

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2025

Tereza Přívětivá

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Porodní plány z pohledu porodních asistentek

Bakalářská práce

2025

Tereza Přívětivá

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2023/2024

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Tereza Přívětivá**  
Osobní číslo: **Z22040**  
Studijní program: **B0913P360036 Porodní asistence**  
Téma práce: **Porodní plány z pohledu porodních asistentek**  
Téma práce anglicky: **Birth plans from perspective of midwives**  
Zadávací 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 průzkumného 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 3. března 2025

## PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem „*Porodní plány z pohledu porodních asistentek*“ 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 28. 4. 2025

Tereza Přívětivá v. r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Chtěla bych velice poděkovat vedoucí mé bakalářské práce, paní Mgr. Markétě Moravcové, Ph.D. za trpělivost, vstřícný přístup, cenné rady a čas, který mi věnovala při tvorbě této bakalářské práce. Dále děkuji všem respondentkám za vyplnění dotazníků, které mi umožnily realizovat průzkumnou část práce. Velké poděkování také patří mé rodině a partnerovi za podporu po celou dobu mého studia.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce na téma Porodní plány z pohledu porodních asistentek je teoreticko–průzkumná práce, jejíž hlavním cílem bylo zjištění postojů a zkušeností porodních asistentek s porodními plány. Teoretická část práce se zaměřuje zejména na péči porodní asistentky o ženy s porodními plány, rozebírá nejčastější porodní přání žen v porodních plánech a věnuje se také jejich právnímu aspektu. V průzkumné části práce byl proveden průzkum v řadách porodních asistentek zaměstnaných na porodních sálech, při kterém byl zjišťován jejich postoj a jejich zkušenosti s péčí o ženu s porodním plánem. Výsledky dotazníkového šetření byly analyzovány pomocí popisné statistiky, následně byly srovnány a interpretovány s odbornou literaturou.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Porodní plány, porodní asistentka, porod, právní aspekt, závěrečná práce

## **TITLE**

Birth plans from perspective of midwives

## **ANNOTATION**

The bachelor's thesis titled Birth Plans from the Perspective of Midwives is a theoretical and research – based work. Main objective was to explore the opinions and experiences of midwives with birth plans. The theoretical part focuses on how midwives care for women with birth plans, discusses the most common requests in birth plans, and looks at the legal aspects of birth planning. The practical part includes research among midwives working in delivery wards to understand their views and experiences in caring for women with birth plans. The results of the questionnaires were analyzed using descriptive statistics and were compared and interpreted with the professional literature.

## **KEYWORDS**

Birth plans, midwife, birth, legal aspect, thesis project

# OBSAH

ÚVOD.....	11
1 Cíle a metody práce .....	13
1.1 Cíl práce.....	13
1.2 Metody k dosažení cíle .....	13
TEORETICKÁ ČÁST .....	14
2 Porodní plán.....	14
2.1 Kompetence porodní asistentky.....	15
2.2 Péče porodní asistentky o ženu s porodním plánem.....	15
3 Právní aspekt porodních plánů.....	17
3.1 Porodní plán jako informovaný souhlas .....	17
3.1.1 Právo na respektující péči.....	17
3.2 Porodní plán jako informovaný nesouhlas.....	18
3.3 Dříve vyslovená přání.....	18
4 Porod.....	20
4.1 Péče porodní asistentky o ženu v I. době porodní .....	20
4.1.1 Porodní přání v I. době porodní.....	21
4.2 Péče porodní asistentky o ženu v II. době porodní.....	27
4.2.1 Porodní přání ve II. době porodní.....	28
4.3 Péče PA o ženu ve III. době porodní a časném poporodním období.....	29
4.3.1 Porodní přání ve III. době porodní a časném poporodním období.....	30
5 Shrnutí teoretické části.....	32
PRŮZKUMNÁ ČÁST.....	33
6 Průzkumné cíle a průzkumné otázky .....	33
6.1 Hlavní průzkumný cíl .....	33
6.1.1 Dílčí průzkumné cíle.....	33
6.2 Průzkumné otázky .....	33

7	Metodika průzkumné části.....	34
7.1	Charakteristika souboru .....	34
8	Analýza a interpretace výsledků .....	37
9	Diskuze .....	55
9.1	Doporučení pro praxi .....	61
10	Závěr .....	63
11	Použitá literatura .....	64
12	Přílohy.....	69

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Věk respondentek.....	35
Obrázek 2 Délka praxe .....	36
Obrázek 3 Délka pracovního úvazku.....	36
Obrázek 4 Četnost výskytu porodních plánů u rodiček.....	37
Obrázek 5 Četnost porodních plánů u porodů v posledních 3 letech .....	38
Obrázek 6 První pocity respondentek, když se řekne porodní plán.....	39
Obrázek 7 Hodnocení postojů k porodním plánům (škála 1–5).....	46
Obrázek 8 Komunikace s ženou s porodním plánem .....	49
Obrázek 9 Otázka č. 13.....	50
Obrázek 10 Informovanost a připravenost rodičů na porod s PP.....	53
Obrázek 11 Aktivita a účast žen s PP při porodu .....	54
Tabulka 1 Porodní přání .....	40
Tabulka 2 Výhody porodních plánů z pohledu respondentek .....	42
Tabulka 3 Nevýhody porodních plánů z pohledu respondentek.....	43
Tabulka 4 Postup práce u rodičky s porodním plánem.....	44
Tabulka 5 Otázka č. 11 .....	46
Tabulka 6 Postoje respondentek k porodním plánům.....	47
Tabulka 7 Požadavky s potenciálním ohrožením zdraví matky či plodu .....	51
Tabulka 8 Postup práce PA při řešení rizikových požadavků rodiček.....	52

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

CTG	Kardiotokograf
ČGPS	Česká gynekologická a porodnická společnost
ČKPA	Česká komora porodních asistentek
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČSPA	České společnost porodních asistentek
DVP	Dříve vyslovená přání
DP	Doba porodní
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
FLASOG	Latin American Federation of Obstetrics and Gynecology Societies
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví české republiky
MZV	Ministerstvo zahraničních věcí
PA	Porodní asistentka
PČNR	Předsednictvo České národní rady
PS	Porodní sál
PŽK	Periferní žilní katetr
SC	Císařský řez
UNIPA	Unie porodních asistentek
WHO	Světová zdravotnická organizace (z anglického World Health Organization)

## ÚVOD

Současná společnost díky zvyšující se informovanosti zaměřuje svoji pozornost k období těhotenství a porodu více než kdy dříve. Těhotenství a porod je jedinečnou událostí v životě ženy. Díky rozsáhlému vývoji medicíny vzniká v porodnictví nespočet nových postupů a metod. Jak se postupem času ukazuje, tak se porodnictví, postavené čistě na medicínských postupech, jeví jako neudržitelné. Spolu se vznikem rozsáhlých škál postupů přicházejí velmi aktuální přístupy, mezi které patří zejména snaha o zachování normálního průběhu porodu. Díky vzrůstající možnosti informování pacientek a rozšiřování těchto metod vedení porodu se zvyšuje jejich poptávka. Mezi tyto metody patří například libovolné polohy při porodu, nefarmakologické metody tišení bolesti a podobně. Jak ukazuje mnoho laických šetření i psychologických studií, je důvodem tendence k těmto postupům především pohled na rodičku jako na pasivní subjekt porodu, který je potřeba řídit než jako aktivního účastníka, který se sám aktivně na svém porodu podílí. (Roztočil et al., 2017) Z tohoto důvodu mnoho žen cítí potřebu vymanit se z rutinních postupů a mnoho z nich sepisuje porodní plán, který předkládají již v době těhotenství nebo u porodu zdravotníkům. Ne vždy se ale setkají s jeho pochopením, protože postoje porodních asistentek k porodním plánům mohou být velmi individuální. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla svou práci zaměřit na problematiku porodních plánů, přesněji na pohled porodních asistentek k porodním plánům.

Porodní plán, který žena předkládá, se dá chápat jako seznam preferencí rodičky ohledně jejího porodu a slouží především jako komunikační nástroj mezi rodičkou a zdravotnickým personálem. (Dušová a kol., 2019) V teoretické části mé práce bude čtenář seznámen s porodním plánem jako takovým, přičemž jsou zde představeny nejčastější požadavky žen a porodní přání v jednotlivých dobách porodních. V teoretické části je také popsán neméně důležitý právní aspekt porodních plánů. Průzkum je vedený v řadách porodních asistentek, zaměstnaných na porodních sálech, a je zaměřen na jejich postoje k řešené problematice.

Toto téma považuji za velice důležité, neboť problematika porodních plánů je aktuálním tématem pro péči o ženy v průběhu těhotenství, porodu a po porodu. Jelikož je porod pro ženu významná životní událost, která ji také může poznamenat po psychické stránce, je správný postup práce s porodními plány nepochybně důležitý. (Takács a kol., 2015) Smyslem této práce je zjištění zkušenosti a otevřenost vybraného souboru porodních asistentek k porodním plánům a porovnání s dostupnými odbornými zdroji. Dále zjistím, jak se porodním asistentkám

s porodními plány pracuje, neboť se práce s nimi v průběhu let stala součástí jejich každodenní praxe.

# **1 CÍLE A METODY PRÁCE**

## **1.1 Cíl práce**

### **Teoretický cíl:**

Popsat nejčastější požadavky žen v porodních plánech, popsat právní aspekt porodních plánů a péči porodní asistentky založené na porodním plánu

### **Průzkumný cíl:**

Zjistit postoje a zkušenosti porodních asistentek k porodním plánům.

### **Dílčí cíle:**

Zjistit zkušenosti a postupy práce porodních asistentek při péči o ženu s porodním plánem.

Zjistit jaké výhody a nevýhody porodní asistentky při práci s porodními plány vnímají.

### **Průzkumné otázky:**

Jak porodní asistentky pracují s porodními plány a jakou s nimi mají zkušenost?

Jaké výhody a nevýhody vnímají porodní asistentky v souvislosti s používáním porodních plánů ve své praxi?

## **1.2 Metody k dosažení cíle**

Bakalářská práce na téma Porodní plány z pohledu porodních asistentek je teoreticko – průzkumnou prací, která se zabývá postoji a zkušenostmi porodních asistentek s porodními plány. Teoretická část práce se věnuje zejména péči porodní asistentky o ženu s porodním plánem, jsou zde představeny nejčastější požadavky a porodní přání žen v jednotlivých dobách porodních a také právní aspekt porodních plánů. V průzkumné části práce je představen průzkum, který byl realizován pomocí nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce. Po schválení Žádosti o provedení výzkumu probíhalo dotazníkové šetření na porodních sálech tří zdravotnických zařízení. Výsledky byly analyzovány pomocí popisné statistiky v programu Microsoft Excel 365, prostřednictvím grafů, tabulek a písemného komentáře byly interpretovány a následně srovnány s odbornou literaturou.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 2 PORODNÍ PLÁN

Současná doba umožňuje rodičkám získat o těhotenství a porodu velké množství volně dostupných informací. Rodičky čerpají jak z tištěných, tak i elektronických zdrojů a tímto způsobem získávají informace o porodu a metodách tišení bolesti, o důvodech vaginálního vyšetření, operačních porodech, epiziotomii a podobně. Dále mohou ženy absolvovat celou řadu předporodních kurzů a díky této zvyšující se informovanosti vzrůstá počet žen, které mají na porod různé individuální požadavky. (Ptáček, R. et al. 2017) Proto si s sebou často přinášejí do porodnice porodní plán. Ten se dá chápat jako dokument obsahující výčet preferencí rodičky ohledně jejího porodu a slouží především jako dorozumivací prostředek mezi rodičkou a zdravotnickým personálem. V porodních plánech ženy vyjadřují svá porodní přání a také uvádějí, čemu by se rády, v případě fyziologického porodu, vyhnuly. Požadavky bývají zaměřeny nejen na péči během porodu, ale i na péči o novorozence po porodu a na péči během pobytu na oddělení šestinedělí. (Dušová a kol., 2019; Bašková, 2015)

Jelikož si ženy často sestavují porodní plány samy, je pro sestavení porodního plánu klíčové čerpat pravdivé a kvalitní informace. Je možné čerpat např. z literatury, předporodních kurzů, prenatální poradny nebo z kvalitních internetových stránek či časopisu pro rodiče. Hlavní oporu by měly tvořit výzkumy a doporučení, která představuje např. Světová zdravotnická organizace (WHO) a zároveň také efektivní komunikace s porodní asistentkou. Část žen proto sepisuje porodní plán s pomocí porodní asistentky. Sestavování porodního plánu s porodní asistentkou je nejvhodnější možností, neboť rodička získává odborné poradenství a může si lépe ujasnit své možnosti. Pomůže jí vytvořit realistický plán, který odpovídá nejen jejím přáním, ale i možnostem dané porodnice. Díky individuálnímu přístupu se plán přizpůsobí jak konkrétní situaci rodičky, tak i bezpečnostnímu aspektu porodu s ohledem na zdraví ženy i novorozence. (Dušová a kol., 2019; Sovová, 2018)

Výhodou přípravy porodního plánu pro rodiče je doplnění chybějících vědomostí a ujasnění si priorit u porodu již před jeho začátkem. Kvalitní předporodní příprava pomáhá ženě zvládat těhotenství a porod jak po psychické, tak fyzické stránce a podílí se také na snížení výskytu patologií, které je komplikují. (Ptáček et al. 2017; Sovová, 2018) WHO ve svých dokumentech respektování preferencí rodiček během porodu velice podporuje, neboť podpora žen v tvorbě porodních plánů a aktivní zapojování se do péče během porodu přispívá k větší spokojenosti a lepšímu porodnímu zážitku rodiček. (WHO, 2018)

Porodní plán nepřináší výhody pouze rodičům, ale i porodním asistentkám, které o ženu pečují. Díky porodnímu plánu mají porodní asistentky přehled, co žena od porodu očekává, jak by žena chtěla, aby její porod ideálně proběhl a díky tomu mohou péči individuálně přizpůsobit jejím požadavkům. Zároveň může diskuze o porodních přáních přispět k posilování důvěry mezi rodičkou a porodním personálem, což vede k větší jistotě a lepšímu prožitku porodu. (Sovová, 2018)

## **2.1 Kompetence porodní asistentky**

Dle české právní úpravy, § 5 odst. 3 zákona č. 96/2004 Sb. (*zákon o nelékařských zdravotnických povoláních*), se porodní asistentka, jakožto plně zodpovědný zdravotnický pracovník, považuje za poskytovatele péče v porodní asistenci. V případě fyziologického průběhu je kompetentní poskytovat péči ženám v těhotenství, při porodu a v šestinedělí. Podílí se také na vzdělávání a poradenství žen v rámci předporodní a rodičovské přípravy. (Předsednictvo ČSPA, © 2025) Dále se za výkon povolání považuje vedení fyziologického porodu, péče o novorozence a zajištění nezbytného dohledu. Porodní asistentka se také podílí na péči preventivní, diagnostické, rehabilitační, dispenzární nebo péči léčebné, a to ve spolupráci s dalšími odborníky. Součástí kompetencí porodní asistentky sahá také do péče o ženu s gynekologickým onemocněním, do péče o fyziologické novorozence a také péče v průběhu celého ženina života v souvislosti s reprodukčním zdravím. (MZČR, 2021)

Porodní asistentka může svou profesi vykonávat v různých prostředích, jako jsou domácnosti, ambulantní zdravotnická zařízení, nemocnice, kliniky nebo zdravotnická střediska. (MZČR, 2021)

Za porodní asistentku je považována osoba, která absolvovala vzdělávací program vyžadovaný v dané zemi k získání registrace a/nebo oprávnění k výkonu této profese, která disponuje potřebnými znalostmi a dovednostmi pro práci porodní asistentky. V současnosti je v České republice požadováno pro získání odborné způsobilosti absolvování nejméně tříletého bakalářského studia na vysoké škole. (Předsednictvo ČSPA, © 2025; MZČR, 2021)

## **2.2 Péče porodní asistentky o ženu s porodním plánem**

Porodní asistentka, jakožto plně zodpovědný zdravotnický pracovník, je kompetentní poskytovat zdravotní poradenství ženám během těhotenství, porodu a v době poporodní. Je tedy v její kompetenci pomoci sestavit či prokonzultovat se ženami jejich porodní plán. (MZČR, 2021) Jak bylo zmíněno v předešlé kapitole „*Porodní plán*“, žena si může nechat poradit již při samotném sestavování porodního plánu od porodní asistentky například v komunitní péči.

Další možností je konzultace porodního plánu, který si žena sestaví sama. Tuto službu může využít například ve vybraných porodnicích, které nabízejí pro nastávající rodiče informativní hodiny. Při nich mohou porodnici navštívit již v době těhotenství a rodiče se mají možnost seznámit s prostředím a individuálně probrat s porodní asistentkou svůj sestavený porodní plán. V porodnicích, kde tuto možnost nenabízí nebo ženy o tuto službu zájem nemají, rodičky předkládají porodní plán při přijetí na porodní sál. Tato možnost sebou však může nést určitá úskalí, neboť žena může přijít na porodní sál již s pokročilým porodnickým nálezem, tudíž nemusí být na konzultaci porodního plánu dostatek času. Nicméně v každé z těchto možností je edukace a konzultace porodního plánu ze strany porodní asistentky klíčová. (Sovová, 2018; Dušová, 2019)

Během přijetí rodičky na porodní sál, pokud to průběh porodu dovoluje, by porodní asistentka měla porodní plán bod po bodu s rodičkou prokonzultovat. Důležité je si společně ujasnit, jak by měl v ideálním případě porod dle představ rodičky probíhat. Porodní asistentka informuje o přáních, která splnit lze a která v případě komplikací akceptovat nelze a edukuje o rizicích s nimi spojenými. Nicméně dovolí-li to zdravotní stav a zájem zdraví rodičky a plodu, zdravotnický tým by měl přání rodičky respektovat. (Dušová, 2019; Ptáček et al. 2017)

Je důležité, aby byla rodička připravena i na situace, při nichž mohou nastat komplikace, při nichž lékař nemusí brát na porodní plán ohled a bude chtít jednat podle aktuálního stavu rodičky a dítěte. Klíčové je seznámit ženu s účelem poskytované péče a o důsledcích a rizicích, které sebou přinášejí. Podle sdělených doporučení se může žena zodpovědně rozhodnout. Není však účelem ženu vyděsit a vyvolat v ní strach a úzkost, ale informace podávat vhodnou formou s laskavým přístupem. Nicméně o tom, které zákroky rodička podstoupí, rozhoduje pouze rodící žena. (Sovová, 2018; Dušová, 2019; Ptáček et al. 2017)

### 3 PRÁVNÍ ASPEKT PORODNÍCH PLÁNŮ

Tato kapitola se věnuje právnímu aspektu porodních plánů v České republice. Porodní plán jako takový není v české legislativě upraven jako samostatný právní institut v žádném z konkrétních právních předpisů, ale principiálně je přímo spojen s právy pacientů, které upravuje zákon o zdravotnických službách, zákon č. 372/2011 Sb, v pl. znění. Tento zákon je klíčovým dokumentem, který v § 28 upravuje práva pacientů, zejména právo na informovaný souhlas a s tím spojenou autonomii pacienta, právo na určení přítomné osoby pacientem a právo na respektující a důstojnou péči. Tento zákon se tedy vztahuje i na porodní plány, neboť prvky, které zákon obsahuje, podporují účast a rozhodování rodičky o jí poskytované zdravotní péči. (MZČR, 2011)

Porodní plán je tedy považován za nástroj, jehož úkolem je zajistit respektující a individualizovanou péči během porodu, která by měla být v souladu s následujícími právními principy. Jedním z nich je právo pacienta, v našem případě rodičky, na informovaný souhlas. (MZČR, 2011)

#### 3.1 Porodní plán jako informovaný souhlas

Článek 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně udává obecné pravidlo informovaného souhlasu. „*Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.*“ (MZV, 2001)

Jak bylo zmíněno výše, tak před samotným poskytnutím zdravotní péče pacientovi by měl předcházet rozhovor mezi jejím poskytovatelem a pacientem. V jeho průběhu má poskytovatel zdravotní péče ze zákona povinnost srozumitelně informovat pacienta tak, aby pacient rozuměl a věděl o svém zdravotním stavu a navrhovaném léčebném postupu. Zároveň musí pacientovi umožnit klást doplňující otázky týkající se jeho zdravotního stavu, které mu musí být srozumitelně zodpovězeny. (Ptáček et al. 2017)

##### 3.1.1 Právo na respektující péči

Dalším právním principem, který je provázaný s porodními plány, je právo rodiček na respektující péči. Toto právo pacienta vymezuje zákon č. 372/2011 Sb. § 28 odst. 3, písm. a). Pacient má při poskytování zdravotních služeb, dle výše uvedeného zákona, právo na zacházení s ohledem na lidskou důstojnost, ohleduplnost a úctu. (MZČR, 2011.)

Všechny poskytované zdravotní služby by měly respektovat autonomii pacientek při rozhodování o zdravotní péči, což s porodními plány nepochybně souvisí. Porodní plány obsahují preference a přání rodiček ohledně porodu, a pokud jsou v souladu s právními předpisy, mají rodičky právo na jejich respektování. Vedle zákona o zdravotních službách zajišťuje autonomii pacientů také článek 7 a článek 10 Listiny základních práv a svobod a § 93 Občanského zákoníku. (MZČR, 2011; MZČR, 2012; PČNR, 1993)

### **3.1.1.1 Výjimky z respektování vůle pacienta**

V české legislativě jsou stanoveny i situace, kdy poskytovatel zdravotní péče nemusí respektovat přání pacienta, tudíž i preference uvedené v porodním plánu. To může nastat v situaci, kdy pacientovo přání či odmítnutí léčby může vést k bezprostřednímu ohrožení jeho života nebo jestliže jeho zdravotní stav nedovoluje souhlas udělit a není k dispozici jeho písemné vyjádření (dříve vyslovené přání). Další situací je pacientovo rozhodnutí, které může ohrožovat veřejné zdraví (např. nařízená karanténa). To je stanoveno v § 38 odst. 3 a 7 zákona č. 372/2011 Sb. (MZČR, 2011)

## **3.2 Porodní plán jako informovaný nesouhlas**

Rodička má v rámci práva na autonomii rozhodování také právo na odmítnutí poskytnutí zdravotní péče, a to i v případě, že by její rozhodnutí mohlo vést ke zhoršení jejího zdravotního stavu, a to za předpokladu, že byla plně informována o rizicích, které sebou nesouhlas přináší. V tomto případě je nutné pořídit písemné prohlášení – negativní revers. (MZČR, 2011)

Pacient, který po sdělení informace o jeho zdravotním stavu odmítá vyslovit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb a nejde-li o případ, kdy lze léčbu poskytnout bez souhlasu, se přistupuje k opakované edukaci pacienta ohledně jeho zdravotního stavu včetně rizik vážného poškození zdraví či ohrožení života. Jestliže pacient i nadále trvá na svém rozhodnutí a nevysslovení souhlasu, přistupuje se k pořízení dokumentu o odmítnutí péče pacientem (reversu). Poskytovatel zdravotní péče musí podle §34 zákona č. 372/2011 Sb., toto odmítnutí respektovat, a to v případě, pokud není pacientovo jednání bezprostředním ohrožením jeho života (např. při akutních stavech). (MZČR, 2012)

## **3.3 Dříve vyslovená přání**

Dříve vyslovené přání (DVP) je v české legislativě zakotveno hned v několika právních předpisech. Stanovuje ho § 36 zákona o zdravotnických službách, občanský zákoník a v článku 9 v Úmluvě o lidských právech a biomedicině. (MZČR, 2011; MZČR, 2012; MZV, 2001) Tento dokument slouží k vyjádření přání pacienta v případě, kdy by se dostal do situace, kdy nebude

schopen vyslovit souhlas či nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a tímto dokumentem má právo vyslovit přání předem. Jak stanoví zákon č. 372/2011 Sb. §36 odst. 1, je dříve vyslovené přání akceptovatelné v situaci, kdy nastane předvídatelná situace, k níž bylo dříve vyslovené přání předem určeno a pacient je ve stavu, kdy není schopen souhlas či nesouhlas vyslovit. Tento dokument musí být zhotoven v písemné formě a musí obsahovat podpis pacienta a další právní náležitosti podle toho, kde a za jakých okolností pacient DVP zhotovuje. Vyhotovení DVP musí ale vždy předcházet písemné poučení pacienta lékařem o rizicích a důsledcích, které sebou jeho rozhodnutí přináší. (Těšinová et al. 2019; MZČR, 2011)

Přestože dokument dříve vysloveného přání má několik shodných znaků s porodními plány, jsou to dva rozdílné termíny. Oba dokumenty vyjadřují přání pacienta, ale porodní plán na rozdíl od dříve vysloveného přání v právních předpisech zakotven není – slouží spíše jako průvodce a doporučení pro zdravotníky při poskytování péče rodičce dle jejích přání. Dalším rozdílem je, že pokud DVP splňuje zákonné požadavky, zdravotníci mají povinnost přání respektovat.

U porodního plánu mohou zdravotníci přání v něm obsažené zohlednit, ale pokud se domnívají, že přání ohrožuje matku, dítě nebo oba, porodní plán striktně dodržet nemusí (např. při akutních stavech). (MZČR, 2011)

Porodní plán je také určen primárně k vyjádření přání u porodu, týkajících se například tlumení porodní bolesti a polohy za porodu, zatímco DVP se vztahuje k jakékoliv zdravotní péči a primárně je určeno k situacím, kdy sám pacient nebude moct schopný vyjádřit souhlas (např. odmítání resuscitace). (Dušová, 2019; Těšinová et al. 2019)

## 4 POROD

Porod je fyziologický děj, který zakončí každé těhotenství narozením živého nebo mrtvého plodu. Dochází při něm k vypuzení plodového vejce z matčina organismu. Pod pojmem „plodové vejce“ rozumíme plod spolu s placentou, pupečníkem, plodovou vodou a obaly. (Roztočil et al., 2020)

Jak již bylo uvedeno v kapitole „Kompetence porodní asistentky“, tak porodní asistentka je mimo jiné plně kompetentní v péči o ženu s fyziologickým průběhem porodu. Poskytuje rodičkám podporu, radu a péči v průběhu všech dob porodních, vyšetřuje a preventivně kontroluje potenciální vznik komplikací a patologií. Při vzniku naléhavých situací porodní asistentka zprostředkuje potřebnou lékařskou péči a provede nezbytné kroky k ochraně zdraví matky i dítěte. (Předsednictvo ČSPA, © 2025)

V případě fyziologického porodu podporuje porodní asistentka normální průběh porodu. WHO v dokumentu „*Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka*“ uvádí: „*Při normálním porodu by pro intervenci do přirozeného průběhu měl existovat opodstatněný důvod.*“ (WHO, 2019) Dále je v tomto dokumentu definován „porodník – gynekolog“, jakožto poskytovatel péče v průběhu normálního porodu jako někdo, kdo má větší tendenci zasahovat do porodu častěji než porodní asistentka. Vysvětluje se to tím, že porodníci se obecně starají o ženy, jejichž porod provází vážné komplikace, které musí řešit a vzhledem k této skutečnosti jim na péči a podporu ženy s normálním průběhem porodu nezbyvá mnoho času. (WHO, 2019) Naopak v případě rizikového a patologického průběhu porodu je podstupování kroků, které zasahují do porodu opodstatněné, neboť vedou ke zvrácení komplikací stanovením diagnózy a terapeutických opatření, případně ukončí těhotenství operačním porodem. (Hájek a kol., 2014)

Počátek porodu je definován nástupem pravidelných děložních stahů, které efektivně rozvírají dolní děložní segment, zkracují a dilatují děložní hrdlo (porodnickou branku), až dojde k jeho úplnému zániku, a posléze porodu plodu.

Porod rozdělujeme na tři porodní doby, které na sebe vzájemně navazují. (Procházka et al., 2020)

### 4.1 Péče porodní asistentky o ženu v I. době porodní

První dobu porodní nazýváme také jako „otevírací“, neboť v této době dochází vlivem pravidelných děložních kontrakcí k otevírání porodních cest. První porodní doba končí

v okamžiku, kdy dojde k úplné dilataci děložního hrdla (porodní branky). Tato doba je zároveň nejdelsí fází celého porodu, avšak její trvání je u každé rodičky zcela individuální. Průměrně u nullipar trvá 8–18 hodin. U multipar bývá tato fáze kratší, a to 5–12 hodin. Mimo parity ovlivňuje trvání porodu i efektivita děložních kontrakcí, anatomické poměry pánve nebo postavení a naléhání plodu v děloze. (Procházka et al., 2020)

Během přijetí rodičky na porodní sál je důležité, aby se mezi rodičkou a zdravotnickým personálem utvořil dobrý vztah, neboť způsob přijetí a jednání se ženou, která přijde do zdravotnického zařízení, ovlivňuje důvěru, kterou bude rodička k poskytovatelům zdravotní péče chovat. (WHO, 2018)

Po přijetí na porodní sál a provedení vstupních vyšetření porodní asistentka s rodičkou v průběhu I. doby porodní komunikuje a podává odborné rady závislé na aktuálním stavu rodičky. Porodní asistentka průběžně kontroluje celkový stav rodičky, dbá na odhalení rizik a patologií, přičemž všechny zjištěné údaje zaznamenává do zdravotnické dokumentace. Zároveň se stará o pohodlí rodičky ve smyslu zajištění výživy a hydratace, dbá na poskytování hygienické péče, měří fyziologické funkce a kontroluje vyprázdnění močového měchýře, popřípadě podává rodičce klyzma. (UNIPA a ČKPA, 2019)

Dále monitoruje stav plodu pravidelnou kontrolou akce srdeční plodu a provádí kardiografický záznam (CTG). Sleduje a hodnotí děložní činnost, odtok plodové vody a hodnotí amniální tekutinu. Do péče během I. doby porodní také patří zhodnocení polohy, postavení, naléhání plodu a kontrola progresu porodního nálezu. Mimo jiné porodní asistentka pečuje i o psychickou pohodu rodičky, zjišťuje subjektivní vnímání bolesti rodičky a také edukuje rodičku o možnostech tlumení bolesti a pohybovém režimu. (Slezáková, 2017)

Porodní asistentka také dbá na zajištění soukromí, respektuje výběr osob, které mají být u porodu přítomny a zamezuje přístupu nepotřebných osob na porodní sál pro zachování co největšího komfortu a intimity rodičky. (WHO, 2018)

#### **4.1.1 Porodní přání v I. době porodní**

Rodičky si do svých porodních plánů často uvádějí různá přání pro všechny doby porodní, včetně doby poporodní i pobytu na oddělení šestinedělí. Jedno z největších tuzemských Center porodní asistence Fakultní nemocnice Bulovka uvádí, že mezi přání, s kterými se během I. doby porodní (I. DP) setkávají nejčastěji, patří například odlišné preference žen týkající se kardiografické monitorace plodu, dirupce vaku blan, podávání oxytocinu a frekvence vaginálního vyšetření. Také si ženy často přejí být o všem informovány a nepřejí si aplikaci

žádné medikace včetně léků na bolest. Většinou souhlasí s podáním klystýru, oholením a přejí si, aby u porodu mohla být přítomná blízká osoba, nejčastěji partner či dula. Také preferují možnost volného pohybu a porodní polohy dle svého pocitu. (Fakultní nemocnice Bulovka, © 2025; Dušová, 2019)

V následujících podkapitolách jsou představena jednotlivá porodní přání týkající se I. doby porodní, která se nejčastěji vyskytují v porodních plánech rodiček.

#### **4.1.1.1 Blízká osoba u porodu**

Pokud rodička ve svém porodním plánu žádá o přítomnost blízké, nebo rodičkou určené osoby, poskytovatel má povinnost tomuto přání vyhovět. V České republice je toto právo pacienta ukotveno v § 28 odstavce 3, písmena e) zákona o zdravotnických službách. (MZČR, 2011)

Přítomnost blízké osoby také doporučuje WHO v dokumentu zvaném „*WHO recommendations – Intrapartum care for a positive childbirth experience*“ z důvodu lepšího porodního zážitku, snížení stresu rodičky a také příznivějšího průběhu porodu. (WHO, 2018)

#### **4.1.1.2 Holení pubického ochlupení**

V minulosti bylo ve zdravotnických zařízeních holení pubického ochlupení a perineální oblasti v rámci přípravy rodičky na porod běžnou praxí, neboť se předpokládalo, že oholení sníží riziko infekce a usnadní ošetření případného porodního poranění. Postupem času se však ukázalo, že rutinní holení nepřináší očekávané snížení rizika infekce a ani usnadnění sešití hráze, a naopak může mít pro některé ženy nepříjemné dopady, například v podobě diskomfortu při dorůstání chloupků v šestinedělí. (Kaplan, 2023)

Rutinní holení před porodem tedy Světová zdravotnická organizace ve svých doporučeních nepodporuje, neboť se předpokládané pozitivní aspekty nepotvrdily. Z tohoto důvodu se považuje za nepotřebné a dělat by se mělo pouze v případě, kdy o to rodička sama požádá (WHO, 2018; WHO 2019).

#### **4.1.1.3 Klyzma**

Klyzma je výkon, během kterého se vpraví tekutina přes konečník do tlustého střeva, díky čemuž dojde k následnému vyprázdnění střev. (Vytejková et al., 2016)

Podávání klystýru je v praxi v rámci přípravy ženy na porod stále rozšířené. Dříve se totiž předpokládalo, že vyprázdnění rodiček stimuluje děložní stahy, že se v průběhu porodu sníží rozsah znečištění a tím i riziko mateřské či neonatální infekce. Systematický přehled s názvem „*Systematic Review: Review of Frequently Performed Interventions During Labor with*

*Evidence-based Practices*“, do kterého bylo zahrnuto 18 studií naopak uvádí, že po podání klyzmatu před porodem nebyl nalezen žádný významný rozdíl ve výskytu infekce v porodním poranění, výskytu neonatální infekce, v trvání doby porodu, ani spokojenosti těhotných žen s praxí. (Kaplan, Çevik, 2023)

V důsledku toho autoři doporučují od rutinního podávání klyzmatu během porodu upustit. (Kaplan, Çevik, 2023) Na druhou stranu o něj však mnoho žen samo žádá. V současnosti proto není v České republice klyzma považován za povinný zákrok, ale měl by se aplikovat individuálně dle potřeby, preference rodičky a průběhu porodu. (Moravcová et al., 2022)

#### **4.1.1.4 Pohybový režim a polohování**

Volný pohyb a možnost střídání poloh v průběhu první doby porodní má pozitivní vliv na fyzickou i psychickou stránku rodičky. Před polohami vleže na zádech jsou doporučovány zejména vertikální polohy, a to jak v I., tak II. době porodní. Přehledový článek „*Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives*“ upozorňuje především na výhody vertikálních poloh při porodu, mezi které patří nejen podpora gravitační síly, ale také kratší doba porodu, efektivnější děložní kontrakce, nižší potřeba operativních porodů a méně odchylek v srdeční činnosti plodu. Díky těžké gravidní děloze může poloha na zádech způsobit kompresi velkých cév a tím zhoršit průtok krve a negativně ovlivnit stav plodu. Zatím co polohy ve stoje nebo na boku prokazatelně zvyšují efektivitu a intenzitu děložních kontrakcí, poloha na zádech spíše kontrakce tlumí. (Desseauve et al., 2017) Další odborný zdroj, tentokrát metaanalýza zahrnující 16 studií s celkovým počtem 3 400 žen, ukázal, že porody probíhající v jiných polohách, než v polosedu byly z pohledu žen vnímány jako méně bolestivé, aktivní vypuzovací fáze byla kratší a potřeba intervencí k urychlení porodu se vyskytovala méně často. (Yu et al., 2020)

V případě průběhu porodu bez komplikací je tedy dle WHO doporučováno, aby ženy v průběhu I. doby porodní dle svého stavu a pocitu polohy měnily a aby zaujímaly především polohy vertikální. Ideální je také přiměřená pohybová aktivita jako je chůze, stoj, sed a pokud jsou na porodním sále dostupné pomůcky k pohybové aktivitě, mohou ženy využívat gymnastický míč, žíněnky, porodní stoličku, žebřiny a jiné. (WHO, 2018)

#### **4.1.1.5 Vaginální vyšetření**

Vaginální vyšetření slouží ke zjištění porodního nálezu, zejména otevírání děložního hrdla, polohy, sestupu plodu do porodních cest, konfiguraci a rotaci hlavičky anebo k posouzení jiných komplikací, které mohou průběh porodu ovlivnit. (UNIPA a ČKPA, 2019)

Četnost a indikace jeho potřeby se může lišit dle individuálního stavu rodičky. Světová zdravotnická organizace ve svých doporučeních uvádí, že za předpokladu fyziologického průběhu porodu, stačí vyšetření provádět jednou za čtyři hodiny. Četnost se ale liší individuálně v závislosti na situacích, které nastanou, na přístupu personálu a přání rodičky. Vaginální vyšetření je prováděno zejména v závislosti na rychlosti progresu porodu, dále po odtoku vody plodové, před zánikem branky, při nástupu silného tlačení či nutivých kontrakcí a při diagnostice jiných komplikací. (WHO, 2018)

K vaginálnímu vyšetření by se ale mělo přistupovat pouze z důvodu opodstatněných indikací, z čehož vyplývá, že v případě fyziologického průběhu porodu není třeba ženu nadbytečně vaginálně vyšetřovat. (Moravcová et al. 2022)

#### **4.1.1.6 Monitorace srdeční frekvence plodu**

Monitorace stavu plodu prostřednictvím poslechu srdeční frekvence představuje klíčový nástroj pro včasné odhalení možných komplikací. V průběhu I. doby porodní by měla porodní asistentka kontrolovat ozvy plodu každých 15–20 minut po kontrakci, v II. době porodní po každé kontrakci. Za intrapartální normokardii se považuje 110 – 160 tepů za minutu. (Slezáková, 2017)

Další vyšetření, které se standardně pro zjištění stavu plodu dělá, je monitorace pomocí kardiokografu (CTG). Význam tohoto vyšetření spočívá především ve včasné odhalení případných odchylek v srdeční frekvenci plodu, díky čemuž mohou být podnikány kroky k zabránění rozvoje hypoxie plodu. CTG monitoring se v průběhu porodu může provádět buď intermitentně (každé 2–3 hodiny alespoň 20 minut) nebo kontinuálně (bez přerušování). (Procházka et al., 2020)

Dle systematického přehledu Alfirevic et al. (2017), který hodnotí 13 studií, kde se porovnává intermitentní způsob monitorace plodu s kontinuálním CTG monitoringem, se neprokázalo, že by kontinuální monitorace plodu významně zlepšovala neonatální výsledky u nízkorizikových rodiček v porovnání s intermitentní auskultací. Naopak byla spojena s vyšší mírou operačních porodů, jako jsou císařské řezy a operační vaginální porody, prováděné kvůli obavám z nepravidelností srdeční frekvence plodu.

Volba mezi intermitentním a kontinuálním monitorováním by proto měla být založena na individuálním hodnocení rizikových faktorů plodu a matky, aby byla zajištěna nejvhodnější péče přizpůsobená individuálním potřebám rodičky. (Alfirevic et al., 2017)

#### **4.1.1.7 Dirupce vaku blan**

Dirupce vaku blan je výkon, jehož provedení zasahuje do fyziologicky přirozeného protržení plodových obalů. V minulosti se s příchodem myšlenek o „aktivním vedení porodu“ dirupce stala v podmínkách českých porodnic běžnou praxí. Výkon se spolu s časným podáním infuze s oxytocinem považoval za způsob prevence protrahovaného porodu. Důkazy například z přehledové studie „*Amniotomy for shortening spontaneous labour*“ z Cochranovy databáze přehledových studií, která hodnotila použití amniotomie u spontánně započatých porodů 5583 žen z 15 studií, toto ale nepotvrzují. Výsledky studie neprokázaly zkrácení délky I. doby porodní mezi ženami, u nichž byla provedena amniotomie, a těmi, u nichž provedena nebyla. Také nebyl zaznamenán významný rozdíl v míře císařských řezů, spokojenosti matek s porodní zkušeností ani v Apgar skóre novorozenců. Autoři proto dospěli k závěru, že na základě těchto zjištění nelze rutinní provádění amniotomie doporučit jako standardní součást péče během porodu. (Smyth et al., 2013)

Světová zdravotnická organizace proto dirupci jako rutinní zákrok ani v kombinaci s podáním infuze s oxytocinem v rané fázi porodu nedoporučuje, neboť uvádí, že neexistují dostatečné důkazy podporující rutinní provádění dirupce vaku blan. Navíc se amniotomie pojí se zvýšeným rizikem distresu plodu, pupečnickové komprese, či vyšší potřebou podávání analgetik z důvodu silnějších kontrakčních bolestí. Dle dostupných zdrojů tedy u žen s normálně postupujícím porodem bez známek ohrožení plodu není třeba rutinní amniotomii provádět. (WHO, 2018; WHO, 2019; Normální porod, © 2012; Kohutová, 2016)

#### **4.1.1.8 Aplikace oxytocinu v I. době porodní**

Oxytocin je lidský hormon, který se během porodu samovolně uvolňuje do oběhu rodičky a podporuje děložní kontrakce. Synteticky vyrobený oxytocin se často aplikuje rodičkám k indukci nebo augmentaci porodu. Zejména během I.DP napomáhá k zesílení děložních kontrakcí. (Hájek a kol., 2014)

V I. době porodní se oxytocin často užívá při protrahovaném a nepostupujícím porodu. K jeho aplikaci dochází v případech, kdy porod nepostupuje podle očekávání kvůli slabým nebo nepravidelným kontrakcím. Další indikací je indukce porodu u žen, u nichž je pokračování těhotenství spojeno s riziky pro matku nebo plod, například při potermínovém těhotenství nebo při intrauterinní růstové restrikci plodu. Nicméně podání oxytocinu je zásah do normálního porodu a měla by k této intervenci existovat vždy opodstatněná indikace. (WHO, 2018)

#### 4.1.1.9 Metody tišení porodní bolesti

Porod je fyziologický proces doprovázený porodní bolestí, která souvisí s přípravou porodních cest na vypuzení plodu. Její intenzita se liší a každá žena ji vnímá individuálně. Adekvátní léčba bolesti je nepochybně důležitá, neboť její zanedbání může způsobit poruchy acidobazické rovnováhy a stres plodu, poruchy děložní činnosti a v neposlední řadě i negativní zkušenost ženy z porodu, až duševní trauma. Současná medicína proto umožňuje využívat jak farmakologické, tak nefarmakologické metody tišení bolesti. (Procházka et al., 2020; Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP, 2018)

Mezi základní nefarmakologické metody, které pomáhají zmírnit bolest, snížit potřebu analgetik a podpořit přirozený průběh porodu, patří zejména předporodní příprava. Patří tam příprava jak psychická, tak příprava po fyzické stránce (návčik tlačení, dýchání a relaxace). Jak již bylo zmíněno výše, je důležité rodičce umožnit volný pohyb a zaujímání úlevových poloh, dále může využít účinky hydroanalgezie ve sprše, teplé vaně nebo využít relaxační masáže. Další nefarmakologické metody, které přinášejí úlevu menšímu počtu rodiček, zahrnují hypnózu, fytoterapii, akupresuru, akupunkturu, homeopatii, aromaterapii a použití TENS (transkutánní elektrická stimulace nervů) a další. (Procházka et al., 2020; Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP, 2018)

Farmakologické metody tišení bolesti, tedy ty, které využívají účinků léčiv, rozdělujeme na dvě skupiny. První skupinou je systémová analgezie, kam řadíme farmaka, která se podávají inhalačně, intramuskulárně či intravenózně. K tlumení bolesti se používá řada léků, nejčastěji opioidy (např. pethidin, nalbufin) a sedativa (např. benzodiazepiny). Z řad inhalačních analgetik se nejčastěji podává oxid dusný v 50 % koncentraci kombinovaný s kyslíkem. Kromě faktu, že tyto metody poskytují úlevu od bolesti sebou přinášejí i negativní vedlejší účinky. Mimo oxidu dusného mohou všechna zmíněná léčiva ovlivnit respirační funkce novorozence a mohou zapříčinit i abnormality v jeho chování, neboť prostupují placentární bariérou. Po jejich aplikaci se mohou dostavit také vedlejší účinky u rodičky – zejména opioidní analgetika mohou zapříčinit například ortostatickou hypotenzi, závratě, nauzeu či vomitus. (Procházka et al., 2020; WHO, 2018; Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP, 2018)

Druhou skupinou farmakologických metod jsou regionální analgetika. Mezi tyto metody patří pudendální, paracervikální, epidurální, spinální či kombinovaná spinální a epidurální analgezie. Mezi nejčastěji používané se bezpochyby řadí epidurální analgezie, která se zároveň považuje za dosud nejúčinnější metodu v porodnické analgezi. Výhoda této metody je zejména velká

účinnost, malá koncentrace podávaného anestetika a s tím spojené i nižší riziko rozvoje nežádoucích účinků. Mimo velký účinek může epidurální analgezie posílit i děložní stahy. Jedna z kontraindikací podání je ale koagulační porucha v anamnéze rodičky. (Procházka et al., 2020; WHO, 2018; Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP, 2018)

WHO ve svých doporučeních analgezií pomocí opioidů i epidurální analgezie zdravým rodičkám, které o tyto metody žádají, doporučuje. (WHO, 2018)

## **4.2 Péče porodní asistentky o ženu v II. době porodní**

Druhá doba porodní, nazývaná také jako doba „vypuzovací“, navazuje na ukončenou první dobu porodní, a začíná v momentě, kdy dojde k úplné dilataci branky. Tato fáze končí porodem plodu. (Roztočil et al., 2020)

Dělí se na dvě fáze, tedy na pasivní a aktivní. V pasivní fázi dochází k progresi sestupu hlavičky na pánevní dno a rotaci hlavičky. Pasivní ji nazýváme proto, že se rodička aktivně nezapojuje do procesu tlačení a aktivně se nepodílí na vypuzení plodu břišním lisem. Aktivní fáze začíná tehdy, kdy hlava plodu sestoupila na pánevní dno, porodnická branka je zašlá a hlava plodu je po ukončení vnitřní rotace. Při splnění těchto podmínek žena může aktivně zapojit břišní lis a začít tláčit. V této fázi obvykle sama rodička pocítuje potřebu tlačení, a to vlivem tlaku, který vyvíjí sestupující hlavička na nervové pleteně v oblasti pánevního dna. (Procházka et al., 2020; Roztočil et al., 2020)

Světová zdravotnická organizace ve svých doporučeních pro II. dobu porodní zdůrazňuje především důležitost vyjádření podpory rodičce, popřípadě i partnerovi při porodu. Porodní asistentka poskytuje jak emocionální podporu empatickým a povzbuzujícím přístupem, tak o veškerém dění v průběhu porodu rodičku informuje a zodpovídá veškeré její otázky. Tento přístup, díky němuž se rodička cítí informovaná a podporovaná, přináší podíl na lepších porodních výsledcích a větší spokojenosti rodiček. (Procházka et al., 2020; WHO, 2018)

Porodní asistentka zároveň neustále monitoruje stav ženy i novorozence, kontroluje ozvy plodu po každé kontrakci, edukuje a provádí s rodičkou nácvik tlačení a také respektuje přání rodičky například ohledně porodní polohy. Dále sleduje děložní činnost a postupný sestup plodu porodními cestami. V případě fyziologického stavu rodičky a novorozence porodní asistentka respektuje individuální tempo progresu porodu a pokud není opodstatněný důvod, do porodu nezasahuje. (Procházka et al., 2020; Moravcová et al. 2022)

### **4.2.1 Porodní přání ve II. době porodní**

Mezi nejčastější přání rodiček v průběhu II. doby porodní patří libovolná možnost výběru polohy za porodu a jejich střídání. Dále žádají o neprovedení preventivní epiziotomie a také zmiňují preferenci spontánního tlačení dle svých pocitů. (Fakultní nemocnice Bulovka, © 2025)

#### **4.2.1.1 Poloha za porodu**

Poloha ženy za porodu ve II. době porodní ovlivňuje stav plodu a délku porodu a stejně jako v I. DP. Jak už bylo popsáno v kapitole „4.1.1.4. Pohybový režim a polohování“, výrazně výhodnější jsou při porodu pro ženu i plod polohy vertikální. (Desseauve et al., 2017; Yu et al., 2020)

Porodní asistentka by měla ženě umožnit volbu polohy dle preferencí a pohodlí rodičky, přičemž její výběr by měl být přizpůsoben pohodlí i bezpečí rodičky i plodu. Porodní asistentka pomůže ženě vybranou polohu zaujmout a také upraví místo tak, aby v ní ženě bylo pohodlně a aby zde mohla II. doba porodní proběhnout. (Slezáková, 2017) Mimo vertikální pozice, je taky doporučováno zaujímat i některé horizontální polohy jako například poloha na boku. Polohu je možno i během tlačení změnit, např. při nepohodlí ženy či obtížném tlačení ve zvolené pozici. (UNIPA a ČKPA, 2019) Díky podpoře autonomie žen, která se nejen s tímto přístupem pojí, si ženy mohou odnést spokojenější porodní zážitek. (WHO, 2018)

#### **4.2.1.2 Způsob tlačení ve II. době porodní**

Jak již bylo zmíněno výše, tak tlačení se zapojením břišního lisu, se provádí v průběhu kontrakce v aktivní fázi II. DP. Využívá se přitom autonomní síly a zapojení břišního svalstva, díky čemuž dochází k vypuzení plodu z mateřského organismu. (Procházka et al., 2020)

Rozlišují se dva hlavní přístupy – řízené a spontánní tlačení. Řízené spočívá v instruování ženy, kdy a jak tlačit – rodička se nadechne a zadrží dech, zavře oči, ústa, předkloní bradu a tlačí směrem do konečníku, přičemž největší tlak žena vyvíjí na vrcholu kontrakce. Tento způsob tlačení se využívá zejména pokud je třeba porod urychlit. Druhým přístupem, o který ženy někdy v porodních plánech žádají, je spontánní způsob tlačení spočívající v tlačení dle subjektivních pocitů ženy. Rodička tlačí podle svých potřeb a podle přirozených pocitů tlaků v pánvi. V případě fyziologického průběhu porodu, kdy není ohroženo zdraví rodičky a plodu, by se rodičkám tento způsob tlačení měl umožnit a WHO ho doporučuje. (Lemos et al., 2017; WHO, 2018)

Článek s názvem "*Pushing/bearing down methods for the second stage of labour*" je systematickým přehledem publikovaným v „*Cochrane Database of Systematic Reviews*“, ve

kterém se hodnotí různé techniky tlačení během druhé doby porodní a jejich vliv na matku a novorozence. Výsledky však neprokázaly jednoznačnou výhodu jednoho přístupu nad druhým. Proto se doporučuje, aby porodní asistentky podporovaly ženy ve volbě techniky tlačení, která jim nejlépe vyhovuje, přičemž rozhodnutí by mělo vždy zohledňovat aktuální stav rodičky a plodu. (Lemos et al., 2017)

#### **4.2.1.3 Epiziotomie**

Epiziotomie neboli nástřih perinea je výkon, který se provádí pouze v indikovaných případech, nikoli z rutinních důvodů. V současnosti by se tento výkon měl provádět pouze za určitých indikací, mezi které patří nutnost zkrátit II. dobu porodní z důvodu hypoxie plodu, provedení z důvodu prevence poranění análního svěrače při operačním vaginálním porodu nebo při poranění análního svěrače při předešlém vaginálním porodu. (Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP, 2023)

### **4.3 Péče PA o ženu ve III. době porodní a časném poporodním období**

Třetí doba porodní neboli „doba k lůžku“ je obdobím, při němž dochází k odloučení a porodu placenty včetně pupečníku, plodových obalů a retroplacentárního hematomu. Pokud se jedná o fyziologický průběh porodu, je třeba se vyvarovat dráždění dělohy a tahání za pupečnick. Pokud rodička nekrvácí, je důležité respektovat čas, který si placenta pro odloučení žádá. Doba odlučování placenty je individuální a může trvat několik minut až jednu hodinu. (Procházka et al., 2020; Roztočil et al., 2017)

Časným poporodním obdobím nazýváme dobu, která nastává po porodu placenty. Toto období spočívá hlavně v zajištění observace rodičky, která zůstává po porodu placenty na porodním sále další dvě hodiny. Po dvou hodinách standardně probíhá překlád rodičky a novorozence na oddělení rooming in. (Roztočil et al., 2017; Procházka et al., 2020)

Porodní asistentka se během III. doby porodní nevzdaluje a kontinuálně kontroluje krvácení a celkový stav rodičky. Dbá na psychický i fyzický komfort ženy, může ji poskytnout čistý oděv nebo ji nabídnout teplou přikrývku, nicméně rodidla musí být kvůli kontrole krvácení po celou dobu odkryta. Také podporuje kontakt matky s novorozencem položením kůží dítěte na holou kůži ženy. Porodní asistentka sleduje známky odloučení placenty a po jejím spontánním odloučení může její porod usnadnit pomocí Jacobsova hmatu. Poté asistentka zkontroluje celistvost a úplnost placenty a plodových obalů. Následně zkontroluje porodní poranění na čípku, v pochvě a na hrázi a v případě, že nějaké vzniklo, provede jeho ošetření. (Procházka et al., 2020; Moravcová et al., 2022)

Jak již bylo zmíněno výše, pacientka zůstává na porodním sále ještě další 2 hodiny, kdy porodní asistentka hodnotí celkový stav rodičky. Žena zaujímá polohu na zádech, neboť tato poloha přispívá ke správnému zavínování dělohy. Během tohoto období také porodní asistentka ženu edukuje o poporodní péči, změnách v období šestinedělí a zodpovídá veškeré její dotazy. Minimálně každých 15–20 minut u ženy pečlivě kontroluje jak objektivní, tak subjektivní projevy komplikací. Monitoruje zejména výšku děložního fundu, známky krvácení a konzistenci dělohy, přičemž veškeré informace zaznamená do zdravotnické dokumentace. (Procházka et al., 2020; Moravcová et al., 2022)

#### **4.3.1 Porodní přání ve III. době porodní a časném poporodním období**

Ženy v porodních plánech často popisují svá přání i k průběhu III. DP a časného období po porodu dítěte. Nejčastější požadavky bývají ohledně porodu placenty a aktivního vedení III. doby porodní uterotoniky, přerušení pupečníku až po jeho dotepání, bondingu a také poporodní péče o novorozence. (Dušová, 2019; Procházka et al., 2020)

##### **4.3.1.1 Podání uterotonik ve III. době porodní**

Třetí doba porodní se standardně vede aktivně podáním uterotonik intravenózně po porodu hlavičky plodu z důvodu snížení rizika rozvoje poporodního krvácení. Uterotonikum se podává bezprostředně po porodu dítěte, což maximalizuje jeho účinnost v podpoře retrakce dělohy a tím urychlení odloučení placenty a involuce místa inzerce placenty. (Hersh et al., 2022)

Doporučeným uterotonikem je oxytocin a podává se buď intravenózně či intramuskulárně, nicméně alternativy zahrnují ergometrin, karbetocin, prostaglandiny či kyselinu tranexamovou a to zejména v případech, kdy je oxytocin nedostupný nebo je kontraindikován. Aktivní vedení III. doby porodní podáním uterotonik doporučuje nejen WHO, ale i mnoho jiných organizací nebo zemí, jako například „*International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)*“, „*Latin American Federation of Obstetrics and Gynecology Societies (FLASOG)*“ nebo například „*American College of Obstetricians and Gynecologists*“ a mnoho dalších. (Hersh et al., 2022; WHO, 2018)

##### **4.3.1.2 Odložené přerušování pupeční šňůry**

WHO ve svých doporučeních uvádí, že v případě celkového fyziologického stavu ženy a novorozence, by se měl pupečník přerušit nejdříve jednu minutu po narození dítěte, neboť tento postup přináší pro novorozence zejména v prvních měsících života významné benefity. (WHO, 2018) Pozdní přerušování pupečníku totiž umožňuje přenos krve z placenty do

novorozence, což může vést k vyšší hladině hemoglobinu a lepším zásobám železa. (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020)

V situacích, kdy novorozenec ihned po porodu vyžaduje okamžitou zdravotní péči a není možné pozdní přerušování pupečníku zajistit, je možné pupeční šňůru přerušit dříve. V takových případech by zdravotnický personál měl postupovat podle aktuálních klinických pokynů a individuálních potřeb matky a dítěte. (WHO, 2018)

#### **4.3.1.3 Bonding**

V rámci časného poporodního období standardně probíhá na porodním sále bonding na těle matky, jehož cílem je zajistit podmínky pro budování a upevnění vztahu matky a novorozence. Mimo jiné bonding přispívá i k lepší adaptaci novorozence v novém prostředí. Během této doby se novorozenec poprvé spontánně přisává k prsu. (Procházka et al., 2020)

## 5 SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Porodní plán je dokument, který obsahuje výčet přání rodičky týkající se jejího porodu a slouží především jako dorozumivací prostředek mezi rodičkou a zdravotnickým personálem. Díky široké dostupnosti informací se některé ženy více zajímají o těhotenství a porod, což vede k nárůstu individuálních požadavků na jejich průběh. Proto si sepisují porodní plán, díky kterému mohou svá sepsaná přání zdravotníkům zprostředkovat. Přinášejí ho s sebou do porodnice a předkládají ho zdravotnickému personálu, pro který se práce s porodními plány stala běžnou součástí každodenní praxe. Ženy ve svých porodních plánech popisují svá individuální přání a obvykle se také zmiňují, čemu by se rády u porodu vyhnuly. (Dušová a kol., 2019; Bašková M., 2015; Sovová, 2018)

Porod je pro ženu významná životní událost, která ji také může poznamenat po psychické stránce, a proto je správný postup práce s porodními plány nepochybně důležitý. Škála porodních přání bývá ale často velmi individuální a rozmanitá, a ne vždy odborně podložená. Proto je důležité, aby porodní asistentka uměla se ženou citlivě pracovat, správně ji edukovat a vhodně přistupovat k jejímu porodnímu plánu. Zároveň musí najít rovnováhu mezi respektováním přání rodičky, zajištěním bezpečnosti matky i plodu a dodržováním právních a etických standardů zdravotnického zařízení. (Takács a kol., 2015; Dušová a kol., 2019)

Jak se tedy porodní asistentky k porodním plánům staví a jak s nimi pracují? Průzkumná část bakalářské práce se bude zabývat především postoji porodních asistentek k porodním plánům v praxi. Průzkum bude proveden v řadách porodních asistentek zaměstnaných na porodních sálech tří zdravotnických zařízení. Respondentky budou vyplňovat dotazníky zaměřené na způsob práce s porodními plány a na výhody i nevýhody, které jim tato práce přináší. Dále budou zjišťovat, jak často se respondentky s porodními plány setkávají a jaká jsou nejčastější přání, která ženy ve svých porodních plánech zmiňují. Průzkum se částečně zaměří i na právní aspekt práce s porodními plány.

# PRŮZKUMNÁ ČÁST

## 6 PRŮZKUMNÉ CÍLE A PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

### 6.1 Hlavní průzkumný cíl

Zjistit postoje a zkušenosti porodních asistentek s porodními plány.

#### 6.1.1 Dílčí průzkumné cíle

Zjistit zkušenosti a postupy práce porodních asistentek při péči o ženu s porodním plánem.

Zjistit jaké výhody a nevýhody porodní asistentky při práci s porodními plány vnímají.

### 6.2 Průzkumné otázky

**Průzkumná otázka č. 1:** Jak porodní asistentky pracují s porodními plány a jakou s nimi mají zkušenost?

**Průzkumná otázka č. 2:** Jaké výhody a nevýhody vnímají porodní asistentky v souvislosti s využitím porodních plánů ve své praxi?

## 7 METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI

Bakalářská práce na téma Porodní plány z pohledu porodních asistentek je teoreticko – průzkumnou prací a nástrojem ke sběru dat byl nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce. Samotnému průzkumu pomocí dotazníkového šetření předcházelo schválení Žádosti o provedení výzkumu v nemocnicích, kde bylo dotazníkové šetření uskutečněno.

V rámci metodiky práce byly nejprve stanoveny cíle a průzkumné otázky, které jsou definovány v předchozí kapitole. Byl formulován hlavní cíl a následně dílčí cíle a průzkumné otázky. Dalším krokem byl výběr a zhotovení nástroje sběru dat – nestandardizovaný dotazník vlastní konstrukce, který obsahoval otevřené i uzavřené otázky, včetně škálových hodnocení postojů a zkušeností respondentek. Také bylo zapotřebí stanovit kritéria pro zařazení respondentů do průzkumu, přičemž jednou z hlavních podmínek byl pracovní úvazek porodních asistentek přímo na porodním sále. Proto byly dotazníky umístěny přímo na porodní sály tří různých porodnic. Respondentkám zde byly k dispozici v papírové formě a byly uloženy v označených papírových deskách, kam respondentky po vyplnění dotazníky vracely.

Sběr dat k průzkumné části bakalářské práce byl zahájen začátkem ledna a byl ukončen v polovině února 2025. Celkem bylo na oddělení porodních sálu rozdáno 35 dotazníků, přičemž data byla vyhodnocena z 32 kompletně vyplněných dotazníků, tudíž návratnost činila 91 %. Dotazník se skládá celkem z 16 otázek, přičemž obsahuje 5 otevřených otázek, 2 uzavřené a 1 uzavřenou s možností zvolit více odpovědí. Dále obsahuje 6 polouzavřených otázek, u nichž měly respondentky možnost zvolit odpověď „jiné“ a doplnit svou vlastní variantu dle subjektivního názoru. Poslední typ dvou otázek využíval číselné škály od 1 do 5. (viz Příloha A)

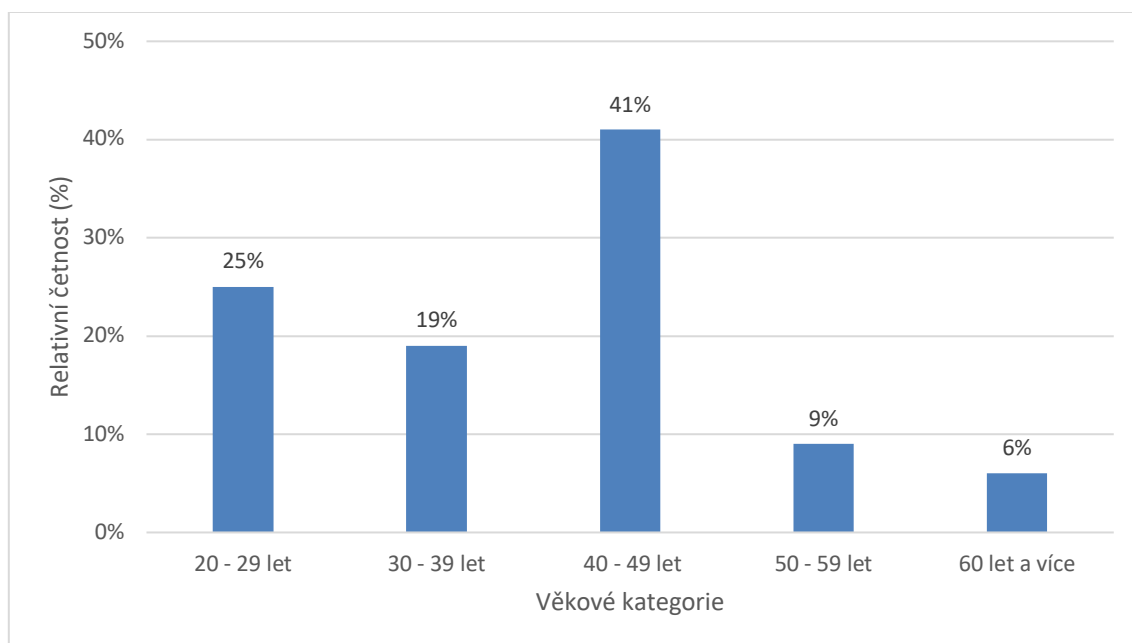
Shromážděná data byla analyzována pomocí popisné statistiky. K vytvoření tabulek a grafů byl využit počítačový program Microsoft Office Excel 365, do kterého byly výsledky v rámci vyhodnocování dat vloženy. Výsledky byly následně interpretovány a srovnány s dostupnou odbornou literaturou.

### 7.1 Charakteristika souboru

Jak již bylo zmíněno výše, tak dotazníkového šetření se účastnilo 32 respondentek ze tří různých pracovišť v České republice. Všechny respondentky byly ženy – porodní asistentky, přičemž kritérium pro zařazení respondentek do průzkumu byl pracovní úvazek na porodním sále. Všechny PA se také dotazníkového šetření účastnily dobrovolně. Otázky č. 1, 2 a 3 byly

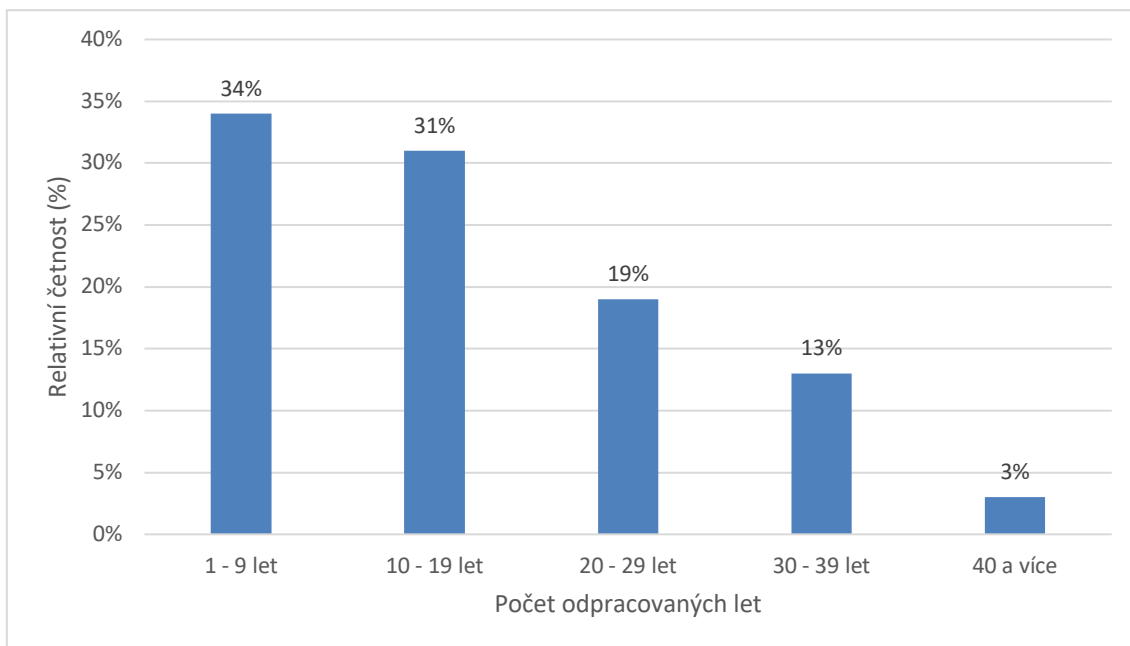
do dotazníku záměrně vloženy na jeho začátek a slouží k charakteristice souboru respondentek, která je analyzována v této kapitole.

Otázka č. 1 zjišťovala věk respondentek. Dle výsledků dotazníkového šetření je nejpočetnější věkovou skupinou respondentek skupina ve věku 40–49 let, kterou tvoří 13 porodních asistentek (41 %). Hned v závěsu jsou s počtem 8 respondentek nejmladší porodní asistentky, a to ve věku 20–29 let a tvoří 25 % z celkového počtu souboru. O něco méně jich bylo ve věkové skupině 30–39 let, a to konkrétně 6 respondentek (19 %). Mezi dvě nejméně zastoupené skupiny patří porodní asistentky v nejstarších věkových kategoriích: věková skupina 50–59 let, kterou tvoří 3 respondentky (9 %), a skupina 60 a více let, kterou tvoří 2 respondentky (6 %). Střední věk respondentek je 40,5 let. (viz Obrázek 1)



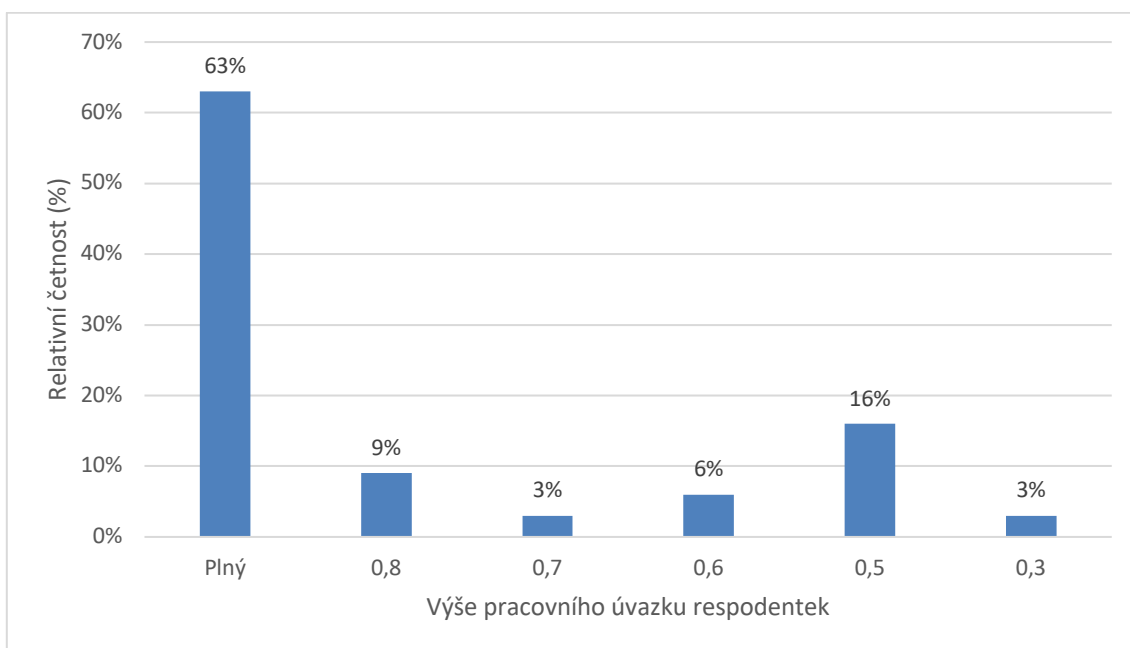
**Obrázek 1 Věk respondentek**

Otázka č. 2 zjišťovala délku praxe porodních asistentek na porodním sále (PS). Jak je vidět z grafu, tak porodních asistentek, které mají nejkratší praxi je nejvíce, a naopak porodních asistentek, jejichž praxe je nejdelší, je nejméně. Nejvyšší počet respondentek mají ty, které na PS pracují v rozmezí 1–9 let a konkrétně je jich 11 (34 %). Do další kategorie 10 respondentek (31 %) spadají ty, které mají praxi 10–19 let. Dále jsou respondentky pracující 20–29 let a jejich počet je 6 (19 %). V rozmezí mezi 30–39 lety praxe jsou 4 (13 %) a respondentka, která pracuje na PS více než 40 let, je pouze jedna (3 %). Střední hodnota (medián) délky praxe porodních asistentek je 13,5 let. (viz Obrázek 2)



**Obrázek 2 Délka praxe**

Otázka č. 3 se ptala na délku pracovního úvazku respondentek. Dvacet dotazovaných PA (63 %) pracují ve zdravotnickém zařízení na plný úvazek. Zbývajících 37 % mají pouze úvazek zkrácený, přičemž 5 žen (16 %) pracuje na druhý nejčastěji zmiňovaný úvazek – poloviční. Méně častý je úvazek 0,8, který mají 3 respondentky (9 %). Dvě respondentky (6 %) uvedly úvazek 0,6 a nejméně zastoupené úvazky 0,7 a 0,3 měly shodně po jedné respondentce (3 %). Převážná většina porodních asistentek pracuje na plný úvazek.



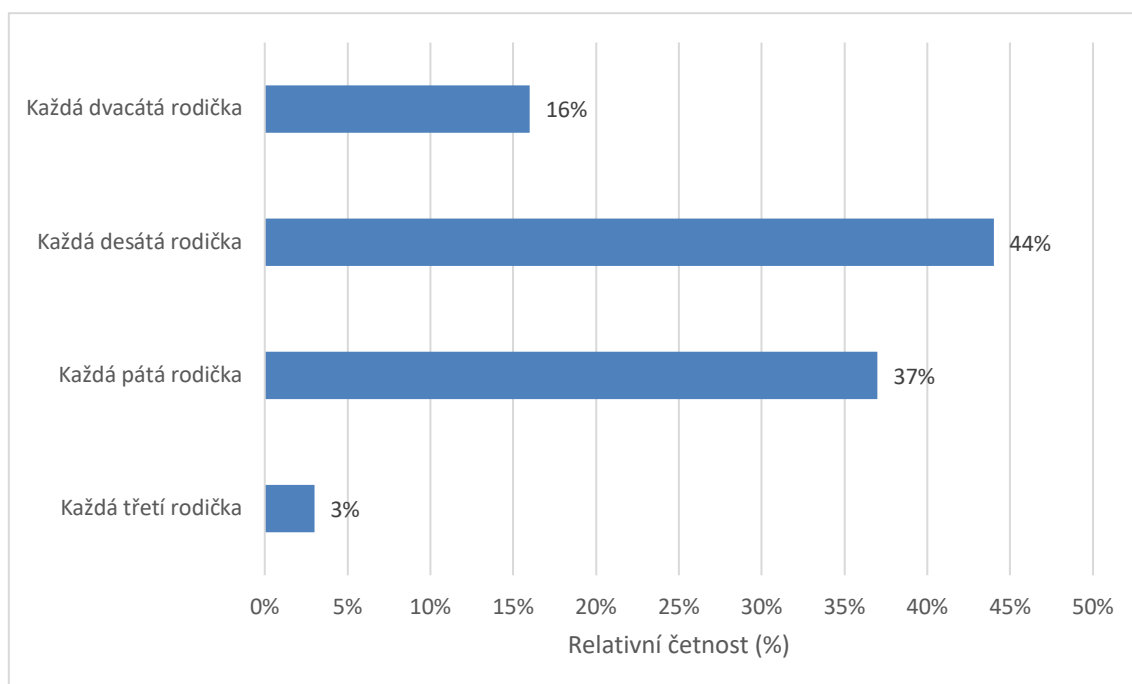
**Obrázek 3 Délka pracovního úvazku**

## 8 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této kapitole průzkumné části jsou interpretovány a znázorněny výsledky odpovědí z dotazníkového šetření. Data jsou prezentována pomocí grafů a tabulek vytvořených v programu Microsoft Office Excel 365 a jsou doplněna o slovní interpretaci.

### Otázka č. 4: Jak často se v praxi průměrně setkáváte s porodními plány?

- a) Přibližně u každé páté pacientky
- b) Přibližně u každé desáté pacientky
- c) Jiné.....



**Obrázek 4 Četnost výskytu porodních plánů u rodiček**

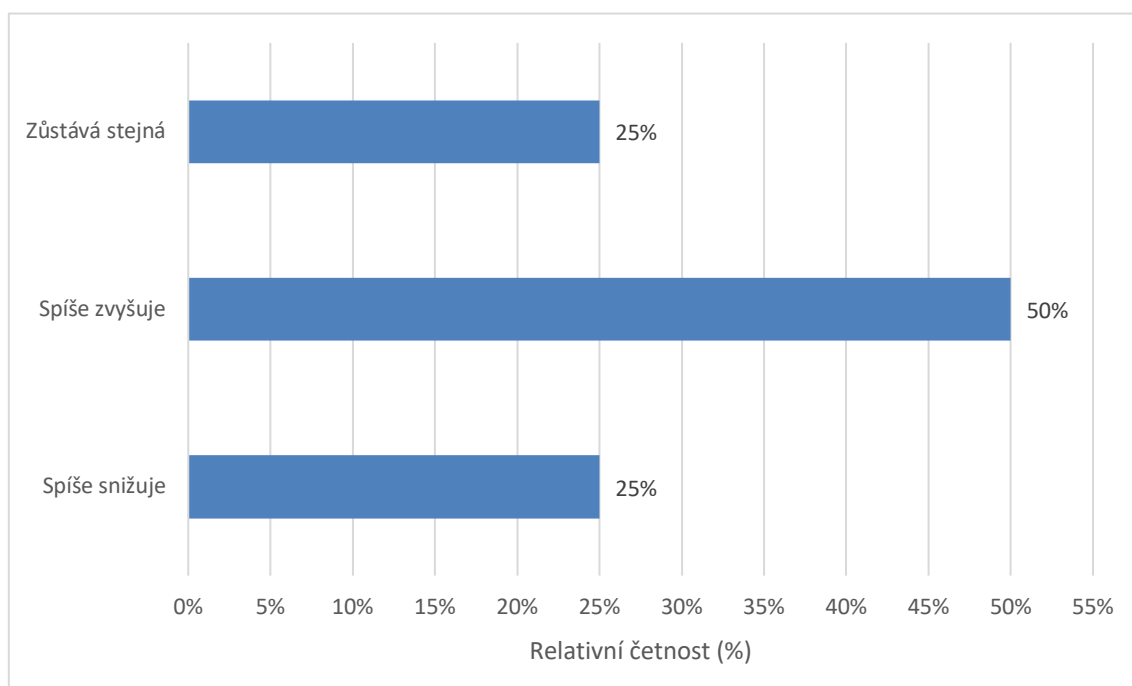
Čtvrtá otázka zjišťuje četnost porodních plánů u rodiček. Respondentky si při vyplňování mohly vybrat jednu ze tří odpovědí. První dvě varianty byly dané, ale v případě, že jim předchozí dvě varianty nevyhovovaly, měly možnost zvolit třetí variantu „c) jiné“, a doplnit na její místo vlastní odpověď.

Z Obrázku 4 je zřejmé, že nejvíce respondentek, s počtem 14 odpovědí (44 %), vybralo možnost b), tudíž uvedlo, že se setkávají s porodním plánem přibližně u každé desáté rodičky. Jako druhá nejčastější odpověď byla možnost a) „přibližně u každé páté rodičky“, kterou vybralo 12 respondentek (37 %). Možnost c) „jiné“ vybralo 6 respondentek (19 %), přičemž možnost „přibližně u každé dvacáté rodičky“ dopsalo 5 respondentek (16 %) a možnost „přibližně u každé třetí rodičky“ dopsala jedna. (3 %) Výsledky tedy ukazují, že se porodní asistentky

s porodními plány setkávají poměrně často – jak již bylo zmíněno výše, nejčastěji respondentky uvedly, že porodní plán s sebou k porodu přináší přibližně každá desátá rodička, což může poukazovat na fakt, že jde o aktuální a relevantní téma.

**Otázka č. 5: V posledních 3 letech se v naší porodnici četnost porodních plánů:**

- a) Spíše zvyšuje
- b) Spíše snižuje
- c) Zůstává stejná

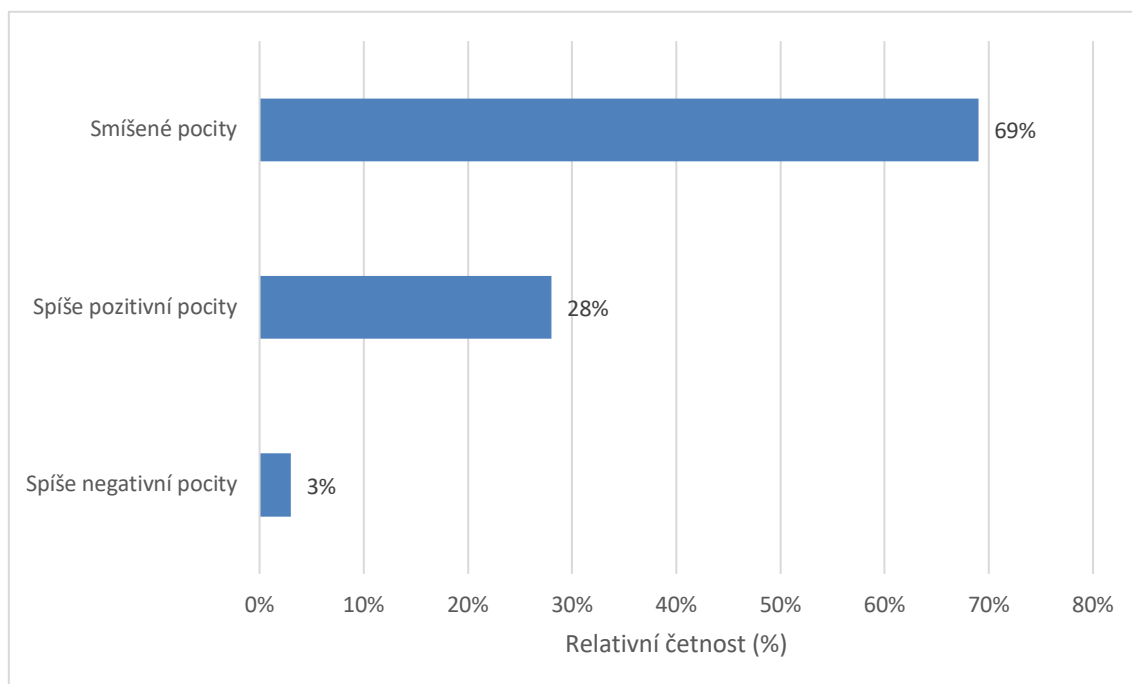


**Obrázek 5 Četnost porodních plánů u porodů v posledních 3 letech**

Pátá otázka zčásti navazuje na otázku předchozí a respondentek se dotazovala na proměnlivost četnosti porodních plánů u rodiček v uplynulých třech letech. Největší část respondentek - 16 odpovědí (50 %), uvedla, že četnost porodních plánů se v průběhu posledních tří let spíše zvyšuje. Zbývající dvě možnosti získaly stejný počet odpovědí – 8 respondentek (25 %) se domnívá, že četnost porodních plánů přibližně stejná, zatímco dalších 8 (25 %) uvedlo, že se spíše snižuje. Skutečnost, že polovina respondentek vnímá nárůst výskytu četnosti porodních plánů, může poukazovat na zvyšující se informovanost žen a větší snahu se zapojit do rozhodování o porodní péči, což podporují i doporučení WHO (2018), která tvorbu porodního plánu doporučuje.

**Otázka č. 6: Když se řekne „porodní plán“, vyvolá to ve Vás spíše pozitivní či negativní pocity?**

- a) Spíše pozitivní
- b) Spíše negativní
- c) Smíšené



**Obrázek 6 První pocity respondentek, když se řekne porodní plán**

Otázka číslo 6 zjišťovala pocity, které si porodní asistentky spojují s porodními plány. Na výběr byly 3 možnosti, z nichž bylo možné zvolit jednu odpověď. Odpověď s nejvyšším počtem 22 hlasů (69 %) byla možnost c) - smíšené pocity. Druhou nejčastější možností a) zvolilo 9 respondentek (28 %), které se přikláněly spíše k pozitivním pocitům a pouze jedna respondentka z celého souboru (3 %), u které vyhrávají nad pozitivními spíše ty negativní pocity, zvolila možnost b). Z výsledků je tedy patrné, že pocity porodních asistentek vůči porodním plánům jsou převážně neutrální, přičemž pozitivní převažují nad těmi negativními.

**Otázka č. 7: Ohodnořte prosím čísla od 1 do 5 jednotlivá porodní přání podle toho, jak často se s nimi setkáváte v porodních plánech rodiček. (1 – sekávám se s ním v téměř každém plánu; 2 - požadavek je běžný, není ale v každém plánu; 3 – požadavek není tak častý; 4 – setkala jsem se minimálně; 5 – nesetkala jsem se s ním)**

**Tabulka 1 Porodní přání**

<b>Porodní přání žen v porodních plánech</b>	<b>Průměrná odpověď</b>	<b>Nejčastější odpověď</b>
Blízká osoba u porodu	1	1
Bonding ve IV. době porodní	1	1
Požadavek na využití libovolné polohy za porodu	1,2	1
Požadavek na pozdní přerušení pupečníku až po jeho dotepání	1,2	1
Využití nefarmakologických metod ovlivnění bolesti (hydroanalgezie, masáž, aromaterapie, muzikoterapie a další)	1,3	1
Odmítnutí provedení preventivní epiziotomie	1,4	1
Preference volného, spontánního tlačení ve II. době porodní	1,7	2
Odmítnutí podání analgetik v průběhu I. doby porodní	1,8	2
Odmítnutí dirupce vaku blan z důvodu urychlení I. doby porodní	1,8	2
Odmítnutí aplikace oxytocinu za účelem urychlení I. doby porodní	2	2
Minimalizace vaginálního vyšetření	2,3	2
Odmítnutí preventivního zavedení periferního žilního katetru	2,4	2
Odmítnutí aplikace uterotonik ve III. době porodní	2,6	3
Odmítnutí rutinního podání klyzma	3,1	3
Odmítnutí provedení CTG záznamu či nižší frekvence tohoto vyšetření, než je ve Vašem zařízení běžné	3,2	4
Odmítnutí holení	3,5	4

Otázka číslo 7 se respondentek ptala na porodní přání v porodních plánech. Respondentky měly v otázce vypsané nejčastější požadavky vyskytující se v PP a jejich úkolem bylo u každého požadavku posoudit a přiřadit číslovku od 1 do 5 podle toho, jak často se s danými požadavky setkávají, přičemž podmínky pro přiřazování čísel měly k dispozici v zadání otázky.

Výsledky byly shromážděny do tabulky, ve které jsou všechny požadavky doplněny o průměrné hodnoty odpovědí, které vyšly zprůměrováním všech 32 odpovědí z dotazníků. V druhém sloupci jsou uvedeny hodnoty nejčastěji vyskytujících se čísel u jednotlivých požadavků.

Dle průměru hodnot a nejvíce se opakujících čísel v odpovědích jsou nejčastěji vyskytující požadavky „blízká osoba u porodu“ a „bonding ve IV. době porodní (DP)“. Tyto dvě odpovědi jako jediné nasbíraly stoprocentní shodu čísla 1 ve všech 32 dotaznících, z čehož vyplývá, že se s těmito požadavky respondentky setkávají téměř v každém PP. Dále si nejčastěji ženy přejí zaujmout libovolnou polohu pro tlačení ve II. DP (1,2 – hodnota průměrné odpovědi respondentek), také si často přejí přerušit pupečník až po jeho dotepání (1,2) a přejí si vyhnout se preventivní epiziotomii (1,4). Dle průměrných hodnot tedy můžeme o těchto požadavcích tvrdit, že se také vyskytují téměř v každém PP. Jinak tomu není ani u preference využití nefarmakologických metod ovlivnění bolesti, který získal průměrnou hodnotu 1,3. Respondentky dále uvádějí, že ženy v porodních plánech někdy odmítají farmakologické tlumení bolesti (1,8). Tento požadavek je vnímán jako poměrně běžný, avšak respondentky se s ním nesetkávají pravidelně, jelikož – dle nejčastěji uváděné hodnoty 2 – nebývá uveden v každém porodním plánu. Mezi další časté preference dle získaných dat patří požadavek na spontánní tlačení ve II. DP (1,7) a ženy poměrně často odmítají i dirupci vaku blan z důvodu urychlení I. doby porodní (1,8), u nichž nejčastější odpověď respondentek je 2. Mezi méně časté požadavky patří minimalizace vaginálních vyšetření (2,3) a odmítnutí preventivního zavedení periferního žilního katetru (2,4), přičemž u obou byla nejčastější odpověď číslo 2, která také značí, že daný požadavek je sice běžný, avšak nevyskytuje se v každém porodním plánu. Další poměrně častý požadavek, s kterým se respondentky někdy setkávají, je požadavek v podobě odmítnutí aplikace oxytocinu v I. době porodní (2) a méně často i v odmítnutí podání oxytocinu v rámci aktivního vedení III. doby porodní (2,6), kterou většina respondentek ale považuje za méně častou (nejčastější odpověď 3). Požadavek, který respondentky označily jako méně častý, je odmítnutí rutinního podání klyzma (3,1), přičemž nejčastěji uváděnou odpovědí byla hodnota 3, což značí, že se s tímto požadavkem setkávají jen občas. Mezi požadavky, se kterými se respondentky setkávají jen výjimečně, ale přesto se občas objeví, patří odmítnutí provedení CTG záznamu či požadavek na nižší frekvenci tohoto vyšetření, než je ve zdravotnickém zařízení obvyklé (3,2), a dále odmítnutí holení (3,4). U obou požadavků byla nejčastější odpověď číslo 4, což značí, že se s nimi porodní asistentky setkávají zřídka.

## Otázka č. 8: Jaké VÝHODY vnímáte při práci s porodními plány ve své praxi?

Tabulka 2 Výhody porodních plánů z pohledu respondentek

Odpovědi respondentek	Počet odpovědí
Ujasnění představ a priorit ženy před porodem umožňuje poskytovat lépe individualizovanou péči	19
Lepší komunikace	3
Navázání důvěrnějšího vztahu během konzultace PP	3
Větší zájem žen o porodní proces	2
Lepší informovanost rodiček o průběhu porodu.	2
Ujasnění preferencí rodičky pro případ akutních situací	1
Shromážděné informace na jednom místě	1
Respondentky nevnímají PP jako výhodu	5

Otázka číslo 8 byla otevřená, a respondentky v ní měly uvést výhody, které jim v praxi porodní plán přináší. Celkem bylo shromážděno 36 odpovědí, které byly zařazeny do osmi odlišných kategorií. Devatenáct respondentek (52 %) označilo za výhodu porodního plánu možnost předem si se ženou vyjasnit její přání a preference týkající se porodu, což jim následně umožňuje poskytovat více individualizovanou péči. Tři respondentky (8 %) považují porodní plán za nástroj, který jim zlepšuje a zefektivňuje komunikaci mezi PA a rodičkou. Další tři respondentky (8 %) uvedly, že v rámci společné konzultace porodního plánu mají prostor s rodičkou navázat důvěrnější vztah. Za výhodu považují 2 respondentky (6 %) také zvýšený zájem rodiček o porodní proces a další 2 respondentky (6 %) zařadily do výhod také lepší informovanost rodiček o průběhu porodu. Jedna respondentka (3 %) uvedla, že má možnost si s rodičkou ujasnit její preference v případě, že nastane některá z akutních situací. Jedna z respondentek (3 %) také popsala výhodu porodního plánu ve smyslu shromáždění informací a preferencí na jednom místě, přičemž se může k přáním rodičky vrátit po celou dobu poskytování péče. Posledních pět respondentek (14 %) uvedlo, že pro ně porodní plán žádnou výhodu nepředstavuje.

## Otázka č. 9: Jaké naopak vnímáte NEVÝHODY při práci s porodními plány ve své praxi?

Tabulka 3 Nevýhody porodních plánů z pohledu respondentek

Odpovědi respondentek	Počet odpovědí
Porodní plány stažené z internetu – chybí autentičnost a ženy často samy neví, co chtějí, co jaký výkon obnáší a proč se provádí	12
Ženy někdy uvádějí nereálná či obtížně splnitelná přání, která mohou představovat riziko pro jejich zdraví nebo zdraví plodu	8
Negativní postoj a direktivní přístup některých žen k dobře míněným radám personálu – obtížná komunikace	4
Časté odmítání či nevyužití původně uvedených přání – PP někdy ztrácí svůj smysl	4
Přílišná očekávání a upínání se k jednotlivým přáním mohou vést ke zklamání, pokud se porod nevyvíjí podle představ rodičky	3
Obava respondentek ze soudního řízení v případě poškození zdraví v důsledku dodržení některých požadavků uvedených v porodním plánu	2
Přání zasahující do odborné péče porodních asistentek	1
Časové zdržení při příjmu ženy s pokročilým vaginálním nálezem	1
Respondentky žádné nevýhody nevnímají	3

Otázka číslo 9 byla též otázkou otevřenou a respondentky v ní uváděly nevýhody, které vnímají při práci s porodními plány. Celkem respondentky uvedly 38 odpovědí, které jsou rozděleny do devíti různých kategorií. Nejčastěji zmiňovanou nevýhodou, uvedenou ve dvanácti odpovědích (32 %), byl předložený porodní plán stažený z internetu. Respondentky uváděly nevýhodu především v absenci autentičnosti přání, dále popisovaly, že ženy často neví, co jaké přání znamená, proč se dělá a často se ženy v těchto případech dozvídají o důvodech jednotlivých postupů až při konzultaci s porodní asistentkou. Další nevýhodu spatřuje 8 respondentek (21 %) v požadavcích, které mohou představovat riziko pro zdraví ženy či plodu, u kterých rodičky očekávají jejich upřednostnění i na úkor bezpečnosti. Čtyři respondentky (11 %) míní jako nevýhodu negativní postoj a někdy až direktivní přístup některých rodiček k dobře míněným radám personálu, přičemž problém vidí zejména v obtížné komunikaci. Za další nevýhodu považují 4 respondentky (11 %) situace, kdy ženy během porodu svá původně uvedená přání negují nebo je samy nepožadují, což podle respondentek naznačuje, že pro tyto rodičky porodní plán postrádá smysl. Jedna respondentka z této kategorie dokonce napsala, že porodní plán má smysl pouze u vícerodiček, které již o porodu z vlastní zkušenosti vědí a chtějí se například

vyhnout špatné zkušenosti z minulých porodů. Jako další nevýhodu popsaly tři respondentky (8 %) situaci, kdy žena při sepisování porodního plánu získá velká očekávání, příliš se na plán upne a v případě odlišného průběhu porodu pak zažívá pocity zklamání. Dvě respondentky (5 %) v rámci této otázky také vyjádřily obavu ze soudního řízení, a to v případě, když by došlo z důvodu respektování některých přání k poškození zdraví ženy nebo plodu. Dále jedna respondentka (3 %) za nevýhodu považuje přání, která zasahují do odborné péče, kterou má v popisu práce porodní asistentka. V neposlední řadě zase jiná respondentka (3 %) popsala jako nevýhodu situaci, kdy žena přinese porodní plán s pokročilým porodnickým nálezem a v této situaci považuje porodní plán za časové zdržení. Tři respondentky (8 %) také uvedly, že jim porodní plán žádné nevýhody nepřináší.

**Otázka č. 10: Jaká možnost nejlépe vystihuje způsob, jakým postupujete, když rodička u porodu předloží porodní plán, kde popisuje svá porodní přání? (možnost vybrat jednu či více odpovědí)**

- a) Pokud je na to čas (s ohledem na průběh porodu), snažím se projít a probrat s rodičkou všechna její přání, včetně těch, která jsem či nejsem schopná zaručit nebo slíbit a proč.
- b) Většinou si přečtu celý porodní plán a proberu s ní pouze ty body, které není z nějakého důvodu možné zaručit či splnit.
- c) Někdy s rodičkou proberu celý její porodní plán, někdy jen jeho část, záleží na okolnostech.
- d) Přečtu si porodní plán, a pokud žena nemá žádná přání, která by jí anebo dítě ohrožovala na životě, její přání s ní neprobírám.
- e) Jiné.....

**Tabulka 4 Postup práce u rodičky s porodním plánem**

<b>Odpovědi respondentek</b>	<b>Počet odpovědí</b>
A	21
B	5
C	0
D	1
A, C	2
A, D	1
A, C, D	1
E	1

Otázka číslo 10 se týkala postupu práce u ženy, která si s sebou k porodu přinese porodní plán. Respondentky v této otázce odpovídaly na to, jakým způsobem v těchto situacích postupují, přičemž měly na výběr ze čtyř daných odpovědí, které mezi sebou mohly libovolně kombinovat nebo zakroužkovat i pátou možnost s odpovědí „Jiné“ a svoji odpověď dopsat. 21 respondentek

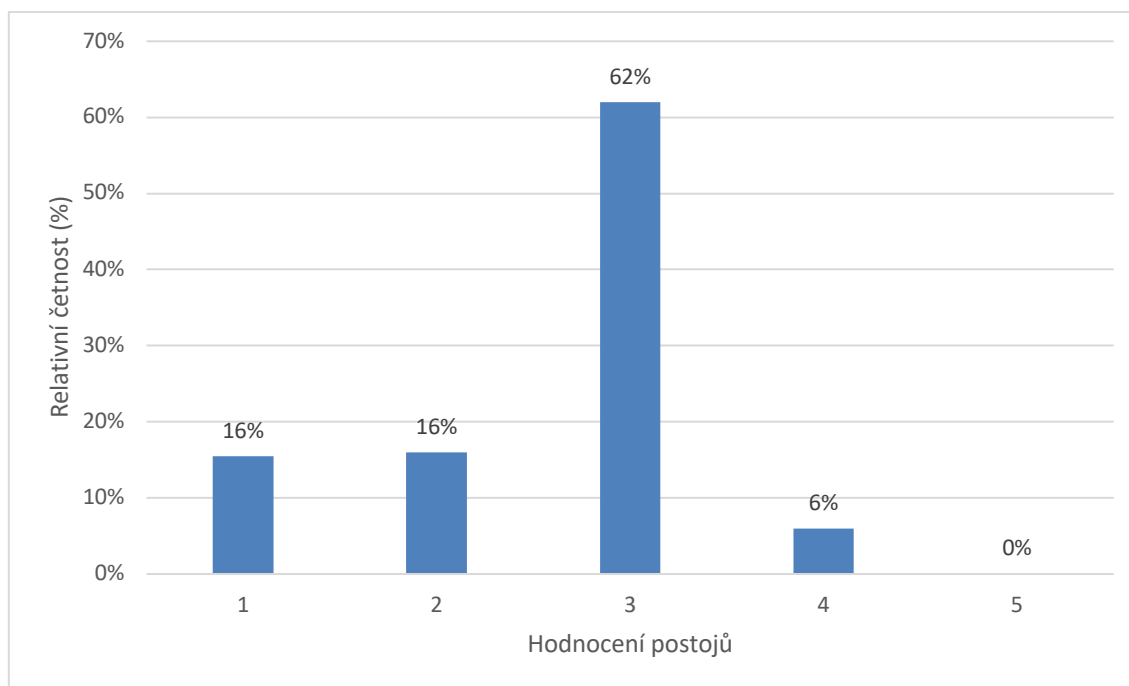
(66 %) zvolilo odpověď a), která říká, že pokud to situace a průběh porodu dovolí, s ženou probírají všechna její porodní přání. Odpověď b), ve které je naopak vykreslena situace, kdy PA probere se ženou pouze ta přání, která nelze zaručit či splnit, zvolilo 5 respondentek (16 %). Odpověď d), která uvádí, že porodní asistentka probere porodní přání se ženou pouze v případě, kdy porodní plán obsahuje požadavky ohrožující matku či dítě na životě, označila 1 respondentka (3 %). Samostatnou odpověď c) žádná respondentka ne zvolila, avšak dvě respondentky zvolily odpověď c) spolu v kombinaci s odpovědí a) (6 %). Dle jejich odpovědí se ve většině případů snaží probrat s rodičkou všechna její přání, avšak někdy PP s rodičkou konzultuje celý, někdy pouze jeho část, přičemž vždy záleží na okolnostech situace. Dále jedna respondentka (3 %) zvolila kombinaci odpovědí a) a d), takže probere s rodičkou buď všechna její přání, nebo s ní někdy probere pouze požadavky, které jí a dítě mohou ohrozit na zdraví. Také jedna respondentka (3 %) zvolila kombinaci odpovědí a), c) a d). Pouze jedna respondentka (3 %) zvolila možnost e), přičemž dopsala, že porodní plán s ženou konzultuje vždy lékař, nikoli porodní asistentka.

Ideální postup při práci s PP je vždy individuální, nicméně obecně se dá říci, že nejlepším postupem je se ženou prodiskutovat její přání kvalitně, otevřeně a vysvětlit jí případná rizika, která by mohla nastat při jejich dodržení. Dle doporučení WHO (2018) by při zajištění bezpečnosti porodní asistentka měla podporovat informované rozhodování žen a respektovat jejich individuální přání. Optimální řešení je tedy podrobně projít se ženou její porodní plán a ujistit se, zda rodička všemu rozumí. Proto je v tomto případě nejvhodnější postup práce ten, kdy respondentky se ženou proberou celý PP, což zvolila jako odpověď v dotazníku nadpoloviční většina respondentek (66 %). (WHO, 2018)

**Otázka č. 11: Vyberte číslo od 1 do 5, které nejlépe vystihuje Váš postoj k porodním plánům.**

**Tabulka 5 Otázka č. 11**

<b>1</b> pozitivní	<b>2</b> spíše pozitivní	<b>3</b> neutrální	<b>4</b> spíše negativní	<b>5</b> negativní
-----------------------	--------------------------------	-----------------------	--------------------------------	-----------------------



**Obrázek 7 Hodnocení postojů k porodním plánům (škála 1–5)**

V otázce číslo 11 měly respondentky dle tabulky č. 5 vybrat číslo, které nejlépe vystihuje jejich postoj k porodním plánům. Svůj postoj hodnotily na číselné škále od 1 do 5, přičemž číslo 1 představovalo pozitivní postoj a číslo 5 negativní. Nejvyšší počet odpovědí byl u možnosti 3 „neutrální“, kterou zvolilo 20 respondentek (62 %). Druhou nejčastěji zvolenou možností byla dvě čísla: číslo 1 „pozitivní“ a číslo 2 „spíše pozitivní“. Tato dvě čísla zvolilo celkem 5 respondentek u každé z odpovědí (16 %). Jako další v pořadí bylo číslo 4 „spíše negativní“, kterou zvolily 2 respondentky (6 %). Čistě negativní postoj, který představovalo číslo 5 nezvolila žádná z respondentek (0 %).

Součástí otázky byl i prostor, kde měly respondentky svůj výběr hodnocení postoje zdůvodnit. (viz Tabulka 6)

**Tabulka 6 Postoje respondentek k porodním plánům**

<b>1 – „pozitivní postoj“ (16 %)</b>	<b>Počet odpovědí</b>
Porodní plán považují za přínosný, neboť informovaná pacientka ví, co chce a spolupráce s ní bývá snazší, ale klíčová je dobrá komunikace	<b>4</b>
<b>2 – „spíše pozitivní postoj“ (16 %)</b>	<b>Počet odpovědí</b>
Záleží na přístupu rodičky k porodnímu plánu – v případě otevřené komunikace a debatě porodní plán vnímají pozitivně, v opačném případě negativně	<b>2</b>
V případě, kdy neohrožuje porodní plán ženu či plod, postoj k PP pozitivní	<b>1</b>
<b>3 – „neutrální postoj“ (62 %)</b>	<b>Počet odpovědí</b>
V současnosti považují PP za standard a většinou s ním nemají problém, často obsahují požadavky, které se dělají běžně	<b>6</b>
Snaží se ženě vždy co nejvíce vyhovět, ale záleží na jejím přístupu a PP, některá přání přínosem, jiná překážkou (rozdíl mezi PP staženém z internetu nebo PP tvořený s PA)	<b>5</b>
Ideální spolupráce se ženou, která je ochotná přizpůsobit PP na reálný vývoj porodu – nechá si poradit	<b>2</b>
Přístup k péči o rodičku na základě PP respondentky nemění, péče je vždy poskytována individuálně	<b>2</b>
<b>4 – „spíše negativní postoj“ (6 %)</b>	<b>Počet odpovědí</b>
Ženy PP často nerozumí a mají od porodu nerealistická očekávání, která se často nenaplní a poté prožívají zklamání	<b>1</b>
PP považuje za adekvátní u vícerodičky po traumatickém porodním zážitku, kterému se chce vyhnout, u prvorodiček nevidí v PP smysl	<b>1</b>
Porodní plány stáhnuté většinou z internetu – rodičky často neví, co si přejí a proč se co dělá	<b>1</b>

Tuto otázku zodpovědělo 25 respondentek z 32, nicméně některé z respondentek odkazovaly na své odpovědi, které již uvedly v otázkách č. 8 a 9.

Čtyři z pěti respondentek, které označily svůj postoj za pozitivní volbou čísla 1, považují PP za přínosný, neboť jsou z jejich pohledu informované pacientky ty, co vědí, co chtějí a mnohdy se s nimi lépe spolupracuje. Dále také ale zmiňují, že klíčová je ovšem dobrá a efektivní komunikace.

Svoji volbu čísla 2 odůvodnily 3 respondentky, z nichž 2 uvedly, že jejich individuální postoj k PP záleží především na přístupu rodičky. Uvádějí, že v případě, kdy je žena ochotná o PP otevřeně komunikovat a nechá si poradit, porodní plán vnímají pozitivně a má podle

respondentek smysl. V opačném případě ale vidí v porodním plánu spíše překážku a vnímají ho negativně, nicméně jejich celkový postoj je spíše pozitivní. Třetí respondentka, která zvolila v této otázce odpověď číslo 2, svůj výběr zhodnotila tak, že v případě, kdy neohrožuje porodní plán ženu či plod, tak je její postoj pozitivní.

Z dvaceti respondentek, které označily svůj postoj jako „neutrální“ volbou čísla 3, jich svůj postoj blíže zdůvodnilo patnáct. Jejich odpovědi byly rozděleny do čtyř skupin. Šest respondentek odpovědělo, že v současné době považují PP za standard a většinou s ním problém nemají, neboť často obsahují požadavky, které se již běžně dělají. Dalších 5 respondentek označilo svůj postoj za neutrální, protože ač ženě chtějí vždy co nejvíce vyhovět, záleží především na jejím přístupu a PP – některá přání jsou dle respondentek přínosem a jiná zase překážkou. Dále také uvádějí, že vnímají rozdíl mezi porodními plány vytvořenými individuálně a těmi, které ženy stáhly z internetu, jelikož v některých případech nerozumí požadavkům zasahujícím do odborné péče. Jedna respondentka také doplnila, že většinou pozná, kdy je porodní plán tvořen společně s porodní asistentkou nebo jiným erudovaným člověkem, který danému tématu rozumí. Další dvě respondentky považují za ideální spolupráci se ženou, která je otevřená úpravám porodního plánu podle skutečného průběhu porodu a je ochotná přijmout odborné doporučení. Dvě jiné respondentky, jež rovněž označily svůj postoj jako neutrální, uvedly, že porodní plán jejich přístup k péči neovlivňuje, protože každé rodičce se věnují individuálně.

Poslední 3 respondentky, které se vyjádřily ke svému výběru postoje, vybraly v této otázce možnost 4 „spíše negativní postoj“. Jedna z respondentek uvedla, že podle jejího názoru ženy často nerozumí porodnímu plánu, mají od porodu nerealistická očekávání, která se často nenaplní, a následně prožívají zklamání.

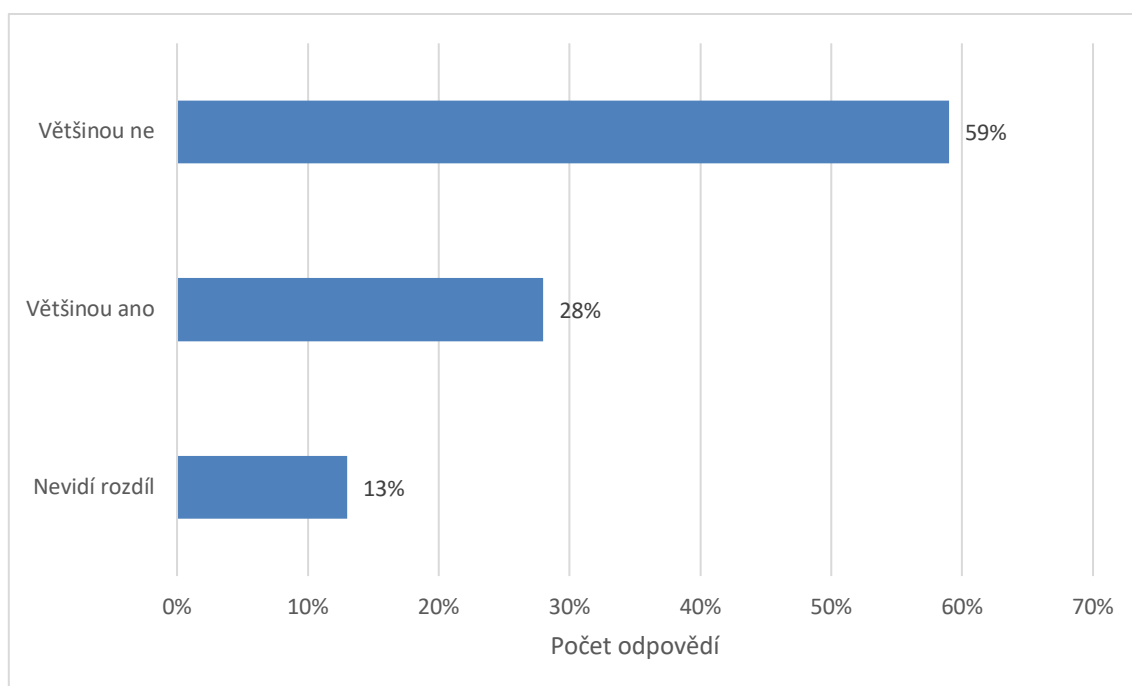
Druhá respondentka uvedla, že porodní plán považuje za přínosný zejména u vícerodiček, které v minulosti zažily traumatizující porodní zkušenost a chtějí se podobné situaci vyhnout. Naopak u prvorodiček podle ní většinou nemá smysl, protože často nerozumí odborným požadavkům. Třetí respondentka vidí hlavní úskalí v porodních plánech stažených z internetu, protože podle jejich zkušeností rodičky často nerozumí významu jednotlivých úkonů, nevědí, proč se provádějí, a nejsou si plně vědomy toho, co si přejí.

Celkově z výsledků vyplývá, že postoje porodních asistentek vůči porodním plánům jsou převážně neutrální až mírně pozitivní, přičemž hlavními faktory pro posouzení jejich postoje k porodním plánům závisí především na přístupu rodičky, rozsahu její informovanosti

a ochotě ke spolupráci. To, jak žena kooperuje s porodní asistentkou, výrazně závisí právě na porodní asistentce a navázání partnerského vztahu s klientkou. Ačkoliv jsou postoje k porodním plánům různé a jejich přístup se může lišit individuálně podle situace nebo zkušeností, velká část respondentek již v praxi PP vnímá jako součást běžné péče.

**Otázka č. 12: Domníváte se, že porodní plán vede ke zlepšení komunikace mezi Vámi a rodičkou oproti tomu, když ho nemá?**

- a) Většinou ano
- b) Většinou ne
- c) Jiné.....



**Obrázek 8 Komunikace s ženou s porodním plánem**

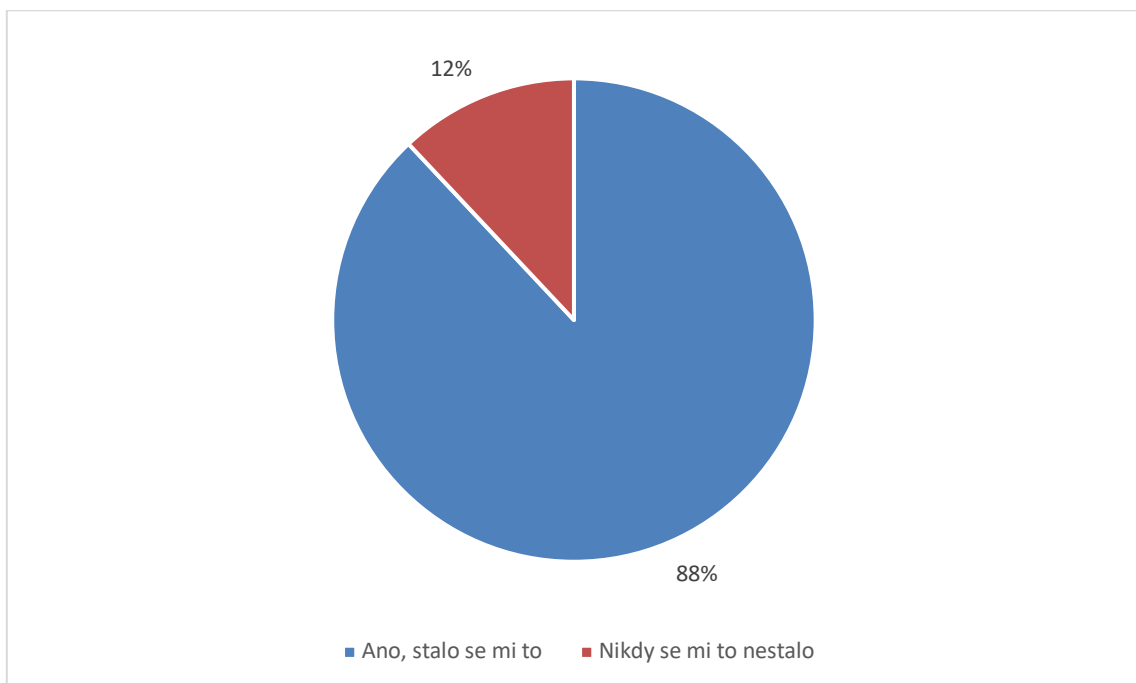
V otázce číslo 12 respondentky odpovídaly na otázku, zda se domnívají, že porodní plán vede ke zlepšení komunikace mezi nimi a rodičkou oproti tomu, když ho rodička nemá. Devatenáct respondentek (59 %) zvolilo možnost a), tedy „většinou ne“. Druhou nejčastější odpověď b) „většinou ano“, označilo 9 respondentek (28 %). Čtyři respondentky (13 %) zvolily odpověď „jiné“ a doplnily vlastní odpovědi, ve kterých uvedly, že žádný rozdíl v komunikaci vzhledem k porodnímu plánu nevnímají.

Z výsledků této otázky nevyplývá, že by porodní asistentky považovaly porodní plány za nástroj, který by významně zlepšoval komunikaci mezi nimi a rodičkami. Přestože podle výsledků otázky č. 10, kde většina z respondentek uvedla, že se s rodičkou snaží probrat celý

porodní plán, v této otázce respondentky tvrdí, že PP nepovažují za nástroj, který by automaticky vedl ke zlepšení komunikace. Toto zjištění může znamenat, že kvalita vzájemné komunikace nezáleží jen na samotném dokumentu, ale spíš na celkovém přístupu a otevřenosti obou stran. Respondentky, které odpověděly „jiné“ (13 %), tuto domněnku nepřímo potvrzují tím, že podle nich rozdíl v komunikaci vzhledem k PP nevidí.

**Otázka č. 13: Stalo se Vám někdy, že rodička kladla požadavek, kterým ohrožovala své zdraví nebo zdraví dítěte, a byla ve svých požadavcích neoblomná?**

- a) Nikdy se mi to nestalo
  - b) Ano, stalo se mi to. O jaký požadavek šlo?
- .....



**Obrázek 9 Otázka č. 13**

Otázka číslo 13 zjišťovala, zda se respondentky během své praxe někdy setkaly s požadavky, jejichž splnění by mohlo představovat riziko pro zdraví matky či dítěte. Otázku zodpovědělo všech 32 respondentek, přičemž pouze 4 respondentky (12 %) uvedly, že se s tímto případem nikdy neselekaly a zvolily možnost a). Zbýlých 28 respondentek zvolilo možnost b) „Ano, stalo se mi to.“ Tato varianta byla doplněna o otevřenou otázku, která se zaměřovala na konkrétní požadavky žen. Celkem bylo shromážděno 38 odpovědí (viz Tabulka 7).

**Tabulka 7 Požadavky s potenciálním ohrožením zdraví matky či plodu**

Odpovědi respondentek	Počet odpovědí
Odmítání CTG	13
Odmítání poslechu ozev	6
Odmítání PŽK u víceroďček	4
Odmítnutí preventivního podání penicilinu při GBS pozitivitě	3
Odmítnutí vaginálního vyšetření	3
Odmítání dirupce vaku blan u prolongovaného porodu	2
Striktní odmítnutí epiziotomie při probíhající hypoxii plodu	2
Odmítání provedení SC při patologickém CTG záznamu	2
Odmítnutí podání vitamínu K novorozenci	1
Odmítání epiziotomie po rozsáhlém poranění z předešlého porodu	1
Požadování bondingu po porodu dítěte v 32.t.gr.	1

Nejčastěji se v odpovědích objevil požadavek na odmítnutí monitorace pomocí kardiokografu (CTG), který uvedlo 13 respondentek (34 %). Další nejčastější požadavek se týkal odmítání intrapartálního poslechu ozev plodu, který uvedlo 6 respondentek (15 %). Třetí nejvíce zmiňovaný požadavek byl v podobě odmítnutí preventivního zavedení periferního žilního katetru, který označily 4 respondentky (11 %). Po třech odpovědích dostaly požadavky na odmítnutí preventivního podání penicilinu při GBS pozitivitě a odmítnutí provádění vaginálního vyšetření. Po třech odpovědích získaly požadavky na odmítnutí preventivního podání penicilinu při GBS pozitivitě (8 %) a na odmítnutí vaginálního vyšetření (8 %). Mezi třemi požadavky, z nichž každý získal 2 odpovědi, byly přání na odmítnutí dirupce vaku blan u prolongovaného porodu (5 %), odmítnutí epiziotomie při probíhající hypoxii plodu (5 %) a odmítnutí císařského řezu při patologickém CTG záznamu (5 %). Posledními třemi požadavky, které získaly po jedné odpovědi, je odmítnutí podání vitamínu K novorozenci (3 %), odmítání epiziotomie po rozsáhlém poranění z předešlého porodu (3 %) a požadování bondingu po porodu dítěte narozeném v 32. týdnu gravidity (3 %).

Dle výše uvedených požadavků se dá říci, že některé z nich mohou představovat potenciální riziko pro matku nebo plod, zejména pokud by tímto přáním byla omezena možnost včas rozpoznat komplikace nebo ohrozit matku či plod na zdraví. Jedná se například o požadavky na odmítnutí akutního císařského řezu při patologickém CTG záznamu či odmítnutí epiziotomie při probíhající hypoxii plodu. Na druhou stranu, některá přání, jako např. požadavek na bonding u předčasně narozeného dítěte, odmítnutí vaginálního vyšetření či odmítnutí preventivního intravenózního katetru, mohou být zvažena v závislosti na klinickém stavu a nejsou

automaticky riziková. Co se týče odmítnutí CTG monitorace či poslechu ozev plodu, tak tyto požadavky nemusí být automaticky rizikové, nicméně je potřeba k nim přistupovat dle konkrétní situace – například dle WHO se doporučuje pečlivě zvažovat rutinní použití CTG u nízkorizikových žen. V každém případě je ale důležité ke všem přáním přistupovat individuálně a vždy vzít v potaz aktuální zdravotní stav rodičky a plodu. (WHO, 2018)

**Otázka č. 14: Jak jste v této situaci postupovala? (V případě, že jste takovou situaci nezažila, jak byste se snažila v této situaci postupovat?) – volná odpověď**

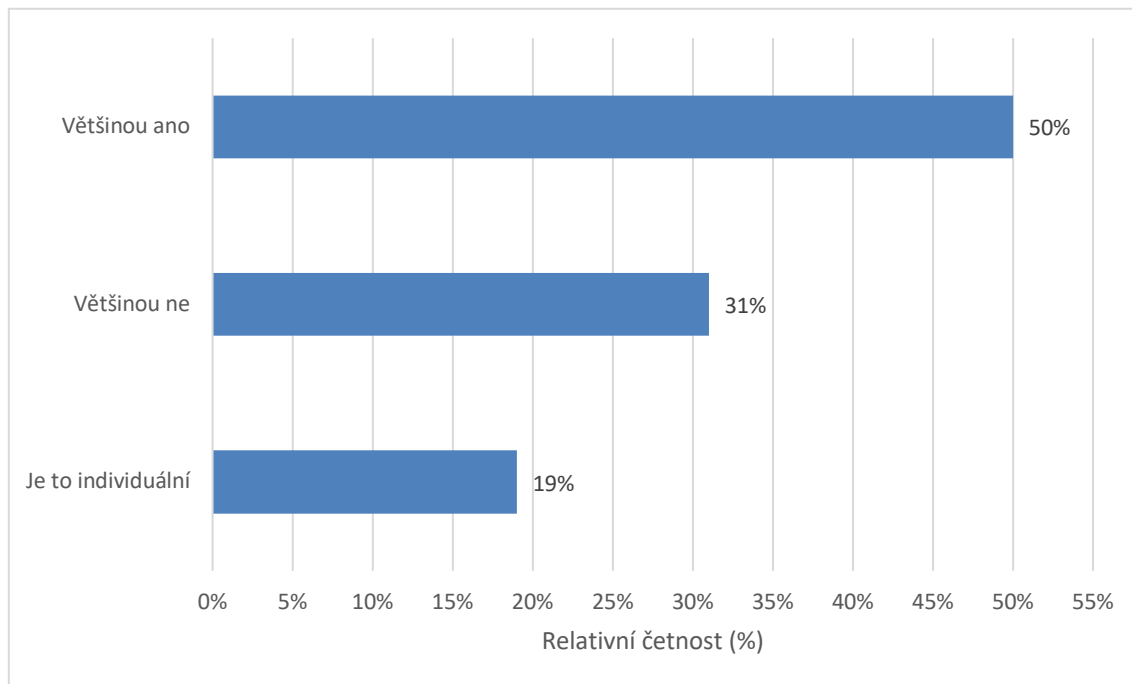
**Tabulka 8 Postup práce PA při řešení rizikových požadavků rodiček**

<b>Odpovědi respondentek</b>	<b>Počet odpovědí</b>
Vysvětlení a komunikace stran PA	<b>14</b>
Negativní revers	<b>8</b>
Opakování rizik a edukace zejména stran lékaře, ale i od PA	<b>6</b>
Zařizuje vždy lékař, PA ho na situaci pouze upozorní	<b>3</b>
Záznam do dokumentace	<b>1</b>

Otázka číslo 14 byla otázka otevřená a ptala se respondentek na jejich postup práce v situacích, kdy požadavky žen mohou být rizikové a potenciálně ohrozit zdraví matky či plodu. Většina respondentek (14) uvedla, že v takové situaci ženě v první řadě odborně, ale srozumitelně, vysvětlí a seznámí ženu s možnými riziky a důsledky daného požadavku pro matku i plod (44 %). Osm respondentek napsalo, že se v takovém případě vystavuje negativní revers (25 %). Další 6 respondentek (19 %) uvedlo, že edukace probíhá zejména ze strany lékaře, ale informovat může i porodní asistentka. Tři respondentky (9 %) zdůraznily, že edukace a komunikace stran porodního plánu je vždy v kompetenci lékaře a v případě výše popsané situace porodní asistentka lékaře pouze upozorní. Jedna respondentka také uvedla, že by tuto situaci zaznamenala do zdravotnické dokumentace klientky. (3 %) Jak je patrné z výsledků, většina porodních asistentek řeší riziková přání žen komunikací a edukací, což spadá do jejich kompetencí, zejména při fyziologickém porodu. Některé respondentky uvedly edukaci ženy ohledně porodního plánu pouze jako kompetenci lékaře, nicméně porodní asistentka má dle svých kompetencí také povinnost ženu seznámit s možnými riziky, a to zejména v případech, kdy se jedná o fyziologický průběh porodu, tudíž péče o ženu s PP by měla být týmová.

**Otázka č. 15: Myslíte si, že tvorba porodního plánu zvyšuje informovanost a připravenost rodičů na porod?**

- a) Většinou ano
- b) Většinou ne
- c) Jiné.....

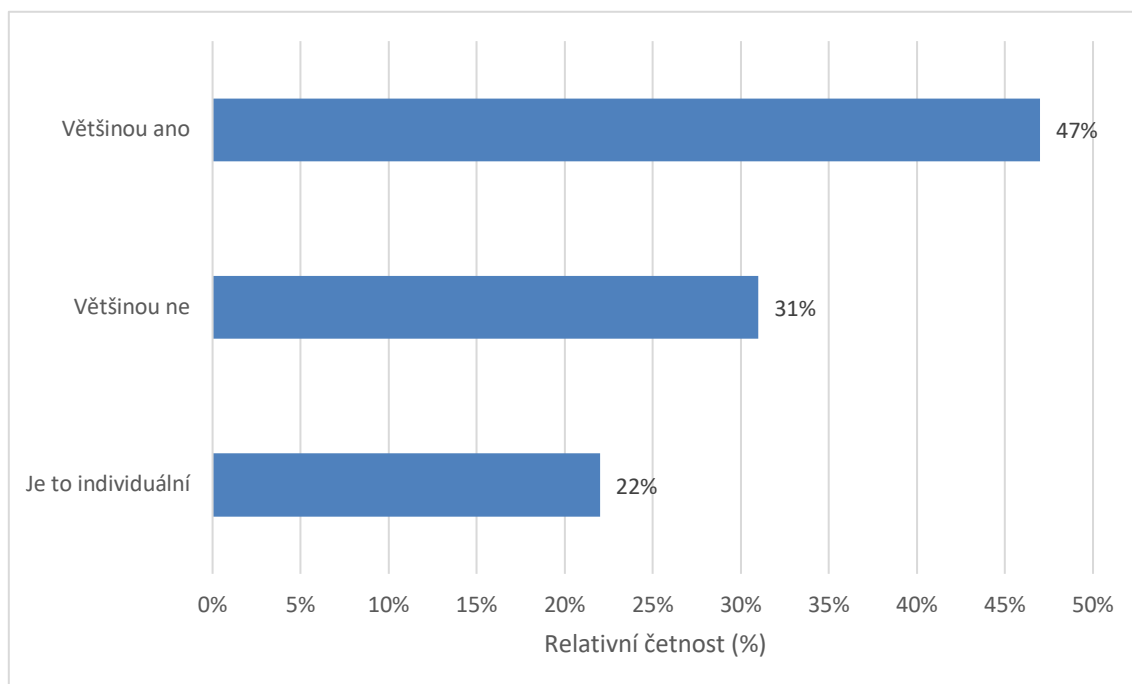


**Obrázek 10 Informovanost a připravenost rodičů na porod s PP**

V patnácté otázce respondenty odpovídaly na otázku, zda si myslí, že tvorba porodních plánů zvyšuje u rodičů jejich informovanost a připravenost na porod. Nejvíce odpovědí bylo u možnosti a) „většinou ano“, kterou zvolilo 16 respondentek (50 %). Druhou nejčastější možností b) „většinou ne“ označilo 10 respondentek (31 %). Šest respondentek (19 %) zvolilo odpověď „jiné“ a doplnily vlastní varianty, ve kterých uvedly, že informovanost a připravenost rodičů je individuální, přičemž zejména záleží na jejich osobním přístupu.

**Otázka č. 16: Pozorujete, že by ženy, které si sepíší porodní plán, byly v průběhu porodu více aktivní a více se účastnily porodního děje?**

- a) Většinou ano
- b) Většinou ne
- c) Jiné.....



**Obrázek 11 Aktivita a účast žen s PP při porodu**

Poslední šestnáctá otázka se respondentek tázala na to, zda v praxi pozorují, že by se ženy, které si sepíší porodní plán, více účastnily porodního procesu a byly v jeho průběhu aktivnější. Patnáct respondentek (47 %) zvolilo odpověď a) „většinou ano“ a domnívají se, že rodičky s porodním plánem se oproti rodičkám bez PP zapojují do průběhu porodu aktivněji. Deset respondentek (31 %) se více ztotožňuje s odpovědí b) „většinou ne“, tudíž si myslí, že sepsání porodního plánu nemá na míru aktivity během porodu vliv. Sedm respondentek (22 %) označilo odpověď c) „jiné“, ve kterých uvedly, že se nedá tvrzení zobecnit a záleží na individuálním přístupu rodiček. Dvě respondentky z těchto sedmi dále zdůraznily, že vidí rozdíl mezi tím, kdy žena svému porodnímu plánu rozumí a ví, co chce, na rozdíl od toho, kdy si rodička porodní plán například stáhne z internetu a většinu požadavků nerozumí.

## 9 DISKUZE

V průzkumné části bakalářské práce na téma Porodní plány z pohledu porodních asistentek byl stanoven jeden hlavní průzkumný cíl a dva dílčí průzkumné cíle, na základě kterých byly stanoveny dvě průzkumné otázky. Jako nástroj k provedení sběru dat byl sestaven anonymní dotazník, který vyplňovaly porodní asistentky pracující na porodních sálech. Shromážděná data byla poté analyzována, zpracována podle četností a interpretována prostřednictvím tabulek a grafů vytvořených v počítačovém programu Microsoft Office Excel 365.

Tato kapitola se věnuje analýze nejdůležitějších zjištění z provedeného průzkumu. Na základě získaných dat jsou zde postupně zodpovězeny jednotlivé průzkumné otázky. Výsledky jsou následně porovnány s odbornou literaturou z dané oblasti a dalšími studii zabývající se obdobnými problematikami.

Průzkumu se zúčastnilo celkem 32 porodních asistentek ze tří různých zdravotnických zařízení. V úvodu průzkumného šetření byly zařazeny tři identifikační otázky, které sloužily k základní charakteristice průzkumného souboru. Nejpočetnější věkovou skupinou byly porodní asistentky ve věku 40–49 let (41 %) a dále následovaly nejmladší respondentky ve věku 20–29 let (25 %). Většina respondentek měla praxi na porodním sále v rozmezí 1–9 let (34 %) nebo 10–19 let (31 %), zatímco déle sloužících bylo méně. Většina porodních asistentek (63 %) pracuje na plný pracovní úvazek, zbytek na zkrácené úvazky, nejčastěji poloviční.

### **Průzkumná otázka č. 1: Jak porodní asistentky pracují s porodními plány a jakou s nimi mají zkušenost?**

Výsledky dotazníkového šetření ukazují, že se porodní asistentky s porodními plány ve své praxi setkávají poměrně často – nejčastěji uvedly, že porodní plán má přibližně každá desátá rodička. Polovina respondentek (50 %) také uvedla, že v posledních třech letech se počet žen s porodními plány zvýšil. Tento rostoucí výskyt PP může souviset s rostoucí informovaností žen, větší snahou se zapojit do rozhodování o péči během porodu a obecný posun k individualizování péče. Zároveň vyšší užití porodních plánů je možná projevem nespokojenosti určité skupiny žen s poskytovanou péčí v našich porodnicích a snahou o jasné vymezení svých požadavků v řadě případů se lišících od reality poskytované péče.

Tento rostoucí trend podporují i doporučení Světové zdravotnické organizace, která ve své publikaci „*Intrapartum care for a positive childbirth experience*“ doporučuje zejména aktivní

zapojení žen do rozhodování o průběhu porodu, včetně tvorby porodního plánu jako nástroje k posílení jejich autonomie. (WHO, 2018)

Další otázka se v dotazníku zaměřovala na pocity, které v porodních asistentkách vyvolává pojem „porodní plán“. Většina respondentek (69 %) v otázce č. 6 uvedla smíšené pocity. Druhou nejčastější možností byly pozitivní pocity (28 %), naopak negativní pocity zvolila pouze menšina respondentek (3 %). Když tyto výsledky srovnáme s odpověďmi z otázky č. 11, kde respondentky hodnotily svůj postoj pomocí škály od 1 do 5, je zde patrná podobnost výsledků. Nejčastěji zvolenou odpovědí (62 %) byla možnost 3 „neutrální postoj“. Druhou možností byla čísla 1 a 2 „pozitivní a spíše pozitivní postoj“ a pouze minimální počet respondentek (6 %) zvolilo možnost 4 „spíše negativní“.

Tyto výsledky lze porovnat se studií Aragon et al. (2013), která zkoumá pohledy nastávajících rodiček a zdravotníků na porodní plány. Podobně jako v tomto průzkumu, i v této studii zdravotníci (včetně porodních asistentek) vyjadřovali ohledně PP smíšené postoje. Studie ukazuje, že zdravotníci sice považují porodní plán za poměrně užitečný nástroj pro komunikaci, nicméně pouze za předpokladu, že je PP realistický a tvárný v případných úpravách dle individuálního průběhu porodu. Tento názor se shoduje s výpověďmi respondentek v této práci, které uvedly, že pozitivně vnímají porodní plán zejména v případech, kdy je žena otevřená komunikaci a je ochotná přihlídnout k odborným doporučením zdravotníků. Naopak za problematické označují respondentky situace, kdy se rodičky na porodní plán příliš upínají a v případě odlišného průběhu porodu spolu s nerealistickými přáními a očekáváními mohou být ženy následně zklamané. Podobné zkušenosti zdravotníků také popisuje výše zmíněná studie, kdy rodičky očekávají od zdravotníků plné dodržení PP, které však mohou být v případě, kdy se porod nevyvíjí podle jejich představ, následně zklamané. Studie zároveň poukazuje na rozdílné zkušenosti zdravotníků – někteří PP vnímají jako příležitost ke zlepšení péče, jiní je naopak považují za překážku. Tyto rozdílné pohledy se objevují i v uvedených postojích porodních asistentek v průzkumu. (Aragon et al.,2013)

Celkově lze tedy shrnout, že ačkoliv v průzkumu převládají pozitivní postoje nad těmi negativními, valná většina respondentek má postoje smíšené – neutrální. Celkově lze říci, že zkušenosti porodních asistentek s PP jsou různé a jejich postoje se liší podle osobních zkušeností nebo konkrétních situací, které závisí především na přístupu rodiček, ochotě komunikace a spolupráce a rozsahu a kvalitě jejich informovanosti. U mnoha respondentek už ale porodní plán patří k běžné součásti péče. Je také velmi důležité, aby se v oblasti

komunikace, tedy i využití porodních plánů, porodní asistentky vzdělávaly a zvyšovaly kompetence v této oblasti.

Co se týče postupu práce respondentek s porodními plány, ukázalo se, že je přístup porodních asistentek individuální a záleží při něm zejména na aktuálním průběhu porodu. Z výsledků vyplývá, že pokud to daná situace dovolí, většina respondentek (66 %) preferuje probrat se ženou všechna její přání. Jiné porodní asistentky však uvedly, že probírají se ženou pouze ta přání, která není možné zaručit či splnit, nebo která by potenciálně mohla ohrozit zdraví matky nebo plodu (22 %). Ačkoliv je postup práce s porodním plánem vždy individuální, za nejvhodnější se považuje, když porodní asistentka se ženou její přání probere kvalitně, otevřeně, vysvětlí případná rizika a ujistí se, zda rodička rozumí všemu, co v plánu uvádí. Podle WHO (2018) je právě kvalitní komunikace důležitým předpokladem bezpečné a respektující péče, která podporuje informované rozhodování ženy. Tento přístup uvedla i nadpoloviční většina respondentek (66 %), které uvedly, že se, pokud to situace dovolí, snaží projít se ženou celý její porodní plán. (WHO, 2018)

S tímto tématem souvisí otázka č. 12, která zjišťovala, zda porodní plány vedou ke zlepšení komunikace mezi ženami a porodními asistentkami. Výsledky této otázky vyšly poměrně překvapivě, neboť přestože v otázce č. 10 většina PA uvedla, že se snaží porodní plán s rodičkou aktivně probrat, odpovědi na tuto otázku říkají v souvislosti s komunikací něco jiného. Nadpoloviční většina respondentek (59 %) uvedla, že PP nevnímají jako dokument, který by zlepšoval komunikaci mezi nimi a rodičkou. Toto tvrzení tedy naznačuje, že komunikace nemusí být vždy závislá na vytvořeném a předloženém porodním plánu, ale spíše na schopnosti PA aktivně vést rozhovor, získávat informace o ženách, aktivně jim naslouchat a porozumět jejich potřebám. Podobný výsledek uvádí již výše zmiňovaná studie Aragon et al. (2013), která tvrdí, že samotný porodní plán nemusí automaticky vést k lepší komunikaci, ale slouží spíše jako způsob, jak žena může zprostředkovat svá přání a představy o porodu, a až na tomto základě se dá dále komunikace mezi ženou a porodní asistentkou rozvíjet a budovat. Tento přístup odpovídá výpovědím respondentek, které uvedly, že rozdíl v komunikaci v souvislosti s porodním plánem nevnímají (13 %), což potvrzuje důležitost individuálního přístupu porodních asistentek v komunikaci s rodičkami. To také potvrzuje studie DeBaets (2017), která říká, že porodní plán může být užitečný nástroj pouze tehdy, kdy je mezi ženou a porodní asistentkou kvalitně prodiskutován, neboť samotné sepsání nebo předložení porodního plánu bez následné komunikace nevede automaticky k lepšímu porozumění. Z tohoto zjištění tedy vyplývá, že ačkoliv porodní plán může usnadnit zprostředkování diskuze,

efektivita a kvalita komunikace závisí na jiných aspektech, jako jsou komunikační schopnosti porodních asistentek a ochota žen diskutovat.

Průzkum také zjišťoval, s jakými porodními přáními se respondentky setkávají nejčastěji. Výsledky průzkumu ukázaly, že mezi nejčastější požadavky patří požadavky týkající se doprovázející osoby u porodu a bondingu po porodu, dále libovolné možnosti volby polohy v I. DP i II. DP, odmítnutí preventivní epiziotomie, přání na pozdní přerušení pupečníku, preferenci nefarmakologických metod ovlivnění bolesti nad těmi farmakologickými a tak dále. Tyto výsledky částečně korespondují se studií Mei et al. (2016), která analyzovala 154 porodních plánů, z kterých měla největší zastoupení přání na odmítnutí intravenózní analgezie (82 %), odmítnutí epidurální analgezie (80 %), možnost volného pohybu a změny poloh (74 %), intermitentní monitoraci plodu (61 %), pozdní přerušení pupečníku (62 %), odmítnutí epiziotomie (59 %) nebo odmítání podání oxytocinu ve III. DP (40 %). Dle uvedených přání je vidět, že řada požadavků, jako je přítomnost blízké osoby nebo možnost volného pohybu a změny poloh, patří již k běžné praxi ve většině zdravotnických zařízení a nejsou považovány za rizikové. Naopak požadavky týkající se například odmítnutí podání oxytocinu ve III. DP nebo odmítnutí CTG monitorování plodu či poslechu ozev, s kterými se dle mého průzkumu setkávají porodní asistentky méně často, mohou nést potenciální riziko pro matku či plod. V případě respektování takových přání by mohlo dojít k následnému rozvoji komplikací, které by vyžadovaly včasnou intervenci k zachování zdraví obou. Proto je důležité, aby porodní asistentky dokázaly s ženami jejich porodní plán důkladně projít a vysvětlit případná rizika jednotlivých přání a postupů. (Hersh et al., 2022; Alfirevic et al., 2017)

Z výše uvedených výsledků průzkumu se domnívám, že se porodní asistentky setkávají s porodními plány v praxi běžně a většina z nich se snaží s rodičkou plán podrobně probrat, pokud to situace dovolí. Jejich zkušenosti jsou ale různé – zatímco některé vnímají PP pozitivně, jiné mají pocity smíšené, přičemž rozhodující roli hraje zejména přístup rodiček, jejich informovanost, vzájemná komunikace a ochota ke spolupráci. Také se domnívám, že neméně důležitá je také schopnost porodní asistentky komunikaci s rodičkou správně uchopit a citlivě ji vést.

## **Průzkumná otázka č. 2: Jaké výhody a nevýhody vnímají porodní asistentky v souvislosti s využitím porodních plánů ve své praxi?**

V rámci druhé průzkumné otázky byla do dotazníku zařazena otázka, která se týká vnímání výhod porodních plánů z pohledu porodních asistentek. Většina respondentek (52 %) uvedla,

že díky možnosti prodiskutování porodních přání ještě před začátkem porodu, mají možnost lépe přizpůsobit a individualizovat péči. Tento výsledek je v souladu s odbornou literaturou, například se studií Aragon et al. (2013), ve které se také poukazuje na význam porodního plánu jako nástroje, který může pomoci zdravotníkům přizpůsobit péči individuálním potřebám a preferencím ženy. Další tři respondentky (8 %) považují za výhodu zlepšení komunikace s rodičkami, což také podporuje výše uvedená studie, ve které je PP popsán především jako významný nástroj ke zlepšení komunikace. (Aragon et al., 2013) Mezi další zmiňované výhody patří lepší informovanost žen, vyšší zájem o porodní proces a možnost navázání důvěrnějšího vztahu mezi ženou a porodní asistentkou.

Přímo na informovanost rodičů se v souvislosti s tvorbou porodního plánu zaměřovala konkrétní otázka číslo 15. Polovina respondentek (50 %) v ní uvedla, že sestavování porodního plánu vede ve většině případů k lepší informovanosti a připravenosti žen na porod, zatímco další část respondentek (31 %) uvedla, že porodní plán informovanost příliš nezvyšuje. Dalších 19 % respondentek doplnilo vlastní odpovědi, ve kterých zdůraznily, že rozsah informovanosti rodičů závisí především na jejich individuálním přístupu. Tyto výsledky potvrzuje i studie od Mei et al., (2016), která uvádí, že tvorba a konzultace porodního plánu u žen informovanost zvyšuje, také podporuje autonomii žen při rozhodování o péči a celkově vede k pozitivnějšímu porodnímu zážitku, což je také, jak již bylo zmíněno výše, obsahem doporučení WHO (2018).

Také je ale důležité zmínit, že menší část respondentek (14 %) uvedla, že jim porodní plán při práci žádnou výhodu nepřináší, což naznačuje, že postoje porodních asistentek jsou různé a závisí především na jejich individuálních zkušenostech a přístupu k péči.

Další otázka související s výhodami porodních plánů byla poslední otázkou v dotazníku, a zjišťovala vliv tvorby porodního plánu na aktivitu a zapojení se rodiček do porodního procesu. Výsledky ukazují, že necelá polovina respondentek (47 %) se domnívá, že se rodičky s PP během porodu více zapojují a spolupracují aktivněji. O něco menší skupina respondentek (31 %) uvedla, že rozdíl v aktivitě vzhledem k tvorbě PP nevnímají, tudíž podle nich PP na jejich aktivitu během porodu zásadní vliv nemá. Zbylé respondentky (22 %) uvedly, že se podle nich tvrzení nedá zobecnit, přičemž záleží zejména na individuálním přístupu rodiček. Některé z respondentek také uvedly, že je důležité, aby žena dobře rozuměla tomu, co si do porodního plánu píše. Podobný závěr přináší i studie Aragon et al. (2013), která upozorňuje, že porodní plán má smysl hlavně tehdy, když je tvořen autenticky a s pochopením jednotlivých přání.

Průzkumné šetření zjišťovalo ale i nevýhody, které porodní asistentky ve spojitosti s porodními plány vnímají. Nejvíce zmiňovanou nevýhodou, kterou uvádí 32 % respondentek, se týká již zmiňovaných porodních plánů stažených z internetu. Ty podle respondentek často obsahují požadavky, jejichž významu rodičky nerozumí. Podobný problém popisuje i Aragon et al. (2013), která upozorňuje, že porodní plány bez dostatečného porozumění mohou vést k nerealistickým očekáváním žen až potenciálnímu vzniku konfliktu mezi ženami a zdravotnickým personálem. Další uvedenou nevýhodou byly požadavky, které by mohly ohrozit zdraví rodičky nebo dítěte (21 %), což potvrzuje například i přehledová studie od Bell et al. (2022), která uvádí, že neodborně sestavené plány mohou být v rozporu s doporučenými postupy. Respondentky také napsaly, že negativně vnímají situace, kdy ženy v průběhu porodu negují nebo přestávají požadovat původně uvedená přání (11 %), což podle nich naznačuje, že u některých žen porodní plán postrádá smysl. Respondentky také poukazyvaly na přílišné očekávání žen, které může vést ke zklamání (8 %), což uvádí i DeBaets (2017), podle níž mohou přehnané představy o porodu snižovat celkovou spokojenost rodiček. Také některé respondentky (5 %) uvedly obavy ze soudního řízení v případě poškození zdraví z důvodu respektování některých přání rodičky.

S tímto tématem nepochybně souvisí i otázka, která v dotazníku zjišťovala, zda se respondentky za dobu svého působení v praxi setkaly s nějakými požadavky, kterými by mohla žena ohrozit své zdraví nebo zdraví plodu. Valná většina respondentek (88 %) uvedla, že se s tímto případem někdy setkala, zatímco respondentky, které se s takovými požadavky nikdy neselekaly byly pouze 4 (12 %). Jako potenciálně rizikové vnímaly respondentky zejména požadavky související s odmítáním monitorace plodu, a to jak monitorace pomocí CTG, tak intermitentního poslechu ozev plodu, požadavky na odmítnutí epiziotomie při probíhající hypoxii plodu, požadování bondingu po porodu dítěte narozeného ve 32. týdnu gravidity, či odmítnutí podání vitamínu K novorozenci. Zmíněny byly také situace, kdy rodička odmítla akutní císařský řez při natočeném patologickému CTG záznamu. Některé požadavky uvedené v porodních plánech mohou v určitých situacích představovat riziko pro zdraví matky či plodu, zejména pokud by mohly ztížit včasné rozpoznání komplikací nebo komplikovat nezbytné intervence k zabránění jejich rozvoje. Většinu přání je však nutné posuzovat individuálně podle aktuálního stavu rodičky a plodu – například dle doporučení WHO (2018) nemusí být rutinní použití CTG u nízkorizikových žen vždy nezbytné. (Alfirevic et al., 2017; WHO, 2018; Procházka et al., 2020)

Následující otevřená otázka, která navazuje na tu předchozí, se ptala respondentek na to, jak postupovaly v případě, kdy se ocitly v situaci, kdy po nich byla požadována přání, která mohla ohrozit ženu a plod na zdraví a v případě, že takovou situaci nezažily, jak by bývaly postupovaly. Výsledky říkají, že většina respondentek (44 %) tuto situaci řeší zejména komunikací a důkladnou edukací rodičky a zdůrazňují především srozumitelné vysvětlení možných rizik a potenciálních důsledků daného požadavku pro zdraví ženy i plodu. Tato komunikace a vysvětlování je v kompetenci porodní asistentky a není nutné čekat či přenechávat tuto práci lékaři. Pokud však dochází k nenalezení konsenzu, 25 % respondentek uvedlo, že by ženě nechaly podepsat negativní revers, což už je krok, u kterého být přítomen lékař musí. Další část respondentek (19 %) uvedla, že edukace a vysvětlování probíhá zejména ze strany lékaře, přičemž porodní asistentka má spíše doplňující informativní roli. Tři respondenty (9 %) se pak vyjádřily tím způsobem, že řešení těchto situací je vždy plně v kompetenci lékaře a role porodní asistentky spočívá pouze v upozornění na vzniklou situaci. Jedna respondentka (3 %) uvedla, že by takovou situaci zaznamenala do zdravotnické dokumentace, což je správný postup, neboť se tím chrání jak zdravotnické zařízení, tak zdravotnický personál. Ačkoliv část respondentek v této otázce uvedla, že edukace v těchto případech řeší zejména lékař, domnívám se, že tomu tak není vždy. Porodní asistentka má dle svých kompetencí povinnost ženu seznámit s možnými riziky, a to zejména v případech, kdy se jedná o fyziologický průběh porodu. Rozhodování je samozřejmě týmové, ale úkol porodní asistentky není pouze doplňkový, neboť právě ona může v mnoha případech se ženou úspěšně vykomunikovat společný postup a spolupráci v průběhu porodu.

Porodní asistentky vnímají jako hlavní výhodu porodních plánů především možnost lépe individualizovat péči, zvýšit informovanost žen o porodu a podpořit jejich zapojení do rozhodování. Naopak za nevýhody označují nereálná nebo riziková přání, špatnou orientaci žen v obsahu a významu porodních plánů a obavy z možných právních následků. Tyto nevýhody by mohly být řešeny kontinuální péčí porodních asistentek, kdy by ženy měly porodní asistentku, se kterou již v průběhu těhotenství mohou prodiskutovat všechna stěžejní přání a představy.

## **9.1 Doporučení pro praxi**

V této kapitole bylo provedeno vyhodnocení a shrnutí nejdůležitějších poznatků obsažených v této práci. Po vyhodnocení a srovnání výsledků této bakalářské práce je možné navrhnout některá doporučení, která by mohla zefektivnit a zpříjemnit práci porodních asistentek s porodními plány pro praxi. Na základě výsledků se dá říci, že porodní plány mají v porodnické péči své místo a mohou být užitečným nástrojem pro posílení autonomie žen a zlepšení péče,

pokud je s nimi správně pracováno. Ženy mají samozřejmě právo plán vytvořit, ale aby měl v praxi skutečný přínos, je důležité, aby mu i samy rozuměly. Vhodným krokem by proto bylo, kdyby zdravotnická zařízení více podporovala možnost konzultací při jeho tvorbě, a tím pomohla ženám lépe porozumět jednotlivým bodům a vytvořit reálná očekávání. Tím by se předešlo zklamání i případným nedorozuměním během porodu.

Dále by bylo vhodné co nejvíce podporovat porodní asistentky v aktivní komunikaci s rodičkami již před porodem. Jak je z výsledků průzkumu patrné, porodní plán sám o sobě nezaručí kvalitní komunikaci – ta především závisí na schopnosti porodní asistentky dobře naslouchat, vysvětlovat a s ženou otevřeně diskutovat. Dle výsledků průzkumu je patrné, že se porodní asistentky občas setkávají s požadavky, které mohou být pro rodičky či plod rizikové, a proto by měly porodní asistentky dobře znát postupy, jak ženu správně edukovat o rizicích a následcích jejích přání a jak správně zaznamenat do zdravotnické dokumentace. Dalším mým navrhovaným doporučením do praxe je tedy zavést ve zdravotnických zařízeních pravidelné a povinné vzdělávací semináře pro porodní asistentky, které by měly být zaměřeny zejména na komunikační schopnosti, edukaci rodiček, práci s porodními plány a řešení výše popsaných krizových situací. Taková školení by mohla být nápomocná ke zvýšení kvality péče a ke zlepšení zkušeností porodních asistentek i samotných žen s porodními plány.

Dalším doporučením do praxe je inspirováno studií od Bell et al., (2022), které spočívá k vytvoření vzorového porodního plánu, který by byl dostupný například na webových stránkách jednotlivých porodnic. Tento vzor by ženám poskytoval výběr ze seznamu požadavků podle toho, které by daná porodnice byla schopná zaručit a které by byly zároveň v souladu s aktuálními odbornými doporučenými postupy. Ženy by si tak mohly jednoduše vybrat, která přání chtějí při svém porodu dodržet, a zároveň by díky tomu byly lépe informovány o průběhu a jednotlivých postupech při porodu a tím by se mohlo snížit riziko vzniku situací, kdy ženy požadují postupy, které by mohly ohrozit jejich zdraví nebo zdraví jejich dítěte. Takový přístup by pomohl porodním asistentkám efektivněji spolupracovat s rodičkami a přispěl by k celkovému zlepšení kvality a bezpečnosti poskytované péče.

Celkově lze doporučit, aby porodní plány byly vnímány jako prostředky ke zkvalitnění porodní péče, přičemž by měly být vždy kvalitně konzultovány a porodní asistentky by měly mít dostatečné schopnosti k jejich efektivnímu využití v praxi.

## 10 ZÁVĚR

Závěrem bakalářské práce lze říci, že hlavní cíl, a to zjištění postojů a zkušeností porodních asistentek s porodními plány, byl splněn. Pomocí dotazníkového šetření, jehož respondentkami byly porodní asistentky, se podařilo získat informace o tom, jakým způsobem vnímají a používají porodní plány v praxi. Respondentky popisovaly své zkušenosti s požadavky, které ženy nejčastěji uvádějí v porodních plánech, a hodnotily výhody i nevýhody jejich využívání.

Výsledky ukázaly, že porodní asistentky mají převážně neutrální až pozitivní postoje k porodním plánům, přičemž jejich hlavní význam vidí zejména v možnosti předem se s rodičkou dohodnout na jejich individuálních požadavcích. Dále uváděly, že ve většině případů porodní plány podporují informovanost žen a jejich aktivní zapojení do porodního děje. Naopak jako nevýhody zmiňovaly zejména situace, kdy ženy předkládají požadavky stažené z internetu, které často nechápou, nebo požadavky, které mohou ohrozit jejich zdraví či zdraví dítěte. Některé respondentky také uvedly obavy z možných soudních sporů v případech, kdy by byly požadavky žen respektovány na úkor jejich bezpečnosti.

Dílčí cíle práce byly naplněny také. Shromážděné výsledky ukázaly, jak porodní asistentky postupují při práci se ženami, které si s sebou k porodu přinesou porodní plán, a jakými konkrétními kroky postupují v případech potenciálně rizikových požadavků. Také se podařilo získat přehled výhod a nevýhod, které porodní asistentky v souvislosti s porodními plány vnímají.

Domnívám se, že použitá metoda sběru dat prostřednictvím dotazníkového šetření byla zvolena dobře, neboť široká rozmanitost typů otázek umožnila získat celkový pohled na postoje a zkušenosti respondentek s porodními plány. Díky průzkumu byly zjištěny informace, které mohou být použity jako podklad pro doporučení ke zlepšení porodní péče o ženy v souvislosti s těhotenstvím a porodem, přičemž některé byly na základě dat z průzkumu navrženy v podkapitole Diskuze. Patří mezi ně například návrh na vytvoření vzorových porodních plánů ve zdravotnických zařízeních, což by mohlo být nápomocné ke zlepšení informovanosti žen a zároveň částečně předcházet těmto potenciálně rizikovým situacím.

Celkově tedy bakalářská práce přináší rozmanitý pohled na problematiku porodních plánů z pohledu porodních asistentek a může být inspirací pro další výzkum či praktické výstupy ke zlepšení péče o ženy v průběhu těhotenství a v souvislosti s porodem.

## 11 POUŽITÁ LITERATURA

ALFIREVIC, Z., DEVANE, D., GYTE, G.M.L., CUTHBERT, A., 2017. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. John Wiley & Sons, Ltd, 2017(2) [cit. 2025-03-19]. ISSN: 1465-1858. DOI: [10.1002/14651858.CD006066.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006066.pub3)

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2020. Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth. In: *acog.org* [online]. Washington, DC: ACOG, December 2020 [cit. 2025-01-28]. Dostupné z: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/12/delayed-umbilical-cord-clamping-after-birth>

ARAGON, M., E. CHHOA, R. DAYAN, A. KLUFTINGER, Z. LOHN a K. BUHLER, 2013. Perspectives of Expectant Women and Health Care Providers on Birth Plans. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* [online]. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 35(11), 979–985 [cit. 2025-03-26]. ISSN: 1701-2163. DOI: [10.1016/S1701-2163\(15\)30785-4](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30785-4)

BAŠKOVÁ, Martina, 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 978-80-247-5361-4

BELL C. H., S. MUGGLETON a D. L. DAVIS, 2022. Birth plans: A systematic, integrative review into their purpose, process, and impact. *Midwifery* [online]. Elsevier, 111, 103388 [cit. 2025-03-31]. ISSN: 0266-6138. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103388>

ČESKÁ GYNEKOLOGICKÁ A PORODNICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP, 2016. Interpretace intrapartálního fetálního kardiokogramu – FIGO 2015. In: *gynultrazvuk.cz* [online]. [cit. 2025-01-24]. Dostupné z: <https://www.gynultrazvuk.cz/uploads/recommendedaction/52/doc/p-2016-interpretace-intrapartalniho-fetalniho-kardiotokogramu-figo-2015.pdf>

ČESKÁ GYNEKOLOGICKÁ A PORODNICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP, 2018. Analgezie u vaginálního porodu. In: *gynultrazvuk.cz* [online]. [cit. 2025-01-26]. Dostupné z: <https://www.gynultrazvuk.cz/uploads/recommendedaction/38/doc/p-2018-analgezie-u-vaginalniho-porodu.pdf>

ČESKÁ GYNEKOLOGICKÁ A PORODNICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP, 2023. Provádění epiziotomie během porodu. In: *gynultrazvuk.cz* [online]. [cit. 2025-01-28]. Dostupné z:

<https://www.gynultrazvuk.cz/uploads/recommendedaction/104/doc/p-2023-02-provadeni-epiziotomie-behem-porodu.pdf>

DEBEATS, A. M., 2017. From Birth Plan to Birth Partnership: Enhancing Communication in Childbirth. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* [online]. Elsevier, 216(1), 254–255 [cit. 2025-03-30]. ISSN: 0002-9378. DOI: [10.1016/j.ajog.2016.09.087](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.09.087)

DESSEAUVE, D., FRADET, L., LACOUTURE, P. a PIERRE, F., 2017. Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [online]. Elsevier, 208, 46–54 [cit. 2025-03-19]. ISSN: 0301-2115. DOI: [10.1016/j.ejogrb.2016.11.006](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.11.006)

DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ, Eva JANÍKOVÁ a Radka SALOŇOVÁ, 2019. *Edukace v porodní asistenci*. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0836-7

FAKULTNÍ NEMOCNICE BULOVKKA, © 2025. Porodní přání. In: *bulovka.cz* [online]. [cit. 2025-01-23] Dostupné z: <https://bulovka.cz/kliniky-a-oddeleni/centrum-porodni-asistence/porodni-prani>

HÁJEK Z., E. ČECH, K. MARŠÁL a kol., 2014. *Porodnictví, 3. zcela přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9

HERSH A. R., G. CAROLLI, J. HOFMEYR, B. M. GARG, P. LUMBIGANON, B. DE MUCIO, S. SALEEM, M. P. R. FESTIN, S. MITTAL, J.A. RUBOI-ROMENO, T. CHIPATO, C. VALENCIA, J. E. TOSOLA, 2022. Third stage of labor: evidence-based practice for prevention of postpartum hemorrhage. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. Elsevier, 227(5), B2-B5 [cit. 2025-03-20]. ISSN 0002-9378. DOI: [10.1016/j.ajog.2022.11.1298](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.11.1298)

KAPLAN, E. a ÇEVIK, S.A., 2023. Systematic Review: Review of Frequently Performed Interventions During Labor with Evidence-based Practices. *Journal of Academic Research in Nursing* [online]. Gaziosmanpaşa Education and Research Hospital, 9(1), 55–64 [cit. 2025-03-19]. ISSN: 2149-4983. DOI: [10.55646/jaar.2023.44265](https://doi.org/10.55646/jaar.2023.44265)

KOHUTOVÁ, A., 2016. Vak blan a jeho existenční důvody. In: *annakohutova.cz* [online]. © 2025 Anna Kohoutová – porodní bába, průvodkyně přirozeným porodem. [cit. 2025-01-24]. Dostupné z: <https://annakohutova.cz/vak-blan-a-jeho-existencni-duvody/>

LEMOS A., M. M. R.AMORIM, A. D. DE ANDRADE, A. I. DE SOUZA, J. E. CABRAL FILHO, J. B. CORREIA, 2017. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour.

*Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. John Wiley & Sons, Ltd, 2017(3), CD009124 [cit. 2025-03-20]. ISSN: 1465-1858. DOI: [10.1002/14651858.CD009124.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009124.pub3)

MEI, J.Y., Y. AFSHAR, K.D. GREGORY, S.J. KILPATRICK a T.F. ESAKOFF, 2016. Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. *Birth* [online]. Wiley, 43(2), 144–150 [cit. 2025-03-29]. ISSN: 1523 - 536X DOI: <https://doi.org/10.1111/birt.12226>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2021. Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou? In: *mzd.gov.cz* [online]. © 2014. [cit. 2024-12-07] Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou/>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. In: *zakonyprolidi.cz* [online]. Copyright AION CS, s.r.o. 2010–2025 [cit. 2024-03-26] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2012. Zákon č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník. In: *zakonyprolidi.cz* [online]. Copyright AION CS, s.r.o. 2010–2025 [cit. 2025-01-21] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89#cast1>

MINISTERSTVO ZAHRANIČNÍCH VĚCÍ, 2001. Sdělení č. 96/2001 Sb. m. s., Úmluva o lidských právech a biomedicíně. In: *zakonyprolidi.cz* [online]. Copyright AION CS, s.r.o. 2010–2025 [cit. 2025-01-21] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/ms/2001-96#f5322962>

MORAVCOVÁ, Martina, Helena POLÁČKOVÁ a Eva WELGE, 2022. *Základy péče v porodní asistenci I, 3. aktualizované a doplněné vydání*. Univerzita Pardubice. 184 s. ISBN 978-80-7560-424-8

NÁRODNÍ INFORMAČNÍ ZDRAVOTNICKÝ PORTÁL, © 2025. Oxytocin. In: *nzip.cz* [online]. © Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2025 [cit. 2025-01-24]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/2214>

NORMÁLNÍ POROD. Protržení vaku blan. In: *normalniporod.cz* [online]. © 2012 – Normální porod [cit. 2025-01-24] Dostupné z: <https://normalniporod.cz/o-porodu/pro-porodni-asistentky/protrzeni-vaku-blan/>

PROCHÁZKA, Martin. et al., 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. 788 s. ISBN 978-80-7345-618-4

PŘEDSEDNICTVO ČESKÉ NÁRODNÍ RADY, 1993. Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod. In: *psp.cz* [online]. Copyright Parlament České republiky [cit. 2025-1-21] Dostupné z: <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

PŘEDSEDNICTVO ČESKÉ SPOLEČNOSTI PORODNÍCH ASISTENTEK, © 2025. Definice porodní asistentky. In: *porodniasistentky.info* [online]. Copyright © 2025 [ČSPA](#). All rights reserved. [cit. 2025-02-23] Dostupné z: <https://www.porodniasistentky.info/index.php/predsednictvo-cspa/definice-porodni-asistentky/>

PŘEDSEDNICTVO ČESKÉ SPOLEČNOSTI PORODNÍCH ASISTENTEK, © 2025. Uznání způsobilosti výkonu porodní asistence. In: *porodniasistentky.info* [online]. Copyright © 2025 [ČSPA](#). All rights reserved. [cit. 2025-02-23] Dostupné z: <https://www.porodniasistentky.info/index.php/predsednictvo-cspa/uznavani-zpusobilosti-vykonu-porodni-asistence/>

PTÁČEK, Radek et al., 2017. *Informovaný souhlas: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Galén. 327 s. ISBN 978-80-7492-334-0

ROZTOČIL, Aleš et al., 2017. *Moderní porodnictví, 2. přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7

ROZTOČIL, Aleš et al., 2020. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada Publishing. 592 s. ISBN 978-80-271-2098-7

SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ, 2017. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing. 280 s. ISBN 978-80-271-0214-3

SMYTH, R. M. D., MARKHAM C. a DOWSWELL T., 2013. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. John Wiley & Sons, Ltd, 2013(6), CD006167 [cit. 2025-03-20]. ISSN: 1465-1858. DOI: [10.1002/14651858.CD006167.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006167.pub4)

SOVOVÁ, Petra, 2024. *Jak si připravit porodní plán*. In: *babyweb.cz* [online]. Copyright 2024 [cit. 2024-12-07] Dostupné z: <https://www.babyweb.cz/jak-si-pripravit-porodni-plan>

TAKÁCS Lea et al., 2015. *Psychologie v perinatální péči: Praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6

TĚŠINOVÁ, Jolana et al., 2019. *Medicínské právo. 2. vydání*. Praha: C.H. Beck. 494 s. ISBN 978-80-7179-318-2

UNIE PORODNÍCH ASISTENTEK a ČESKÁ KOMORA PORODNÍCH ASISTENTEK, 2019. Principy péče v porodní asistenci. In: *unipa.cz* [online]. © 2025 Unie porodních asistentek, z. s., všechna práva vyhrazena [cit. 2025-03-18]. Dostupné z: [https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2019/04/Z%C3%A1kladn%C3%AD-principy-p%C3%A9%C4%8De-v-porodn%C3%AD-asistenci\\_v3.pdf](https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2019/04/Z%C3%A1kladn%C3%AD-principy-p%C3%A9%C4%8De-v-porodn%C3%AD-asistenci_v3.pdf)

VYTEJČKOVÁ, Renata et al., 2016. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II*. Praha: Grada Publishing. 288 s. ISBN 978-80-247-3420-0

WHO, 2018. WHO recommendaitions – Intrapartum care for a positive childbirth experience. In: *who.int* [online]. Copyright WHO [cit. 2025-01-23] Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

WHO, 2018. Doporučení WHO pro péči během porodu pro dosažení pozitivní zkušenosti s porodem. In: *unipa.cz* [online]. Copyright Unie porodních asistentek, z.s. 2024 [cit. 2025-01-23]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2018/10/WHO-p%C3%A9%C4%8De-p%C5%99i-porodu-CZ-libre-2.1.pdf>

WHO, 2019. *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka*. In: *unipa.cz* [online]. Copyright Unie porodních asistentek, z.s. 2024. Původní vydání WHO 1999 [cit. 2024-11-13]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/pece-v-prubehu-normalniho-porodu-prakticka-prirucka/>

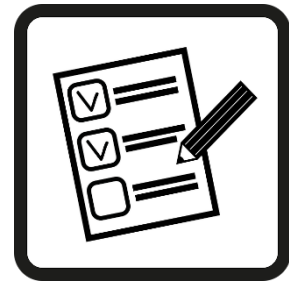
YU, Z., JING H., LI-HUA R., FENG-JUAN L., HONG L., 2020. Effects of upright position on maternal and neonatal outcomes: A meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing* [online]. Wiley, 30(21-22), 3200-3213 [cit. 2025-03-19]. ISSN: 0962-1067. DOI: [10.1111/jocn.15376](https://doi.org/10.1111/jocn.15376).

## 12 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Dotazník</i> .....	70
-----------------------------------	----

# Dotazník

## Porodní plány z pohledu porodních asistentek



---

Dobrý den,

jmenuji se Tereza Přívětivá a jsem studentkou třetího ročníku studijního programu Porodní asistence na Univerzitě Pardubice. Momentálně pracuji na své bakalářské práci, která má název „Porodní plány z pohledu porodních asistentek“. V rámci průzkumné části práce zjišťuji postoje a zkušenosti porodních asistentek s porodními plány. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který zabere maximálně 10 minut. Výsledky dotazníkového šetření jsou zcela anonymní a budou sloužit jako podklad k mé bakalářské práci.

Předem Vám moc děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku.

Tereza Přívětivá

**1. Kolik je Vám let?**

.....

**2. Jak dlouho pracujete jako porodní asistentka zaměstnaná na porodním sále?**

.....

**3. Na jaký pracujete úvazek?**

- a. Plný
- b. Jiné .....

**4. Jak často se v praxi průměrně setkáváte s porodními plány?**

- a. Přibližně u každé páté pacientky
- b. Přibližně u každé desáté pacientky
- c. Jiné .....

**5. V posledních 3 letech se v naší porodnici četnost porodních plánů:**

- a. Spíše zvyšuje
- b. Spíše snižuje
- c. Zůstává stejná

**6. Když se řekne „porodní plán“, vyvolá to ve Vás spíše pozitivní či negativní pocity?**

- a. Spíše pozitivní
- b. Spíše negativní
- c. Smíšené

**7. Ohodnoťte prosím čísla od 1 do 5 jednotlivá porodní přání podle toho, jak často se s nimi setkáváte v porodních plánech rodiček. (1 – setkávám se s ním v téměř každém plánu; 2 - požadavek je běžný, není ale v každém plánu; 3 – požadavek není tak častý; 4 – setkala jsem se minimálně; 5 – nesetkala jsem se s ním)**

- a. Blízká osoba u porodu  
1 – 2 – 3 – 4 – 5
- b. Minimalizace vaginálního vyšetření  
1 – 2 – 3 – 4 – 5
- c. Využití nefarmakologických metod ovlivnění bolesti (hydroanalgezie, masáž, aromaterapie, muzikoterapie a další)  
1 – 2 – 3 – 4 – 5
- d. Odmítnutí dirupce vaku blan z důvodu urychlení I.doby porodní  
1 – 2 – 3 – 4 – 5
- e. Odmítnutí rutinního podání klyzma  
1 – 2 – 3 – 4 – 5

- f. Odmítnutí holení  
1 – 2 – 3 – 4 – 5
- g. Odmítnutí preventivního zavedení periferního žilního katetru  
1 – 2 – 3 – 4 – 5
- h. Odmítnutí aplikace oxytocinu za účelem urychlení I. doby porodní  
1 – 2 – 3 – 4 – 5
- i. Odmítnutí provedení CTG záznamu či nižší frekvence tohoto vyšetření, než je ve Vašem zařízení běžné  
1 – 2 – 3 – 4 – 5
- j. Požadavek na využití libovolné polohy za porodu  
1 – 2 – 3 – 4 – 5
- k. Preference volného, spontánního tlačení ve II.době porodní  
1 – 2 – 3 – 4 – 5
- l. Odmítnutí podání analgetik v průběhu I. doby porodní  
1 – 2 – 3 – 4 – 5
- m. Odmítnutí aplikace uterotonik ve III.době porodní  
1 – 2 – 3 – 4 – 5
- n. Odmítnutí provedení preventivní epiziotomie  
1 – 2 – 3 – 4 – 5
- o. Požadavek na pozdní přerušování pupečníku až po jeho dotepání  
1 – 2 – 3 – 4 – 5
- p. Bonding ve IV.době porodní  
1 – 2 – 3 – 4 – 5

**8. Jaké VÝHODY vnímáte při práci s porodními plány ve své praxi?**

.....

.....

.....

**9. Jaké naopak vnímáte NEVÝHODY při práci s porodními plány ve své praxi?**

.....

.....

.....

**10. Jaká možnost nejlépe vystihuje způsob, jakým postupujete, když rodička u porodu předloží porodní plán, kde popisuje svá porodní přání? (možnost vybrat jednu či více odpovědí)**

- a. Pokud je na to čas (s ohledem na průběh porodu), snažím se projít a probrat s rodičkou všechna její přání, včetně těch, která jsem či nejsem schopná zaručit nebo slíbit a proč.
- b. Většinou si přečtu celý porodní plán a proberu s ní pouze ty body, které není z nějakého důvodu možné zaručit či splnit.
- c. Někdy s rodičkou proberu celý její porodní plán, někdy jen jeho část, záleží na okolnostech.
- d. Přečtu si porodní plán, a pokud žena nemá žádná přání, která by ji anebo dítě ohrožovala na životě, její přání s ní neprobírám.
- e. Jiné: .....

**11. Vyberte číslo od 1 do 5, které nejlépe vystihuje Váš postoj k porodním plánům.**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
pozitivní	spíše pozitivní	neutrální	spíše negativní	negativní

Svůj výběr prosím zdůvodněte:

.....

.....

.....

.....

**12. Domníváte se, že porodní plán vede ke zlepšení komunikace mezi Vámi a rodičkou oproti tomu, když ho nemá?**

- a. Většinou ano
- b. Většinou ne
- c. Jiné .....

**13. Stalo se Vám někdy, že rodička kladla požadavek, kterým ohrožovala své zdraví nebo zdraví dítěte, a byla ve svých požadavcích neoblomná?**

- a. Nikdy se mi to nestalo
- b. Ano, stalo se mi to

**14. Jak jste v této situaci postupovala? (V případě, že jste takovou situaci nezažila, jak byste se snažila v této situaci postupovat?)**

.....

.....

.....

**15. Myslíte si, že tvorba porodního plánu zvyšuje informovanost a připravenost rodičů na porod?**

- a. Většinou ano
- b. Většinou ne
- c. Jiné: .....

**16. Pozorujete, že by ženy, které si sepíší porodní plán, byly v průběhu porodu více aktivní a více se účastnily porodního děje?**

- a. Většinou ano
- b. Většinou ne
- c. Jiné: .....

V případě, že byste mi chtěla zanechat některý komentář nebo Vás napadá něco, co byste chtěla k tomuto tématu dopsat, budu ráda:

.....

.....

.....