastěji byla uváděna snaha vytvořit přátelské a podporující prostředí (27; 20,8 %), následovaná aktivním zapojením partnera, pokud o to má zájem (25; 19,2 %), a snahou o individuální přístup prostřednictvím otevřené komunikace (23; 17,7 %). Často byla uváděna také vstřícnost a představení rodičce své role při porodu (19; 14,6 %) a také snaha podpořit rodičky v rozhodování a v sebevědomém pocitu (12; 9,2 %). Téměř třetina respondentek uvedla, že se v některých situacích řídí především ordinacemi lékaře (11; 8,5 %).

Možnost, kdy to situace umožňuje a s rodičkou po celou dobu porodu porodní asistentka zůstává, byla označena desetkrát (7,7 %). Naopak nejméně časté bylo vyjádření, že jejich přístup je spíše formální a bez osobního vztahu (3; 2,3 %).

Výsledky naznačují, že přístup porodních asistentek k rodičkám je převážně individuální, podpůrný a zaměřený na budování důvěry. Z analýzy kombinací odpovědí na otázku č. 11 dále vyplynulo, že většina porodních asistentek ve své praxi kombinuje více přístupových strategií současně. Celkem 30 z 32 respondentek (93,75 %) označilo dvě a více výpovědí, přičemž nejčastěji se vyskytovaly čtyři zvolené možnosti. Nejrozsáhlejší odpověď zahrnovala až sedm současně vystihujících přístupů, což potvrzuje mnohovrstevnatý a flexibilní charakter poskytované péče.

Nejčastěji se v kombinacích objevovala snaha vytvořit přátelské a podporující prostředí s aktivní komunikací s rodičkou a hledání individuálního přístupu, dále také zapojení partnera, pokud o to má zájem. Tyto prvky se společně vyskytovaly ve více než polovině odpovědí. Často k nim přibýval také výrok „vždy se ženě představím a vysvětlím svou roli při porodu“, který podtrhuje důležitost otevřené a srozumitelné komunikace.

Naprostým okrajem odpovědí byl výrok „můj přístup je spíše formální, nenavazuji osobnější vztah“, který se objevil pouze ve třech případech, a to však v kombinaci s dalšími strategiemi podporujícími individuální přístup.

Souhrnně lze tedy říci, že většina porodních asistentek vyznává přístup, který je orientovaný na vztah, důvěru a podporu. Tento výsledek odpovídá současným odborným doporučením a trendům v péči zaměřené na potřeby ženy během porodu.

6 DISKUSE

Průzkumná otázka č. 1: Jaký je přístup porodních asistentek k rodičkám během fyziologického porodu?

K průzkumné otázce č. 1 se vztahují otázky z dotazníku č. 1 (*Vnímáte jako důležité podpořit a edukovat rodičku v následujících oblastech?*), č. 2 (*Konzultujete s rodičkami u příjmu jejich představu o průběhu porodu?*), č. 7 (*Jaké kroky podnikáte k tomu, aby se rodičky cítily na porodním boxe v klidu, intimně a bezpečně?*) a č. 11 (*Jaký je Váš osobní přístup k rodičkám?*).

První průzkumná otázka se zaměřovala na přístup porodních asistentek k rodičkám během fyziologického porodu. První otázka, která se k této části vztahuje zjišťovala, zda dotazované porodní asistentky považují za důležité podporovat a edukovat rodičky v jednotlivých oblastech péče. Respondentky za nejdůležitější oblast považovaly dechová a relaxační cvičení, poté techniky zvládnání bolesti. Rodičky, které umí pracovat s dechem, dobře zrelaxovat a vědí, co jim pomáhá v úlevě od bolesti mohou průběh porodu, pokud probíhá fyziologicky, zvládat lépe. Leutenegger et al. (2022) ve své studii analyzovali vliv technik dýchání a relaxace během prenatální edukace na mateřské a novorozenecké výsledky. Nabyli zjištění, že použití správných dýchacích a relaxačních technik mohou pozitivně ovlivnit sebedůvěru ve vlastní schopnost rodiček, snižují potřebu farmakologických metod tlumení bolesti, konkrétně epidurální anestezii, a zmírňují vzpomínku na porodní bolest. Takže prokázali důležitost poskytování informací a zaměření na dechové a relaxační techniky v prenatální péči a přípravě.

Techniky zvládnání bolesti zahrnují široké spektrum možností, se kterými mohou porodní asistentky pracovat. Uplatnění nefarmakologických metod tlumení bolesti je předmětem další průzkumné otázky, nicméně respondentky již v této části zdůrazňují jejich celkový význam. Pokud mají rodičky přehled o dostupných možnostech tlumení bolesti v dané porodnici a porodní asistentky je dokáží účinně provést procesem zvládnání bolesti, může být porodní bolest lépe zvládnuta a samotné rodičky se mohou aktivně zapojit do jejího zvládnání.

Edukace o fyziologii porodu byla respondentkami hodnocena jako třetí nejdůležitější oblast. Domnívám se, že pokud mají rodičky alespoň základní představu o tom, co se během porodu děje s jejich tělem a jak porodní proces probíhá, mohou mít lepší vnitřní kontrolu nad jeho průběhem a lépe se připravit na jednotlivé fáze porodu – jak po fyzické, tak po psychické stránce. Mohou také účinněji využít techniky vizualizace a být k celému procesu trpělivější, pokud rozumí tomu, jak se porodní cesty postupně mění v souvislosti s postupem plodu

porodními cestami, zejména s jeho rotací, sestupem a naléháním na jednotlivé pánevní roviny. Význam edukace o průběhu porodu potvrzuje i přehledová studie Alizadeh-Dibazari et al. (2023), podle které prenatální příprava snižuje míru strachu z porodu, intenzitu bolesti během porodu a zlepšuje celkovou zkušenost rodičky s porodem. Autoři zároveň upozorňují, že ženy, které prošly cílenou předporodní edukací, mají větší důvěru ve své tělo a vyšší úroveň sebedůvěry během porodu, což se může pozitivně odrazit na jeho průběhu i výsledku.

Jako čtvrtá nejdůležitější oblast v průzkumu bylo hodnoceno zapojení partnera nebo jiné blízké osoby u porodu. Ačkoliv se nejednalo o oblast s nejvyšším hodnocením, její význam by neměl být přehlédnut. Je možné, že porodní asistentky nepovažují přítomnost doprovodu vždy za zásadní, zejména pokud se jedná o laickou osobu, která není na průběh porodu odborně připravena, na rozdíl například od duly nebo jiné doprovázející porodní asistentky. V některých situacích může doprovod, který nemá porodní zkušenosti, působit bezradně nebo nejistě, což může být vnímáno jako rušivý element. I proto je ale důležité, aby porodní asistentky uměly partnera do procesu zapojit a dát mu důležitou roli, protože přítomnost blízké osoby je pro většinu rodiček významným psychickým opěrným bodem. Systematický přehled 26 studií zahrnujících více než 15 000 žen (Bohren et al., 2017) jednoznačně ukazuje, že kontinuální podpora během porodu, zejména od osoby, která není součástí nemocničního personálu, vede k vyšší spokojenosti rodiček, nižší potřebě analgezie, kratšímu trvání porodu a nižšímu výskytu císařských řezů nebo instrumentálních porodů. Tato zjištění potvrzují, že psychická opora ze strany partnera, duly nebo jiného doprovodu má přímý vliv nejen na zážitek z porodu, ale i na jeho průběh a výsledky.

Výsledky poukázaly, že porodní asistentky vnímají komplexí a celostní přístup k rodičce jako důležitý. Porodnická zařízení, ve kterých průzkum probíhal pořádají předporodní kurzy a těhotenská cvičení pod vedením zkušených porodních asistentek, které se zde můžou na oblasti jako je nácvik správného dýchání, úlevových poloh, techniky relaxace, edukaci o fyziologii porodu i zapojení partnera zaměřit.

Z odpovědí na otázku č. 2 vyplynulo, že 87,5 % (28) oslovených porodních asistentek konzultuje s rodičkami jejich představu o průběhu porodu již při příjmu. Nejčastěji se zajímají o preferované metody tlášení bolesti, přání týkající se použití farmak, osobní představy a jejich motivaci, předchozí porodní zkušenosti, doprovod u porodu a podstoupení případné porodní přípravy formou kurzů, cvičení nebo přípravy hráze. Tento přístup odpovídá konceptu individualizované péče, který podporuje aktivní zapojení rodičky do rozhodování. Naopak čtyři porodní asistentky (12,5 %), které uvedly, že konzultaci neprovádějí, jako důvod zmiňovaly

zejména časové vyčerpání nebo předpoklad, že potřebné informace již vyplývají z dokumentace. To že většina porodních asistentek se již u příjmu zajímá o preference rodičky, lze chápat jako pozitivní znak partnerského přístupu. Včasná komunikace totiž napomáhá vytvoření vztahu a důvěry, a může mít přímý vliv na prožitek porodu, kdy se rodička cítí respektovaná, její přání jsou vnímána jako relevantní, a má větší šanci zažít porod jako pozitivní a bezpečný proces. Tato zjištění jsou v souladu s výsledky studie Ahmadpour, et al. (2022), která potvrzuje, že plánování porodu a sdílení očekávání s porodní asistentkou zvyšuje psychickou pohodu, míru sebedůvěry a pocit kontroly u rodiček, a přispívá tak k lepší porodní zkušenosti.

Otázka č. 7 ukázala, že porodní asistentky podnikají konkrétní kroky ke zvýšení pocitu klidu, bezpečí a intimity na porodním boxe. V odpovědích se často objevovalo tlumení světel, zatažení závěsů, aromaterapie, muzikoterapie a celkový důraz na omezení rušivých podnětů. Tento přístup odráží vědomí, že přívětivé a nerušené prostředí podporuje přirozený průběh porodu a psychickou pohodu rodičky. Význam prostředí je potvrzen také v recentní studii „Sensory Design in the Birth Environment“ (Bellini et al., 2023), která zdůrazňuje, že světlo, barvy, zvuky i vůně mají přímý vliv na to, jak žena vnímá prostor, a mohou ovlivnit hladinu stresu i hormonální rovnováhu během porodu. Autoři upozorňují, že dobře navržené porodní prostředí může zvyšovat hladinu oxytocinu, snižovat úzkost a přispívat k pozitivnímu porodnímu zážitku. Výsledky mého šetření tak potvrzují, že porodní asistentky intuitivně pracují se smyslovými aspekty prostředí a aktivně je využívají jako součást své péče.

Výsledky otázky č. 11 ukazují, že většina oslovených porodních asistentek přistupuje k rodičkám s důrazem na vstřícnost, individualizaci a navázání přívětivého vztahu. Nejčastěji respondentky uváděly snahu o vytvoření přátelského a podporujícího prostředí. I přes poměrně krátký čas, který rodička na porodním sále stráví, je navázání důvěryhodného vztahu důležité, porodní asistentka zde vystupuje jako průvodkyně, odborná opora i psychická podpora. Aktivní komunikace a společné hledání nejvhodnějších možností péče pro rodičku a plod jsou základními pilíři tohoto přístupu. Často se do procesu aktivně zapojuje také partner, kterému je přisouzena role blízké podpůrné osoby. Deset porodních asistentek uvedlo, že s rodičkou zůstávají po celou dobu porodu, pokud to situace umožňuje. Význam kontinuální přítomnosti a podpory potvrzuje i metaanalýza Lunda et al. (2018), podle které ženy tuto formu podpory oceňují bez ohledu na to, zda je poskytována odborníkem či laikem, a její přínos se odráží ve vyšší spokojenosti, kratším porodu a nižší potřebě zásahů.

Nízký počet odpovědí, které vyjadřují formální přístup (např. „řídím se pouze ordinacemi lékaře“ nebo „nenavazuji osobní vztah“), ukazuje, že většina porodních asistentek se identifikuje s aktivní, partnerskou a autonomní rolí. Kombinace více přístupových strategií v odpovědích svědčí o pružnosti a širší nástrojů, které porodní asistentky využívají k individualizaci péče. Tento přístup odpovídá konceptu woman-centred care, který staví ženu do středu péče, respektuje její autonomii a podporuje její sebedůvěru a zapojení do rozhodování. Fontein-Kuipers et al. (2018) zdůrazňují, že woman-centred care přístup zvyšuje nejen kvalitu péče, ale i spokojenost a bezpečnost rodičky během porodu.

Souhrnně lze konstatovat, že z odpovědí oslovených porodních asistentek vyplývá důsledná orientace na podporující, informovaný a individualizovaný přístup k rodičkám. Péče je vnímaná nejen jako klinická činnost, ale jako komplexní proces, jehož součástí je budování důvěry, zapojení rodičky do rozhodování a respekt k jejím potřebám a přáním. Většina respondentek se snaží navázat s rodičkou přátelský vztah, vytvářet bezpečné a klidné prostředí a přizpůsobovat péči konkrétní situaci. Tento přístup je v souladu s principy woman-centred care, které staví ženu do středu porodního procesu, uznávají její kompetenci rozhodovat a zdůrazňují spolupráci mezi rodičkou a porodní asistentkou jako rovnocenných partnerek. Jak uvádí Fontein-Kuipers et al. (2018), tento model péče zvyšuje nejen subjektivní spokojenost rodiček, ale i bezpečnost péče a důvěru v porodní proces. Rovněž odpovídá současným doporučením WHO (2018), která kladou důraz na pozitivní porodní zkušenost, minimalizaci zásahů a podporu autonomie ženy během porodu. Výsledky tak potvrzují, že přístup oslovených porodních asistentek v českém prostředí – alespoň v rámci analyzovaného souboru – již do značné míry reflektuje hodnoty moderní, respektující a efektivní porodní péče.

Průzkumná otázka č. 2: Jaké využívají porodní asistentky nefarmakologické metody k tlumení porodní bolesti?

K průzkumné otázce č. 2 se vztahují otázky z dotazníku č. 4 (*Jaké nefarmakologické metody tlumení bolesti využíváte během porodu nejčastěji?*), č. 5 (*Jak často využíváte bylinnou napáňku a teplé obklady na hráz?*) a č. 6 (*Jakou nefarmakologickou metodou ulevujete rodičkám od bolesti v bederní oblasti?*).

Výsledky otázky č. 4 ukazují, že respondentkami nejčastěji využívanými nefarmakologickými metodami pro úlevu od porodní bolesti jsou polohování, hydroanalgezie a aromaterapie. Tyto postupy spojuje nejen relativní dostupnost a snadná aplikace, ale i schopnost podpořit fyziologický průběh porodu bez nutnosti invazivních zásahů. Výběr těchto

metod odráží snahu porodních asistentek využívat prostředky, které podporují aktivní zapojení rodičky do porodu a zároveň zvyšují její komfort. Nejčastěji respondentky uváděly využití polohování. Důvodem může být široká škála možností, které tato technika nabízí – včetně využití dostupných pomůcek, jako jsou míče, žíněny, žebřiny nebo porodní gauče. Častá změna poloh a vertikalizace, která využívá účinku gravitace, pomáhají zlepšit polohu plodu, usnadňují jeho sestup a můžou přispět ke zkrácení porodu i nižší potřebě analgezie.

Hydroanalgezie (např. sprcha nebo koupel) byla druhou nejčastěji uváděnou metodou. Mallen-Perez et al. (2018) uvádějí, že teplá voda snižuje intenzitu vnímané bolesti, podporuje relaxaci a snižuje využití farmakologické analgezie, čímž usnadňuje celkový průběh porodu. Aromaterapie se v praxi osvědčuje jako metoda, která navozuje psychické uvolnění, snižuje stres a subjektivní vnímání bolesti. Přehledová studie Tabatabaiechehr et al. (2020) potvrzuje, že aromaterapie je účinná zejména i v kombinaci s dalšími technikami, např. s masáží nebo hydroterapií. Její výhodou je snadná aplikace, minimální nároky na vybavení a možnost individualizace podle preferencí ženy.

Naopak nízké zastoupení měly metody jako rebozo, akupresura nebo akupunktura. Důvodem může být nedostatečná kompetentnost PA v této oblasti, chybějící proškolení, časová náročnost nebo chybějící vybavení na pracovištích. Například podle Bahrum et al. (2022) je využití techniky rebozo a akupresury velmi efektivní pro lepší zvládání děložních kontrakcí. Efektivnost těchto metod je však omezena právě jejím nízkým zařazováním do běžné praxe.

Souhrnně lze říci, že porodní asistentky nejčastěji volí metody, které jsou bezpečné, flexibilní a snadno zařaditelné do běžného provozu. Většinu z nich lze dobře kombinovat, což umožňuje přizpůsobit péči individuálním potřebám rodičky. Tento přístup odpovídá principům péče zaměřené na ženu a současným odborným doporučením pro podporu fyziologického porodu.

Otázka č. 5 se zabývala frekvencí využívání bylinné napáěrky a teplých obkladů na hráz. Výsledky ukázaly, že jednotlivé metody oslovené porodní asistentky využívají, ale nejedná se o pravidelné a rutinní využití těchto metod. Maghalian et al. (2023) v přehledové studii udávají, že teplý perineální obklad ve druhé době porodní snižuje poporodní bolest, výskyt ruptur hráze druhého a třetího stupně a četnost epiziotomií. Sun et al., (2024) také došli k tomuto závěru, kdy při aplikaci teplého obkladu na hráz se zvyšuje pravděpodobnost zachování intaktní hráze. Jedná se o velmi dostupnou metodu, kdy porodní asistentky mohou použít sterilní roušku namočenou do teplé vody a ve fázi tlačení hráze zahřívát. I přes jednoduchost využití této funkční metody nebylo mezi respondentkami zastoupení teplého obkladu tak významné. Využití

bylinné napáčky bylo mezi respondentkami, jako metoda prevence porodního poranění a uvolnění porodních cest častější než samotný teplý obklad na hráz. Bylinná napáčka aplikovaná v první době porodní působí analgeticky, nahřátá oblast hráze se uvolní, prokrví a tkáň se stává poddajnější a elasticitější (Mertelíková, 2022). Tato metoda nevyžaduje stálou přítomnost porodní asistentky, ve chvíli, kdy se žena napařuje. Bylinná napáčka může být pro rodičky příjemná i pro její vůni a pocit nabírání energie při prohřívání porodních cest. Možná i proto je její zastoupení mezi respondentkami vyšší než samotné teplé obklady.

Otázka č. 6 se specificky věnovala metodám úlevy od bolesti v oblasti beder. Respondentky nejčastěji zmiňovaly využití teplých obkladů a masáže dané oblasti. Dále využití hydroanalgezie a polohování, v minimálním zastoupení bylo zmíněno využití reboza, což odpovídá i předchozím zjištěním v četnosti využití jednotlivých nefarmakologických metod. Tyto výsledky potvrzují opakovaný výskyt metod, které využívají dotek, teplo a vodu jako přirozené a využívané formy úlevy od bolesti. Naopak jiné, potenciálně účinné metody tišení bolesti, jako využití reboza nebo akupresury byly mezi respondentkami využity minimálně.

Průzkumná otázka č. 3: Jaké metody a postupy porodní asistentky využívají pro podporu fyziologického porodu?

K průzkumné otázce č. 3 se vztahují otázky z dotazníku č. 3 (*Využíváte k posouzení průběhu porodu i zevní vyšetřovací hmaty?*), č. 8 (*Podporujete rodičky, aby rodily i v jiné než gynekologické poloze?*), č. 9 (*Jaký přístup k tlačení během II. doby porodní zastáváte častěji?*) a č. 10 (*Čím podpoříte energii fyziologické rodičky?*).

V otázce č. 3 odpovědělo 18 porodních asistentek, že k posouzení průběhu porodu využívají zevní palpační vyšetřovací hmaty, zatímco 14 respondentek je nevyužívá. Nejčastěji uváděnými důvody pro jejich použití bylo zjištění polohy a postavení plodu, následované správným polohováním rodičky a snahou omezit vaginální vyšetření. Dle doporučení WHO (2018) by mělo být vaginální vyšetřování omezeno na interval jednou za 4 hodiny. Palpace může být vhodnou alternativou k posouzení průběhu porodu v první době porodní. Část respondentek zároveň uvedla, že využití hmatů pomáhá rozvíjet jejich vlastní dovednost v oblasti palpce. Naopak mezi těmi, které palpaci nevyužívají, převažoval důvod, že poloha plodu je známa již z ultrazvukového vyšetření, případně preferují vaginální vyšetření k posouzení průběhu porodu jako přesnější. Výsledky ukazují, že i neinvazivní a tradiční metody, jako jsou zevní hmaty, zůstávají v praxi využívané – pokud k tomu existují vhodné

podmínky nebo osobní preference. Domnívám se, že dovednost využití palpačního vyšetření by měla ovládat každá porodní asistentka a zdokonalovat se v ní, i přes skutečnost běžného využívání ultrazvuku. Bonnen et al. (2023) ve studii zabývající se vlivem palpce na vztah mezi porodní asistentkou a rodičkou udává, že manuální palpce nejen poskytuje informace o poloze a postavení plodu, ale zároveň podporuje utváření důvěry a pocitu bezpečí u rodičky. I to je dalším důvodem, proč je palpce vhodná. I v době dostupnosti ultrazvuku hmaty znamenají nízkonákladovou, okamžitou a vztahově hodnotnou péči ideální v situacích, kdy je potřeba rychle posoudit stav plodu nebo navázat empatický kontakt s rodičkou. Je ale nutné dbát na dostatečné proškolení porodních asistentek, aby byla přesnost v praxi co nejvyšší.

Otázka č. 8 se týkala podpory alternativních porodních poloh ve II. době porodní. Většina porodních asistentek (26) uvedla, že ženy v jiných, než gynekologických polohách podporují, zatímco 6 respondentek takovou podporu neposkytuje. Celkem bylo v druhé, otevřené části otázky zaznamenáno 44 odpovědí pro kladné zodpovězení otázky o alternativních polohách, nejčastěji šlo o polohu na boku, na všech čtyřech, klek a podřep, a výjimečně o polosed či porodní gauč. Mezi důvody, proč oslovené porodní asistentky tyto polohy nepodporují, se objevovalo především to, že v dané porodnici nejsou běžnou praxí, nebo že mají lepší přístup k rodičce v klasické poloze a domnívají se, že se ženám v této poloze lépe tlačí. Doporučení WHO pro péči během porodu pro dosažení pozitivní zkušenosti s porodem (2018) uvádí, že během druhé doby porodní by měla být rodička povzbuzována k zaujetí pozice dle vlastního výběru, včetně poloh vzpřímených. Berta et al. (2019) zjišťovali v systematické analýze vliv poloh na délku druhé doby porodní u kterých je zachována flexibilita kosti křížové. Jednalo se o polohy vzpřímené a boční. Předpokládá se, že porod ve vzpřímené poloze je z několika fyziologických důvodů prospěšný jak pro matku, tak pro plod. Vzpřímená poloha pomáhá děloze se silněji a efektivněji kontrahovat, plod se dostane do lepší polohy a může tak rychleji projít pánví, zároveň nehrozí syndrom dolní duté žíly. Vzpřímená a boční poloha umožňuje flexibilitu v pánvi a usnadňuje otevírání pánevního východu. Délka druhé doby byla v této studii prokazatelně kratší v polohách s flexibilní křížovou kostí. Huang et. al., (2019) také srovnávali vliv různých poloh na porod ve druhé době porodní, došli k závěru, že porodní asistentky hrají důležitou roli v řízení poloh matky. Vzpřímené a boční polohy mají více potenciálních přínosů pro zlepšení mateřských i novorozeneckých výsledků.

Otázka č. 9 zjišťovala, jaký přístup k tlačení během II. doby porodní asistentky preferují. Více než polovina porodních asistentek (21) upřednostňuje řízené tlačení, zatímco zbytek (11) dává přednost spontánnímu vedení II. doby porodní, dle pocitů rodičky. Tento poměr odráží

stále převažující standardizovaný přístup k vedení porodu, kdy je porodní asistentka zvyklá řídit tlačení dle instrukcí. Výsledky však zároveň ukazují, že část respondentek se přiklání ke spontánnímu vedení porodu, které je v souladu s doporučeními WHO (2018), zde je uvedeno konkrétně toto doporučení: „*Ženy ve vypuzovací fázi druhé doby porodní by měly být podpořeny, aby se při tlačení řídily vlastními pocity nucení na tlačení.*“. Právě vliv zvyklostí pracoviště a přístupu širšího týmu může hrát při volbě přístupu důležitou roli. Dle studie Shinozaki et al. (2022) může mít řízené tlačení negativní vliv na vznik poporodní močové inkontinence. Při použití Valsalvova manévru (dlouhé tlačení se zadržným dechem) dochází k většímu poklesu hrdla močového měchýře, což může přispět k rozvoji stresové močové inkontinence po porodu. Yao et al. (2022) zase zjistili, že spontánní způsob tlačení oproti řízenému, má vliv na menší riziko vzniku porodního poranění. Ani jedna ze studií však neudává, že by měl způsob tlačení významný vliv na délku druhé doby porodní.

Dalším významným aspektem podpory fyziologického porodu je i péče o energii a psychický stav rodičky v průběhu porodu, což potvrdily odpovědi na otázku č. 10. Porodní asistentky nejčastěji zmiňovaly nabídku rychlých zdrojů energie, jako je hroznový cukr, sladký čaj či čokoláda, dále pak aromaterapii, verbální motivaci a hydroterapii. Většina respondentek uvedla, že používá více metod současně, čímž potvrzují snahu o komplexní podporu ženy na fyzické i psychické úrovni. Tyto přístupy mohou být obzvláště přínosné ve chvílích, kdy je porod delší a rodička projevuje známky vyčerpání. Kombinace energetického doplnění, relaxace a psychické podpory přispívá k udržení její spolupráce a ke snížení rizika nutnosti farmakologických nebo operačních zásahů. Tento individualizovaný přístup koresponduje s konceptem woman-centred care, který klade důraz na potřeby ženy v každé fázi porodu a podporuje její aktivní zapojení i důvěru ve vlastní schopnosti. Z výsledků vyplývá, že porodní asistentky si tuto potřebu uvědomují a snaží se rodičkám být aktivní a vnímavou oporou i v rovině mentální a emoční stability, což je nedílnou součástí kvalitní péče o fyziologický průběh porodu.

Výsledky průzkumné otázky č. 3 ukazují, že porodní asistentky využívají při podpoře fyziologického porodu různé přístupy, které v sobě kombinují tradiční i moderní prvky péče. Přestože zevní vyšetřovací hmaty nejsou plošně využívány, část porodních asistentek je vnímá jako důležitý nástroj nejen pro posouzení postavení plodu, ale také jako prostředek k omezení invazivních vyšetření a budování vztahu s rodičkou (Bonnen et al., 2023). V oblasti porodních poloh většina respondentek podporuje alternativní a zejména vzpřímené polohy ve II. době porodní, čímž reflektují doporučení WHO (2018) i výsledky studií (Berta et al., 2019; Huang

et al., 2019), které potvrzují, že tyto polohy zkracují druhou dobu porodní, zlepšují pozici plodu a napomáhají přirozenému průběhu porodu.

Co se týče přístupu k vedení tlačení, stále převažuje řízený přístup, přestože spontánní tlačení je více v souladu se současnými doporučeními. Závěry studií (Shinozaki et al., 2022; Yao et al., 2022) ukazují, že spontánní tlačení může být výhodnější zejména z hlediska ochrany pánevního dna a snížení rizika porodního poranění, přičemž nemá negativní vliv na délku porodu.

K doplnění energie rodiček porodní asistentky používají zejména kombinaci fyzické, psychické a smyslové podpory: nejčastějšími strategiemi bylo podání hroznového cukru, doplnění tekutin a sladkých nápojů, aromaterapie, verbální motivace a hydroterapie. Často využívané kombinace (např. hroznový cukr, aromaterapie a verbální motivace) ukazují na komplexní přístup k vyčerpanosti rodičky, kdy se fyzické doplnění energie přirozeně propojuje s uvolněním a psychickou podporou.

Celkově lze tedy říci, že porodní asistentky ve svém přístupu kombinují prvky tradičního porodnictví s moderními doporučeními. Přesto je zde stále prostor pro podporu širšího využívání individualizovaných a fyziologii respektujících přístupů, které mohou vést ke zlepšení porodní zkušenosti i klinických výsledků.

7 ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma Péče porodní asistentky během fyziologického porodu je prací teoreticko-průzkumnou. Jedna celá kapitola teoretické části je věnována fyziologickému porodu a důležitosti péče porodní asistentky v jeho jednotlivých fázích. Dále se teorie zabývá i významem prekoncepční péče, fyziologickým těhotenstvím a rolí porodní asistentky v těchto obdobích života ženy.

Cílem průzkumné části bylo pomocí dotazníkového šetření ve třech různých nemocničních zařízeních zjistit, jak porodní asistentky pracující na porodních sálech přistupují k fyziologickým rodičkám během porodu. Práce se také zaměřila na to, jaké nefarmakologické metody tlumení bolesti porodní asistentky využívají, které preferují a jakým způsobem je aplikují. V neposlední řadě průzkum zjišťoval, jakými metodami a postupy porodní asistentky přispívají k podpoře fyziologického porodu.

Na základě výsledků průzkumu lze konstatovat, že většina porodních asistentek přistupuje k rodičkám empaticky, s důrazem na individuální přístup, podporu a aktivní komunikaci. Většina respondentek konzultuje s rodičkami jejich porodní přání již při příjmu, což je často okamžik prvního kontaktu mezi rodičkou a porodní asistentkou, podporuje zapojení partnera a podniká konkrétní kroky k vytvoření klidného a intimního prostředí. Tento přístup odpovídá současnému důrazu na respektující přístup k rodičkám, jak jej doporučuje i Světová zdravotnická organizace (2018).

V oblasti tlumení porodní bolesti byly nejčastěji využívány metody jako polohování, hydroanalgezie, aromaterapie či aplikace tepla. Méně obvyklé techniky, např. rebozo, akupresura či akupunktura, se objevují spíše výjimečně, což může být způsobeno nedostatkem vybavení nebo absencí potřebného školení.

Při podpoře fyziologického porodu porodní asistentky často využívají i palpační vyšetřovací hmaty, podporují rodičky v zaujetí různých porodních poloh dle jejich potřeb a pocitů a v některých případech preferují spontánní vedení druhé doby porodní. Výsledky ukazují, že v mezi respondentkami převažuje aktivní, respektující přístup, který klade důraz na spolupráci s rodičkou a minimalizaci zbytečných zásahů.

Výzkumné cíle práce prokázaly, že přístup oslovených porodních asistentek v rámci fyziologického porodu je v mnoha ohledech v souladu s moderními zásadami poskytování péče – zejména v oblasti respektujícího přístupu k ženě, její aktivní role u porodu a podpory průběhu porodu bez zbytečných zásahů.

Limity práce a výhled do budoucna

Mezi limity práce patří omezený počet respondentek a možnost zkreslení vyplývající z vlastního hodnocení ze strany porodních asistentek. Výzkum byl proveden v konkrétních nemocnicích a jeho výsledky proto nelze plně zobecnit na celé porodnictví v ČR. Do budoucna by bylo vhodné provést rozsáhlejší výzkum zahrnující více pracovišť, případně kombinovat kvantitativní přístup s kvalitativními metodami (např. hloubkové rozhovory), které by mohly přispět k hlubšímu pochopení motivací, zkušeností i překážek, se kterými se porodní asistentky setkávají v praxi. Zároveň by mohlo být přínosné udělat průzkum i ze strany rodiček a zachytit tak pohled z opačné perspektivy.

8 POUŽITÁ LITERATURA

8.1 Primární zdroje

BAŠKOVÁ, Martina, 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5361-4.

ČERMÁKOVÁ, Blanka, 2023. *K porodu bez obav*. Druhé rozšířené vydání. V Brně: CPress. ISBN 978-80-264-4974-4.

DUŠOVÁ, Bohdana; HERMANNOVÁ, Martina a MAJDYŠOVÁ, Vladimíra, 2019. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0837-4.

GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ ml. 2020. *Čekáme dítě*. 3., aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1837-3.

HUDÁKOVÁ, Zuzana a Mária KOPÁČIKOVÁ. 2017. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0274-7. 2017. ISBN 978-80-271-9748-4.

MAZALOVÁ, Lenka. *Kapitoly z výzkumu v ošetrovatelství*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2024. 78 s. ISBN 978-80-244-5085-9.

MAZÚCHOVÁ, Lucia a PORUBSKÁ, Andrea, 2022. *Respekt a úcta v porodnictví*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-3508-0.

MORAVCOVÁ, Markéta; POLÁČKOVÁ, Helena a WELGE, Eva, 2022. *Základy péče v porodní asistenci I.: prenatální péče a péče porodní asistentky o ženu v průběhu fyziologického porodu: péče porodní asistentky o ženu v průběhu fyziologického šestinedělí: péče porodní asistentky o fyziologického novorozence*. 3. aktualizované a doplněné vydání. Pardubice: Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7560-424-8.

PROCHÁZKA, Martin a kol., 2020. *Porodní asistence*. Jessenius. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-618-4.

ROZTOČIL, Aleš, 2017. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5753-7.

ROZTOČIL, Aleš, 2020. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2098-7.

8.2 Elektronické zdroje

AHMADPOUR, Parivash, et al. 2022. Association between birth plan use and maternal and neonatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 22(1), 1–16. DOI: 10.1186/s12884-022-05199-5 [cit. 12. 6. 2025]. Dostupné z: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-022-05199-5>

APERIO – Společnost pro zdravé rodičovství. (2024). *Jak se rodí v českých porodnicích: Analýza dat z let 2019–2023*. https://pruvodce-porodnicemi.aperio.cz/wp-content/uploads/2024/07/Pruvodce-porodnicemi_analyza-dat-2024.pdf

ALIZADEH-DIBAZARI, Z. et al., 2023. *The effect of prenatal education on fear of childbirth, pain intensity during labour and childbirth experience: a scoping review using systematic approach and meta-analysis*. *BMC Pregnancy and Childbirth*; 23:541. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37501120/>

BAHRUM, S. W. et al., 2022. The effectiveness of acupressure and rebozo techniques in preparation for delivery in Mandiri Midwife Practices, Gowa Regency. *International Journal of Health and Pharmaceutical* [online]. 3(2), 259–264 [cit. 15. 6. 2025]. Dostupné z: <https://www.researchgate.net/publication/365163006>. DOI: 10.51601/ijhp.v3i2.162

BAJEROVÁ, Marika a Lukáš HRUBAN, 2024. Pohyby pánevních kostí rodičky v průběhu vaginálního porodu. *Česká gynekologie* [online]. 87(2), 118–120 [cit. 2025-06-01]. ISSN 1210-7250. Dostupné z: <https://redakce.carecomm.cz/cgyn/article/view/2214/864>

BAREŠOVÁ, Eva. 2022. *Rozhovor s naší porodní asistentkou Evou Barešovou na téma aromaterapie*. Online. In: Nemocnice Neratovice. 2022-01-04. Dostupné z: <https://www.nemocnice-neratovice.cz/novinky/rozhovor-s-nasi-porodni-asistentkou-evou-baresovou-na-tema-aromaterapie/> [cit. 2025-02-28].

BELLINI, Elena, et al. 2023. Sensory Design in the Birth Environment: Learning from Existing Case Studies. *Buildings* [online]. 13(3), 604. ISSN 2075-5309. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/buildings13030604>

BERTA, M., et al., 2019. Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 19(466). ISSN 1471-2393. Dostupné z: https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2620-0?utm_source=chatgpt.com

BINDER, Tomáš, 2015. *Porodnictví*. Karolinum. ISBN 978-80-246-2854-7. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/porodnictvi-5548/>.

BOHREN, M.A. et al.. 2017. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. Issue 7. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.

BONNÉN, K.B. et al. 2023. Abdominal examination during pregnancy may enhance relationships between midwife, mother and child: a qualitative study of pregnant women's experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 23(1), 699. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05392-0>

CANADIAN MEDICAL, © 2020. *Prekoncepční péče*. Online. Dostupné z: <https://www.canadian.cz/cs/clanky-a-novinky/prekoncepncni-pece/> . [cit. 2025-02-01].

ČESKO, 2011. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Online. In: *Ministerstvo zdravotnictví české republiky*. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou/> [cit.10.1.2025].

ČESKO, 2020. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Studie mapující názory žen ohledně místa pro porod*. Online. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2020/07/Centra-porodn%C3%AD-asistence.pdf> [cit.15.3.2025].

ČESKO, 2021. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou?* Online. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou> [cit.10.1.2025].

DALY, D., et. al., 2024. *An online survey of women's views of respectful and disrespectful pregnancy and early labour care in the Czech Republic*. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 370. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06448-5>

DEKKER, Rebecca. 2018a. *Positions during Labor and their Effects on Pain Relief*. Online. In: Evidence Based Birth. 2018-03-12. Dostupné z: <https://evidencebasedbirth.com/positions-during-labor-and-their-effects-on-pain-relief/> [cit. 2025-02-28].

DEKKER, Rebecca. 2018b. *Aromatherapy during Labor for Pain Relief*. Online. In: Evidence Based Birth. 2018-05-15. Dostupné z: <https://evidencebasedbirth.com/aromatherapy-for-pain-relief-during-labor/> [cit. 2025-02-28].

EUROPEAN NETWORK OF CHILDBIRTH ASSOCIATIONS, © 2023. Online. Dostupné z: <https://enca.info/> [cit.3.3.2025].

FONTEIN-KUIPERS, Yvonne et al. 2018. Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus [online]. *European Journal of Midwifery*, roč. 2, čl. 5 [cit. 2025-06-15]. DOI: 10.18332/ejm/91492. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33537566/>

HUANG, J., et. al., 2019. A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. *International Journal of Nursing Sciences* [online]. 6(4), 460–467. DOI: 10.1016/j.ijnss.2019.06.007. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6839002/>

ICM, 2021. ICM Professional Framework for Midwifery 2021. *International Confederation of Midwives*. Online. Dostupné z: <https://internationalmidwives.org/resources/professional-framework-for-midwifery-2021/>

KAŠPAROVÁ, Monika, 2024. *Od ledna 2025 Návštěvy v těhotenství a po porodu hrazené ze zdravotního pojištění*. Porodsduverou.cz. [online]. [cit. 2025-05-31]. Dostupné z: <https://www.porodsduverou.cz/>

KOVAŘČÍKOVÁ, Ann Petra, 2022. *Revidovaná verze profesního rámce ICM 202*. Online. In: Unie porodních asistentek. 2022-08-18. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/revidovana-verze-profesniho-ramce-icm-2021/> [cit. 2025-03-16].

KRAJČOVÁ, Markéta. 2014 Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/rz4l6/Bakalarska_prace-_MARKETA_KRAJCOVA.pdf

LEUTENEGGER, et al., 2022. Účinnost technik dýchání a relaxace během prenatální edukace na výsledky u matky a novorozence: systematický přehled. *BMC Pregnancy Childbirth* 22, 856. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05178-w>

LUBUŠKÝ, Marek a kol., 2021. Zásady dispenzární péče v těhotenství. In: *Gynultrazvuk.cz* Online. [cit. 30.1.2025]. Dostupné z: <https://www.gynultrazvuk.cz/uploads/news/102/doc/gp-lubusky-metodika-organizace-komplexni-pece-o-tehotnou-zenu-v-cr-2021-02-reprint.pdf>

LUNDA, Petronellah et al. 2018. Women's experiences of continuous support during childbirth: a meta-synthesis [online]. *BMC Pregnancy and Childbirth*, roč. 18, čl. 175 [cit. 2025-06-15]. Dostupné z: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1755-8>

MAGHALIAN, Mahsa et al. 2024. The effects of warm perineal compress on perineal trauma and postpartum pain: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis [online]. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, roč. 309, č. 3, s. 843–869 [cit. 2025-06-15]. DOI: 10.1007/s00404-023-07195-2. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37632600/>

MALLEN-PEREZ, Laura. et al., 2018. *Use of hydrotherapy during labour: Assessment of pain, use of analgesia and neonatal safety. Midwifery* [online]. Amsterdam: Elsevier, 64, 26–30 [cit. 2025-06-09]. ISSN: 1532-3099. DOI: 10.1016/j.midw.2018.05.009. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29239794/>

MARTÍNKOVÁ, Milena. 2025. *Jak zvládnout bolest u porodu*. [online]. Pohodový porod. Dostupné z <https://milamartinkova.cz/jak-zvladnout-bolest-u-porodu/>

MELLADO-GARCÍA, Elena et. al. 2024. Hydrotherapy in Pain Management in Pregnant Women: A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *Journal of Clinical Medicine*. Online. MDPI. 13 (11). ISSN: 2077-0383. DOI: 10.3390/jcm13113260. Dostupné z: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11172610/>. [cit. 2025-02-28].

MERTELÍKOVÁ, Eliška. 2022. *Možnosti prevence poranění hráze u porodu* [online]. Fyziosvět, [cit. 2025-06-01]. Dostupné z: <https://www.fyziosvet.cz/clanky/moznosti-prevence-poraneni-hraze-u-porodu/>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020. *Centra porodní asistence*. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2020/07/Centra-porodni-asistence.pdf>

NA PORODU ZÁLEŽÍ. 2025. *At' můžou*. [online]. [cit. 2025-06-16]. Dostupné z: <https://naporoduzalezi.cz/atmuzou/>

NADAČNÍ FOND Propolis 33. 2025. *Porod do vody* [online]. Dostupné z: <https://nfpropolis.cz/porod-do-vody/>

NÁRODNÍ INSTITUT KLINICKÉ EXCELENCE (NICE). *První doba porodní dle doporučení NICE: Péče o zdravou ženu a děti během porodu CG190*. Překlad Unie porodních asistentek. [online]. [cit. 2025-06-01]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2023/07/Prvni-doba-porodni-dle-doporuzeni-NICE-Pece-o-zdravou-zenu-a-deti-behem-porodu-CG190.pdf>

PORODNICE U APOLINÁŘE, 2025. *Individuální doprovod k porodu*. In: Apolinar.eu [online]. [cit. 2025-05-31]. Dostupné z: <https://apolinar.eu/apolinarske-kurzy-a-jine-sluzby/individualni-doprovod-k-porodu/>

- RAUSCHERTOVÁ, Karolína, 2023. *Zdravotní péče o ženu během těhotenství, porodu a po něm*. NZIP.cz. [online]. [cit. 2025-05-31]. Dostupné z: <https://www.whatnews.cz/interviews/pomoc-porodni-asistentky-muze-predejiti-komplikacim-zeny-ale-casto-nevedi-ze-na-takovou-peci-maji-narok/>
- SHINOZAKI, Katsuko et al. 2022. Postpartum urinary incontinence and birth outcomes as a result of the pushing technique: a systematic review and meta-analysis. *International Urogynecology Journal* [online]. 33(6), 1435–1449 [cit. 2025-06-15]. ISSN 0937-3462. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35103823/>
- STEAMY, 2025. *Uvolnění porodních cest* [online]. [cit. 2025-06-01]. Dostupné z: <https://www.steamy.cz/uvolneni-porodnich-cest/>
- SUN, Ruiyang. et al., 2024. *Effects of warm perineal compresses during the second stage of labor on perineal trauma and postpartum perineal pain in primiparous women: A systematic review and meta-analysis*. *Medicine (Baltimore)* [online]. 103(13), e37300. ISSN 1536-5964. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11011582/>
- ŠTROMEROVÁ, Zuzana. 2025. *Lékařsky vedený porod*. Porodní dům U čápa, Praha, [online]. [cit. 2025-05-31]. Dostupné z: <https://www.pdcap.cz/Texty/Versus/LekarPorod.html>
- TABATABAEICHEHR, M. a MORTAZAVI, H. The effectiveness of aromatherapy in the management of labor pain and anxiety: a systematic review. *Ethiopian Journal of Health Sciences* [online]. 2020, 30(3), 449–458 [cit. 15. 6. 2025]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7445940/>. DOI: 10.4314/ejhs.v30i3.16
- TULLY, Gail. *Spinning Babies – Easier Birth with Fetal Positioning*. 2024. [online]. [cit. 2025-06-01]. Dostupné z: <https://www.spinningbabies.com/>
- UNIPA, 2025. *Jak se stát porodní asistentkou*. [online]. [cit. 2025-05-31]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/jak-se-stat-porodni-asistentkou-2/>
- WATSON, Charlotte, 2023. *7 Practical Tips for Creating Your Best Birth Environment*. [online]. Positive Birth Leeds. Dostupné z: <https://www.positivebirthleeds.co.uk/post/tips-for-boosting-your-birth-environment>

WHO, 2018. *Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-155021-5. Dostupné z: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=008C116FB8C239B2BD1BFEFCAC87657E?sequence=1>

WHO, 2018. *Recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-155021-5. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

WILHELMOVÁ, Radka a kol., 2021. *Vybrané kapitoly Porodní asistence*. MedMuni. ISBN 978-80-210-8204-5. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/vybrane-kapitoly-porodni-asistence-11835/>.

YAO, Jiasi, et al., 2022. *Benefits and risks of spontaneous pushing versus directed pushing during the second stage of labour among women without epidural analgesia: A systematic review and meta-analysis*. International Journal of Nursing Studies [online]. 134, 104324. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104324 Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35908423/>

ZEMÁNKOVÁ, Kristýna. 2017. *Porodní polohy – co pomáhá, co škodí*. Online. In: Strom života — Kristina Zemánková. 2017-07-08. Dostupné z: <https://strom-zivota.net/porodni-polohy-co-pomaha-co-skodi/> [cit. 2025-02-28].

9 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Dotazník</i>	81
-----------------------------------	----

Příloha A – Dotazník

Vážené porodní asistentky, jmenuji se Jitka Najmanová, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice ve studijním programu Porodní asistence. V rámci závěrečného ročníku píší bakalářskou práci na téma „Péče porodní asistentky během fyziologického porodu“. Tento dotazník slouží jako součást mé bakalářské práce. Chtěla bych Vás tímto poprosit o jeho vyplnění.

Dotazník je anonymní a jeho výsledky budou použity pouze pro účely bakalářské práce. Budu ráda, když budete při vyplňování co nejvíce autentické. Dotazník obsahuje 11 otázek a jeho vyplnění zabere přibližně 15 minut.

Předem děkuji za Váš čas věnovaný vyplnění dotazníku.

1. Vnímáte jako důležité podpořit a edukovat rodičku v následujících oblastech k lepšímu zvládnutí porodu?

Zakroužkujte vždy jedno číslo 1-5 (1= velmi důležité; 5 = není důležité)

Konzultace porodního plánu	1	2	3	4	5
Edukace o fyziologii porodu	1	2	3	4	5
Praktický nácvik porodních poloh	1	2	3	4	5
Dechová a relaxační cvičení	1	2	3	4	5
Techniky zvládnání bolesti	1	2	3	4	5
Zapojení partnera/doprovodu	1	2	3	4	5

2. Konzultujete s rodičkami u příjmu jejich představu o průběhu porodu?

- ANO: Co je pro Vás důležité se od rodičky dozvědět?

- NE: Proč?

3. Využíváte k posouzení průběhu porodu i zevní vyšetřovací hmaty?

- ANO: Proč?

- NE: Z jakého důvodu je nevyužíváte?

4. Jaké nefarmakologické metody tlumení bolesti využíváte během porodu nejčastěji?

(Zvolte maximálně 3 odpovědi)

- Polohování

- Rebozo

- Hydroanalgezií

- Akupresuru

- Aromaterapii

- Akupunkturu

- Aplikaci tepla

- Muzikoterapii

- Masáže

- Jiné: _____

5. Jak často využíváte k uvolnění porodních cest a prevenci porodních poranění u low-risk žen:

Bylinnou napářku	<input type="checkbox"/>	Velmi často	<input type="checkbox"/>	Často	<input type="checkbox"/>	Někdy	<input type="checkbox"/>	Zřídka	<input type="checkbox"/>	Nikdy
Teplé obklady na hráz	<input type="checkbox"/>	Velmi často	<input type="checkbox"/>	Často	<input type="checkbox"/>	Někdy	<input type="checkbox"/>	Zřídka	<input type="checkbox"/>	Nikdy

6. Jakou nefarmakologickou metodou ulevujete rodičkám od bolesti v bederní oblasti?

7. Jaké kroky podnikáte k tomu, aby se rodičky cítily na porodním boxe v klidu, intimně a bezpečně?

8. Podporujete rodičky, aby rodily i v jiné, než v gynekologické poloze?

ANO, v jaké/jakých?

NE, proč?

9. Jaký přístup k tlačení během II. doby porodní zastáváte častěji?

Spontánní tlačení

Řízené tlačení

10. Čím podpoříte energii fyziologické rodičky, která začíná být vyčerpaná a porodní proces pro ni začíná být náročný? Máte nějakou svoji osvědčenou metodu?

11. Jaký je Váš osobní přístup k rodičkám? (Zaškrtněte vše, co je pro Vás vystihující)

- Snažím se vytvořit přátelské a podporující prostředí.
- Můj přístup je spíše formální, nenavazuji osobnější vztah.
- Vždy se ženě představím a vysvětlím svou roli při porodu.
- Aktivně komunikuji s rodičkou a hledáme společně individuální přístup vhodný pro ni i plod.
- Řídím se především ordinacemi lékaře.
- Pokud to situace umožňuje, zůstávám s rodičkou po celou dobu porodu a jsem jí oporou.
- Zapojuji partnera, pokud má zájem, aby měl také u porodu aktivní roli.
- Podporuji ženu v rozhodování a pomáhám jí cítit se sebevědomě při porodu.