

PORODNÍ PLÁN, MOŽNOSTI UPLATNĚNÍ

Bakalářská práce

KATEŘINA ZDĚNKOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, O.P.S. V PRAZE

Mgr. Miluše Kulhavá

**Stupeň kvalifikace: Bakalář
Studijní obor: Porodní asistence**

**Datum odevzdání práce: 2008-03-31
Datum obhajoby:**

PRAHA 2008

Abstrakt

ZDĚNKOVÁ, Kateřina: Porodní plán, možnosti uplatnění. (Bakalářská práce)

Kateřina Zděnková – Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. v Praze.

Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář v porodní asistenci.

Školitel: Mgr. Miluše Kulhavá, Vysoká škola zdravotnická Praha, 2008, str. 117

Hlavní tématem bakalářské práce je porodní plán, který je v praktické části podroben obsahové analýze a průzkumnému šetření.

Teoretická část práce charakterizuje porodní plán jako celek. Představuje obecné závěry, informace vycházející z odborné literatury, doporučení České lékařské komory a WHO. Zaměřuje se i na právní aspekty v tomto tématu.

Praktická část práce se zabývá obsahovou analýzou dokumentů, kdy na základě výsledků, které jsou statisticky zpracovány a graficky vyhodnoceny, je sestaven porodní plán. V průzkumném šetření je následně podroben anonymnímu dotazníkovému hodnocení respondentek z řad těhotných žen a porodních asistentek. Je hodnocena praktičnost, srozumitelnost, obsahový kontext a vhodnost vytvořeného porodního plánu pro praktické využití v ošetrovatelském procesu.

Klíčová slova: Porodní plán, obsahová analýza dokumentů, průzkumné šetření, porodní asistentky, ošetrovatelský proces.

Abstrakt in Deutsch

ZDĚNKOVÁ, Kateřina: Geburtsplan, Betätigungsmöglichkeiten (Bakkalaureatarbeit)

Kateřina Zdeňková – Medizinische Hochschule, Prag.

Qualifikationsgrad : Bakkalaureat – Geburtshelferin

Instruktor : Mgr. Miluše Kulhavá, Medizinische Hochschule, Prag, 2008, str. 117

Hauptthema der Bakkalaureatarbeit ist der Geburtsplan, der in seinem praktischen Teil der inhaltlichen Analyse und Aufklarungsuntersuchung unterworfen ist.

Der Geburtsplan wird im theoretischen Teil der Arbeit als ein Ganzes bezeichnet. Dieser Teil stellt die gemeinen Schlussfolge, die aus Fachliteratur ausgehenden Informationen, Empfehlungen der Tschechischen Ärztekammer und WHD, vor. Die Arbeit konzentriert sich auch auf die thematischen Rechtsaspekte.

Praktischer Teil der Arbeit beschäftigt sich mit der Inhaltsanalyse der Dokumenten. Der Geburtsplan wird auf Grund der statistisch verarbeiteten und graphisch ausgewerteten Ereignisse aufgestellt. In der Untersuchungserhebung wird dieser Plan einer Auswertung der schwangeren Frauen und Geburtshelferinnen nachfolgend unterworfen. Es werden die praktische Seite, Sinnverständlichkeit, Inhalt und Gebrauchstauglichkeit für die Praxis im Behandlungsprozess gewertet.

Die Schlüsselwörter: der Geburtsplan, der Inhaltsanalyse der Dokumenten, die Geburtshelferinnen, der Untersuchungserhebung, der Behandlungsprozess.

Předmluva

Zdraví pro ještě nenarozené dítě je hlavní prioritou každého rodiče. V dnešní době již existuje množství publikací, které poukazují, že na zdravý vývoj dítěte má vliv nejen chování ženy v těhotenství, ale i způsob porodu a následná poporodní péče.

Téma práce vzniklo ve snaze zaměřit se v dané problematice na význam porodních plánů pro práci porodních asistentek v péči o rodičku a novorozence. S přihlédnutím na jeho využití, jako dalšího možného nástroje pro zlepšení ošetrovatelského procesu s ohledem na individuální potřeby každé ženy při a po porodu. Považuji za důležité poukázat na skutečnost, že porodní plán by nemusel být jen opisovaným z internetu nebo knihy, ale propracovaným a promyšleným dokumentem. Poskytující a respektující nejčastější přání a volby žen v rámci porodu a šestinedělí.

Výběr tématu práce byl ovlivněn studiem oboru porodní asistence a absolvováním klinických cvičení na porodních sálech v Praze. Materiál jsem čerpala jak z knižních, tak i z časopiseckých publikací a internetových zdrojů.

Práce je určena studentům porodní asistence, ošetrovatelství a stejně v ní mohou najít podnětné rady sestry a porodní asistentky z praxe, které se věnují péči o matku a dítě na porodním sále, oddělení šestinedělí, ale i na novorozeneckých odděleních.

Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucí bakalářské práce Mgr. Miluši Kulhavé, za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytla při vypracovávání bakalářské práce.

Mé poděkování patří také mému manželovi a dceři, za trpělivost, toleranci a podporu během studia.

Obsah

Abstrakt.....	2
Abstrakt in Deutsch	3
Předmluva	4
Obsah	5
Seznam tabulek a grafů.....	7
Úvod.....	9
1. Teoretická část	10
1.1. Novodobé porodnictví	10
1.2. Porod.....	11
1.2.1. Definice porodu	11
1.2.2. Alternativní porod.....	12
1.2.3. Lékařsky vedený porod.....	15
1.2.4. Indukovaný porod	15
1.2.5. Programovaný porod.....	16
1.2.6. Operační porod	16
1.2.7. Porod v domácnosti	17
1.2.8. Etické problémy na porodním sále	17
1.3. Porodní plán pohledem lékaře	18
1.4. Porodní plán pohledem porodní asistentky.....	18
1.5. Význam předporodních plánů.....	19
1.6. Obsah porodního plánu	19
1.6.1. Porodní plán by měl obsahovat :.....	20
1.6.2. Jednotlivé body porodního plánu a možnosti porodnice	21
1.6.3. Druhy porodního plánu	26
1.6.4. Pozitiva porodního plánu	26
1.6.5. Negativa porodního plánu.....	26
1.7. Doporučení WHO	27
1.8. Postup lege artis	29
1.9. Informovaný souhlas.....	30
1.10. Negativní reverz.....	30
1.11. Právní předpisy a důležité dokumenty vztahující se k tématu.....	31
2. Praktická část	32
2.1. Metodika	32
2.1.1. Námět a název výzkumného projektu.....	32
2.1.2. Dosavadní stav poznání	32
2.1.3. Cíl výzkumu.....	32
2.1.4. Výzkumný soubor.....	32
2.1.5. Metody a technika výzkumu.....	33
2.1.6. Operační definování.....	33
2.2. Významové jednotky	36
2.3. Stanovení analytických kategorií a subkategorií	36
2.3.1. Kategorie A.....	37
2.3.2. Kategorie B	37

2.3.3.	Kategorie a subkategorie C	38
2.3.4.	Kategorie D	39
2.3.5.	Kategorie E	39
2.4.	Stanovení hypotéz	40
2.5.	Kvantifikace významových jednotek – analytických kategorií a subkategorií ..	41
2.5.1.	Kategorie A	42
2.5.2.	Kategorie B	43
2.5.3.	Kategorie C a subkategorie C1, C2, C3, C4, C5	44
2.5.4.	Kategorie D	59
2.5.5.	Kategorie E	62
2.6.	Interpretace zjištěných frekvencí	63
2.6.1.	Potvrzení či vyvrácení hypotéz a hypotetických tvrzení	70
2.7.	Využití výsledků výzkumu	72
2.8.	Výsledky doplňkového průzkumu	73
3.	Závěr	75
4.	Seznam použité literatury	77
5.	Seznam příloh	78
Příloha č. 1 :	Tabulky a grafy vztahující se ke subkategorii C 1	79
Příloha č. 2 :	Tabulky a grafy vztahující se ke subkategorii C 2	82
Příloha č. 3 :	Tabulky a grafy vztahující se ke subkategorii C 3	85
Příloha č. 4 :	Tabulky a grafy vztahující se ke subkategorii C 4	89
Příloha č. 5 :	Tabulky a grafy vztahující se ke subkategorii C 5	98
Příloha č. 6 :	Tabulka a graf vztahující se ke kategorii D.....	101
Příloha č. 7 :	Tabulka vytvořeného porodního plánu.....	102
Příloha č. 8 :	Dotazník pro porodní asistentky.....	106
Příloha č. 9 :	Dotazník pro těhotné ženy.....	108
Příloha č. 10 :	Tabulky a grafy vztahující se k doplňkovému šetření.....	110
Příloha č. 11 :	Příklady zkoumaných dokumentů.....	113

Seznam tabulek a grafů

Tab. 1 a graf č. 1	Zpracované formy porodního plánu	42
Tab. 2 a graf č. 2	Oficiální část porodního plánu	43
Tab. 3 a graf č. 3	Porodní plán v jednotlivých fázích porodu	44
Tab. 4	První doba porodní	45
Graf č. 4	První doba porodní	46
Tab. 5 a graf č. 5	Holení	47
Tab. 6 a graf č. 6	Klyzma	48
Tab. 7 a graf č. 7	Monitorace plodu	79
Tab. 8 a graf č. 8	Dirupce	80
Tab. 9 a graf č. 9	Tlumení bolesti	49
Tab. 10 a graf č. 10	Přítomnost cizích osob	50
Tab. 11 a graf č. 11	Přítomnost doprovodu	51
Tab. 12 a graf č. 12	Poskytování informací	81
Tab. 13 a graf č. 13	Použití medikace v první době porodní	52
Tab. 14 a graf č. 14	Aktivita a poloha	82
Tab. 15 a graf č. 15	Druhá doba porodní	53
Tab. 16 a graf č. 16	Použití medikace ve druhé době porodní	83
Tab. 17 a graf č. 17	Episiotomie	84
Tab. 18 a graf č. 18	Třetí doba porodní	54
Tab. 19 a graf č. 19	Přestřížení pupečníku	85
Tab. 20 a graf č. 20	Darování pupečnickové krve	86
Tab. 21 a graf č. 21	Porod placenty	87
Tab. 22 a graf č. 22	Použití medikace ve třetí době porodní	88
Tab. 23	Novorozenec	55
Graf č. 23	Novorozenec	56
Tab. 24 a graf č. 24	Akceptování ošetření novorozence	89
Tab. 25 a graf č. 25	Kontrola pediatrem	90
Tab. 26 a graf č. 26	Měření novorozence	91
Tab. 27 a graf č. 27	Vážení novorozence	92
Tab. 28 a graf č. 28	Kredeizace	93

Tab. 29 a graf č. 29	Aplikace vitamínu K	94
Tab. 30 a graf č. 30	Dokrmování novorozence	95
Tab. 31 a graf č. 31	Kalmetizace	57
Tab. 32 a graf č. 32	Odběry na metabolické vady	96
Tab. 33 a graf č. 33	Přítomnost na pokoji	97
Tab. 34 a graf č. 34	Doba poporodní	58
Tab. 35 a graf č. 35	Propuštění do domácího ošetření	98
Tab. 36 a graf č. 36	Ošetření porodního poranění	99
Tab. 37 a graf č. 37	Mytí novorozence	100
Tab. 38 a graf č. 38	Porod a vyjádření postoje	59
Tab. 39 a graf č. 39	Přirozený porod	60
Tab. 40 a graf č. 40	Operační porod	61
Tab. 41 a graf č. 41	Výběr anestézie při operačním porodu	101
Tab. 42 a graf č. 42	Slovní formulace použité v porodních plánech	62
Tab. 43 a graf č. 43	Hodnocení porodního plánu respondentkami z řad těhotných žen	110
Tab. 44 a graf č. 44	Hodnocení porodního plánu respondentkami z řad porodních asistentek	111
Tab. a graf č. 45	Použitelnost porodního plánu v ošetrovatelské dokumentaci	112

Úvod

Téma své bakalářské práce Porodní plán, možnosti uplatnění jsem si vybrala na základě zkušenosti s klientkami, které si přinášejí porodní plán k porodu na porodní sál. Porodní plán si ženy přinášejí z různých důvodů. V počátku to byly převážně alternativní rodičky, které si přály родit jiným způsobem, než byl v té době ve většině porodnic aplikován. Počet těchto žen byl velice sporadický. Rozvojem předporodních příprav, internetu, medializace v televizi a časopisech se počet těchto žen zvyšuje. Mění se ale důvody, pro které si ženy porodní plán sestavují. Může to být strach z neznámého prostředí, žena může být poprvé v nemocničním zařízení. Také zkušenosti kamarádek, ale i důkladnější příprava obou rodičů na těhotenství a porod. Mohou to být i názory soukromých porodních asistentek, které vedou k potřebě sestavení porodního plánu. Samozřejmě i špatná zkušenost z předchozího porodu a strach o nenarozené dítě se stávají důvodem sestavení porodního plánu. Na druhou stranu zapojování rodičky a jejího doprovodu do ošetrovatelské péče během porodu je kladem, který přináší do porodního děje oboustranný pozitivní efekt. Porodní plán dává ženě jednu z možností k vyjádření se o představě a přání během porodu a šestinedělí.

Dnes již není příchod rodičky s porodním plánem na porodní sál nijak neobvyklým jevem, a proto bych chtěla výzkumem v této oblasti získat širší povědomost o této problematice, která se přímo týká mé profese, porodní asistentka. Porodní plány jsem shromažďovala v průběhu tří let.

Práce je pojata jako teoreticko–empirická. V teoretické části jsem se snažila shromáždit a utřídit co nejvíce dostupných informací vztahujících se k tomuto tématu. Při praktické části práce jsem provedla kvantitativní obsahovou analýzu u 84 porodních plánů. Na základě výsledků analýzy vznikl porodní plán, který jsem předložila k posouzení těhotným ženám a porodním asistentkám. Cílem této práce bylo využití výsledků analýzy pro vznik porodního plánu a zvážení možnosti jeho zavedení do ošetrovatelské dokumentace na porodním sále.

1. Teoretická část

1.1. Novodobé porodnictví

Dnešní novodobé porodnictví sebou přináší řadu změn. Tyto změny se netýkají pouze rozvoje oboru porodnictví a zavádění moderních technologií, ale i řady změn v myšlení a postoji nynějších těhotných žen k těhotenství a vlastnímu porodu. V minulosti se chovaly rodičky spíše pasivně, přijímaly rady a pokyny lékařů a porodních asistentek bez zjevných přání či námitek. Věk rodiček se pohyboval mezi 18-ti až 23-mi lety. Dnes se věk, kdy žena přivádí na svět své dítě ustálil mezi 29-ti až 33-mi lety i více. Porodnice byly tabu pro blízké příbuzné a veřejnost, rodičky neměly možnost podělit se s otcem dítěte o první krásné okamžiky s novorozencem. Návštěvy byly zakázány, novorozenci nebyli s matkami na pokoji, ale na novorozeneckých odděleních. Maminkám byly jejich děti nošeni jen na dobu nutnou na kojení. I délka hospitalizace byla sedm dní, tedy podstatně delší než je to dnes obvyklé. Nejen díky jinému věkovému rozložení, ale i novým možnostem v dostupnosti k informacím, se změnil postoj žen ke svému těhotenství i porodu. Jejich partneři se chtějí aktivně podílet na porodu, chtějí být informovaní a moci spolurozhodovat o postupech a dění kolem sebe. Porod přestává být doménou ženy. Do porodnice si přináší porodní plány, které jsou důkazem, že o svém porodu přemýšlí a nespokojí se pouze s odevzdáním do rukou zdravotnického personálu. Písemně v nich sdělují své požadavky, přání a představy o průběhu porodu. Rodičkám s porodním plánem, ale i bez něj, dává personál zpravidla dostatečný prostor k vyjádření se o představě o průběhu porodu. Je však důležité, aby požadavky nebyly postaveny do opozice proti zdravotnické legislativě, kterou se musí zdravotnický personál řídit. Některá přání v porodních plánech jsou standardním postupem, který se dodržuje u všech rodiček, některá pak nejsou tak obvyklá, ale jsou reálná, a je možné pokusit se o jejich splnění. Bohužel některá jsou i nereálná a neslučují se s možnostmi porodnice. Stává se, že si různé body porodního plánu navzájem odporují, proto je důležité si s ženou o všech bodech postupně promluvit, a ujasnit si, co je pro ní opravdu důležité. Informovanost o všech výkonech a úkonech

během porodu je v nynějších porodnicích normálním stavem. Bohužel konfliktní situace a agresivní chování rodičky či doprovodu nemůže vést k žádnému řešení. Současné porodnictví nevidí úspěšné ukončení těhotenství v předání zdravého novorozence matce. Klade si za cíl vytvořit z mimořádné události v rodině ženy, kterou porod bezesporu je, období, které zůstane krásnou vzpomínkou pro rodičku, ale i pro její blízké. (5)

1.2. Porod

1.2.1. Definice porodu

Porodem (partus) nazýváme každé ukončené těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec o minimální hmotnosti 500g, nebo přežije-li novorozenec i s menší hmotností alespoň 24 hodin. U mrtvě narozeného plodu je nově stanovenou podmínkou porodu rovněž minimální hmotnost 500g. Známkami života novorozence se rozumí jeho dech nebo srdeční akce či pulzace pupečnicku nebo aktivní pohyb svalstva, dříve než byl pupečník přerušen nebo placenta porozena a srdeční akce nebyla resuscitací navozena. Porod do konce 37. týdne těhotenství označujeme jako předčasný (partus praematurus). Definice předčasného porodu naráží na možný posun koncepční ovulace a na nepřesnosti v údajích týdne těhotenství stanoveného podle dne poslední menstruace. Od 38. do 42. týdne těhotenství včetně hovoříme o porodu v termínu nebo také o včasném porodu (partus maturus) a ukončení těhotenství po 42. týdnu těhotenství označujeme jako opožděný porod (partus serotinus). (1)

1.2.2. Alternativní porod

Je přirozený porod při zohlednění psychologických a fyzických potřeb těhotné ženy během porodu, s podporou její aktivní účasti na tomto ději. Pod názvem „přirozený“ porod nebo „natural childbrith“ se původně skrýval způsob vedení porodu, kdy se nepodávaly bolest utišující prostředky. Smyslem bylo minimalizovat farmakologické ovlivnění dítěte. Tento směr byl logickým vyústěním situace na konci první poloviny 20. století, kdy vznikal u porodníků mylný pocit, že porodní bolesti lze zvládnout použitím silných analgetik. Alternativní porodnictví v současné době klade důraz na respektování individuálních přání rodičky a jejího partnera. Dnes se má zcela oprávněně za to, že úspěšné ukončení těhotenství by nemělo končit „pouze“ předáním zdravého novorozence jeho zcela zdravé mamince. Z porodu se vytváří mimořádná událost v životě rodiny a na porod by měla zůstat krásná vzpomínka nejenom ženě, ale i všem jejím blízkým. (4) Vývoj jde ovšem i v porodnictví rychle dopředu.....

Francouzský porodník Frederic Leboyer ve své publikaci z roku 1974 „Porod bez násilí“ kritizuje stávající způsob porodnické péče, který je plný stresujících vlivů na ženu i na plod a novorozence. A stanovuje postup snižující stresové vlivy na rodičku a novorozence. Hlavní zásady Leboyerova postupu se dělí na dvě části, porodnickou a pediatrickou. (4)

Porodnická:

- psychologická příprava matky – pomáhá se navodit citový vztah k dítěti, vysvětlení přístupu k dítěti;
- ticho – s matkou hovořit co nejméně, všechny pokyny a uklidňování pronášet velmi tlumeným hlasem, klidně, jemně, po porodu dítěte ani slovo, v nutnosti nezvučný šepot;
- trpělivost – pomalé, jemné pohyby, psychická i fyzická relaxace porodníka, dostatek času, žádná intervence, jen sledování ozev;
- pozornost a naprosté soustředění – porod zcela absorbuje pozornost okolí, zapomíná se na čas, ztotožnění s dítětem, okolí má vnímat každý detail;
- technika – po porodu se nesahá na hlavičku, dítě se uchopí v podpaždí a pomalu se položí matce na břicho do polohy v klubíčku, na bříško nebo na boku, nechá

se dotepat pupečník do konce, což trvá sedm i více minut, je nutné sledovat jeho pulsaci.

Pediatrická:

- pečlivé pozorování začátku dýchání, dítě se nestimuluje, neodsává se odcházející plicní tekutina, sleduje se barva a chování dítěte;
- neudělá-li to matka sama, vedou se její ruce k masáži zádiček, na nic se nespěchá, masáž zádiček se provádí jemnými peristaltickými vlnami shora dolů, ruce se střídají, jedna plynule navazuje na druhou, zásadně se nemluví!
- jakmile dítě začne uvolňovat ručky a nožky, pomáháme mu – položíme dítě na bok, obracíme velmi něžně, pomalu, se stálou oporou zádiček;
- po dotepání pupečníku porodník oddělí dítě a porodní asistentka uloží dítě do vaničky s teplou vodou (38 – 39 °C), dítě pokládá do vody podle reakce nadvakrát či natřikrát a nechává je ve vodě do úplného uvolnění;
- porodní asistentka dítě zvedne z vody opět nadvakrát či natřikrát, podle jeho projevené nelibosti a položí je do nahřáté osušky, na boku, ve flexi;
- dítě se položí na bok na vyhřátý stůl, stále se podepírají záda, končetiny musí mít možnost pohybu, ošetříme pupečník a osušíme dítě, (teplo, šero);
- dítě se položí matce na břicho, hlavičkou k levému prsu, aby slyšelo tlukot jejího srdce. Ponechá se volná aktivita matce i dítěti, mlčí se, jen se pozoruje, eventuálně se jemně pomáhá při pokusech o přisátí;
- dítě se uloží do teplé pleny, zvaží se na boku, velmi jemně se zabalí do teplých plen (i hlavička) a uloží se na postel k matce. Délka dítěte se neměří, neprovádí se preventivní dezinfekce jeho očí, dítě se jen označí;
- po odvezení matky ze sálu se současně s matkou překládá na pokoj šestinedělí i dítě, očistná koupel a kredeizace se provádí také na oddělení šestinedělí. Délku dítěte a obvod hlavy měříme až při propuštění. (4)

V 80. letech vydává Odent své zkušenosti v knize „Birth Reborn“ (Znovuzrozený porod). Klade důraz na chování personálu porodnice, který musí mít na mysli vnímání plodu. Je na ženě, aby si našla ideální polohu, která je většinou vertikální. Vhodná je poloha v kleče se skloněnou hrudí, poloha modlitby. Porod má proběhnout v podřepu

s oporou jedné nebo dvou osob. V této pozici dochází k maximálnímu vzestupu tlaku v malé pánvi a relaxaci svalstva pánevního dna. Během porodu je nutné co největší omezení osob, které k rodičce nemají osobní vztah, nesmí být vystavena mnoha pohledům. Ošetřující personál zastupuje porodní asistentka, která musí navázat s rodičkou pozitivní vztah, a to nejen psychický, ale vhodný je i přímý tělesný kontakt. Pokud si to rodička přeje, je přítomnost otce a rodiny vítána. Žena během porodu potřebuje klid a ne stimulaci. Prostředí ve kterém žena rodí, se musí vybavením nábytku a barvami podobat civilně zařízenému pokoji. V průběhu kontrakcí má žena relaxovat v bazénu s teplou vodou, nemá zdržovat křik. Je nutné aby porod proběhl v přítomnosti a v tichu a aby se zabránilo nepříjemné stimulaci novorozence světlem a hlukem. Dítě musí být okamžitě umístěno na břicho matky, aby mohlo být v kontaktu kůže na kůži. Důležitý je pohled z očí do očí, ruce mají být volné, aby mohlo dojít ke komunikaci ruce – ústa. Důraz je kladen na okamžité první přisání. Pupečník má být přestřižen, až po dotepání. Je nutné minimalizovat aplikaci léků při porodu. (3)

Leboyer používání léků zavrhl, Odent je výrazně omezil. Odent se nezabývá porodnickou problematikou komplexně. Na jedné straně zlehčuje závěry klinických studií, na straně druhé povyšuje vědecké práce, které potvrzují jeho vlastní argumenty. Nadměru se věnuje subjektivním prožitkům ženy a téměř nevěnuje pozornost nitroděložnímu stavu plodu. Předpokládá, že klidné prostředí okolo rodičky je zárukou dobrého nitroděložního zdraví plodu. Místo elektronického monitorování plodu nabádá k používání stetoskopu nebo nanejvýše jednoduchého přístroje, který prý je na rozdíl od běžného kardiografického přístroje bez negativního vlivu na plod. V knize zcela chybí hodnocení stavu novorozenců po porodu. Závěrem je nutno říci, že nelehká práce průkopníků nakonec přinesla své plody. (4)

Žena u porodu přestává být osamocena v obavách, úzkosti, v porodních bolestech a nakonec i radost z narozeného dítěte má s kým sdílet. Porodní plán může být další alternativou, která může ženě poskytnout komunikační prostor pro vyjádření představ o porodu. Je zde samozřejmě nutná následná kvalitní oboustranná spolupráce mezi ženou a zdravotnickým personálem při realizaci těchto představ. Výsledkem této spolupráce může být porod, který zároveň splňuje požadavky, které si na něj klade žena, ale zároveň je v souladu s pravidly a standardy dané porodnice.

1.2.3. Lékařsky vedený porod

Moderní porodnictví pod tímto pojmem rozumí souhrn všech organizačních a medicínských opatření zajišťujících optimální péči o rodičku a její plod, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy ve všech oblastech oboru. Současně s tímto požadavkem je povinností každého porodnického pracoviště vytvořit pro rodičku prostředí, které v ní vyvolává pocit maximálního bezpečí a důvěry v ošetřujícího lékaře a porodní asistentky, kteří by jí pomohli překonat všechny negativní stránky porodního děje tak, aby si vytvořila pozitivní silné emoční vazby na své dítě. Z tohoto hlediska je pak nutno chápat i možnost přítomnosti otce u porodu. (1)

1.2.4. Indukovaný porod

Preindukce a indukce porodu nejsou léčebné porodnické metody, to znamená, že neodstraňují příčinu rizika nebo patologického stavu matky nebo plodu. Jde o metody preventivní, kdy se předčasným vyvoláním porodu, a tím převedením plodu z nitroděložního prostředí do samostatného života, předchází negativním následkům dalšího pokračování gravidity. Tím se pozitivně ovlivní zdravotní stav matky, plodu/novorozence, nebo obou. (1)

Preindukce (priming, ripening) je soubor metod, které vedou k uzrání děložního hrdla ve smyslu jeho zkrácení a prosáknutí. Tím se zvýší senzibilita mateřského organismu, zejména děložních tkání, k působení indukčního preparátu. (1)

Indukce je umělé vyvolání děložní činnosti za účelem ukončení těhotenství, pokud je svalovina děložní normotonická, nejsou přítomny děložní kontrakce a je zachován vak blan. Z časového hlediska je k indukci porodu u viabilního plodu považována hranice 23 týdnů + 1den. (1)

Provokace porodu je v české literatuře definována jako vyvolání děložních kontrakcí v případech předčasného nebo předtermínového odtoku plodové vody u viabilního plodu. (1)

1.2.5. Programovaný porod

Je indukce děložní činnosti v termínu bez lékařské indikace, kdy důvodem je přání pacientky ukončit termínové těhotenství, za předpokladu splnění lékařských podmínek pro tento porod. Je veden v dopoledních hodinách za ideálních podmínek pro matku, plod/novorozence, příbuzné pacientky a ošetřující personál. Programovaný porod neřeší žádná rizika nebo patologie těhotenství. (1)

1.2.6. Operační porod

Porod kleštěmi (partus per forcipem) je instrumentální vybavení hlavičky plodu vstoupelé a fixované v malé pánvi. Tento porod náleží svým vývojem k základním kapitolám historie porodnictví, ve svém současném pojetí však stále patří do porodnictví moderního. I při poměrně malé frekvenci této operace (mezi 1-3 %) je nejčastějším vaginálním výkonem ukončujícím porod po císařském řezu, je ze všech plod vybavujících operací na druhém místě. (1)

Vakuumentrakce je další vaginální instrumentální metoda vybavení hlavičky plodu. Principem této metody je vytvoření umělého porodního nádrhu na měkkých tkáních kalvy pod tlakem a trakcí za hlavičku prostřednictvím přísáté peloty. (1)

Císařský řez (sectio caesara) je porodnická operace, při níž je plod extrahován z dělohy cestou břišní. (5) Patří mezi nejčastější operaci, kterou se ukončuje těhotenství ve třetím trimestru a za porodu. Na rozdíl od vaginálních operací, které porod ukončují až v závěru druhé porodní doby, císařským řezem se končí většinou dříve. V minulosti byl vždy spojen se značnou mortalitou matek, což bránilo jeho rozšíření. Při změnách celkového pojetí porodnictví se také měnila i frekvence císařských řezů. Zlepšující se operační podmínky umožnily širší uplatnění této operace. Jestliže na přelomu století byl císařský řez vysoce výběrovou operací s frekvencí 0,5 %, před druhou světovou válkou četnost operace byla pod 1 % a před třiceti lety činila kolem 2 %. V současnosti je císařský řez podstatně častější operací. V České republice je průměrná frekvence přes 16 % a v perinatologických centrech kolem 20 %. (1)

1.2.7. Porod v domácnosti

Je riskantní pro matku a dítě, není akceptován jako postup lege artis Českou gynekologicko-porodnickou společností. Je sporný i z hlediska právního. Matka rozhoduje o ohrožení dítěte, které o vlastní vůli nemůže rozhodnout jinak.(1)

1.2.8. Etické problémy na porodním sále

Zatímco etické problémy v obecné medicíně se řeší vždy ve vztahu lékař – pacient, je v porodnictví situace značně komplikovanější, protože přistupuje třetí subjekt – plod. Vznikají tak 4 oblasti možných konfliktů zájmů:

1. Konflikt mezi prospěchem těhotné, z jejího pohledu a pohledu lékaře.

Tam, kde žena odmítá navrženou léčbu, budeme zřejmě respektovat její postoj, avšak po důkladném vysvětlení a podepsání negativního reversu. Jiná situace je v případě, kdy žena naopak vyžaduje určitý léčebný postup, např. ukončení porodu císařským řezem. Měla by zde převážet situace, ve které se hodnotí lékařská indikace, či zda jde o situaci medicínsky spornou. V každém případě musí být dobře zváženy šance matky a dítěte.

2. Konflikt mezi prospěchem plodu z pohledu matky a pohledu lékaře.

Chápeme-li plod jako pacienta, může být lékařský postoj ve formě direktivního poradenství, ať již jde o otázku ukončení těhotenství, doporučení konzervativního postupu, či agresivní léčbu (tokolýza, císařský řez). Naše doporučení by mělo korelovat se závažností postižení plodu – čím je poškození plodu těžší, tím by doporučení mělo být méně direktivní.

3. Konflikt mezi prospěchem těhotné z pohledu matky a prospěchem plodu z pohledu lékaře.

Je pochopitelné, že zdraví a prospívání plodu je za obvyklých okolností vysokou hodnotou pro matku a prospěch plodu a prospěch její se prolínají. Do této oblasti by patřil nejčastější konflikt zájmu mezi matkou a plodem, tj. otázka interrupcí.

4. Konflikt mezi prospěchem matky a plodu z pohledu lékaře.

Patří sem situace, kdy záchrana života plodu přímo ohrožuje matku, jako je např. nádorové onemocnění matky nebo takové nemoci matky, při nichž musí užívat léky,

kteře mohou potencionálně ohrozit plod. Nelze-li získat vyjádření matky panuje shoda, že je třeba dát přednost životu těhotné. Nelze však vyloučit, že žena může mít takové přání, které může mít tragické dopady. Pak je nutné sepsání řádného a podrobného reversu. (5)

1.3. Porodní plán pohledem lékaře

Porodní plán je písemný seznam požadavků matky, které by chtěla dodržet během porodu. Již při příjmu do porodnice se porodní asistentka a lékař seznamují z porodního plánu s úmysly ženy a jejího partnera. Porodní plán nahrazuje tedy prostředníka mezi matkou a personálem porodnice. Tento materiál by měla připravit porodní asistentka z porodního sálu, kde se matka chystá rodit. Napsat odborně správně porodní plán není vůbec jednoduché, jak se na první pohled zdá. Měl by být vypracován tak, aby v případě porodních nepravidelností, které často matka ani na svém těle nemusí pociťovat, nebyl dogmatem, jehož úzkostlivé dodržování by mohlo ohrozit zdraví rodičky nebo jejího dítěte. Profesionálně provedený porodní plán má mít vždy, pro každý úsek porodu, několik alternativních řešení. Nikdo dopředu nemůže znát a tedy ani zaručit hladký průběh porodu. (4)

1.4. Porodní plán pohledem porodní asistentky

Porodní plán pomáhá nastávající mamince uvědomit si, co ona sama považuje za důležité – utřídit si priority. Může také sloužit jako seznam nebo nápověda. Porodní plán také podněcuje k získání většího množství informací, na jejichž základě mohou maminky učinit tzv. informovaný výběr ohledně jakéhokoli kroku, který se s nimi bude dít. Porodní plán by měla sestavit nastávající maminka, v ideálním případě společně s partnerem (partnerkou), která ji bude doprovázet. Bylo by dobré, aby svůj porodní plán prodiskutovala s porodní asistentkou z porodního sálu, kde se chystá rodit. Porodní plán by měl obsahovat seznam toho, co by si maminky přály v optimálním případě, z čeho jsou ochotny slevit, bude-li vše v pořádku a jak by se rády zachovaly v případě komplikací nebo ve chvíli, kdy by vše nešlo podle jejich vlastního porodního plánu. (7)

1.5. Význam předporodních plánů

Studie Blanky Čermákové privátní porodní asistentky z Brna, kterou přednesla na 45. mezinárodní konferenci o přirozeném porodu. Konference nesla název Přivádíme děti na svět... a konala se 1. - 3. února 2001 v Praze v hotelu Pyramida.

Podkladem pro vypracování předporodního plánu bylo 11 otázek z projektu Atlantis vedeného Dr. Henrietou Nazzari. Ženy tyto otázky zodpovídaly v těhotenství a po porodu. Ve studii porovnávala rozdíly mezi představou o porodu a skutečností. Studie se skládala z výpovědí 70 žen s věkovým průměrem 28 let. 34 žen bylo vysokoškolaček, 33 středoškolaček, 3 vyučené. 14 žen byly druhorodičky a 56 žen tvořily prvoroďičky. Otázky byly formulovány volně, a proto nebylo možné provést procentuální vyhodnocení.

Závěr této studie byl, že deset žen z celkového počtu uvedlo, že jejich představa byla výrazně odlišná od skutečnosti, že se cítily a cítí silně zklamané. U šedesáti žen se představa a skutečnost výrazně nelišily, tyto ženy hodnotí porod jako neopakovatelný silně emotivní zážitek. Vypracování předporodního plánu ženy hodnotí kladně. Při plánování si uvědomí, co od porodu očekávají, na koho budou spoléhat, jaké mají nároky na prostředí. Partneři si ujasní svou roli a formu spolupráce v průběhu porodu, v poporodním období i v zátěžových situacích a společně vybírají porodnici. (9)

1.6. Obsah porodního plánu

Obsah porodního plánu by měl všem zúčastněným na porodu napovědět, že je pro ženu důležité mít možnost volby. Měl by obsahovat postupy, které jsou pro ní nejdůležitější a jak by si přála, aby o ní bylo pečováno. Je důležité se při vytváření porodního plánu zamyslet nad tím, co je opravdu v určitou chvíli nejdůležitější a jak postupovat, když to nepůjde podle původního plánu. Ideální je projít si porodní plán s porodní asistentkou, která pracuje na porodním sále zdravotnického zařízení, kde žena předpokládá že porodí. (6)

Opravdu ideální by bylo probrat porodní plán na konci těhotenství a to bod po bodu. Ujasnit si, co je opravdu prioritou a co není, za jakých okolností lze určitá přání splnit a

kteřá opravdu jsou nesplnitelná. Žena se také může dozvědět, co umožňuje provoz porodního sálu, jaká jsou vnitřní opatření zdravotnického zařízení, aby nebyla nemile překvapena co lze a nelze. Pokud se porodní plán s ženou rozebírá až během porodu nebo když nastanou nějaké komplikace, bohužel již někdy není dostatek času na dlouhé vysvětlování. Žena i doprovod potom mohou být i rozčarováni z nedostatku prostoru. Porodní plán by se měl používat jako průvodce porodem, ale měl by být připraven na změnu, pokud nastanou podmínky vyžadující lékařský zásah. Během porodu se vždy jedná nejméně o dva lidské životy, na to se nikdy nesmí zapomínat.

1.6.1. Porodní plán by měl obsahovat :

- úvod
- možnosti během první doby porodní
- možnosti během druhé doby porodní
- možnosti během třetí doby porodní
- možnosti během doby poporodní
- neočekávané situace
- osobní přání

Úvod porodního plánu může být zdrojem informací o osobních údajích rodičky, co by si žena přála, aby o ní personál věděl a také vzkaz personálu. V něm žena popíše, co by ocenila, jaký tip pomoci nebo odborné péče by si přála. Může zde popsat své pocity a postoje, víru v něco nebo postupy či aktivity, kterým výrazně dává přednost nebo si výrazně nepřeje. Nebo popsat svou předešlou zkušenost s ošetrovatelskou péčí v nemocnici, své obavy a nebo jiné informace, které by pomohli personálu lépe jí poznat a pečovat o ni podle jejich představ.

Možnosti během první doby porodní by měli ukázat postoj ženy k činnostem, které se vztahují k této části porodu. Od volnosti pohybu, užití rehabilitačních a relaxačních pomůcek a metod, přes kontrolu plodu, aplikaci léků, příjmu tekutin a potravy, vyprazdňování, holení a přítomnosti studentů a mediků.

Možnosti během druhé doby porodní by měli ukázat postoj ženy k vlastnímu porodu. Pozici pro druhou dobu porodní, techniku tlačení a pohled na porodní poranění.

V třetí době porodní a době poporodní by žena měla vyjádřit postoj k prvnímu kontaktu s novorozencem, ke kojení a následné péči o novorozence. Vyjádření by se mělo vztahovat k placentě, pupečníku a ošetření možného porodního poranění.

V neočekávaných situacích by mělo být vyjádření, jak se staví k následujícím komplikacím. Obtížná první doba porodní nebo druhá doba porodní. Císařský řez, předčasně narozený nebo nemocný novorozenec.

Osobní přání je vyjádřením dokreslení atmosféry porodu jako nejkrásnějšího nezapomenutelného zážitku pro ženu, její doprovod a novorozence. Použitím hudby, tlumeného světla, hlasů, masáží, ale také prvním kontaktem s novorozencem. Zde žena může individuálně vyjádřit co má pro ni největší prioritu. (6)

1.6.2. Jednotlivé body porodního plánu a možnosti porodnice

Klyzma je aplikace tekutiny přes konečník do tlustého střeva za účelem jeho vyprázdnění. Očistné klyzma pomůže vyprázdnit stolicí naplněné tlusté střevo, které může bránit vedoucí části plodu vstupovat do pánve. Intenzivním vyprázdněním se porod může rozběhnout na základě vzrůstající hladiny prostaglandinu, který se při vyprazdňování střev uvolňuje. Vlivem prostaglandinu hrdlo děložní měkne a zkracuje se. Klyzma se používá v předporodní přípravě při indukci porodu nebo po dohodě s rodičkou k podpoře děložní činnosti během první doby porodní. (4)

Holení se provádí po domluvě jen v místech možného porodního poranění na hrázi. Nesouhlasí-li žena není nutností, ale je nutné upozornění na vliv na hojení porodního poranění.

Použití medikace během porodu, je vždy na základě lékařské ordinace, po zvážení jiných alternativ. Záleží na postupu porodu, stavu plodu a matky. Vždy se jedná individuálně.

Přítomnost či nepřítomnost **studentů** bývá na porodním sále po předchozím souhlasu či nesouhlasu ženy a jejího doprovodu. Žena může souhlasit s jednou studentkou, která se o ní stará během porodu současně s porodní asistentkou z porodního sálu, která ji doprovází celou svou pracovní dobu.

Monitorace plodu je metoda, při které kontrolujeme ozvy srdeční plodu. Lze to provádět stetoskopem či doplerem, bez záznamu. Nebo karditokografem (CTG) buď zevním či vnitřním, pak hovoříme o zevním či vnitřním monitorování plodu se záznamem. Souběžně registrujeme srdeční frekvenci plodu a děložní motilitu. Během porodu pomáhá CTG plodu hodnotit stav plodu a jeho odpověď na zátěž porodem vzniklou. Lze hodnotit i intenzitu porodních kontrakcí. Monitorace plodu se při fyziologickém průběhu porodu provádí intermitentně, ve dvacetiminutových záznamech. Poloha ženy při CTG záleží na jejích schopnostech či možnostech i technických parametrech přístroje. Může to být od sedu, stoje, kleku, přes bok či polohu na zádech. (6)

Pití během porodu bývá rodícím ženám doporučováno a porodní asistentka ženu opakovaně pobízí aby po malých dávkách, ale nepřetržitě doplňovala tekutiny. Vhodná je neperlivá voda, lehce slazený čaj. K infuzní terapii se přistupuje na základě nemožnosti příjmu tekutin per os ze zdravotních důvodů matky či plodu.

Jídlo během porodu je povolováno individuálně po dohodě s lékařem, po porodu je většinou maminek jídlo ihned povoleno.

Doprovod u porodu je osoba, s kterou rodící žena chce strávit okamžiky zrození svého dítěte. Měla by to být osoba, které důvěřuje a s kterou chce tento okamžik strávit. Doprovod by měl ženě přinést psychickou i fyzickou podporu, oporu a útěchu v její

„těžké hodince“. Může to být manžel, otec dítěte, kamarádka, sestra, matka rodičky či dula.

Polohu a aktivitu během porodu žena zaujímá takovou, která jí v té určité době nejvíce vyhovuje. Pohyb jí může dát pocit cítit se mnohem lépe a porod se tím může i urychlit. Někdo je celou dobu porodu aktivní, střídá polohy během kontrakce a relaxace. Někdo je pasivní a pocity během kontrakce dobře snáší v posteli pod peřinou a porod dobře postupuje. Vše je velice individuální a vždy záleží na ženě, jakou eventualitu si pro sebe zvolí.(6)

Informace o průběhu porodu, stavu dítěte a možných eventuálních zásazích do porodního děje jsou ženě podávány průběžně. Její souhlas (pozitivní reverz) s navrženým výkonem či zákrokem je dán zákonem. Nesmí se zapomínat na čas, který je potřeba na zodpovězení všech otázek ženy i doprovodu k danému výkonu či zákroku. Při nesouhlasu je nutno sepsat negativní reverz se všemi jeho náležitostmi.(1)

Koupele, sprcha, vířivá lázeň mají uvolňující efekt. Stimulace kůže pomocí sprchy či vířivky je velice příjemná a pomáhá omezit vnímání bolesti. Ve vaně nebo sprše se stahy zdají méně intenzivní a teplá lázeň někdy může i urychlit pomalý postup v první době porodní.

Teplota a chlad jejich blahodárný účinek lze využít při porodu. Během první doby porodní lze přiložit na podbřišek nebo dolní část zad ke zmírnění bolesti termofor s horkou vodou nebo zahřátý pytlík s rýží nebo třešňovými peckami. Lze použít i elektrickou dečku. Nesmíme zapomínat na dotek, který je pro ženu formou něžné a uklidňující masáže. Individuálně dle ženy lze použít tření bolestivého místa, poplácání dodávající odvahy, pevné objetí, pohlazení po vlasech či tváři. Někdo dá přednost formální masáži s rytmickým třením nebo hnětením zad, nohou, ramen. K masáži se používá nedráždivý olej. (6)

Aromaterapie znamená v překladu z řečtiny „péče, podpora, pomocí vůně“. Patří mezi velmi staré metody, které používali již staří Sumerové, Asyřané, Egypťané a jiní.

Lze ji využívat v mnoha oblastech života. Vůně můžete vnést vlastně kamkoli a zařadit je do svého všedního života, ale také ve chvílích výjimečných a svátečních. Snahou aromaterapie je snížit na minimum problémy související s těhotenstvím, připravit ženu na porod a posléze i na kojení, a to pomocí přírodních prostředků. (6)

Akupresura neboli Shiatsu, toto léčitelské umění vychází ze staročínského principu yin a yang. Tělem probíhá 12 meridiánů, podle nichž proudí životní síla. Akupresura upravuje nesrovnalosti v toku této životní síly. Během porodu lze použít určité akupresurní body, jejichž stlačením se může ženě ulevit od bolesti a někdy i porod poněkud urychlit. Pro stlačení akupresurních bodů používáme palec nebo špičku prstu. Nejčastěji používané pro porod jsou body Ho-ku a bod sleziny č. 6. Oba jmenované body jsou citlivé a při správném stlačení bolí.(6)

Relaxace, její nácvik a zvládnutí určitého způsobu dýchání se zaměřením pozornosti byly odedávna základními kameny příprav před porodem. Největší váhu má relaxace a je cílem všech možných činností, které mají ženě porod zpříjemnit. Nechá-li žena své tělo během kontrakcí ochabnout, bude bolest méně vnímat. Zvládne-li se vědomě uvolnit, věnuje-li této činnosti během kontrakce všechnu svou pozornost. Je tato činnost prospěšná i v případě, že se jí nepodaří uvolnit všechny svaly. Zaměstná ale svou mysl a nebude mít tolik prostoru pro vnímání bolesti. (6)

Akupunktura je léčebná metoda, která patří do systému tradiční čínské medicíny. Jedná se o nabodávání jehel do akupunkturních bodů na lidském těle, které leží na akupunkturních drahách neboli drahách energie, tzv. meridiánech. Těmi proudí životní energie čchi a jsou spojeny s jednotlivými orgány. Akupunktura se snaží předcházet nerovnováze v toku energie a odstraňovat ji.

Homeopatie je terapeutická metoda založená na tzv. principu podobnosti, tedy na poznání, že existuje využitelný vztah mezi toxickým a terapeutickým účinkem dané látky. Některé látky, použité v měřitelných koncentracích, vyvolávají u zdravého jedince soubor příznaků, které jsou schopny léčit u jedince nemocného, jsou-li mu podávány ve velice nízkých koncentracích. Homeopatické přípravky jsou používány ve

velmi slabých dávkách, nazývaných infinitezimální. Číslo na tubě označuje stupeň ředění a písmena CH informují o tom, že se jedná o centezimální ředění dle Hahnemanna, zakladatele homeopatie. Výběr ředění podléhá následujícímu pravidlu: čím větší je podobnost mezi příznaky pacienta a příznaky, které vyvolává daná látka, tím vyšší ředění musí být použito a naopak. Homeopatické léky dokážou účinně zmírnit obtíže provázející těhotenství, jako jsou nevolnost, zvracení a žaludeční potíže. Během porodu lze homeopatii použít při nepoddajnosti děložního hrdla, nepravidelných a neúčinných kontrakcích. Po porodu k urychlení hojení a vstřebávání hematomu a k podpoře kojení. (11)

Dirupce (amniotomie) protržení vaku blan nástrojem - jemným háčkem (dirupátorem) se provádí při normálním vaginálním vyšetření, je to bezbolestný výkon jak pro matku, tak i pro plod. Provádí jej lékař nebo porodní asistentka. Podle dnešních názorů není vak blan nezbytný až do úplného rozvinutí branky. Protržením plodových obalů ve vhodném okamžiku a při dobré děložní činnosti se porod mírně uspíší. Pokud není vak blan protržen na konci první doby porodní a vyklenuje se dokonce před poševní vchod, již tento průběh není pro dítě zcela bezpečný. Hrozí, že se tahem blan předčasně odloučí placenta. Dirupce se používá pro nástup nebo zesílení děložní činnosti při indukovaném porodu. (4)

Epiziotomie (nástřih hráze) se u fyziologicky probíhajícího porodu neprovádí rutinně, ale jen v opodstatněných případech. Epiziotomie se provádí profylakticky před instrumentální extrakcí plodu, tak při prořezávání hlavičky v případě hrozící ruptury hráze, která se projevuje napjatou, lesklou a anemickou kůží. (5).

Dále při známkách ohrožení plodu, u nadměrného prodlužování porodu a zřetelného nebezpečí roztržení svěrače konečníku. Měla by být vždy co nejmenšího rozsahu a rodička by k ní měla dát vždy slovní souhlas. Pokud ani přes vysvětlení žena s epiziotomií nesouhlasí, pak by se neměla provádět, pokud není ohroženo zdraví dítěte.

Pupečník může být podvázán okamžitě po narození dítěte. Názor na podvázání pupečníku po dotepání se různí. Někteří porodníci a pediatři doporučují počkat, jiní tento postup kritizují. Tělíčko novorozence může nepodvazaným pupečníkem svoji krev

ztratit nebo naopak ji nadměrně přijmout z placenty, záleží na poloze dítěte, zdali je pod úrovní placenty nebo nad ní (princip spojených nádob). Obě varianty jsou pro něj nežádoucí. (4)

1.6.3. Druhy porodního plánu

- Esej
- Tabulka nejdůležitějších bodů
- Internetová předloha

1.6.4. Pozitiva porodního plánu

- Rodička o sobě rozhoduje.
- Představuje informace o rodičce a o jejích přání ohledně porodu a šestinedělí.
- Umožňuje spolupodílet se na ošetrovatelské péči spolu se zdravotníky.
- Rodička je více informovaná a připravena na porod.
- Zná přirozené metody tlumení bolesti.
- Podpora doprovodu v jejím rozhodnutí.

1.6.5. Negativa porodního plánu

- Těžší navázání komunikace a spolupráce s rodičkou nebo doprovodem.
- Staví zdravotníky do opozice.
- Nedostatečné informace a zkušenosti rodičky s porodem x její přání.
- Konflikt mezi rodičkou a doprovodem.
- Rozdíl mezi informacemi v porodním plánu a přáním rodičky při porodu.

1.7. Doporučení WHO

Světová zdravotnická organizace (WHO) vydala v listopadu 1996 praktického průvodce, který popisuje doporučené praktiky během přirozeného porodu a uvádí také ty, které se výslovně nedoporučují. Doporučení jsou výsledkem prací a zkušeností mnoha odborníků z celého světa. Vychází ze studie prováděné v mnoha státech světa, opírá se o reference z mnoha zdrojů, mimo jiné také o reference z databáze "Cochrane Centre" v Německu. Řada vyspělých států světa a států Evropské Unie poskytuje porodnickou péči stavěnou na těchto zásadách WHO. (10)

WHO doporučuje a hodnotí jako prospěšné pro matku a dítě:

- Uvážit a společně naplánovat, kdo bude přítomen u jejího porodu, seznámit s tím jejího manžela (partnera), event. rodinu.
- Zhodnotit individuálně možná rizika u každé ženy a to jak při první návštěvě poradny, tak vždy při každé další návštěvě a také během porodu.
- Sledovat jak fyzickou tak psychickou kondici rodící ženy během celého porodu od počátku I. až do závěru IV. doby porodní.
- V průběhu porodního procesu nabízet tekutiny.
- Respektovat přání ženy kde porodit. Žena by již v průběhu těhotenství měla být nezaujatě informována o všech možnostech. Měla by znát všechna pro a proti.
- Jestliže porod probíhá bez komplikací, doporučuje se do běhu porodu nezasahovat, poskytovat péči jen nezbytně nutnou.
- Respektovat právo ženy na soukromí.
- Chování těch, kteří o ženu pečují, by mělo být empatické po celou dobu porodního procesu.
- Respektovat právo ženy vybrat si toho, kdo jí bude v průběhu porodu doprovázet.
- Poskytnout ženám tolik informací, kolik si přejí. Všechny dotazy zodpovědět, a

bude-li třeba, podat vysvětlení.

- Používat pokud možno neinvazivní nefarmakologické prostředky na tlumení bolestí, např. masáž a relaxační techniky.
- Sledovat stav plodu nasloucháním (nikoli kontinuálně).
- Poskytnout ženě možnost zaujmout jakoukoli pozici během I. doby porodní. Doporučit jí, aby neležela na zádech.
- Pečlivě sledovat postup I. doby porodní, např. pomocí partografu vydaného WHO.
- Preventivně podat oxytocin u žen s vyšším rizikem krvácení.
- Zabránit podchlazení novorozence.
- Umožnit dítěti a matce co nejdříve po narození dítěte fyzický kontakt. Přiložit děťátko do jedné hodiny po narození k prvnímu kojení tak jak to doporučují směrnice WHO pro podporu kojení.
- Rutinní prohlídku placenty a blan.

Jako výslovně nežádoucí a škodlivé jsou označeny následující praktiky během přirozeného porodu:

- Rutinní aplikace klystýru.
- Rutinní holení pubického ochlupení.
- Rutinní aplikace intravenózní infuze během I. doby porodní.
- Pozice na zádech během I. doby porodní.
- Rektální vyšetřování. (10)

1.8. Postup lege artis

Povinnost postupovat lege artis vyjadřuje § 11 Zákona č. 20/1966 Sb. Jaký je současný poznatek lékařské vědy, je v mnoha případech formalizován v různých doporučeních České gynekologické a porodnické společnosti ČLS, JEP, České lékařské komory nebo i neformálních skupin autorů. Za vyjádření současného poznatku lékařské vědy lze též pokládat texty v učebnicích, monografiích, souborné referáty v uznávaných časopisech.

Z principu věci a podstaty vědeckého poznání samého vyplývá, že postup lege artis je často alternativní. Vedle sebe může existovat, a obvykle existuje, více různých postupů, které všechny lze označit jako postupy lege artis. Výše uvedená doporučení, texty v učebnicích apod. nelze chápat jako závazné, už proto ne, že názory lékařské vědy se vyvíjejí, někdy i překotně. V praxi je však velmi vhodné se jimi pokud možno řídit.

Zcela výjimečně se stane, že některá autoritativní instituce se o nějakém postupu vysloveně vyjádří, že ho považuje za postup non lege artis. V porodnictví se tak stalo vyjádřením výboru České gynekologické a porodnické společnosti, že úmyslný porod mimo ústav je non lege artis. Ani tato vyjádření nejsou závazná, v praxi je však nanejvýš žádoucí je respektovat.

Výjimky z postupu lege artis jsou vzácné, kdy pacientka odmítá postup lege artis. Zde lékař pacientku co nejdůkladněji poučí, sepíše podrobný negativní revers a dál postupuje podle „druhého nejlepšího“ postupu. Důležité je, že výjimkou z postupu lege artis není, když žena žádá postup non lege artis, jaksi „na vlastní riziko“ (porod v domácnosti, epidurální anestezii při přítomnosti kontraindikace apod.). Zde lékař vyhovět nesmí, nechce-li se vystavit riziku trestního stíhání v případě jakékoli komplikace. (1)

1.9. Informovaný souhlas

Jak z Konvence o lidských právech a biomedicíně, tak ze Zákona č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, jednoznačně vyplývá, že jakýkoli lékařský zásah nemůže být proveden bez potřebného informování osoby a bez jejího souhlasu.

Právní normy nestanoví, jakým způsobem má být souhlas proveden. V případě komplikovanějších nebo riskantnějších zákroků je nepochybně nutné vyžádat si souhlas v písemné podobě (tzv. pozitivní reverz). Tento reverz musí být individuální, popsat účel a charakter zákroku, jeho důsledky a rizika. U banálních výkonů postačuje souhlas ústní nebo dokonce souhlas vyjádřený chováním pacienta. Rovněž v případech krajní časové tísně (např. porod per forcipem při akutní hypoxii plodu) je možno se spokojit s ústním souhlasem, zvláště jsou-li přítomni svědci. Důležité je, že pacientka může již pronesený souhlas s výkonem kdykoli odvolat. (1)

1.10. Negativní reverz

Negativní reverz je nesouhlas s poskytnutím zdravotní péče. Není důležité, v čem spočívá navrhovaný postup, zda jde o převoz, aplikaci injekce, přijetí do nemocnice či provedení operačního výkonu.

Pokud pacientka odmítá postup vyšetřování nebo léčení, který je podle názoru zdravotníka správný, vhodný a přiměřený zdravotnímu stavu pacienta, je nezbytné o tom zhotovit negativní reverz. Ten musí být bezpodmínečně individuální. Musí obsahovat podrobné informace o tom, proč bylo vyšetření či léčba doporučena a jaké následky může mít její odmítnutí. Tyto následky musí být vypočítány výslovně. I zde je žádoucí připojit poznámku, že žena poučení rozuměla a měla možnost položit doplňující otázky. Pokud žena odmítne léčbu a odmítne podpis reverzu, lékař i tak reverz sepíše a podepíše jej on a svědek. I po odmítnutí doporučené léčby musí lékař léčit jinak, navrhne tedy „druhý nejlepší“ postup.

Negativní reverz je vhodné sepsat i při odmítnutí preventivní péče, může-li to vést k riziku pozdější zdravotní újmy. Takovým případem může být odmítnutí povinných očkování. (1)

1.11. Právní předpisy a důležité dokumenty vztahující se k tématu

- Sdělení MZV č. 96/2001 Sb.m.s., o přijetí Úmluvy o lidských právech a biomedicině
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví
- Vyhláška č. 439/2000 Sb., o očkování proti infekčním nemocem
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon (8)

2. Praktická část

2.1. Metodika

2.1.1. Námět a název výzkumného projektu

Název výzkumného problému je Porodní plán, možnosti využití. Námětem pro tuto bakalářskou práci se staly porodní plány, které si přinášeli od roku 2005 do roku 2007 rodičky k porodu v ÚPMD Podolí.

2.1.2. Dosavadní stav poznání

Nejsou mi známa žádná výzkumná šetření v této oblasti.

2.1.3. Cíl výzkumu

Posoudit a zhodnotit obsahovou analýzou porodní plán, jeho možnost využitelnosti v ošetrovatelské praxi porodní asistentky. S cílem vytvoření porodního plánu, který by se mohl stát součástí ošetrovatelské dokumentace na porodním sále.

Doplňkovým průzkumem, zhodnocení navrhovaného porodního plánu těhotnými ženami a porodními asistentkami pracující na porodním sále v ÚPMD Podolí.

2.1.4. Výzkumný soubor

Základním výzkumným souborem byly porodní plány, které si přinášely rodičky k porodu do ÚPMD Podolí. Do roku 2006 byl výskyt rodiček s porodním plánem velice sporadický, proto se tento porod označoval jen v souhrnu porodu v porodopise a nelze zpětně určit statistickou četnost výskytu tohoto jevu. Porody s porodním plánem se vyznačují do porodní knihy na porodním sále v ÚPMD až od roku 2007. V roce 2007 proběhlo 96 porodů s porodním plánem.

Výběrovým souborem dokumentů bylo 84 porodních plánů, které jsou vzorkem z mé osobní praxe na porodním sále v ÚPMD Podolí.

Doplňkové dotazníkové šetření probíhalo mezi padesátipěti těhotnými respondentkami různých věkových kategorií a třicetipěti respondentkami různých věkových kategorií z řad porodních asistentek pracujících na porodním sále. Dotazník byl distribuován od 1. 2. 2008 do 14. 2. 2008. Bylo rozdáno devadesát dotazníků a návratnost byla 100 %. K zajištění návratnosti jsem na vyplnění dotazníku počkala.

2.1.5. Metody a technika výzkumu

Kvantitativní obsahová analýza dokumentů, s vymezením významových jednotek v textu a stanovením analytických kategorií a subkategorií. (2)

Doplňkové šetření pomocí anonymního dotazníku, který se vyjadřoval k navrhovanému porodnímu plánu, s využitím uzavřených, polozavřených otázek a hodnotící škály. (2)

2.1.6. Operační definování

Amniotomie je umělé protržení vaku blan (dirupce). Při vnitřním vyšetření rodičky je zaveden do pochvy dlouhý tenkým nástroj (dirupátor), který je zakončen háčkem a jeho pootočením dochází k prasknutí vaku blan a odtoku přední vody plodové. (5)

Epidurální anestézie je druh svodné anestézie (znecitlivění), při níž se anestetikum podává do páteřního kanálu mezi obratle a vak z tvrdé pleny mozkové. (1) Umožní znecitlivění rozsáhlejších okrsků těla, pacient je při vědomí, ale necítí bolest. Lze provést i větší chirurgické výkony u porodu to je císařský řez (sectio caesarea).

Epiziotomie je chirurgické protětí (nastřižení) hráze při porodu. Provádí se v přesně vymezených místech jako prevence jejího roztržení při průchodu plodu. Po porodu se běžným způsobem zašije. (6)

Indukce je navození porodu např. léky, které podporují a zesilují stahy dělohy.

Kalmetizace je ze zákona povinné preventivní očkování proti tuberkulóze.

Klyzma je nálev tekutiny do konečníku a tlustého střeva. Užívá se k jeho vyčištění před některými vyšetřeními, operačními výkony nebo při podávání některých léků u střevních zánětů.

Kredeizace je zákonem nařízené ošetření očí novorozence. Provádí se preventivně, jako ochrana před možnou kapavčitou infekcí. Ihned po porodu vkápnutím dezinfekčního prostředku do obou očí novorozence.

Medikace je léčení pomocí léků a způsob jejich užívání.

Novorozenec je dítě od narození do 28 dne života. V tomto období se přizpůsobuje novému prostředí, ve kterém se ocitá po porodu, začíná dýchat, přijímat potravu zvnějšku, krevní oběh se rozdělí na malý a velký, začínají pracovat játra a ledviny, vytváří se termoregulace, dítě se setkává s četnou mikrobiální flórou. V tomto období odpadne pupeční pahýl, některé děti fyziologicky sníží hmotnost, může se vyskytnout fyziologická žloutenka.

Oxytocin je hormon tvořený v hypothalamu a vylučovaný do krve v zadním laloku hypofýzy. Má význam pro vypuzování mléka při kojení a pro stahy dělohy při porodu a orgasmu. Podává se někdy jako lék v porodnictví, jako látka urychlující porod. (4)

Petidin (Dolsin) je analgetikum s účinkem podobným morfinu a je dnes nejvíce používaným lékem u porodu. Jeho předností je jednoduché podání a cenová dostupnost. Nedostatkem je útlum dechu matky i plodu, snížená sebekontrola a některých případech ztráta paměti. Může vyvolat dráždivé reakce u novorozence i několik dní po podání matce, protože jeho zbytky se 3 až 4 dny vylučují mateřským mlékem. (4)

Porod je děj, při němž plod opouští spolu s placentou a plodovými obaly organismus matky (dělohu).

První doba porodní je otvírací doba při které se rozšiřují porodní cesty, trhá se amniový vak a odtéká voda plodová.

Druhá doba porodní představuje vlastní vypuzení plodu.

Třetí doba porodní je doba k lůžku, při které dochází k porodu placenty se zbytkem pupečníku a plodových obalů.

Doba poporodní je dvouhodinový úsek, který tráví šestinedělka na porodním sále. Dochází při něm k ošetření porodního poranění a prvnímu přiložení novorozence ke kojení.

Prostaglandiny jsou látky podobné hormonům vznikající prakticky ve všech orgánech těla. Na rozdíl od hormonů je tvoří specializované buňky (žlázy) a nepřenášejí se krví, nýbrž účinkují místně. Mají velké množství účinků, které se různí podle typu orgánů, v němž se tvoří, a druhu prostaglandinu. Ovlivňují prokrvení, tvorbu řady látek včetně hormonů a trávicích šťáv, srážení krve, účastní se imunitních a zánětlivých procesů, zvyšují stahy děložní svaloviny atd. Používají se i léčebně, v těhotenství k indukci porodu. (1)

Sectio caesarea je chirurgický výkon umožňující vybavení plodu z dělohy přes břišní stěnu.

Rooming - in (rúmink in) je nemocniční pobyt matky s novorozencem po porodu v jedné místnosti. (4)

2.2. Významové jednotky

Pro vymezení významových jednotek v textu zkoumaných dokumentů, jsem zvolila rozdělení do pěti základních jednotek.

V první jsem se zabývala, jakou formou je porodní plán zpracováván. Další významovou jednotkou byla přítomnost či nepřítomnost oficiální části v porodním plánu. Dále jsem hodnotila, zda je porod rozdělen na jednotlivé fáze, a porodní plán obsahuje aktivity a postoje při jednotlivých porodních dobách. Mezi další významovou jednotku, kterou jsem hodnotila, bylo jakou formu porodu klientka preferuje či žádá. A do poslední významové jednotky jsme zařadila, jakou slovní formulaci používají autoři v porodních plánech.

2.3. Stanovení analytických kategorií a subkategorií

Pro stanovení analytických kategorií jsem použila rozdělení na kategorie:

- **A** – Formy zpracování porodních plánů
- **B** – Oficiální část
- **C** – Porodní plán v jednotlivých fázích porodu
- **D** – Porod a postoj k němu
- **E** – Použitá slovní formulace

Kategorii C jsem důvodu, co nejpodrobnější analýzy rozdělila na subkategorie :

- **C1** – první doba porodní
- **C2** – druhá doba porodní
- **C3** – třetí doba porodní
- **C4** – péče o novorozence
- **C5** – doba poporodní

2.3.1. Kategorie A

V kategorii A jsme se zabývala formou zpracování porodních plánů. Základní rozdělení bylo do dvou skupin, podle toho zda v porodním plánu byla využita jakákoliv předloha. Předloha mohla být z internetu, knihy, článku či kalendáře. Nebo zda to byly originálně napsané porodní plány konkrétní ženy či páru. Do této skupiny jsem zařadila eseje, bodové porodní plány, i různé tabulkové rozpracování porodního plánu.

Po tomto rozdělení, jsem ještě tyto dvě skupiny rozdělila podle toho zda byly zpracovány na počítači, nebo zda šlo o ručně napsané porodní plány. V konečné verzi tohoto dělení vznikly tyto kategorie:

- porodní plány zpracované dle internetové předlohy na PC
- porodní plány zpracované dle internetové předlohy psané ručně
- porodní plány zpracované jako originál psané ručně
- porodní plány zpracované jako originál psané na PC

2.3.2. Kategorie B

V kategorii B jsem se zabývala jevem, který se v porodních plánech vyskytoval v různých formách. Některé porodní plány byly jen vyjádřením osobního postoje k porodu a některé jen body s požadavky, další porodní plány obsahovaly obě varianty. Proto jsem rozdělila porodní plány podle toho zda tuto oficiální část obsahují a nebo neobsahují. Přidala jsem variantu osobního vyjádření. Vznikly tyto kategorie:

- Přítomnost oficiální části s představením, osobní údaje matky, její anamnéza, osobní údaje otce dítěte, návrh jména pro dítěte.
- Nepřítomnost oficiální části.
- Vyjádření klientky k porodu a její postoj, který k němu zaujímá.

2.3.3. Kategorie a subkategorie C

V kategorii C, která byla nejobsáhlejší a nejpodrobnější částí této obsahové analýzy dokumentů, bylo základní rozdělení určeno podle výskytu v porodních plánech. Kategorie byly rozděleny podle toho na první dobu porodní, druhou dobu porodní, třetí dobu porodní, na péči o novorozence a dobu poporodní. Jednotlivé kategorie byly dále rozděleny na subkategorie C1, C2, C3, C4, C5. Tyto se zabývaly jednotlivými kategoriemi dopodrobna. Zde je rozdělení do kategorií a subkategorií:

- **C1 - První doba porodní**

- přítomnost doprovázející osoby, akceptace holení a klyzmatu, použití medikace, monitorace plodu, aktivita a poloha, dirupce, tlumení bolesti, možnost přijímání jídla a tekutin, úprava prostředí, přítomnost cizích osob.

- **C2 - Druhá doba porodní**

- úprava prostředí, aktivita rodičky, poloha při tlačení, použití medikace, episiotomie.

- **C3 - Třetí doba porodní**

- novorozenec, přestřížení pupečníku, darování pupečnickové krve, porod placenty, použití medikace, úprava prostředí.

- **C4 – Péče o novorozence**

- poloha novorozence po porodu a přiložení, akceptace ošetření, vážení, měření, kontrola pediatrem, kredeizace, kalmetizace, aplikace vitamínu K, odstranění pupečnickového pahýlu, přítomnost na pokoji, dokrmování, informace o zdravotním stavu.

- **C5 - Doba poporodní**

- ošetření porodního poranění, mytí novorozence, délka pobytu a propuštění do domácího ošetření.

2.3.4. Kategorie D

Kategorie D vycházela z osobního vyjádření a postoje žen k porodu jako celku, byla rozdělena do těchto kategorií.

- Přirozený porod – aromaterapie, akupresura, masáže, sprcha, homeopatika, použití míče, hudba, šero, ticho.
- Porod dle situace
- Lékařsky vedený porod
- Indukovaný porod
- Operační porod – anestezie, přítomnost otce, péče o novorozence, kojení.

2.3.5. Kategorie E

V kategorii E jsem se zabývala, jakou slovní formulací obsahují texty porodních plánů. Vzniklo rozdělení do těchto kategorií:

- Přání a upřednostňování.
- Nepoužívat a vyžadujeme!!!
- Nechceme a chceme!!!
- Pokud bude vše v pořádku.

2.4. Stanovení hypotéz

HI. Předpokládám, že rodičky preferují přirozené metody během porodu před zásahy ze stran lékaře.

III. Předpokládám, že více než 50 % rodiček preferuje nepodstupovat přípravu k porodu (klyzma, holení) před jejím provedením.

IIII. Předpokládám, že alespoň polovina matek dává přednost kalmetizaci v kalmetizačním centru před aplikací v porodnici.

HIV. Předpokládám, že více jak 50 % porodních plánů využívá předlohy porodního plánu před vlastní formulací porodního plánu.

HT I. Předpokládám, že 75 % rodiček si přeje přítomnost otce dítěte u porodu.

HTII. Předpokládám, že více jak 75 % rodiček si přeje ihned tělesný kontakt s novorozencem.

2.5. Kvantifikace významových jednotek – analytických kategorií a subkategorií

Pro zpracování jsem použila objektivní kvantitativní obsahovou analýzu porodních plánů, ve které jsem využívala statistické zpracování ve dvou rovinách. V první rovině jsou počty a procentuální průměr vyjádřením jevu na celek, tedy na všechny zkoumané dokumenty. Druhá rovina ukazuje počty a procentuální průměr dle výskytu jevu v dokumentech. Pro lepší přehlednost jsem získaná data dle analytických kategorií a subkategorií zpracovala do tabulek a grafů.

Pro výsledky výzkumu jsem nejdůležitější jevy, zpracované do tabulek a grafů, zařadila do praktické části bakalářské práce. Zbývající tabulky a grafy, které jsou součástí příloh, ukazují další data, která vznikla obsahovou analýzou dokumentů.

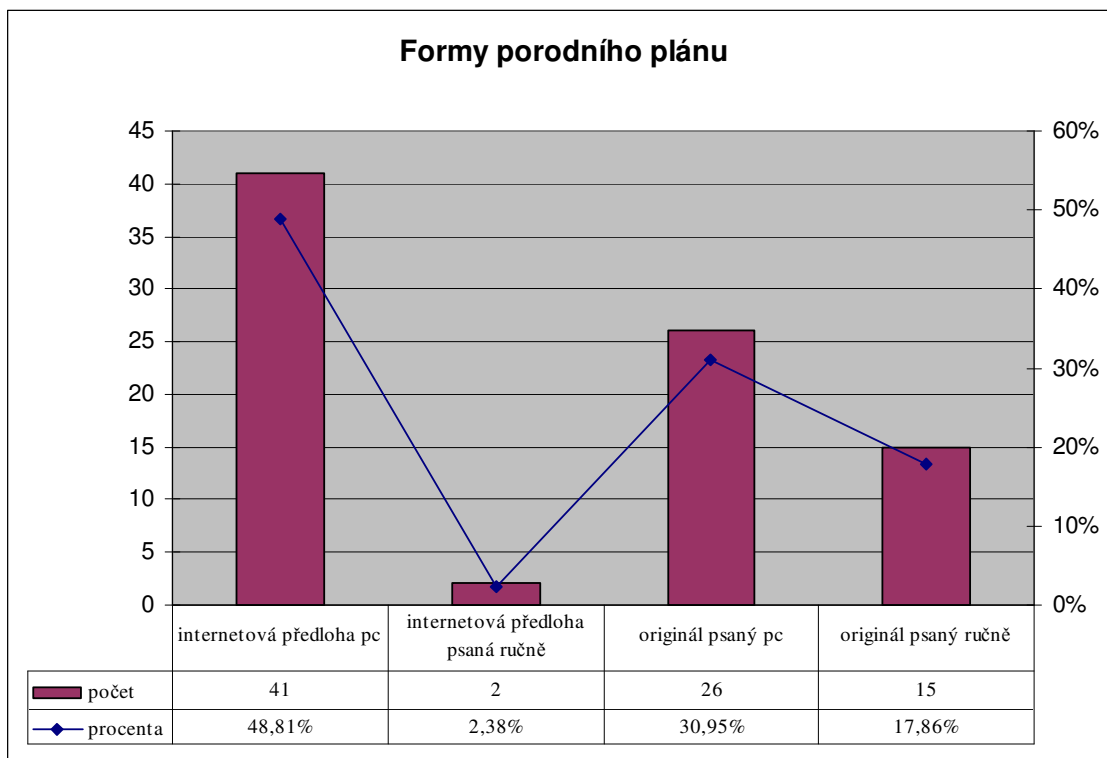
2.5.1. Kategorie A

Analytická kategorie A se v textu porodních plánů vyskytovala v těchto počtech a v tomto procentuálním zastoupení.

Tab. 1 Zpracované formy porodního plánu

	počet	procenta
internetová předloha pc	41	48,81%
internetová předloha ručně psaná	2	2,38%
originál psaný pc	26	30,95%
originál psaný ručně	15	17,86%
celkem	84	100%

Graf č. 1



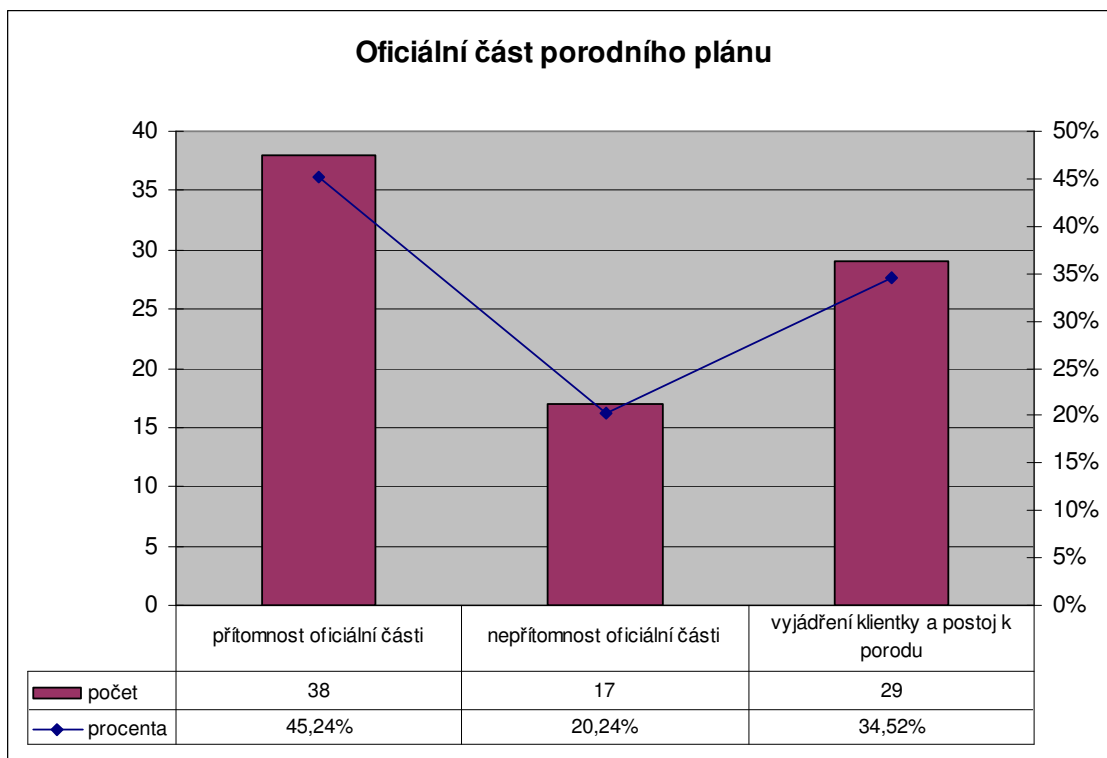
2.5.2. Kategorie B

Analytická kategorie B se v textu porodních plánů vyskytovala v těchto počtech a v tomto procentuálním zastoupení.

Tab. 2 **Oficiální část porodního plánu**

	počet	procenta
přítomnost oficiální části	38	45,24%
nepřítomnost oficiální části	17	20,24%
osobní vyjádření klientky a postoj k porodu	29	34,52%
celkem	84	100%

Graf č. 2



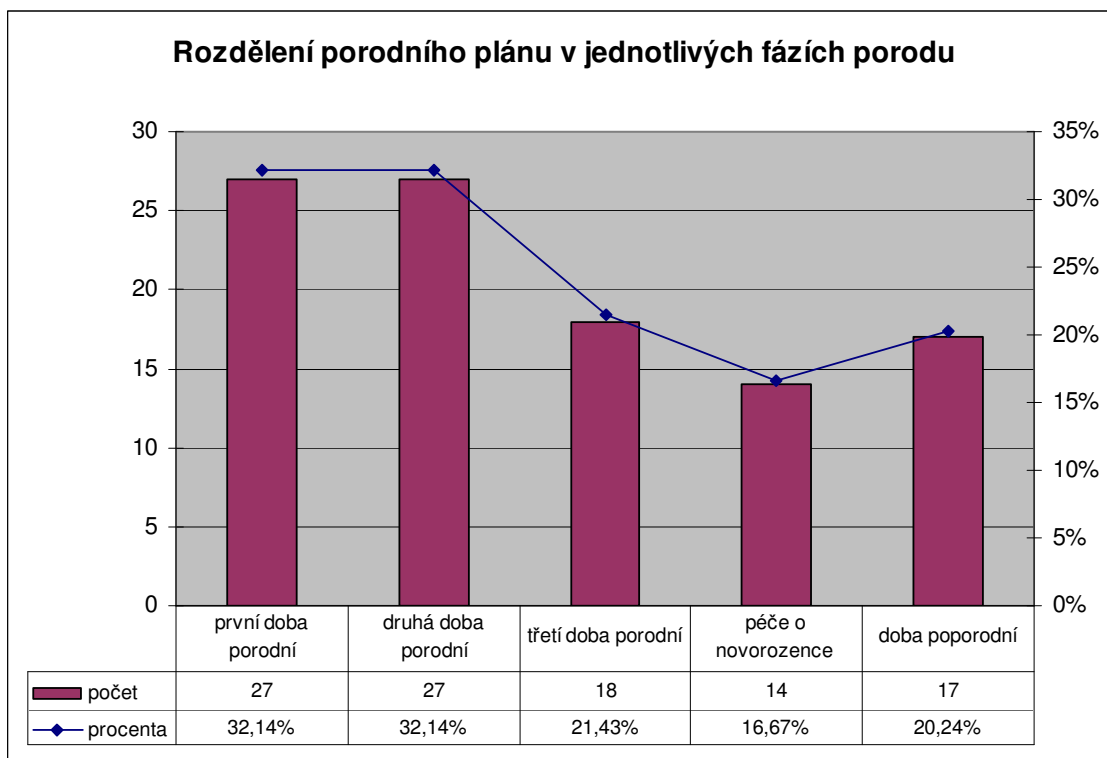
2.5.3. Kategorie C a subkategorie C1, C2, C3, C4, C5

Analytická kategorie C se v textu porodních plánů vyskytovala v těchto počtech a v tomto procentuálním zastoupení.

Tab. 3 Porodní plán v jednotlivých fázích porodu

	počet	procenta
první doba porodní	27	32,14%
druhá doba porodní	27	32,14%
třetí doba porodní	18	21,43%
péče o novorozence	14	16,67%
doba poporodní	17	20,24%
celkem	84	100%

Graf č. 3

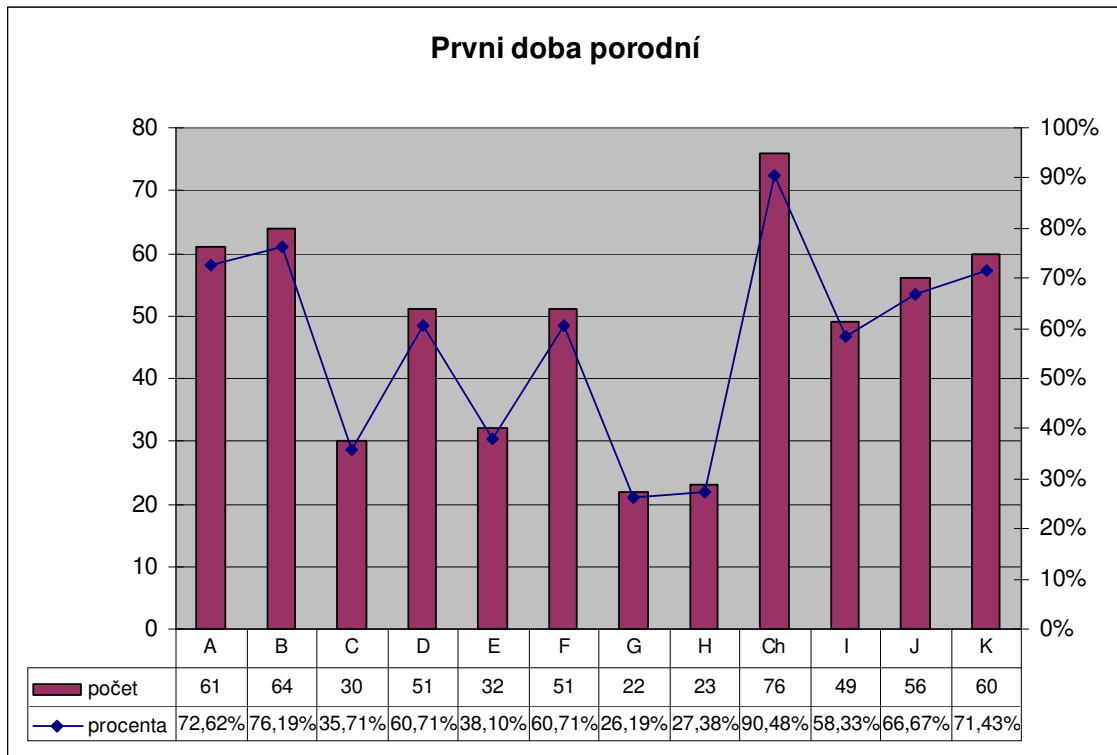


Analytická subkategorie C1 se v textu porodních plánů vyskytovala v těchto počtech a v tomto procentuálním zastoupení.

Tab. 4 **První doba porodní**

	počet	procenta
A - holení	61	72,62%
B - klyzma	64	76,19%
C - monitorace plodu	30	35,71%
D - aktivita a poloha	51	60,71%
E - dirupce	32	38,10%
F - tlumení bolesti	51	60,71%
G - možnost přijímání jídla a tekutin	22	26,19%
H - úprava prostředí	23	27,38%
Ch - přítomnost doprovodu	76	90,48%
I - přítomnost cizích osob	49	58,33%
J - informace o vyšetření a podávaných lécích	56	66,67%
K - použití medikace	60	71,43%
celkem	84	100%

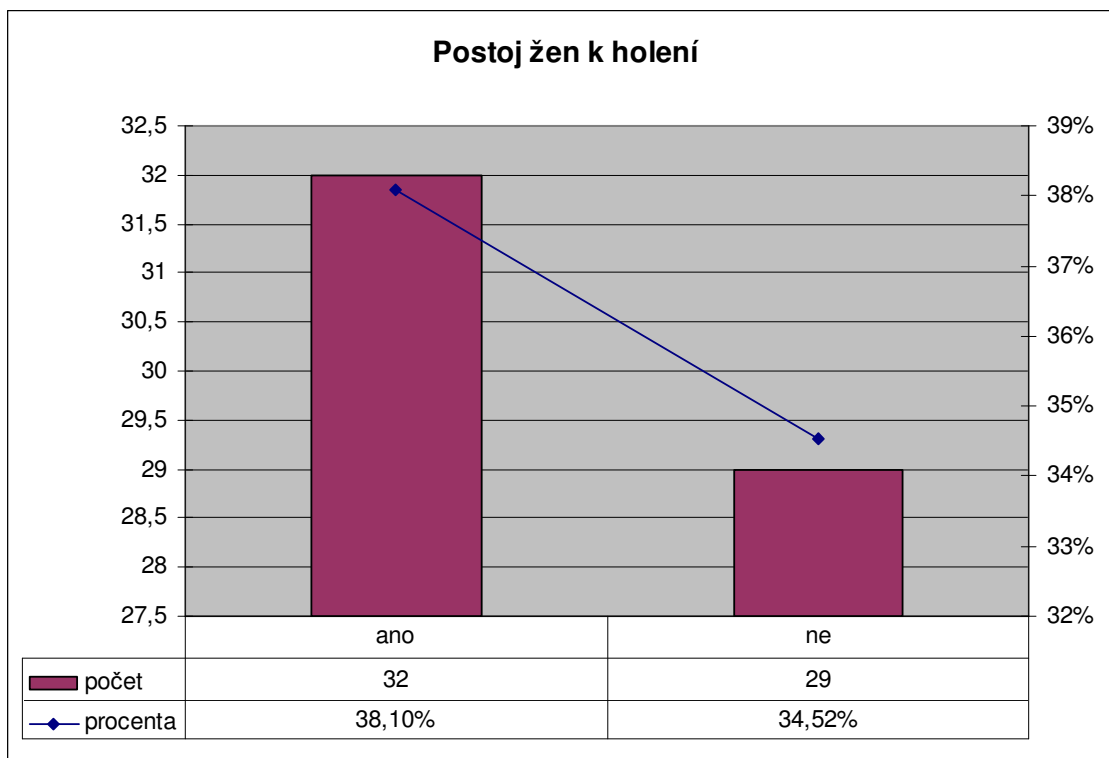
Graf č. 4



Tab. 5 Postoj žen k holení

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
ano	32	38,10%	32	52,46%
ne	29	34,52%	29	47,54%
celkem	84	100%	61	100%

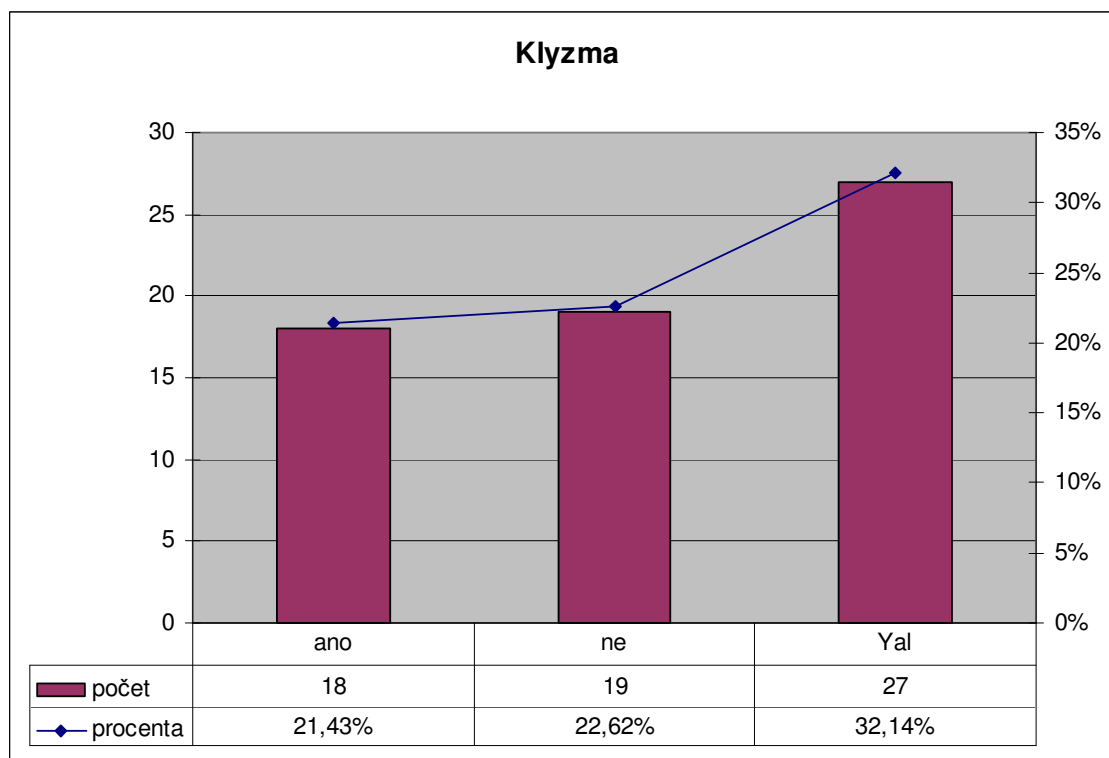
Graf č. 5



Tab. 6 Klyzma

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
ano	18	21,43%	18	28,13%
ne	19	22,62%	19	29,69%
Yal	27	32,14%	27	42,19%
celkem	84	100%	64	100%

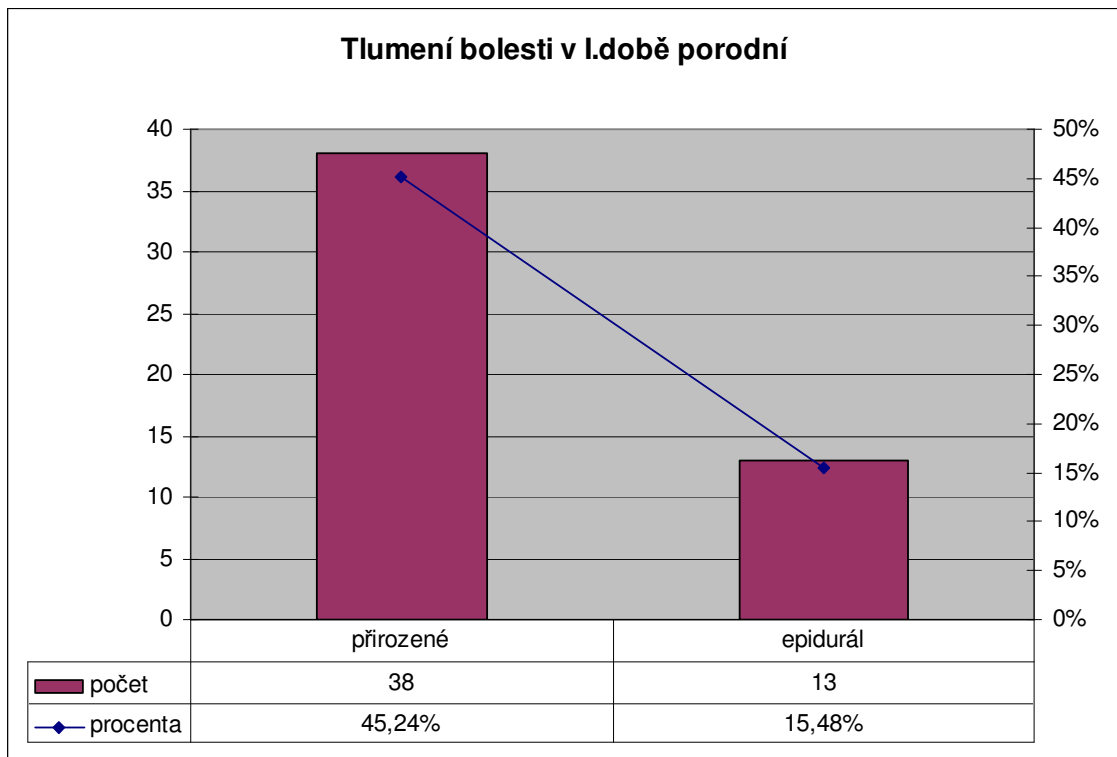
Graf č. 6



Tab. 9 Tlumení bolesti

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
přirozené metody	38	45,24%	38	74,51%
epidurální analgezie	13	15,48%	13	25,49%
celkem	84	100%	51	100%

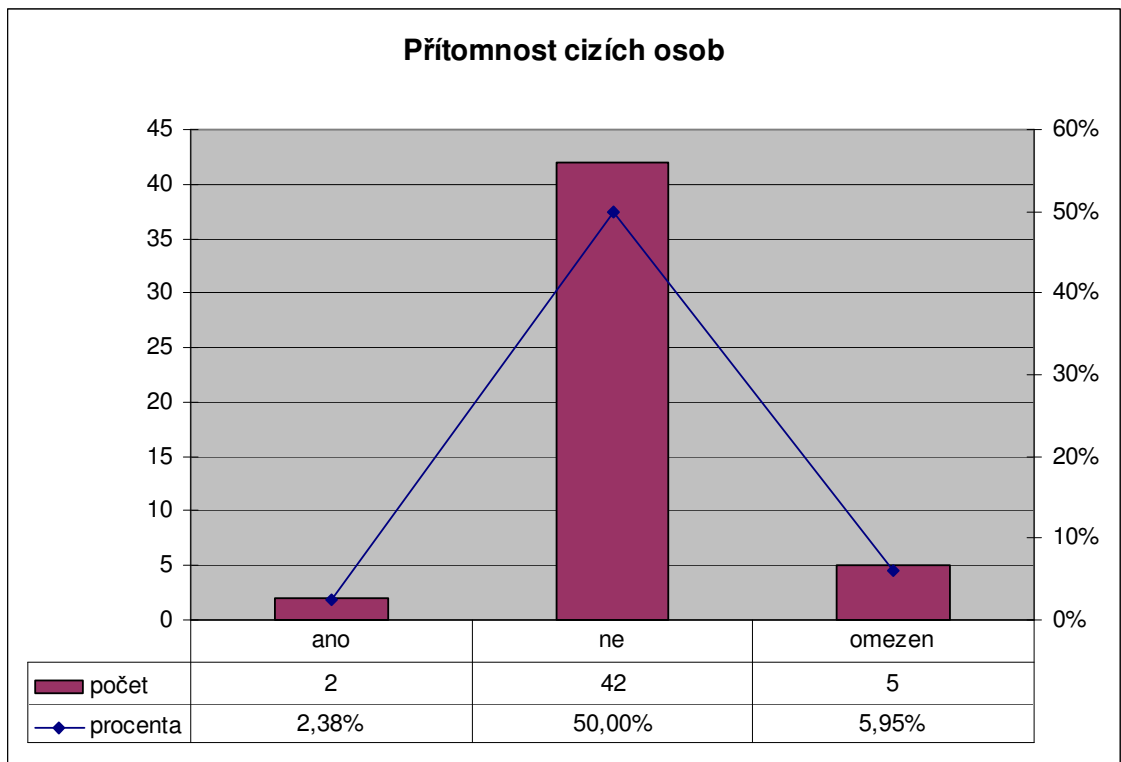
Graf č. 9



Tab. 10 **Přítomnost cizích osob**

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
ano	2	2,38%	2	4,08%
ne	42	50,00%	42	85,71%
omezen	5	5,95%	5	10,20%
celkem	84	100%	49	100%

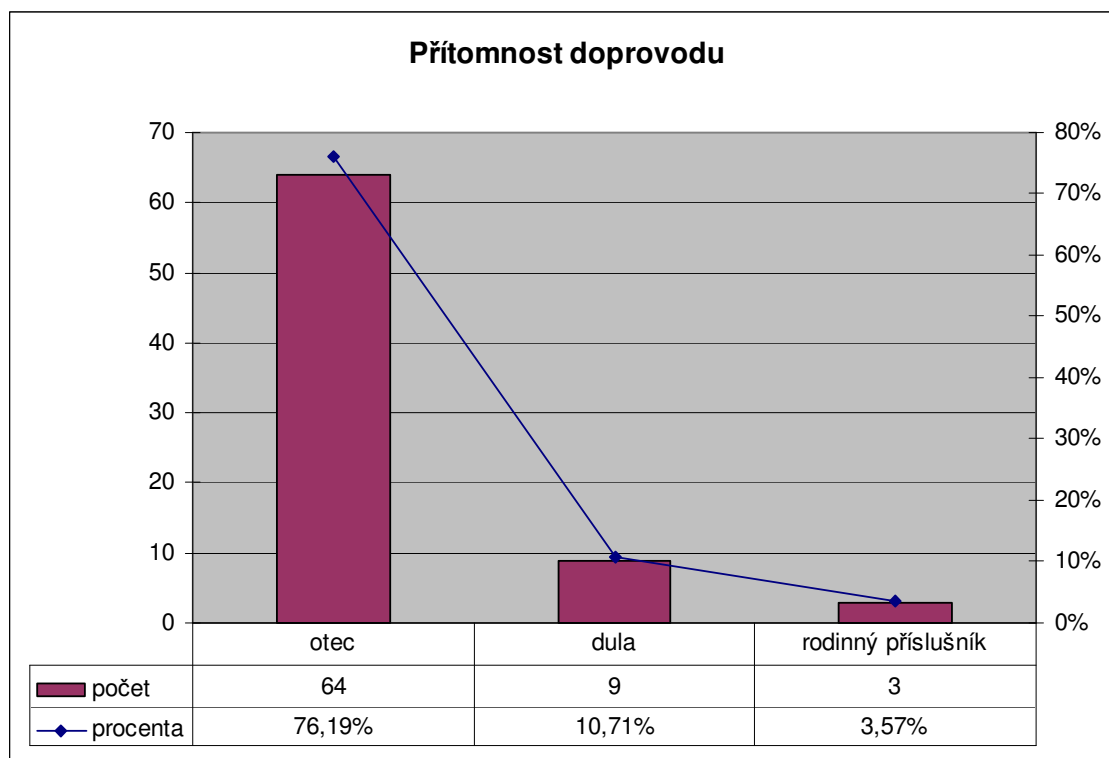
Graf. č. 10



Tab. 11 **Přítomnost doprovodu**

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
otec	64	76,19%	64	84,21%
dula	9	10,71%	9	11,84%
rodinný příslušník	3	3,57%	3	3,95%
celkem	84	100%	76	100%

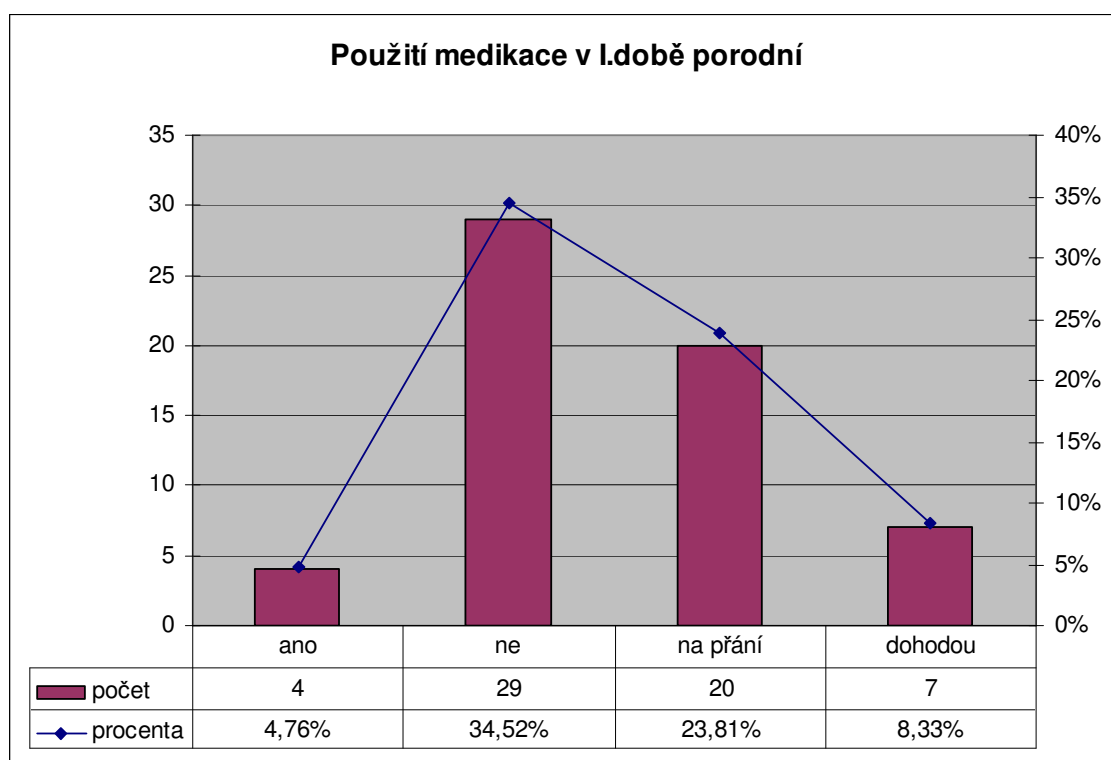
Graf č. 11



Tab. 13 Použití medikace v první době porodní

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
ano	4	4,76%	4	6,67%
ne	29	34,52%	29	48,33%
na přání	20	23,81%	20	33,33%
dohodou	7	8,33%	7	11,67%
celkem	84	100%	60	100%

Graf č. 13

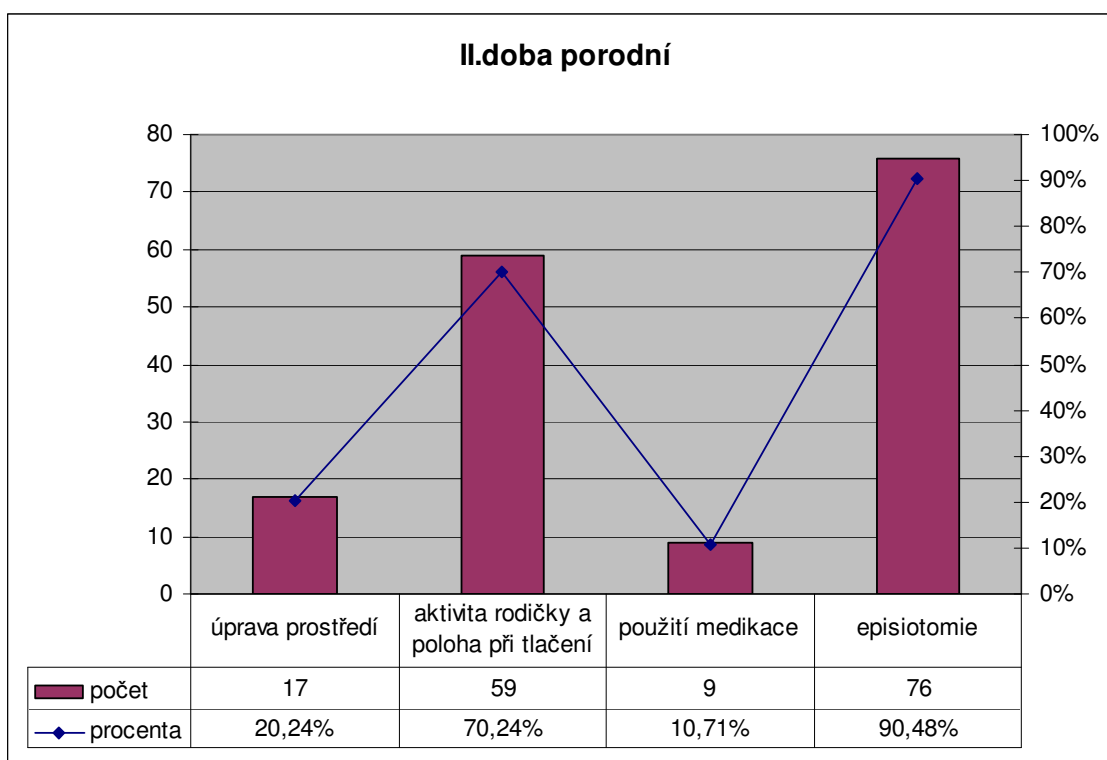


Analytická subkategorie C2 se v textu porodních plánů vyskytovala v těchto počtech a v tomto procentuálním zastoupení.

Tab. 15 **Druhá doba porodní**

	počet	procenta
úprava prostředí	17	20,24%
aktivita rodičky a poloha při tlačení	59	70,24%
použití medikace	9	10,71%
episiotomie	76	90,48%
celkem	84	100%

Graf č. 15

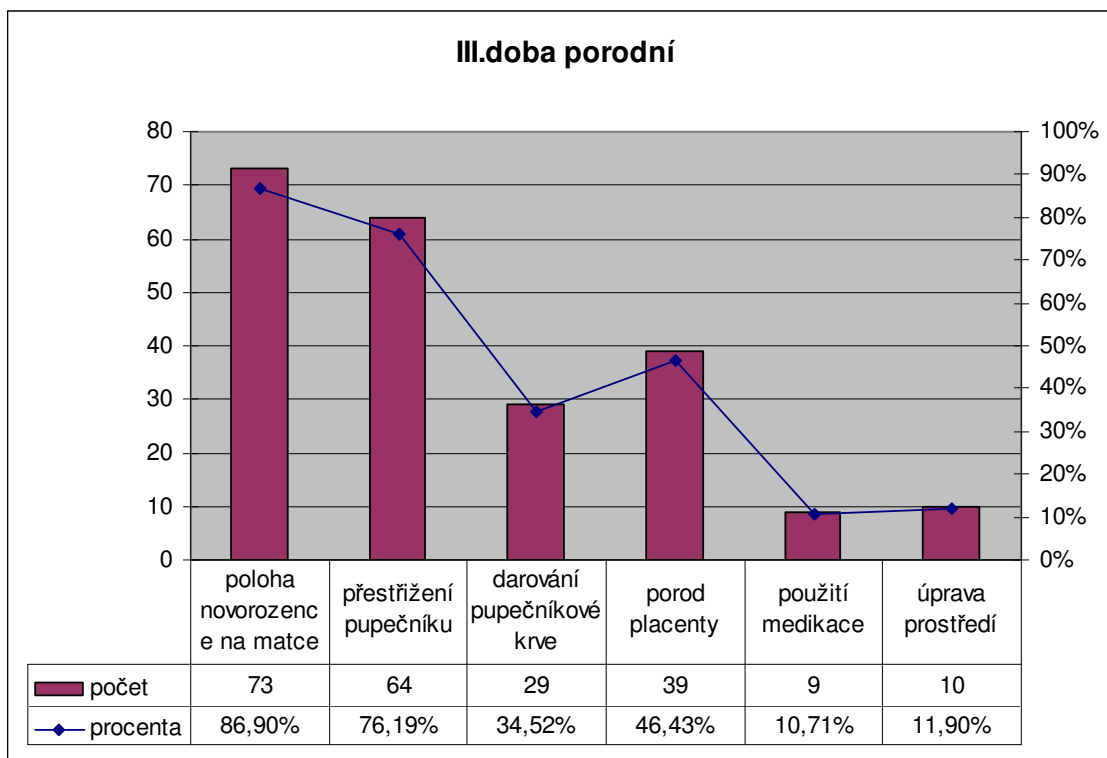


Analytická subkategorie C3 se v textu porodních plánů vyskytovala v těchto počtech a v tomto procentuálním zastoupení.

Tab. 18 Třetí doba porodní

	počet	procenta
poloha novorozence na matce	73	86,90%
přestřižení pupečníku	64	76,19%
darování pupečnickové krve	29	34,52%
porod placenty	39	46,43%
použití medikace	9	10,71%
úprava prostředí	10	11,90%
celkem	84	100,00%

Graf č. 18

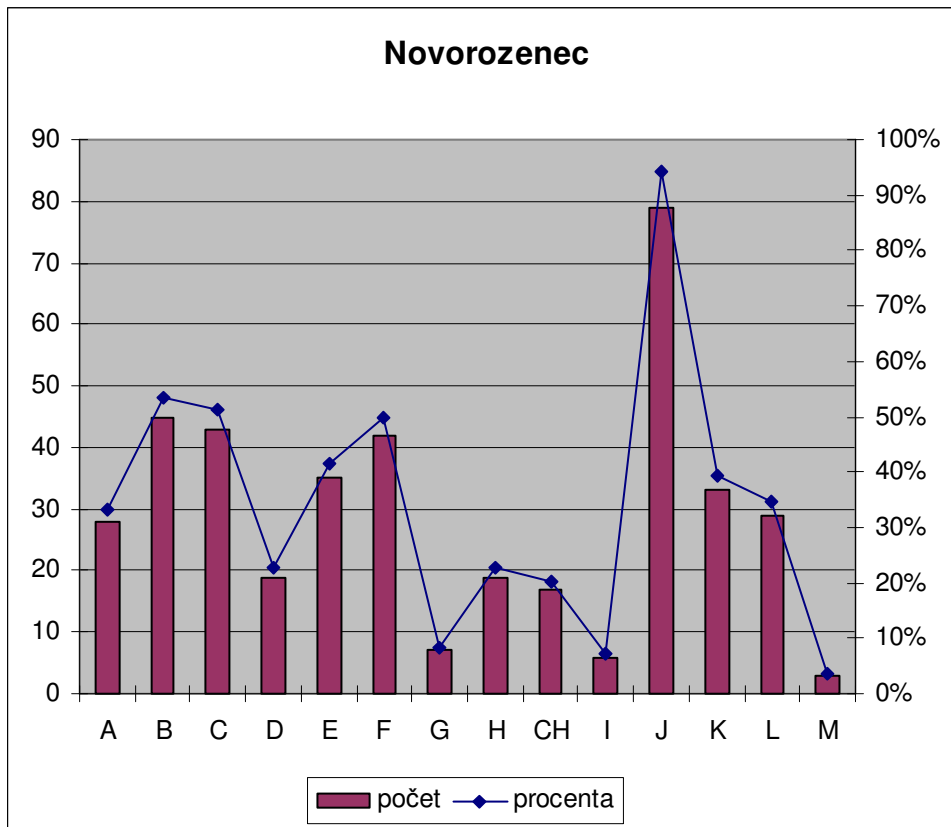


Analytická subkategorie C4 se v textu porodních plánů vyskytovala v těchto počtech a v tomto procentuálním zastoupení.

Tab. 23 **Novorozenec**

	počet	procenta
A - tělesný kontakt, otec + matka	28	33,33%
B - přiložení maximálně do 30.minut	45	53,57%
C - akceptace ošetření	43	51,19%
D - vážení	19	22,62%
E - měření	35	41,67%
F - kontrola pediatrem	42	50,00%
G - kredeizace	7	8,33%
H - kalmetizace	19	22,62%
CH - aplikace vitamínu K	17	20,24%
I - odstranění pupečního pahýlu	6	7,14%
J - přítomnost na pokoji	79	94,05%
K - informace o stavu, vyšetření + účast rodiče	33	39,29%
L - dokrmování	29	34,52%
M - odběry na metabolické vady	3	3,57%
celkem	84	100%

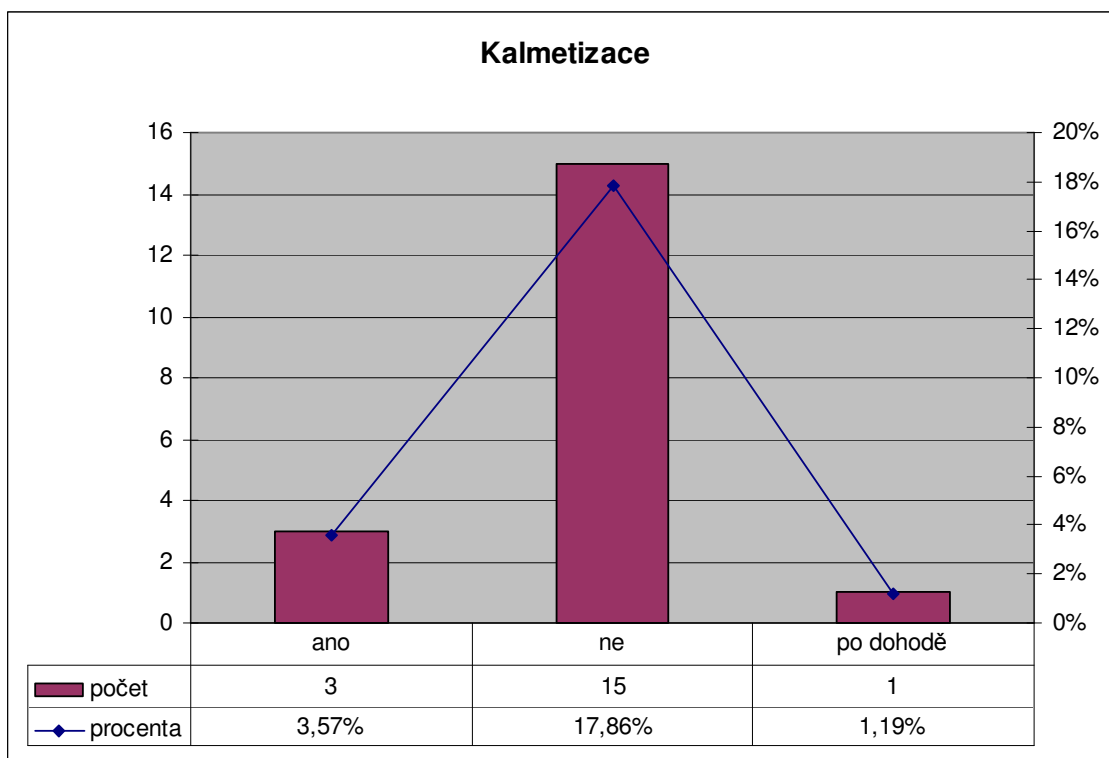
Graf č. 23



Tab. 31 **Kalmetizace**

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
ano	3	3,57%	3	15,79%
ne	15	17,86%	15	78,95%
po dohodě	1	1,19%	1	5,26%
celkem	84	100%	19	100%

Graf č. 31

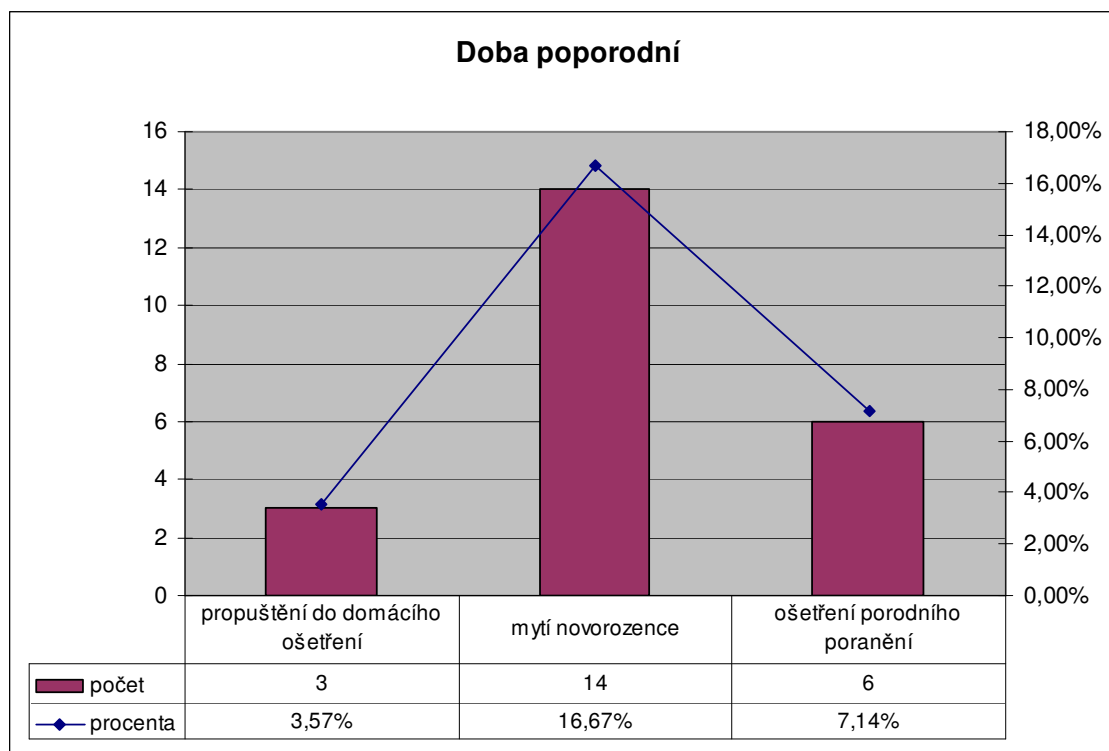


Analytická subkategorie C 5 se v textu porodních plánů vyskytovala v těchto počtech a v tomto procentuálním zastoupení.

Tab. 34 **Doba poporodní**

	počet	procenta
propuštění do domácího ošetření	3	3,57%
mytí novorozence	14	16,67%
ošetření porodního poranění	6	7,14%
celkem	84	100%

Graf č. 34



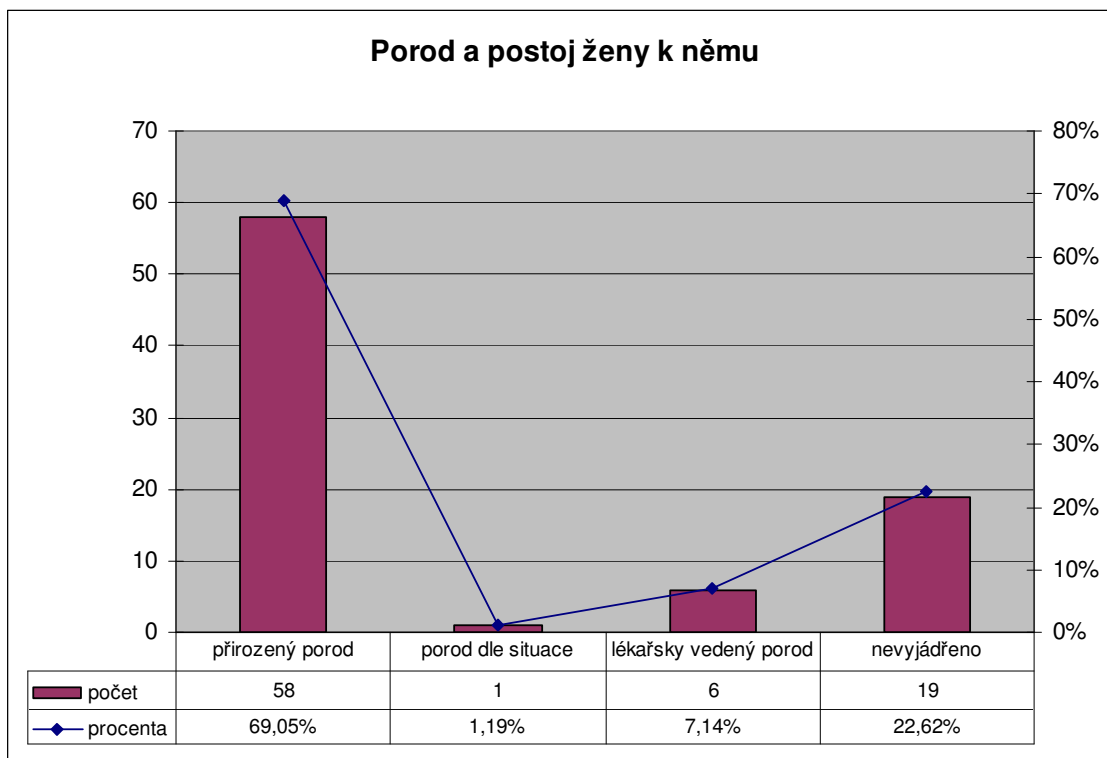
2.5.4. Kategorie D

Analytická kategorie D se v textu porodních plánů vyskytovala v těchto počtech a v tomto procentuálním zastoupení.

Tab. 38 Porod a vyjádření postoje

	počet	procenta
přirozený porod	58	69,05%
porod dle situace	1	1,19%
lékařsky vedený porod	6	7,14%
nevyjádřeno	19	22,62%
celkem	84	100%

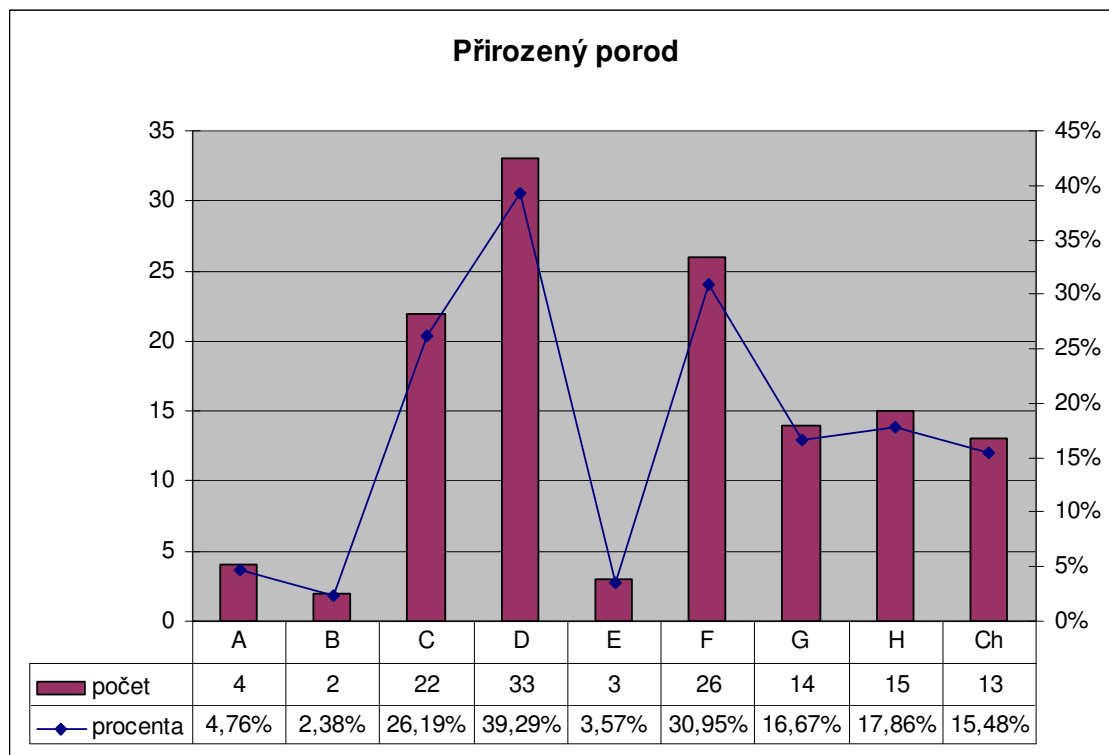
Graf č. 38



Tab. 39 **Přirozený porod**

	počet	procenta
A - aromaterapie	4	4,76%
B - akupresura	2	2,38%
C - masáže	22	26,19%
D - sprcha	33	39,29%
E - homeopatika	3	3,57%
F - použití míče	26	30,95%
G - hudba	14	16,67%
H - šero	15	17,86%
Ch - ticho	13	15,48%
celkem	84	100%

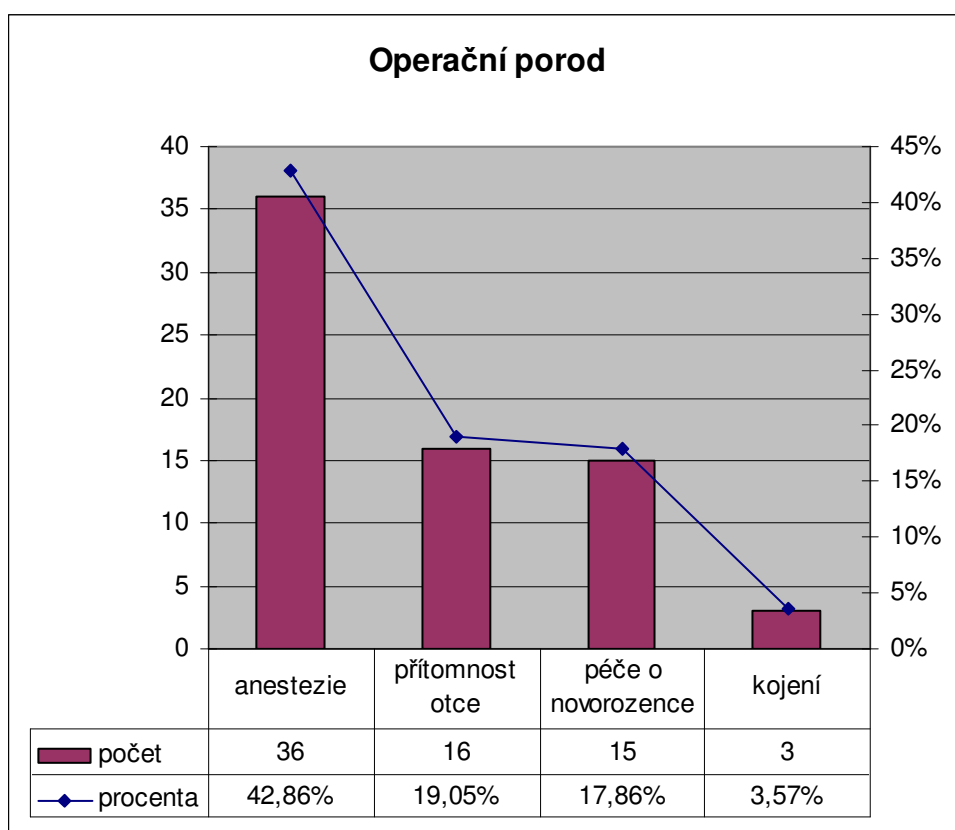
Graf č. 39



Tab. 40 **Operační porod**

	počet	procenta
anestézie	36	42,86%
přítomnost otce	16	19,05%
péče o novorozence	15	17,86%
kojení	3	3,57%
celkem	84	100%

Graf č. 40



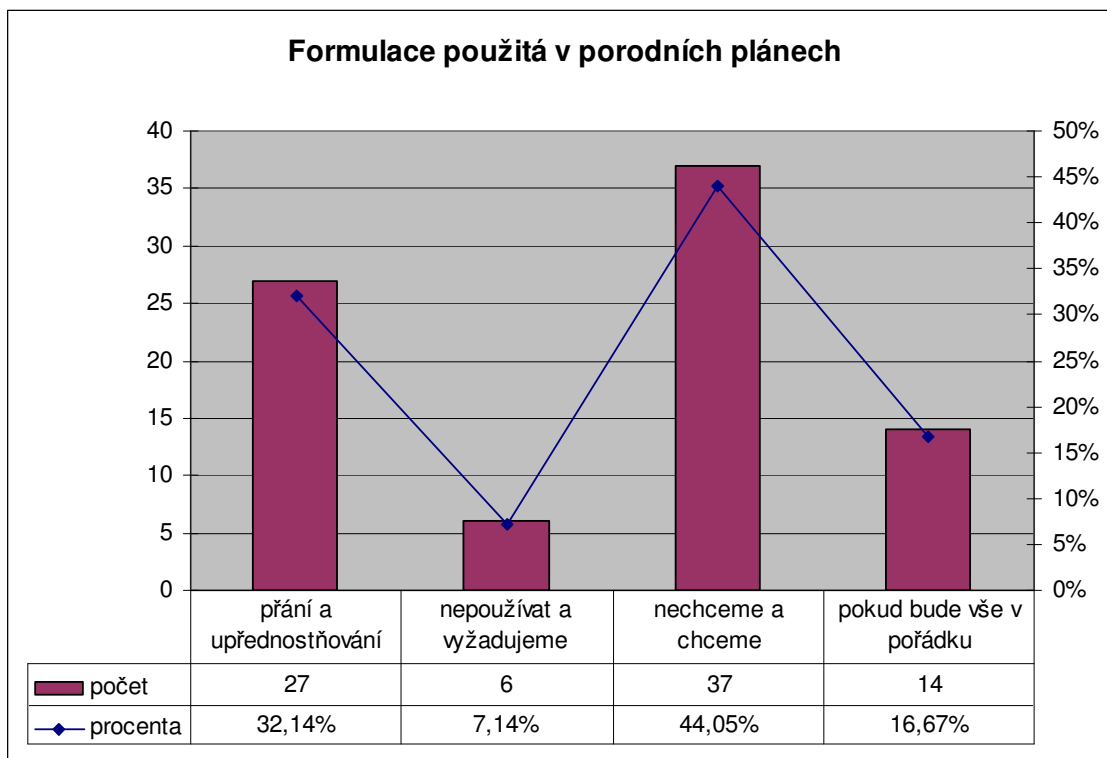
2.5.5. Kategorie E

Analytická kategorie E se v textu porodních plánů vyskytovala v těchto počtech a v tomto procentuálním zastoupení.

Tab. 42 Slovní formulace použita v porodních plánech

	počet	procenta
přání a upřednostňování	27	32,14%
nepoužívat a vyžadujeme	6	7,14%
nechceme a chceme	37	44,05%
pokud bude vše v pořádku	14	16,67%
celkem	84	100%

Graf č. 42



2.6. Interpretace zjištěných frekvencí

V kategorii A jsem hodnotila porodní plány dle jejich formy zpracování (tab. a graf č. 1). 43 porodních plánů využívalo jakoukoliv předlohu, a tyto plány tvořily více než 51 % ze zkoumaného vzorku porodních plánů. Dva porodní plány byly napsány podle předlohy ručně, ostatní byly vyplněny přímo do předlohy.

41 porodních plánů, tedy více než 48 % bylo vytvořeno individuálně. Zde je poměr porodních plánů psaných ručně zvyšuje na 15 plánů psaných ručně a 26 napsaných na počítači.

Domnívám se, že vyšší počet porodních plánů vyplněných do předlohy je založen na faktu, že internet je dnes již skoro běžný v každé domácnosti. A dostupnost a míra informací v různých časopisech a knihách je velmi pestrá a rozmanitá. Těhotné ženy dnes porod vnímají podstatně jinak než v dřívějších letech a zkušenosti jiných jsou pro ně důležité. Nevýhodu vidím v tom, že informace na internetu jsou někdy založeny na individuálním pohledu a názoru pisatele či pisatelky. Neobsahují komplexní informace a různé úhly pohledu na danou problematiku. V těchto plánech bylo nejvíce znát, že některé ženy úplně nepochopily smysl daného plánu a protirečily si v požadavcích. Nedokážu posoudit, zda vznik těchto plánů měl základ v pocitu udělat vše nejlepší a nejsprávnější pro ten „svůj porod“, či vznikl na základě nějaké internetové diskuze o porodu jiné ženy „co hrozného jí při porodu udělali“.

Kategorie B se zabývala přítomností či nepřítomností oficiální části porodního plánu nebo osobním vyjádřením a postojem klientky k porodu (tab. a graf č. 2). 38 porodních plánů, tedy více než 45 % obsahovalo představení, osobní údaje o matce či otci dítěte, někdy byla přítomna i osobní anamnéza, informace o jménu dítěte, trvalém pobytu a kontaktem na osobu, které se mají podávat informace. 29 porodních plánů 34,5 % obsahovalo osobní vyjádření a postoj k porodu. Jen v 17 porodních plánech, tedy ve 20,2 % nebyla přítomna ani jedna z variant.

Tato kategorie byla velice rozmanitá, některé porodní plány byly vypracovány s velkou precizností a bylo na nich znát, že autor má o dané problematice dostatečné informace. Na druhé straně se vyskytovaly porodní plány o pár větách ve formě ne a nechci. Několik porodních plánů je napsáno na kusu papíru vytrženého ze sešitu,

některé obsahují spoustu gramatických chyb nebo nesrozumitelných vět. Hodnotila jsem i dva porodní plány u téže maminky, která stihla porodit dvakrát.

V kategorii C, jsem se zabývala tím, zda byl v porodním plánu rozdělen porod na jednotlivé úseky (tab. a graf č. 3). Nejčastější rozdělení bylo v těchto kategoriích první doba porodní a druhá doba porodní v 27 porodních plánech. Třetí doba porodní v 18, doba poporodní v 17 a ve 14 porodních plánech byla kategorie novorozence. Velice často se tyto kategorie prolínaly ve formě před porodem a po porodu, tyto formulace zde nejsou zařazeny.

Kategorie C byla dále rozdělena na subkategorie C1 první doba porodní (tab. a graf č.4), C2 druhá doba porodní (tab. a graf č. 15), C3 třetí doba porodní (tab. a graf č. 18), C4 péče o novorozence (tab. a graf č. 23), C5 doba poporodní (tab. a graf č. 34). V nich jsem se zabývala podrobně jevy, které se v porodních plánech vztahují individuálně k jednotlivým subkategoriím.

V subkategorii C1, která se vztahuje k první době porodní. Byla ve více než 90% řešena přítomnost u porodu, kdy nejčastější volbou byl partner 64 krát, 9 krát dula, z toho 5 krát s parterem a jen 3 krát přítomnost jiného rodinného příslušníka.

Přes 76% porodních plánů se zabývalo klyzmatem. Úplné zamítnutí bylo v 19 případech, 27 vyžadovalo maximálně aplikaci Yal gelu a 18 souhlasilo s klasickým klyzmatem. Holení kubického ochlupení se objevilo ve více než 72 % porodních plánů, kdy souhlas vyslovilo 32 žen a nesouhlas 29 žen. Ve většině případů bylo oholení praktikováno doma nebo partnerem.

Dále se přes 71 % porodních plánů zabývalo používáním medikace během první doby porodní. Nesouhlas se objevil ve 29-ti porodních plánech, ve 20-ti bylo podání medikace jen na přání, v 7 případech po dohodě a 4 krát je v porodním plánu vysloven přímo nesouhlas s podáváním medikace. Tlumení bolesti bylo v 38 případech voleno formou přirozených metod, v 13-ti porodních plánech je volbou tlumení bolesti epidurální analgezie.

Mezi další nejdůležitější přání se řadí informace o vyšetření a podávaných lécích, důležitost volné aktivity a pohybu, i vyjádření se k tlumení bolesti. Tato sdělení obsahuje více než 60 % porodních plánů. Přítomností cizích osob se zaobírá přes 58 % porodních plánů. Dále se v porodních plánech vyjadřovaly k dirupci 22 krát je vysloven nesouhlas, 8 krát po dohodě a ve dvou případech je udělen souhlas s dirupcí (tab. a graf

č.8). Úpravě prostředí se věnovalo v 23 porodních plánů a možnosti přijímání potravy a tekutin 22 porodních plánů.

V hodnocení této části bylo vidět, že dodržování soukromí při porodu a informovanost před jakýmkoliv výkonem či aplikací medikace, je v porodních plánech častou volbou. Samozřejmě až po sdělení o přítomnosti doprovodu a postoji k přípravě.

Domnívám se, že pro ženu je doprovod partnera nejdůležitějším z důvodu neopakovatelnosti tohoto okamžiku, který porod všem zúčastněným přináší. Vyjádření se k přípravě, je jistě tak časté, z důvodu zveličovaných a zkreslených informací, které tuto proceduru provázejí. Dodržení intimity a soukromí, však považuji u porodu za více než vhodné.

V této subkategorii bylo potvrzeno, že podstatná část porodních plánů je sepisována ženami, které si přeji přirozený porod s použitím alternativních metod tlumení bolesti.

V subkategorii C2, která ukazovala vztah k druhé době porodní, byla nejčastěji řešena aktivita ženy a poloha při tlačení, postoj k epiziotomii, úprava prostředí v této době a použití medikace (tab. a graf č.15).

Přes 70 % porodních plánů se zabývalo aktivitou ženy v druhé době porodní a polohou při tlačení. Volbu polohy při závěru druhé doby porodní si ženy přály zvolit ve více než 60 % až během porodu, v více než 8 % volily polohu v pololeže, jen jeden porodní plán se vyjadřoval formou dle doporučení. (tab. a graf č.14).

Postoj k epiziotomii byl řešen v 76 zkoumaných dokumentech, to představovalo přes 90 % četnost výskytu v porodních plánech. Nejčastější volbou bylo v 38 případech v nutném případě, pak následovalo v 24 případech striktní odmítnutí, v 11 porodních plánech bylo uvedeno jen po dohodě a ve třech byl poskytnut souhlas s epiziotomii (tab. a graf č. 17). Úprava prostředí ve druhé době porodní byla zohledněna ve více než 20 % porodních plánů a vztahovala se k přítomnosti co nejmenšího množství osob, šera, dodržení co nejnižšího prostředí s možností vlastní hudby.

V této subkategorii bylo dobře patrné, čeho se ženy nejvíce obávaly a co považovaly za nutné personálu sdělit. Bylo to znát na formě sdělení postoje k epiziotomii, kde bylo od prostého ne, přes provést jen v případě velkého porodního poranění, jen s mým výslovným souhlasem až po přeji si co nejmenší možné porodní poranění. Byl zde často dáván dovětek o provádění masáže hráze. Souhlas s provedením epiziotomie byl od dvou druhorodiček a jedné prvorodičky.

Použitím medikace se v této době zabývalo jen přes 10 % porodních plánů. Byl zde hlavně sdělován nesouhlas s aplikací Oxytocínu, s preferencí přirozeného uvolňování tohoto hormonu při stimulaci bradavek rodičky. Domnívám se, že tak nízký výskyt tohoto jevu byl zapříčiněn vyjádřením celkového postoje k medikaci, který byl autory zamýšlen pro celý porod.

Subkategorie C3 byla zohledněná přání během třetí doby porodní (tab. a graf č. 18). 73 porodních plánů se zabývalo polohou novorozence ihned po porodu, byla to poloha na matce. To představuje více než 86 % výskyt tohoto jevu ve zkoumaných dokumentech. V 76 % porodních plánech se vyskytovalo vyjádření k přestřižení pupečníku (tab. a graf č. 19). V 45-ti případech to mělo být až po dotepání pupečníku, v 18-ti přestřižení pupečníku partnerem a jeden porodní plán volil přestřižení personálem. Dále se tato subkategorie zabývala v 39-ti případech porodem placenty, 34 krát byla volena možnost spontánního porodu placenty a 5 krát pomocí léků (tab. a graf č. 21). 29 porodních plánů se vyjadřovalo k dárcovství pupečnickové krve (tab. a graf č.20). I v této části se vyskytovalo vyjádření k použití medikace (tab. a graf č. 22). Úpravou prostředí v třetí době porodní se zabývalo jen 10 porodních plánů.

Tato část, která se zabývala třetí dobou porodní, není tak rozsáhlá, protože většinu požadavků a přání vztahujících se k novorozenci v této době, jsem zařadila do samostatné subkategorie C4. Také tato doba porodní je ze všech porodních dob nejkratší, trvá maximálně hodinu, pak přestává být fyziologickou. Domnívám se, že nejdůležitějším vyjádřením v porodních plánech byl postoj k přestřižení pupečníku a darování pupečnickové krve. Ve více než polovině porodních plánů, kde chtěli darovat pupečnickovou krev, bylo i vyjádření přání o dotepání pupečníku. Zde bylo dobře patrné, kdo porodní plán jen opisoval a kdo čerpal z více zdrojů informací. Odběr pupečnickové krve po dotepání pupečníku zpravidla nebývá úspěšný. Ve většině porodních plánů, které se vyjadřovaly k dárcovství pupečnickové krve kladně, bylo uvedeno zajištění odběru pro soukromé účely.

Subkategorie C4 se zabývala nejčastějšími jevy, které se vztahovaly k novorozenci nebo k zacházení s ním (tab. a graf č. 23). Přes 94 % porodních plánů se vyjadřovalo k přítomnosti novorozence na pokoji (tab. a graf č. 33). Dále to byl postoj k prvnímu přiložení, akceptování ošetření novorozence, kontrole pediatrem, měření a vážení novorozence (tab. a graf č.24, 25, 26, 27). První přiložení novorozence bylo ve více než

polovině zkoumaných porodních plánů vyjádřeno ve formě maximálně do 30-ti minut. Ošetření novorozence bylo ve 29-ti porodních plánech akceptováno na těle matky a ve 14-ti až po seznámení s matkou či otcem. Kontrola pediatrem byla akceptována ve více než 85 % za přítomnosti otce. Vážení novorozence bylo odsouhlaseno ve většině porodních plánů po seznámení. Měřením novorozence druhý den se zabývalo 18 porodních plánů a 16 akceptovalo změření až po seznámení s matkou či otcem. Mezi další zkoumané jevy patřilo informování o stavu a přítomnost doprovodu rodiče při vyšetřeních novorozence. Zde bylo vyjádření rodičů, že si vždy přejí informace o zdravotním stavu a vyšetřeních jejich dítěte. Také přítomnost jednoho z rodičů při vyšetřeních bylo součástí těchto vyjádření.

Porodní plány se předem vyjadřovaly ke kredeizaci, kalmetizaci, aplikaci Kanavitu, dokrmování a odstranění pupečního pahýlu. Kredeizace očí novorozenec byla řešena v sedmi porodních plánech (tab. a graf č. 28). Kalmetizace novorozence byla zohledněna v 19-ti zkoumaných dokumentech. V 15-ti je to přímo nesouhlas s kalmetizací, ve třech souhlas a v jednom případě je udána možnost po dohodě (tab. a graf č. 31). Aplikací Kanavitu se zabývalo 17 porodních plánů (tab. a graf č. 29). Nesouhlas s dokrmováním novorozence byl vyjádřen ve 27 zkoumaných dokumentech, souhlas jen ve dvou (tab. a graf. č. 30). Mezi jevy s malým výskytem byl zařazen postoj k odstranění pupečnickového pahýlu a postoj k odběrům metabolických vad. Proti odstranění pupečního pahýlu se vyslovilo pět zkoumaných dokumentů a jeden souhlasil. S odběrem na metabolické vady dali rodiče souhlas ve dvou porodních plánech v jednom byli proti (tab. a graf č. 32).

V této subkategorii byla zohledněna manipulace s novorozencem těsně po porodu, dále zde byla vyjádření, která se vztahovala k péči o novorozence na oddělení šestinedělí.

Domnívám se, že mezi nejdůležitější jevy v této subkategorii patřila manipulace s novorozencem ihned po porodu. Ve většině porodních plánů je velice dobře zohledněno přání, mít dítě v co nejtěsnějším kontaktu ihned po porodu s matkou či rodiči. Samozřejmostí je co nejčasnější přiložení novorozence k prsu matky z důvodu kvalitního navázání kontaktu a spuštění laktace. Také zde bylo znát, že si rodiče přejí předem vědět a dát souhlas se všemi vyšetřeními, které by mělo dítě podstoupit.

V subkategorii C5 jsem se zabývala dobou poporodní (tab. a graf č. 34). Zde jsem se zabývala ošetřením porodního poranění, postojem k mytí novorozence a vyjádřením se k propuštění do domácího ošetření. Vyjádřením postoje k ošetření porodního poranění se zabývalo šest porodních plánů. Nesouhlas byl ve třech porodních plánech, souhlas ve dvou a v jednom porodním plánu se vyskytovalo vyjádření ve formě po dohodě (tab. a graf č. 36).

K mytí novorozence se vyjadřovalo 14 zkoumaných dokumentů (tab. a graf č. 37). V osmi byl vysloven souhlas, v pěti nesouhlas a jednou se objevilo vyjádření mytí druhý den matkou. Propuštění do domácího ošetření bylo zohledněno jen ve třech porodních plánech (tab. a graf č. 35). Ve dvou bylo vyjádření ihned domů, jednou se vyskytlo vyjádření domů až po 72 hodinách.

Domnívám se, že v této subkategorii byl výskyt jevů tak nízký z důvodu neprovádění mytí novorozence ihned po porodu, jak tomu bylo dříve. Při vyjádření ze stran rodičů, bývá po dohodě, umožněno provést první mytí novorozence později. Také propuštění do domácího ošetření nebývá v našem státě tak obvyklé a není zajištěna návazná péče. Proto se domnívám, že většina rodiček raději zůstává v péči porodnice.

V kategorii D je rozdělení podle postoje ženy k porodu jako celku (tab. a graf č. 38). 58 porodních plánů, tedy přes 69 % si přeje přirozený porod, v 6-ti lékařsky vedený porod, 1 dle situace a u 19-ti je postoj nevyjádřen. To potvrzuje fakt, že porodní plán si ve větší míře k porodu připravují ženy, které preferují přirozený porod.

Mezi metody tlumení bolesti byly nejčastěji voleny sprcha, použití míče a masáže (tab. a graf č. 39). Dále to byly změny v prostředí s šerem, tichem a použitím vlastní hudby. Jen ve čtyřech porodních plánech byla zmíněna aromaterapie, ve třech to byla homeopatie a ve dvou akupresura.

Dále jsem zjišťovala, jak je vyjádřen postoj k operačnímu porodu. Zde byl vyjádřen nejčastěji postoj k anestézii 36 krát, přítomnost otce 16 krát, péče o novorozence 15 krát a ve třech porodních plánech bylo řešeno kojení (tab. a graf č. 40).

Péči o novorozence by měl dle porodních plánů převzít otec dítěte, než je matka schopna starat se sama. Anestézie byla nejčastěji volena ve 28 porodních plánech epidurální, ve třech celková a pět udávalo dle situace (tab. a graf č. 41). Otec by měl být přítomen u operačního porodu a následném ošetření novorozence.

Zde bylo velice dobře patrné, které porodní plány jsou tvořeny, tak aby splňovaly různé varianty porodu a akceptovaly možnost komplikací porodu. Dále porodní plány, které byly opsány či vyplněny jen na základě neúplných či zkrácených informací, kde si i některá přání navzájem odporovala. A další byly porodní plány, které odmítaly možnost komplikací během porodu.

V kategorii E jsem se zabývala slovní formulací, kterou autoři porodních plánů používaly. Ve více než 44 % bylo použito vyjádření nechceme a chceme. Ve více než 32 % používaly autoři formulaci naše přání a upřednostňujeme. Přes 16 % bylo ve formě pokud bude vše v pořádku a přes 7 % používalo znění nepoužívat a vyžadujeme (tab. a graf č. 42).

Domnívám se, že tento výsledek byl zapříčiněn, počtem zkoumaných dokumentů, které využívaly pro vyplnění porodního plánu předlohu. Na internetu bývají v nabízených předlohách porodních plánů znění určena, a dotyčný jen vyplňuje a zaškrťává varianty možností dle své představy. Znění, pokud bude vše v pořádku, využívaly nejčastěji porodní plány ve formě esejů, ve kterých se zabývali všemi možnými alternativami porodu i s možností vzniku komplikací. Velice často zde byl i dovětek, že mají plnou důvěru ve zdravotnický personál porodního sálu.

2.6.1. Potvrzení či vyvrácení hypotéz a hypotetických tvrzení

III. Předpokládám, že rodičky preferují přirozené metody během porodu před zásahy ze stran lékaře.

Hypotéza I. se potvrdila.

Přes 69 % porodních plánů obsahovalo sdělení, že žena preferuje přirozený porod (tab. a graf č. 38). V 48 % je vyjádřeno odmítnutí použití medikace v I. době porodní a medikaci na přání uvádí přes 33 % (tab. a graf č. 13). Tlumení bolesti je v 74,5 % porodních plánů vyjadřuje ve formě přirozených metod, epidurální analgezií si přeje 25,5 % žen (tab. a graf 9). S dirupcí nesouhlasí přes 68,5 % a 25 % jen po dohodě (tab. a graf č. 8).

III. Předpokládám, že více než 50 % rodiček preferuje nepodstupovat přípravu k porodu (klyzma, holení) před aplikací klyzmatu a holení.

Hypotéza II. se nepotvrdila.

Holení se v porodních plánech vyskytovalo skoro v 73 %, souhlas vyslovilo přes 52,5 % žen, proti bylo 47,5 % (tab. a graf č. 4,5) Častou poznámkou bylo, že holení bude provedeno z domova či na porodním sálem partnerem. Postoj k aplikaci klyzmatu bylo zastoupeno ve více než v 76 % porodních plánů. Souhlas vyslovilo přes 28 % žen, další varianta Yal byla akceptovatelná pro dalších 42 % a nesouhlas vyslovilo necelých 30 % (tab. a graf. č. 4,6)

Hypotéza II se nepotvrdila pravděpodobně z důvodů, že holení které se provádí nyní k porodu již není pro ženu tak traumatizující. Dnešní moderní ženy berou vyholování pubického ochlupení jako součást moderní hygieny. Klyzma patří mezi přirozené metody podpory děložní činnosti. Aplikace Yal gelu, poskytuje i možnost aplikace ženou či doprovodem jistě přispívá k souhlasu s touto metodou vyprázdnění.

HIII. Předpokládám, že alespoň polovina matek dává přednost kalmetizaci v kalmetizačním centru před aplikací v porodnici.

Hypotéza III se potvrdila.

Postoj ženy ke kalmetizaci novorozence se vyskytoval v necelých 23 % porodních plánů (tab. a graf č. 23). A z 79 % je to nesouhlas, v necelých 16 % souhlasí ženy s kalmetizací v porodnici (tab. a graf č. 31). Nesouhlas sebou nese dodatek, o dohodě pozdějšího očkování v kalmetizačním centru.

HIIV. Předpokládám, že více jak 50 % porodních plánů využívá předlohy porodního plánu před vlastní formulací porodního plánu.

Hypotéza IV se potvrdila.

Přes 51 % porodních plánů využívá předlohu z internetu, knihy, časopisu či kalendáře před vlastní formulací porodního plánu (tab. a graf č. 1).

HT I. Předpokládám, že 75 % rodiček si přeje přítomnost otce dítěte u porodu.

Hypotetické tvrzení se potvrdilo.

Přítomnost doprovodu k porodu se řeší ve více než v 90 % porodních plánů (tab. a graf č. 4). Přítomnost otce u porodu si ženy přejí ve více než 76 % (tab. a graf č. 11).

HTII. Předpokládám, že více jak 75 % rodiček si přeje ihned tělesný kontakt s novorozencem.

Hypotetické tvrzení se potvrdilo.

Poloha novorozence je ihned po porodu volena v 73 porodních plánech a tedy v 87 % na matce (tab. a graf. č. 18).

2.7. Využití výsledků výzkumu

Výsledky obsahové analýzy dokumentů jsem využila pro vytvoření porodního plánu. Porodní plán, který jsem vytvořila, obsahuje nejčastěji se vyskytující požadavky a přání. Rozdělila jsem plán na šest částí, každá část dává několik možných variant návrhů pro daný úsek porodu, a zároveň je zde možnost pro individuální vyjádření představy a přání ženy.

První část obsahuje možnost pro vyplnění osobních údajů, kontaktní osoby a anamnézy. Nenahrazuje anamnézu, kterou odebírá lékař v prenatalní poradně. Jsou to údaje, které porodní asistentka při příjmu na porodní sál od ženy potřebuje. Je zde i možnost vyjádření se ženy, zda některé z jejích onemocnění nebo onemocnění rodičů, sourozenců a příbuzných se nějakým způsobem nevztahuje k porodu či péči o dítě. Dále jsem vytvořila kolonku pro vybrané jméno pro dítě, protože vyplněný dotazník se jmény žena před porodem odevzdává do matriky. Při příjmu na porodní sál, žena již předpokládá, že jej známe. Na konci je ještě vytvořeno volné místo pro jiné vyjádření ženy.

Druhá část obsahuje požadavky a přání vztahující se k první době porodní. V této části porodního plánu se zabývám přítomností cizích osob, přítomností doprovodu, postojem ke klyzmatu a holení. Dále použitím medikace, formou tlumení bolesti, postojem k informovanosti, úpravou prostředí a monitorací plodu.

Do třetí části porodního plánu jsem dala požadavky a přání, které mají vztah k druhé době porodní. Zabývám se úpravou prostředí, polohou při tlačení, použitím medikace a postojem k episiotomii.

Ve čtvrté části se zabývám třetí dobou porodní od polohy novorozence ihned po porodu, přestřižením pupečnicku a darováním pupečnickové krve. Dále jsem zde zohlednila postoj k použití medikace a porodu placenty.

Pátá část porodního plánu je určena novorozenci a vyjádření se ženy k péči o něj. Nabízím varianty možností pro přiložení, ošetření a kontrolu pediatrem, postoj k vážení, měření, provedení kredeizace, kalmetizace a aplikace vitamínu K. Dále se zabývám přítomností novorozence, informacemi o jeho stavu, dokrmováním a propuštěním do domácího ošetření.

Šestou část v porodním plánu jsem věnovala operačnímu porodu s možnostmi anestézie, vyjádřením se k přítomnosti doprovodu, postojem k péči o novorozence a jeho přiložení a kojení.

Porodní plán jsem ukončila volným místem, které může žena využít pro své individuální osobní přání.

Tento porodní plán jsem předložila k posouzení porodním asistentkám pracujícím na porodním sále v ÚPMD v Podolí a těhotným ženám v třetím trimestru těhotenství navštěvující zde prenatální poradny.

Doplňkový průzkum probíhal na základě vyplnění anonymního dotazníku složeného z uzavřených, polouzavřených otázek a hodnotící škály. Poskytla jsem prostor pro osobní vyjádření s doplněním dalších variant možností.

Dotazník pro porodní asistentky obsahoval jednu otázku navíc. Respondentky se v ní vyjadřovaly k otázce, zda tento porodní plán lze použít jako součást ošetrovatelské dokumentace na porodním sále.

2.8. Výsledky doplňkového průzkumu

Doplňkovým průzkumem, který probíhal v ÚPMD v Praze Podolí od 1. 2. 2007 do 14. 2. 2007 jsem oslovila 35 respondentek z řad porodních asistentek pracujících na porodním sále a 55 respondentek z řad těhotných žen. Doplňkový průzkum, byl aplikován anonymním dotazníkovým šetřením. Použila jsem dotazník, který se lišil jen v dodatečné otázce číslo deset pro porodní asistentky, jinak byl pro obě skupiny respondentek stejný. Pro lepší orientaci těhotných žen v tématu porodního plánu, jsem k dotazníku pro těhotné ženy přiložila vysvětlení co je porodní plán, a dodatek s pokyny k vyplnění porodního plánu i dotazníku. Respondentky z řad těhotných žen měly možnost si vyzkoušet vyplnit přiložený porodní plán, před jeho hodnocením. Respondentky z řad porodních asistentek jen hodnotily přiložený porodní plán.

Ze statistického hlediska lze hodnotit průzkum jako úspěšný, návratnost dotazníků byla 100 % u obou kategorií. Při následném třídění jsem v kategorii těhotných žen z důvodu nedostatečného vyplnění otázek, vyřadila dva dotazníky. Pro statistické

zpracování jsem použila 100 % z dotazníků od porodních asistentek a 96 % od těhotných žen.

Respondenty z řad těhotných žen využily ve všech případech možnost si vyplnit příložený porodní plán a následně jej vyhodnotit. Z více než 94 % se vyjádřily respondentky kladně k vyplňování porodního plánu. Ve třech dotaznících se vyskytovala možnost c - jiná odpověď. Ve všech případech se respondentky vyjádřily, že jsou prvorodičky a nedokáží na některé otázky v porodním plánu odpovědět. Porodní plán je hodnocen jako srozumitelný, rozdělení jednotlivých úseků porodu je pro respondentky vyhovující a dostatečně podrobné. Možnost doplnění jiné odpovědi je hodnocena v 92,45 % kladně. Přes 86 % respondentek nepovažuje za nutné doplnit další varianty možností. Ve více než 13 % dotazníků je uvedeno, že je potřeba v porodním plánu doplnit další varianty možností. Jsou to více prostoru pro komentář, šití episiotomie, přítomnost lékaře při porodu, možnost jídla a pití ve třetí době porodní a „vlídná slova sestřiček a celého personálu, povzbuzování a útěcha“ (dotazník č. 9). Stupeň hodnocení porodního plánu je v 64,15 % 1, v 32,07 % 2 a 3,77 % 3 (viz graf č. 43).

Respondenty z řad porodních asistentek hodnotí porodní plán ve 100 % jako dobře vyplňovatelný s dostatečným rozdělením jednotlivých úseků porodu. I jednotlivé úseky hodnotí jako dostatečně podrobné. Tabulku porodního plánu hodnotí v 68,57 % respondentek jako srozumitelnou a v 31,43 % jako moc podrobnou. Kladně hodnotí možnost doplnění jiné odpovědi 85,71 % dotázaných a 14,29 % považuje tuto variantu jako zbytečnou. Doplnění dalších variant možností v porodním plánu je ve 100 % hodnoceno porodními asistentkami jako zbytečné. Stupeň hodnocení porodního plánu je dle respondentek v tomto pořadí 1 - 45,71 %, 2 - 34,29 % a 3 - 20 % (viz graf č. 44). Pro zavedení tohoto porodního plánu do ošetrovatelské dokumentace na porodním sále je 80 % porodních asistentek a 20 % je proti (graf č. 45)

3. Závěr

Tato bakalářská práce nemohla mít za cíl zmapovat celou šíři problematiky porodního plánu. Snažila jsem se touto bakalářskou prací a následným průzkumem proniknout do tohoto v dnešní době čím dál aktuálnějšího tématu. V průběhu práce jsem zjistila, že toto téma si určitě zaslouží dlouhodobější a zároveň podrobnější výzkum než jsem mohla ve své bakalářské práci stihnout a obsáhnout. Velice zajímavé by jistě bylo zhodnotit porodní plán těhotnými ženami před porodem a následně po jejich porodu. Ve výsledcích průzkumného šetření se ukázalo, že ženy které ještě nerodily, někdy nedokáží přesně vyjádřit svá přání k porodu. Velice vhodné by jistě také bylo, vyjádření porodních asistentek k těmto ženám a jejich porodu. Myslím si, že by to přineslo velice zajímavé a hodnotné podněty, pro zlepšení ošetrovatelské péče porodních asistentek.

Literatura a vhodné informační zdroje k tomuto tématu jsou někdy zaměřeny velice jednostranně. Není jednoduché vyvozovat obecné závěry. Individualita každé ženy a porodu je natolik rozdílná, že určit, vyhodnotit a nazvat jen nejčastější přání a představy bylo velice náročné.

V teoretické části jsem se snažila ve stručných výtažcích z odborné literatury, z článků, internetových zdrojů obsáhnout problematiku porodního plánu ze všech úhlů pohledu. Snažila jsem se čerpat i z mých osobních zkušeností s ženami, které si k porodu přinášely porodní plán. Také informace, které jsem získala během seminářů a diskuzí k danému tématu, jsem se snažila v práci použít.

Porodní plán v dnešní době, je natolik diskutovatelným tématem, že se jistě bude na porodních sálech vyskytovat čím dál častěji. V době, ve které jsme zodpovědní za své zdraví, se budou rodiče čím dál více snažit svým dětem dát do života, co nejlepší vstup. Porodní plán umožňuje vyjádřit jejich představy a přání, které si s tímto nezapomenutelným a jedinečným zážitkem spojují. Dnešní rodiče jsou již podstatně lépe informovaní o všech aspektech těhotenství a porodu. Stávají se při porodu rovnocennými partnery lékaři a porodní asistentce. Samozřejmě zde musí být dodržen oboustranný partnerský vztah a důvěra ve sdělované informace a akceptace daných mantinelů možností. Porod dnes již dávno není chápán, jako děj, do kterého nesmí žena nebo její partner zasahovat. Ale ohrožení života dítěte na úkor falešné iluze a představy,

že je určitě vše v pořádku, nelze chápat jako správný, kterým by se mělo moderní porodnictví ubírat. Většina žen i jejich partnerů se snaží porod zvládnout tak, aby nebylo ohroženo zdraví jejich ještě nenarozeného dítěte. Mým názorem je, že porod v domácnosti takové zázemí neposkytuje. Porodní plán by těmto ženám mohl nabídnout možnost k jasnému vyjádření se, co považují při porodu za nejdůležitější. Dnešní porodnice již dávno nevypadají tak, jak je prezentují některé knihy, články, semináře či soukromé předporodní kurzy.

V praktické části bakalářské práce jsem se zabývala obsahovou analýzou dokumentů, textů porodních plánů. Stanovila jsem si čtyři hypotézy a dvě hypotetická tvrzení, o kterých jsem se domnívala, že budou potvrzeny. Je zřetelné, že počet zkoumaných dokumentů nemohl ze statistického hlediska tyto hypotézy výrazným způsobem potvrdit či vyvrátit. Jak již bylo uvedeno, tento výzkum by musel být daleko širšího a obsáhlejšího rázu, což přesahuje rámec mé bakalářské práce.

Cílem této bakalářské práce bylo, na základě výsledků obsahové analýzy dokumentů, sestavit porodní plán, který by se snažil nabízet co nejširší varianty možností v jednotlivých fázích porodu. Snažila jsem se i o následné vyhodnocení průzkumným šetřením, ve vztahu k možnosti jeho zařazení do ošetrovatelské dokumentace na porodním sále. Z výsledků a hodnocení je patrné, že pro porodní asistentky již není porodní plán ničím neznámým, a jeho akceptace v ošetrovatelské dokumentaci stoupá.

Domnívám se, že tento text může sloužit, jako průvodce touto problematikou pro další studenty, i pro ty které problematika porodního plánu zajímá.

4. Seznam použité literatury

1. ČECH, E., et al. *Porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha : Grada, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9.
2. FARKAŠOVÁ, D., et al. *Výzkum v ošetrovatelství*. Martin : Osveta, 2006. 87 s. ISBN 80-8063-229-4.
3. ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. Praha : Argo, 1995. 152 s. ISBN 80-85794-69-1.
4. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství @ porodu. 2. vydání*. Praha : Galen, 2005. 414 s. ISBN 80-7262-411-3.
5. ROZTOČIL, A., et al. *Intenzivní péče na porodním sále*. Brno : IDV PZ, 1996. 274 s. ISBN 80-7013-230-2.
6. SIMKINOVÁ, P. *Partner u porodu*. Praha : Argo, 2000. 245 s. ISBN 80-7203-308-5.
7. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. Co je porodní plán? *Zdraví*, 2002, č. III, s. 8-9.
8. NEBOJUIJTE S ÚŘADY 2007. *Právní průvodce pro rodiče*. Praha : Aperio, 2007. 48 s. ISBN 80-903087-5-9.
9. PRUVODCE KONFERENCÍ O PŘIROZENĚM PORODU 2001. *Přivádíme děti na svět.... 4. mezinárodní konference o přirozeném porodu* Praha : Nadace Open Society Fund Praha, leden 2001, s.12.
10. *Dopwho* [online]. [cit. 2. února 2008 11.hod].
Dostupný z WWW: <http://www.pdcap.cz/Texty/Versus/DopWHO.html>
11. *Boiron : Homeopatie* [online]. [cit. 6. února 2008 16.hod].
Dostupný z WWW: <http://www.boiron.cz/homeopatie.php#o>

5. Seznam příloh

Příloha č. 1 : Tabulky a grafy vztahující se ke subkategorii C 1

Příloha č. 2 : Tabulky a grafy vztahující se ke subkategorii C 2

Příloha č. 3 : Tabulky a grafy vztahující se ke subkategorii C 3

Příloha č. 4 : Tabulky a grafy vztahující se ke subkategorii C 4

Příloha č. 5 : Tabulky a grafy vztahující se ke subkategorii C 5

Příloha č. 6 : Tabulka a graf vztahující se ke kategorii D

Příloha č. 7 : Tabulka vytvořeného porodního plánu

Příloha č. 8 : Dotazník pro porodní asistentky

Příloha č. 9 : Dotazník pro těhotné ženy

Příloha č. 10 : Tabulky a grafy vztahující se k doplňkovému šetření

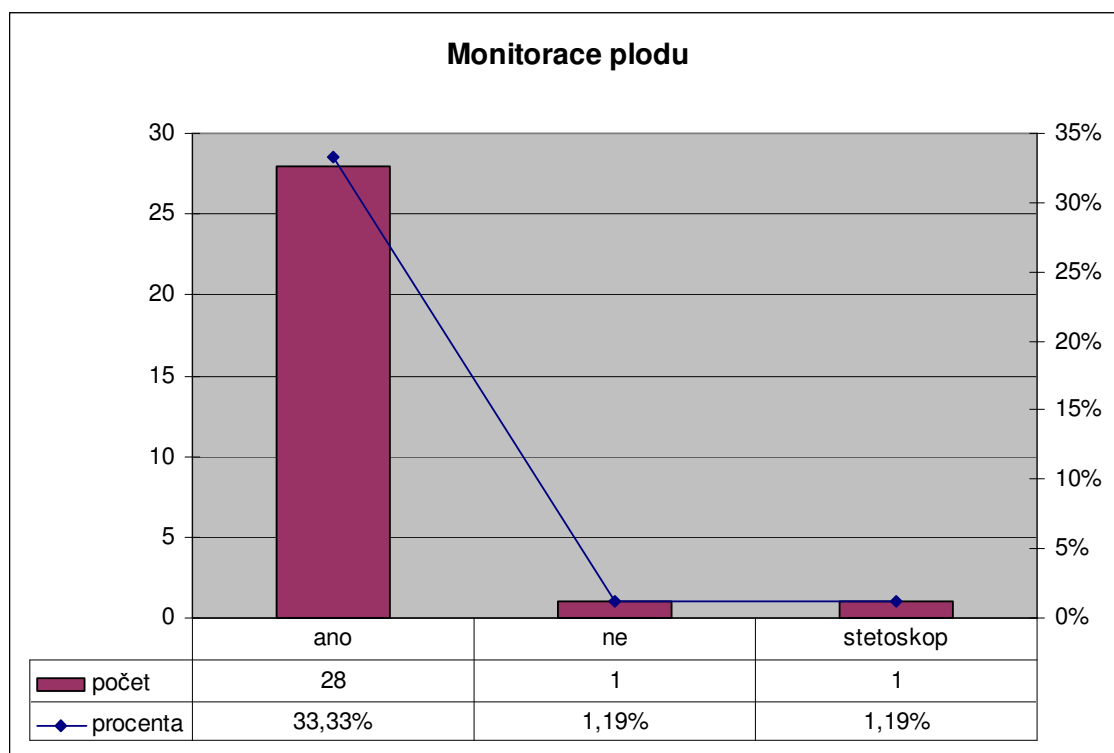
Příloha č. 11 : Příklady porodních plánů použitých při obsahové analýze

Příloha č. 1 : Tabulky a grafy vztahující se ke subkategorii C 1

Tab. 7 Monitorace plodu

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
ano	28	33,33%	28	93,33%
ne	1	1,19%	1	3,33%
stetoskop	1	1,19%	1	3,33%
celkem	84	100%	30	100%

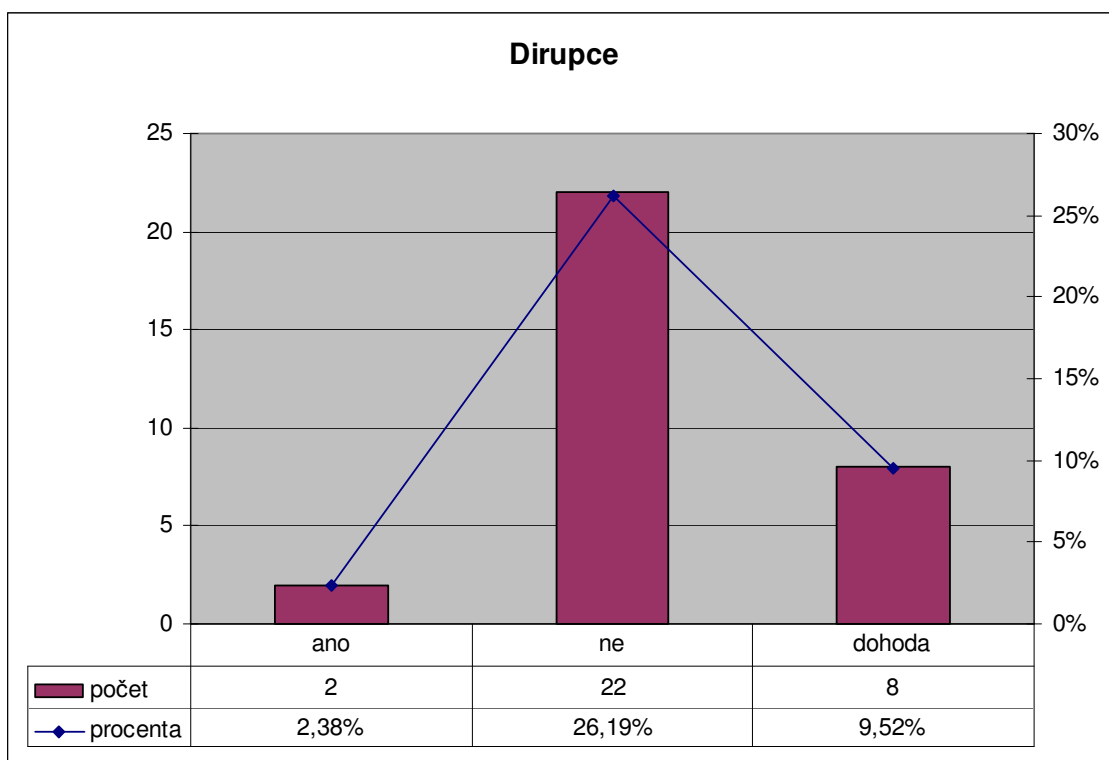
Graf č. 7



Tab. 8 Dirupce

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
ano	2	2,38%	2	6,25%
ne	22	26,19%	22	68,75%
dohoda	8	9,52%	8	25,00%
celkem	84	100%	32	100%

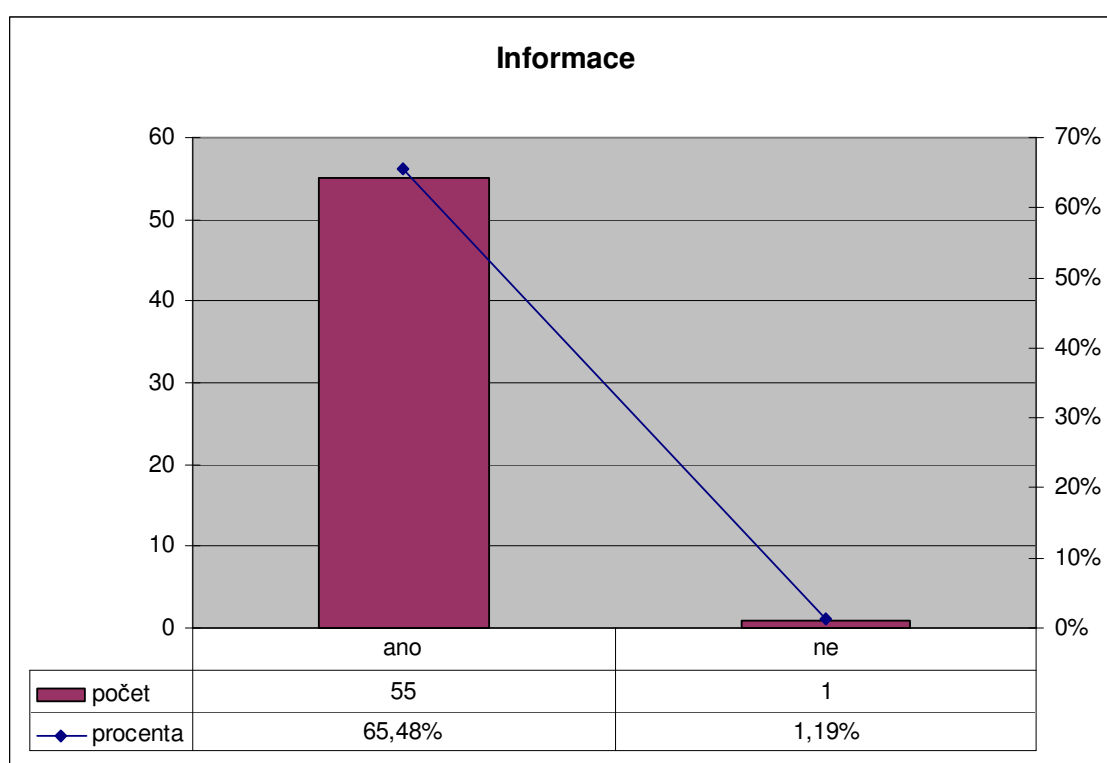
Graf č.8



Tab. 12 Poskytování informací

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
ano	55	65,48%	55	98,21%
ne	1	1,19%	1	1,79%
celkem	84	100%	56	100%

Graf č. 12

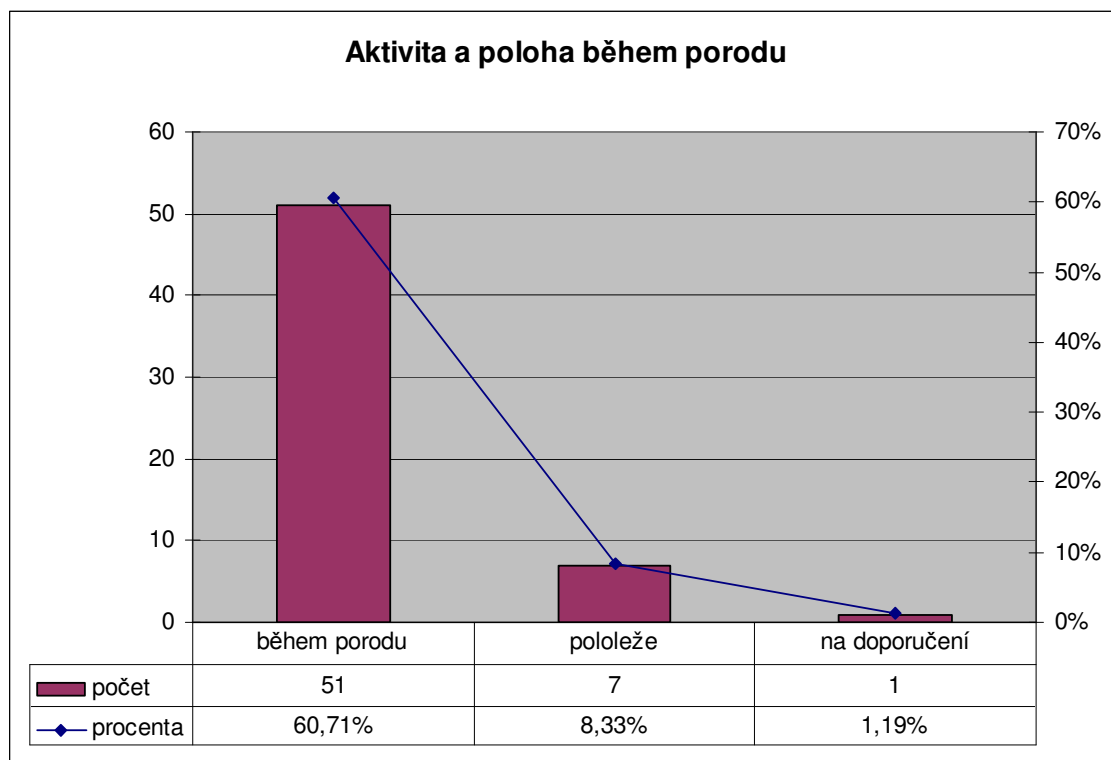


Příloha č. 2 : Tabulky a grafy vztahující se ke subkategorii C 2

Tab. 14 Aktivita a poloha

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
během porodu	51	60,71%	51	86,44%
pololeže	7	8,33%	7	11,86%
na doporučení	1	1,19%	1	1,69%
celkem	84	100%	59	100%

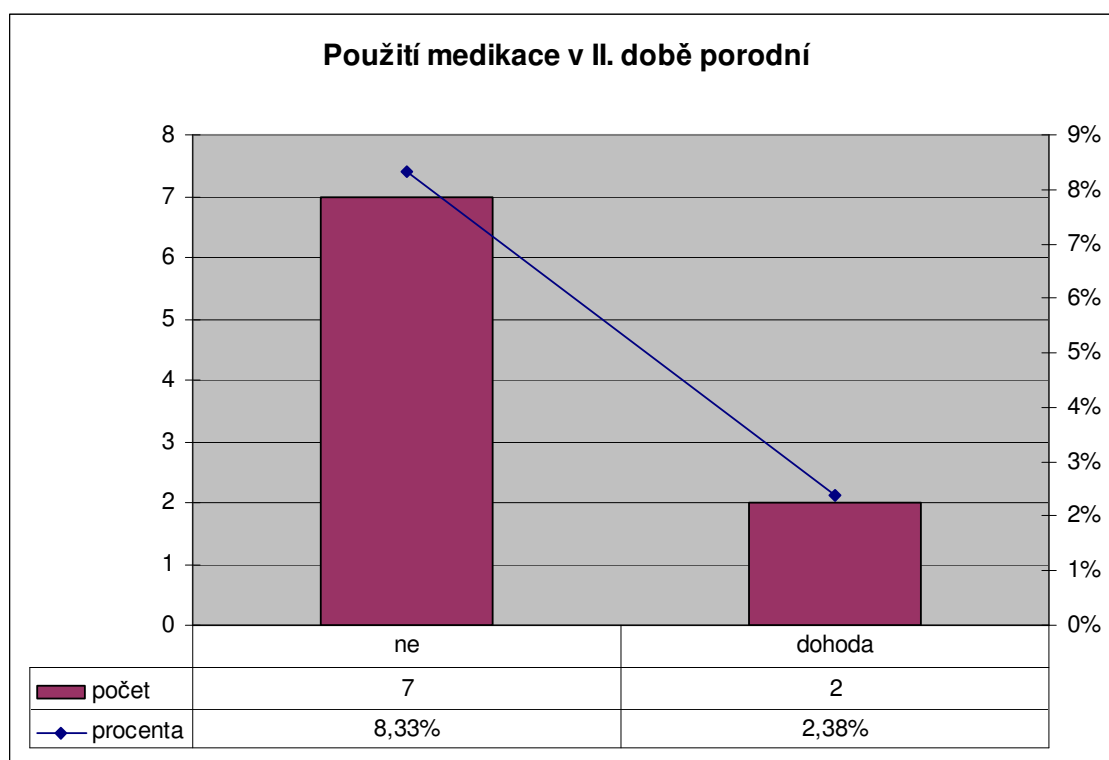
Graf č. 14



Tab. 16 Použití medikace ve druhé době porodní

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
ne	7	8,33%	7	77,78%
dohoda	2	2,38%	2	22,22%
celkem	84	100%	9	100%

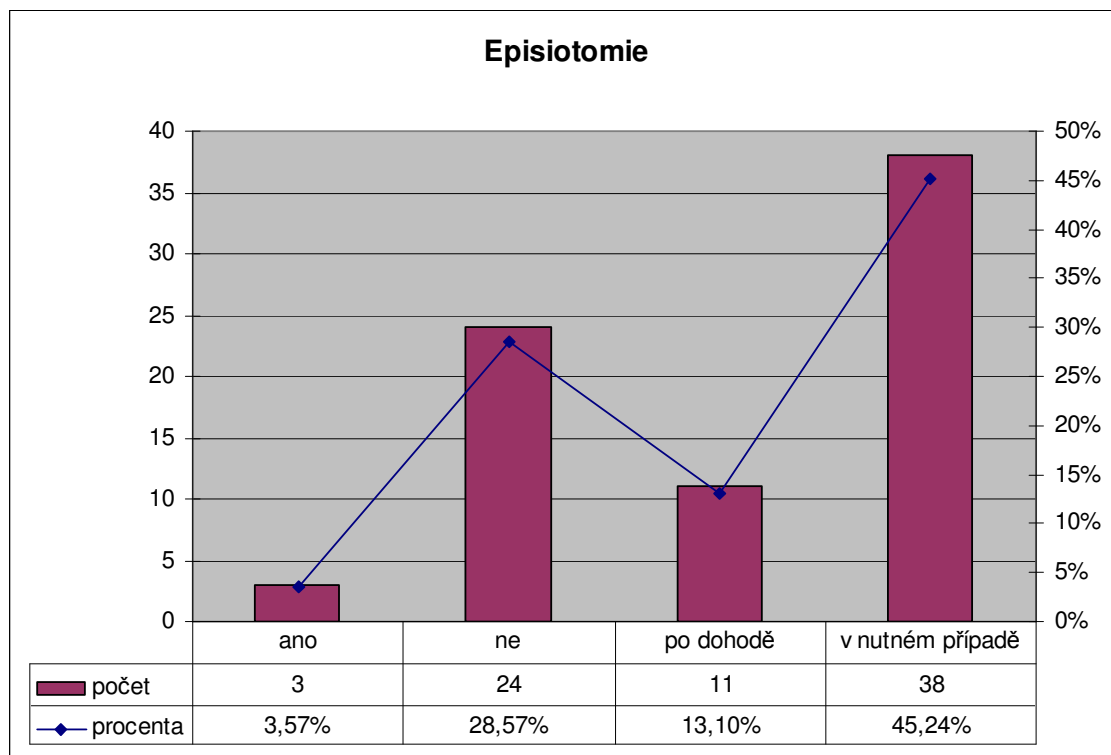
Graf č. 16



Tab. 17 **Episiotomie**

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
ano	3	3,57%	3	3,95%
ne	24	28,57%	24	31,58%
po dohodě	11	13,10%	11	14,47%
v nutném případě	38	45,24%	38	50,00%
celkem	84	100%	76	100%

Graf č. 17

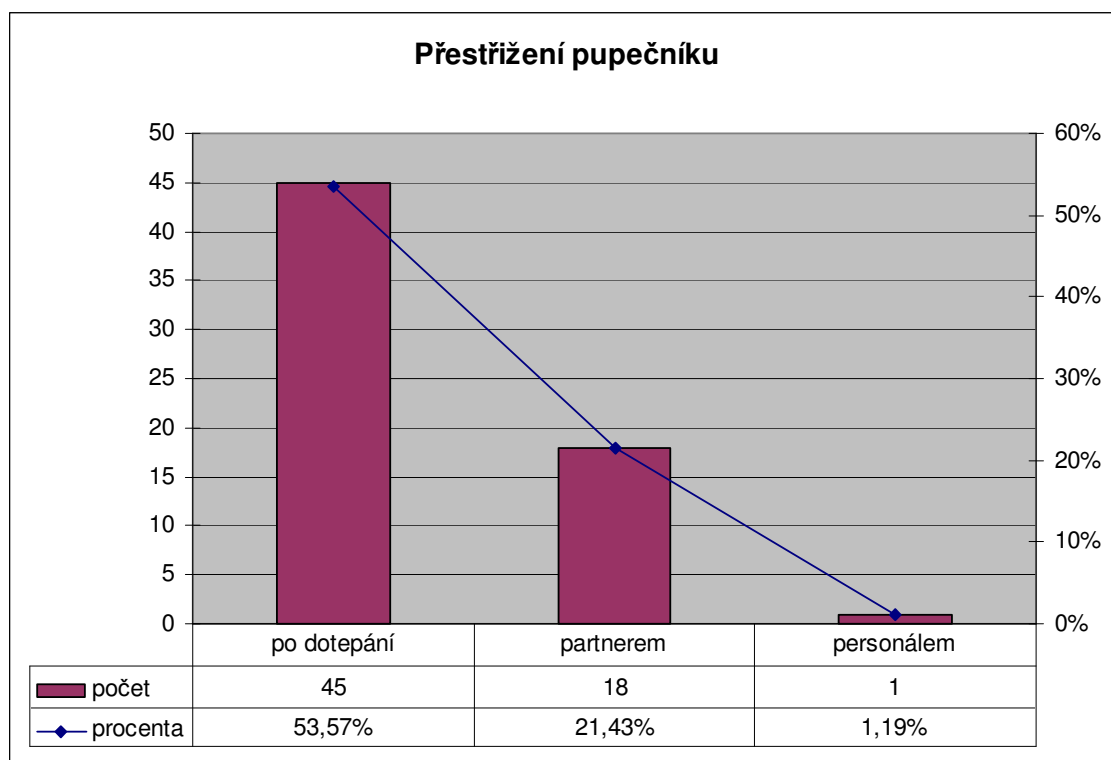


Příloha č. 3 : Tabulky a grafy vztahující se ke subkategorii C 3

Tab. 19 Přestřižení pupečníku

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
po dotepání	45	53,57%	45	70,31%
partnerem	18	21,43%	18	28,13%
personálem	1	1,19%	1	1,56%
celkem	84	100%	64	100%

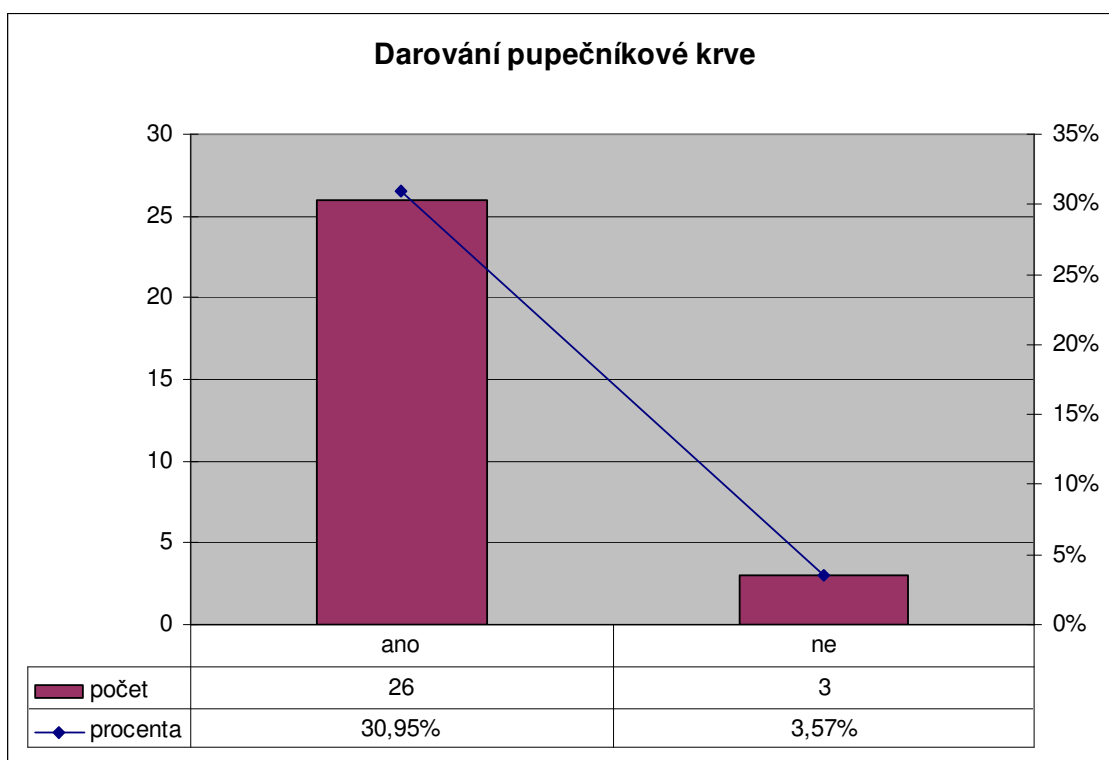
Graf č. 19



Tab. 20 Darování pupečnickové krve

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
ano	26	30,95%	26	89,66%
ne	3	3,57%	3	10,34%
celkem	84	100%	29	100%

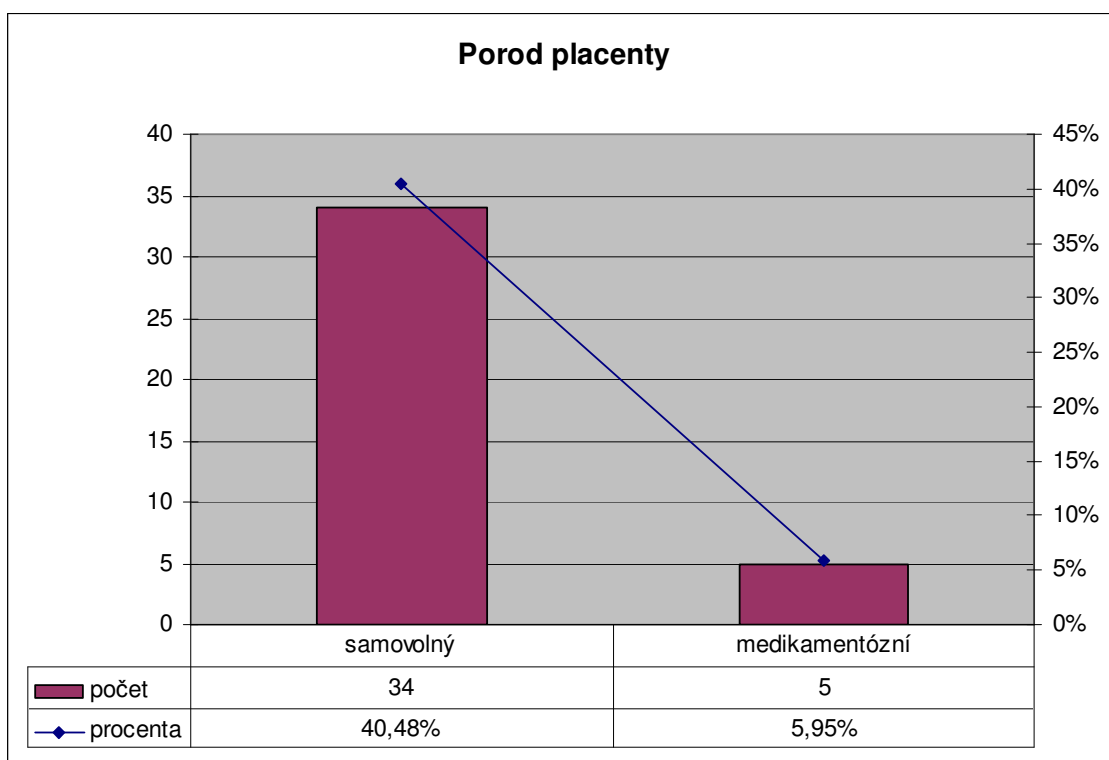
Graf č 20



Tab. 21 **Porod placenty**

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
samovolný	34	40,48%	34	87,18%
medikamentózní	5	5,95%	5	12,82%
celkem	84	100%	39	100%

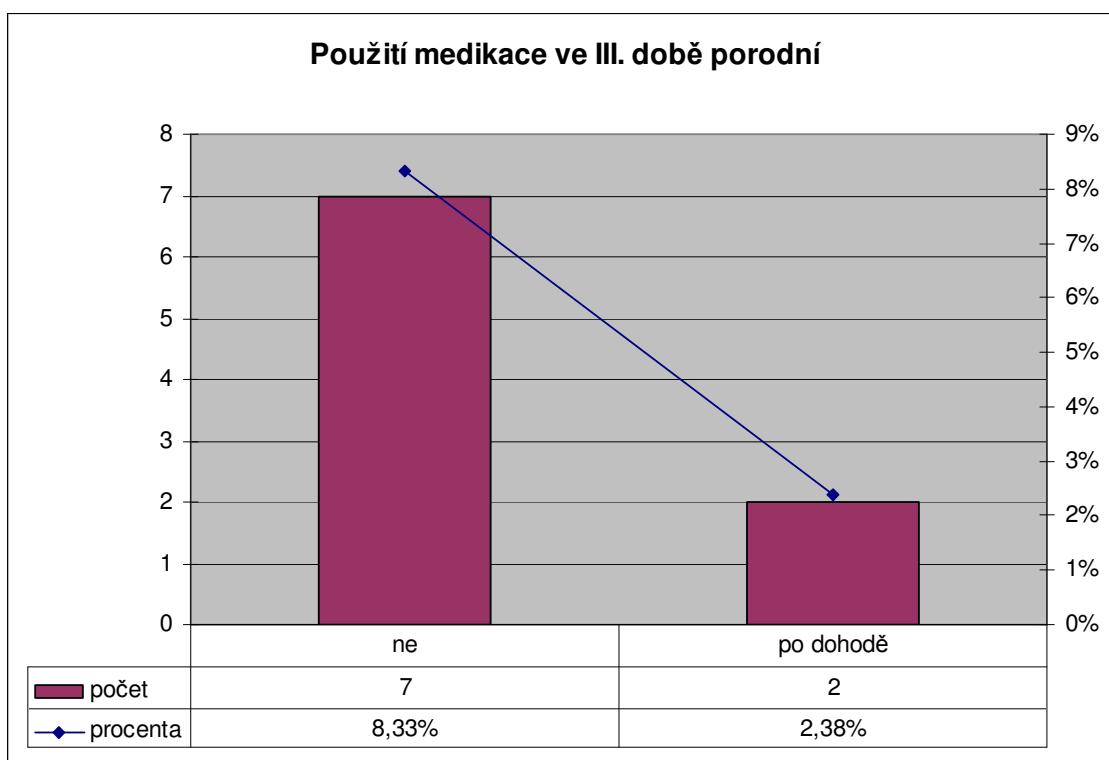
Graf č. 21



Tab. 22 Použití medikace ve třetí době porodní

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
ne	7	8,33%	7	77,78%
po dohodě	2	2,38%	2	22,22%
celkem	84	100%	9	100%

Graf č. 22

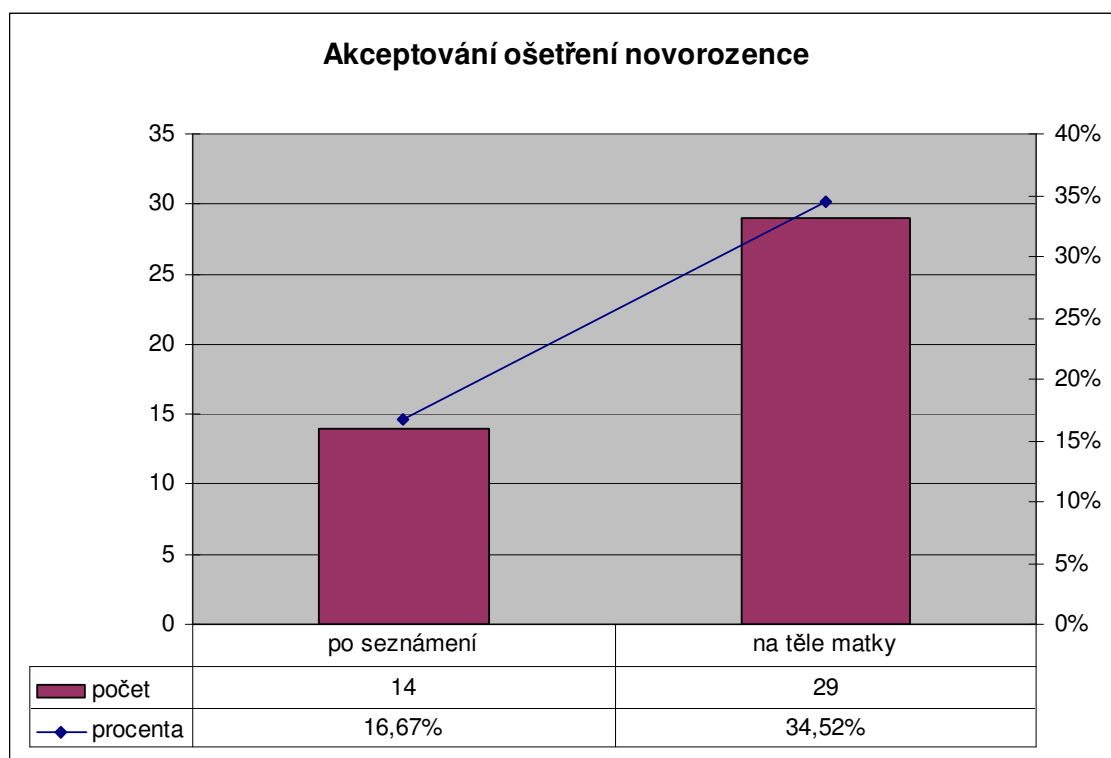


Příloha č. 4 : Tabulky a grafy vztahující se ke subkategorii C 4

Tab. 24 Akceptování ošetření novorozence

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
po seznámení	14	16,67%	14	32,56%
na těle matky	29	34,52%	29	67,44%
celkem	84	100%	43	100%

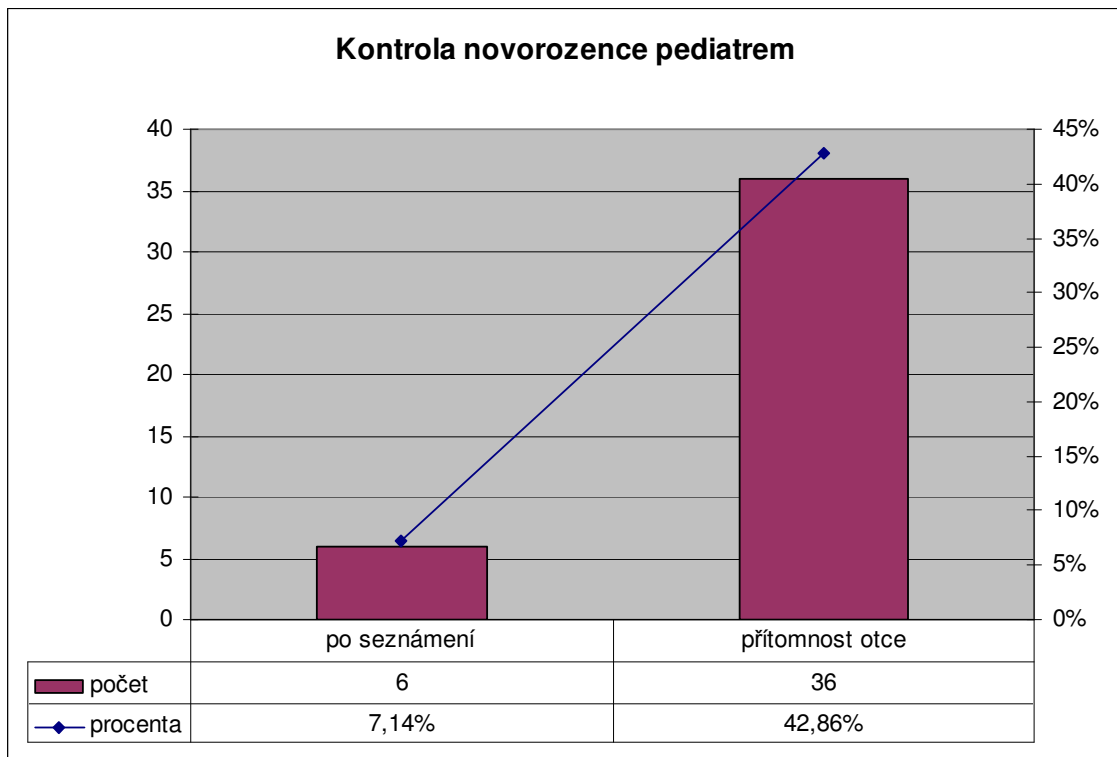
Graf č. 24



Tab. 25 **Kontrola pediatrem**

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
po seznámení	6	7,14%	6	14,29%
přítomnost otce	36	42,86%	36	85,71%
celkem	84	100%	42	100%

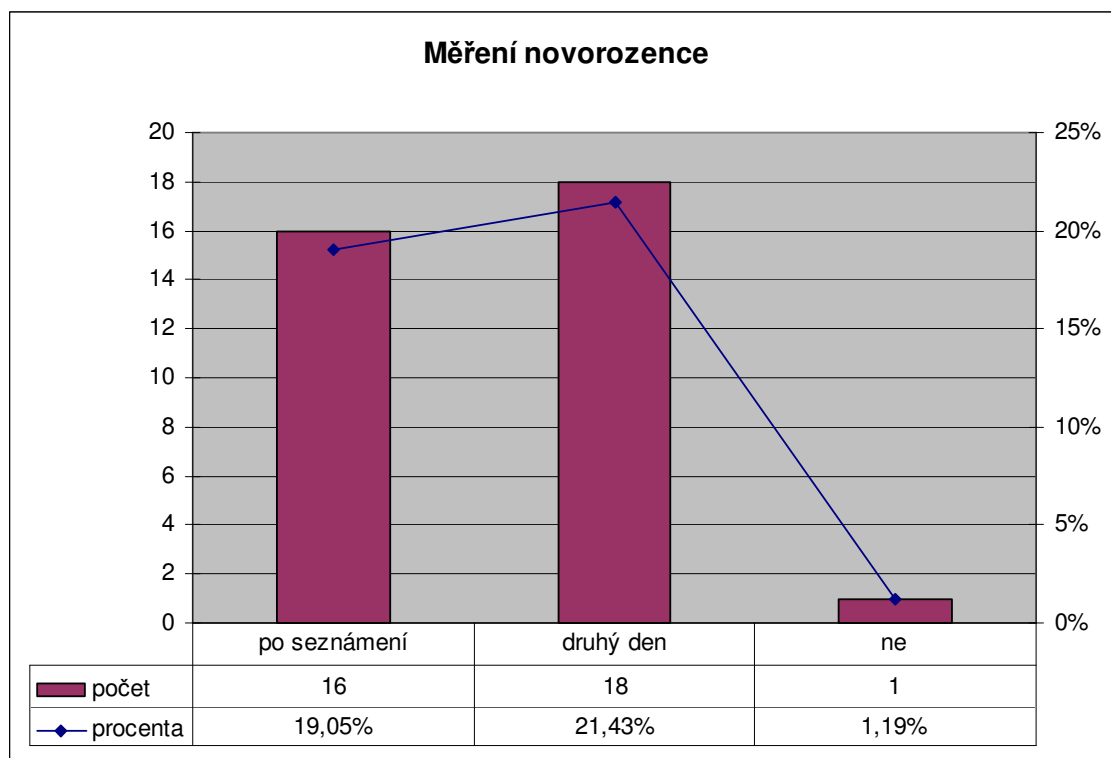
Graf č. 25



Tab. 26 Měření novorozence

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
po seznámení	16	19,05%	16	45,71%
druhý den	18	21,43%	18	51,43%
ne	1	1,19%	1	2,86%
celkem	84	100%	35	100%

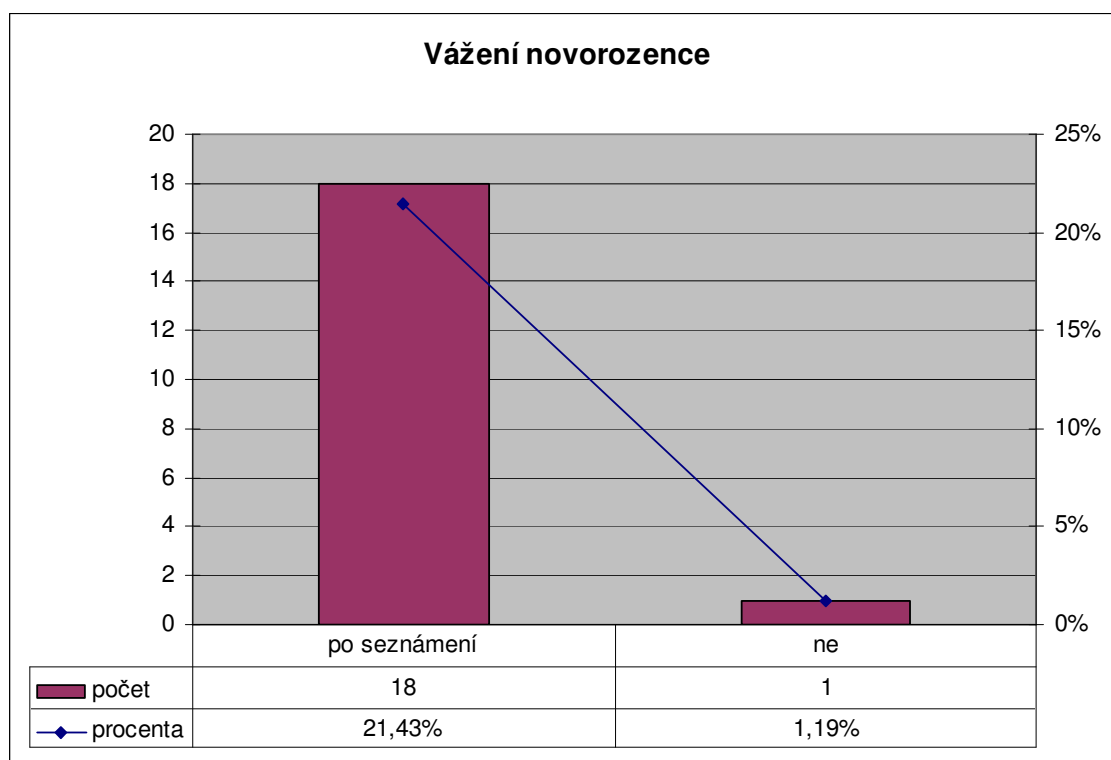
Graf č. 26



Tab. 27 **Vážení novorozence**

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
po seznámení	18	21,43%	18	94,74%
ne	1	1,19%	1	5,26%
celkem	84	100%	19	100%

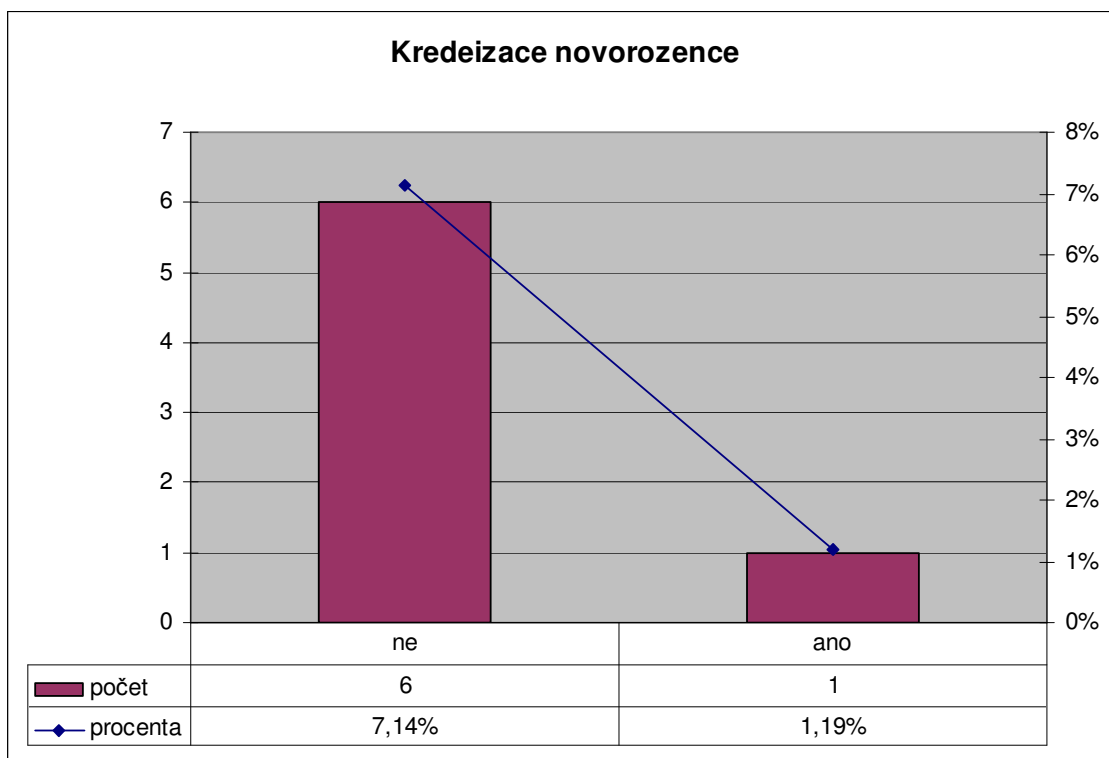
Graf č. 27



Tab. 28 **Kredeizace**

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
ne	6	7,14%	6	85,71%
ano	1	1,19%	1	14,29%
celkem	84	100%	7	100%

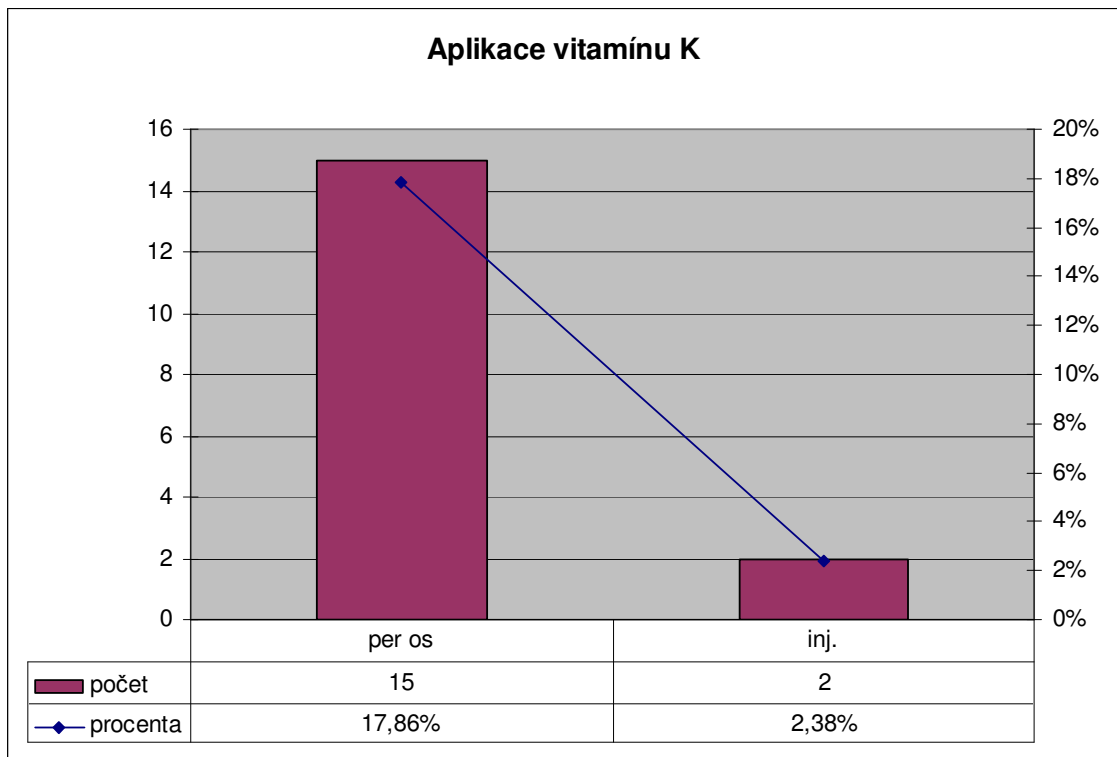
Graf č. 28



Tab. 29 Aplikace vitamínu K

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
per os	15	17,86%	15	88,24%
injekční aplikace	2	2,38%	2	11,76%
celkem	84	100%	17	100%

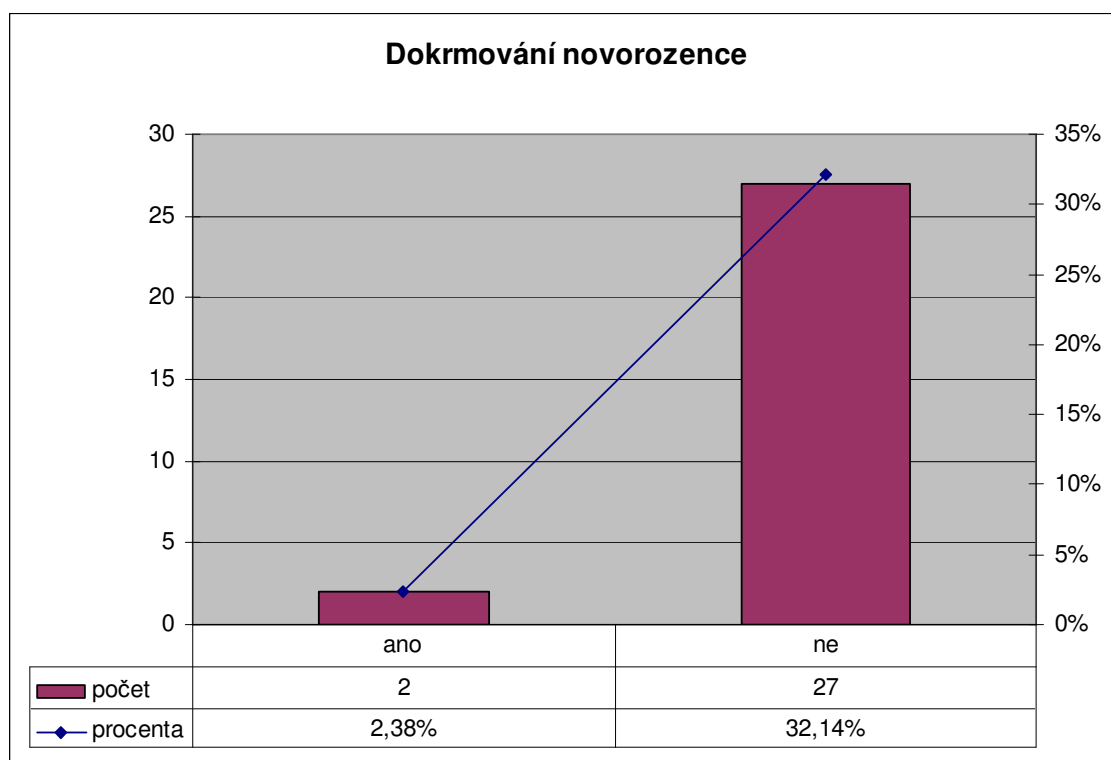
Graf č. 29



Tab. 30 **Dokrmování novorozence**

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
ano	2	2,38%	2	6,90%
ne	27	32,14%	27	93,10%
celkem	84	100%	29	100%

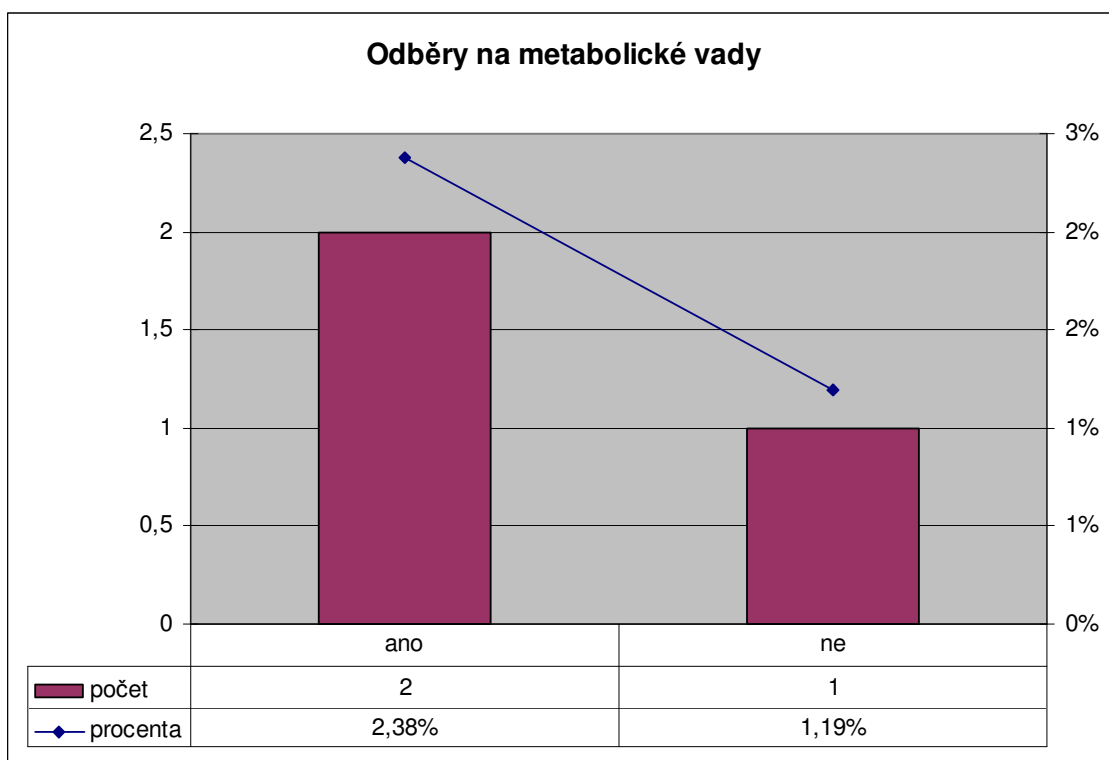
Graf č. 30



Tab. 32 Odběry na metabolické vady

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
ano	2	2,38%	2	66,67%
ne	1	1,19%	1	33,33%
celkem	84	100%	3	100%

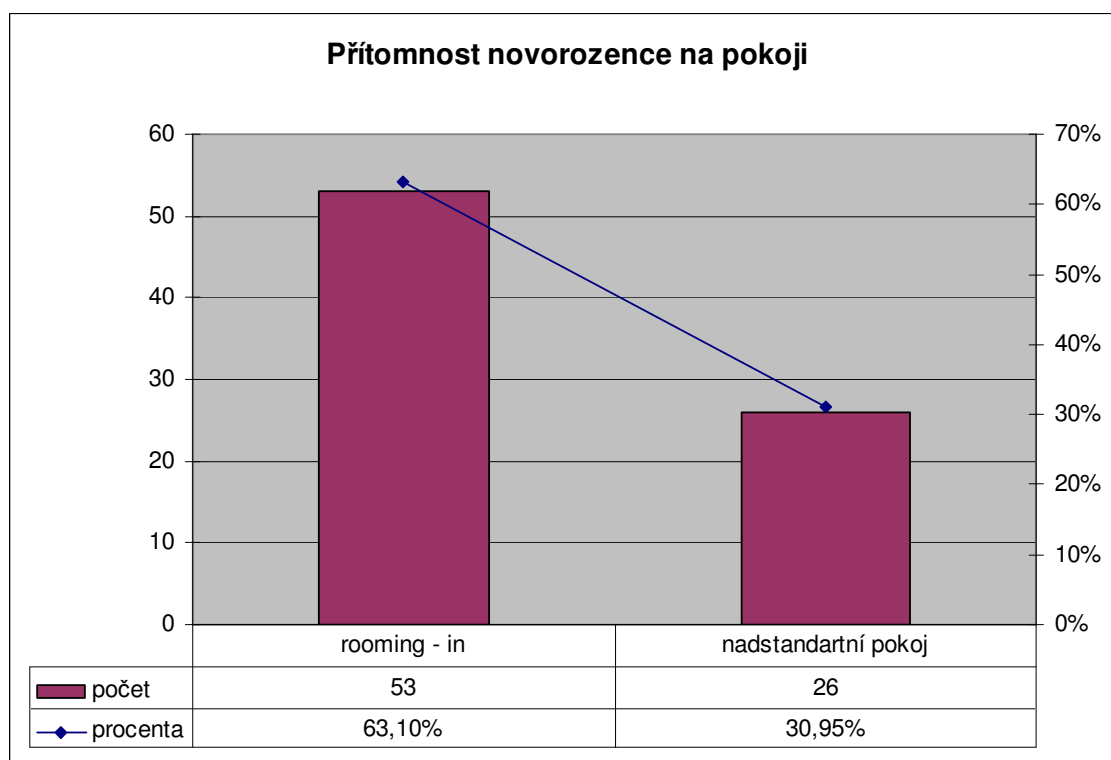
Graf č. 32



Tab. 33 Přítomnost na pokojí

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
rooming - in	53	63,10%	53	67,09%
nadstandartní pokoj	26	30,95%	26	32,91%
celkem	84	100%	79	100%

Graf č. 33

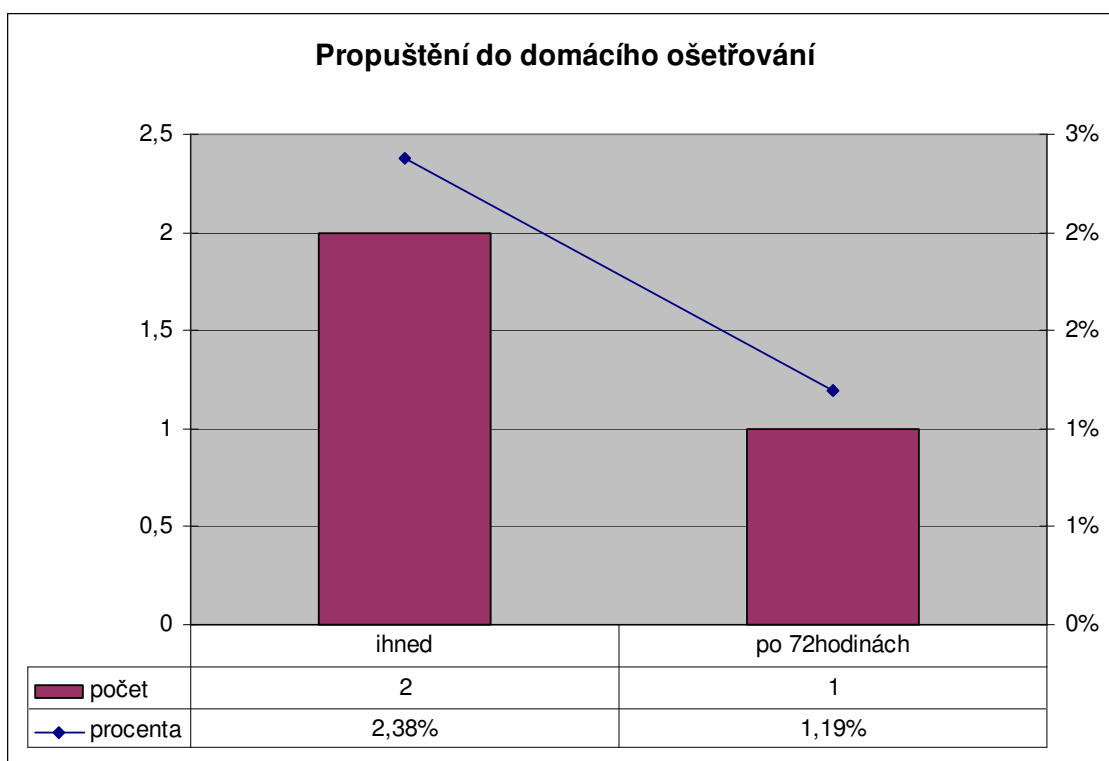


Příloha č. 5 : Tabulky a grafy vztahující se ke subkategorii C 5

Tab. 35 Propuštění do domácího ošetření

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
ihned	2	2,38%	2	66,67%
po 72hodinách	1	1,19%	1	33,33%
celkem	84	100%	3	100%

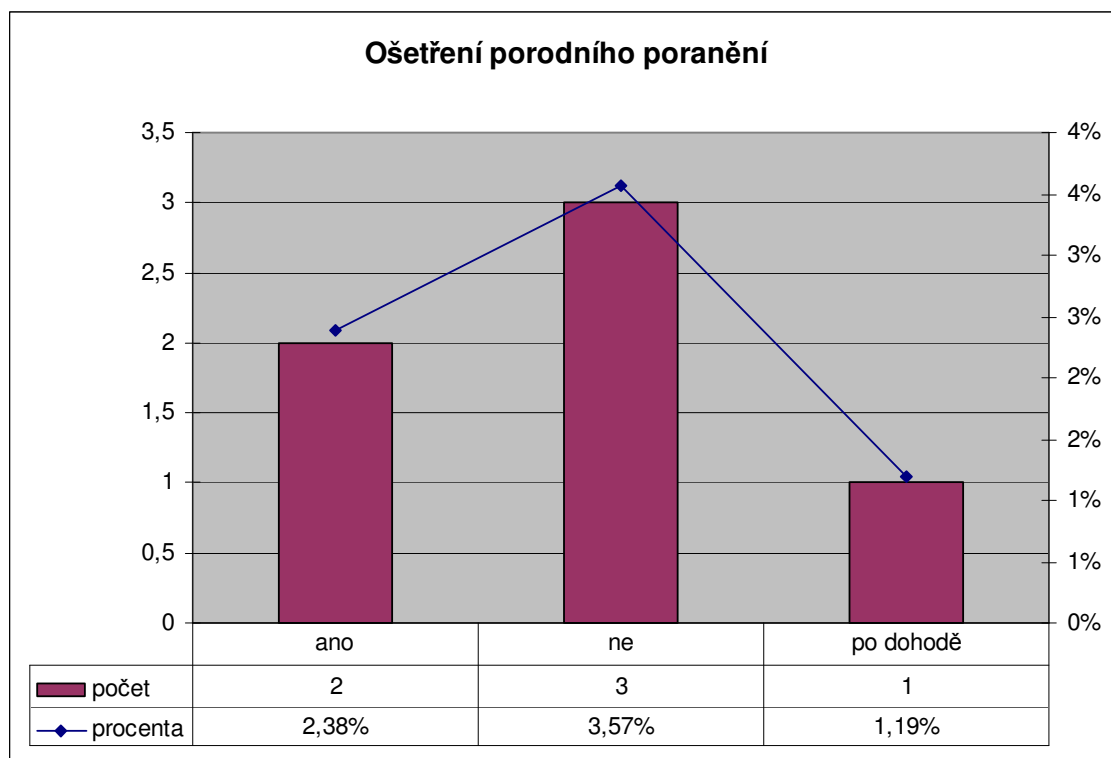
Graf č. 35



Tab. 36 Ošetření porodního poranění

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
ano	2	2,38%	2	33,33%
ne	3	3,57%	3	50,00%
po dohodě	1	1,19%	1	16,67%
celkem	84	100%	6	100%

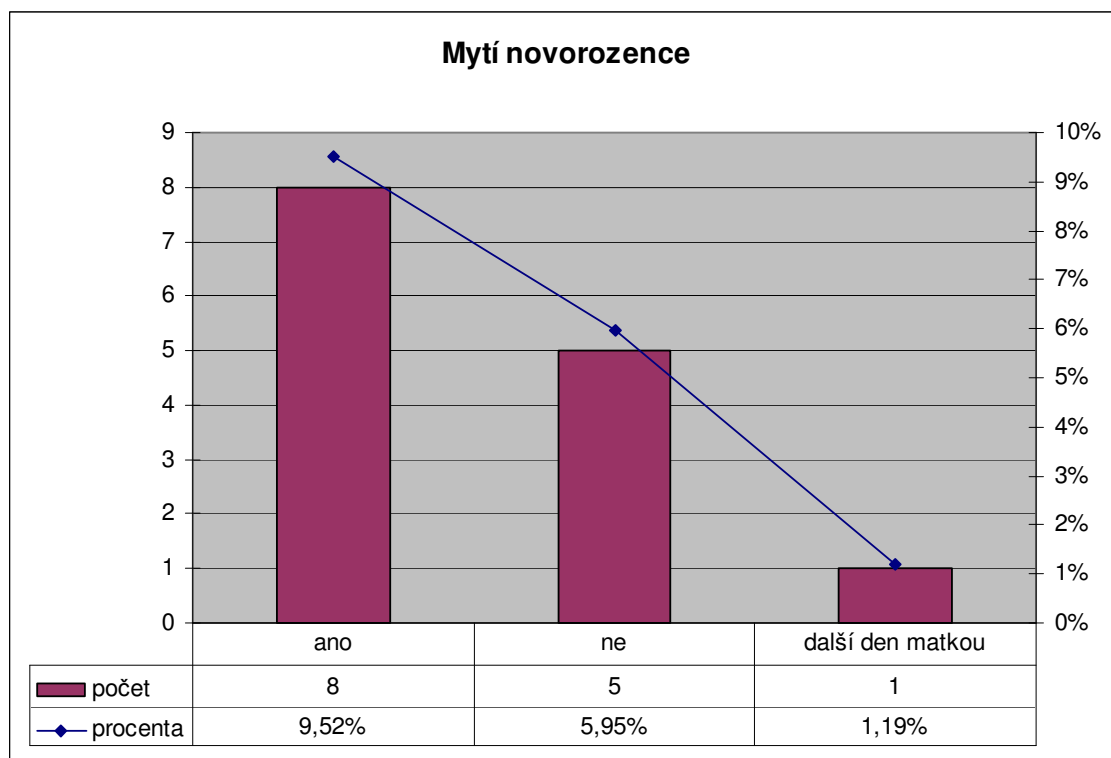
Graf č. 36



Tab. 37 **Mytí novorozence**

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
ano	8	9,52%	8	57,14%
ne	5	5,95%	5	35,71%
další den matkou	1	1,19%	1	7,14%
celkem	84	100%	14	100%

Graf. č. 37

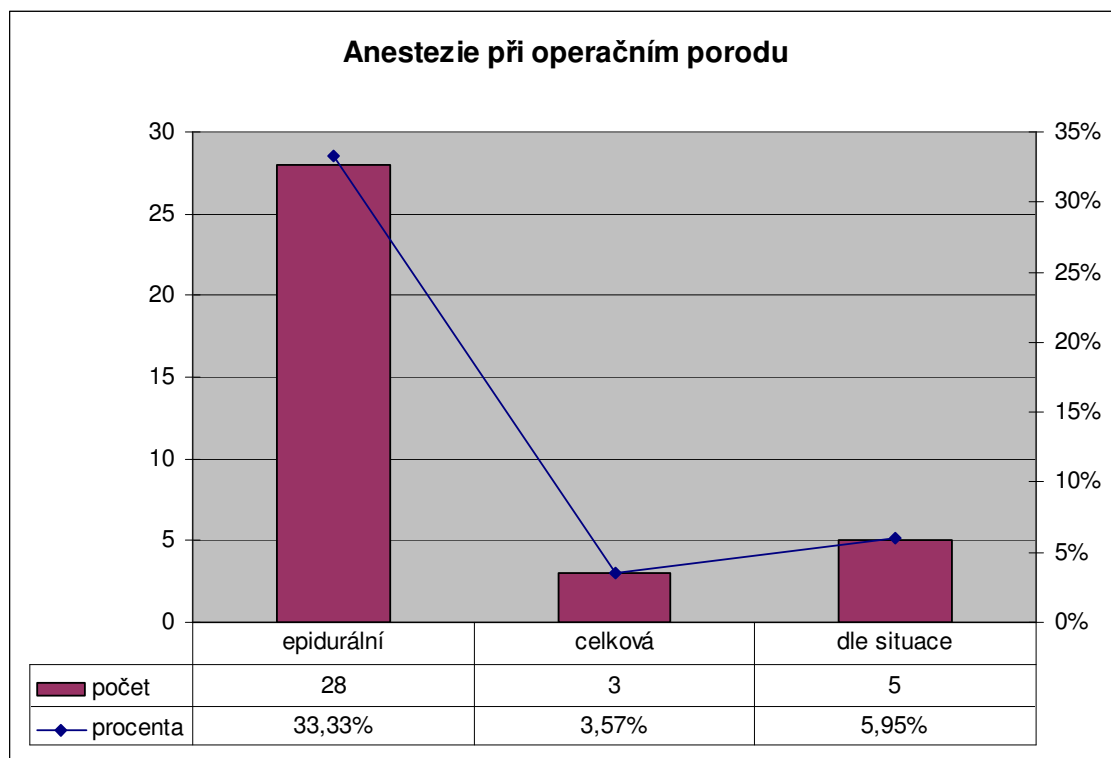


Příloha č. 6 : Tabulka a graf vztahující se ke kategorii D

Tab. 41 Výběr anestézie při operačním porodu

	počet	procenta z celku	počet	procenta z výskytu
epidurální	28	33,33%	28	77,78%
celková	3	3,57%	3	8,33%
dle situace	5	5,95%	5	13,89%
celkem	84	100%	36	100%

Graf č. 41



Příloha č. 7 : Tabulka vytvořeného porodního plánu

Osobní údaje a anamnéza	
Jméno a příjmení	
Kontaktní osoba	
Adresa	
Přechodná adresa	
Osobní anamnéza	<input type="checkbox"/> onemocnění
	<input type="checkbox"/> alergie
	<input type="checkbox"/> léky
	<input type="checkbox"/> dieta
Rodinná anamnéza	<input type="checkbox"/> rodiče
	<input type="checkbox"/> sourozenci
	<input type="checkbox"/> příbuzní
Jméno pro dítě	<input type="checkbox"/> chlapec <input type="checkbox"/> děvče
Jiné	

První doba porodní				
Přítomnost cizích osob	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> jedna osoba	<input type="checkbox"/> po domluvě
Přítomnost u porodu	<input type="checkbox"/> otec	<input type="checkbox"/> dula	<input type="checkbox"/> rodinný příslušník	<input type="checkbox"/> jiná osoba
Klyzma	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> doma	<input type="checkbox"/> Yal
Holení	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> doma	<input type="checkbox"/> dle dohody
Použití medikace	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> na přání	<input type="checkbox"/> dle dohody
Tlumení bolesti	<input type="checkbox"/> sprcha <input type="checkbox"/> masáže <input type="checkbox"/> míč <input type="checkbox"/> aromaterapie <input type="checkbox"/> homeoterapie <input type="checkbox"/> aktivita <input type="checkbox"/> akupresura <input type="checkbox"/> hudba <input type="checkbox"/> vana		<input type="checkbox"/> úlevové polohy <input type="checkbox"/> použití tepla <input type="checkbox"/> použití chladu <input type="checkbox"/> relaxace <input type="checkbox"/> jen přirozené <input type="checkbox"/> epidurální analgezie <input type="checkbox"/> dle doporučení <input type="checkbox"/> dle situace <input type="checkbox"/> jiné	
Informovanost	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> doprovodu	
Úprava prostředí	<input type="checkbox"/> šero	<input type="checkbox"/> ticho	<input type="checkbox"/> vlastní hudba	<input type="checkbox"/> jiné
Monitorace plodu	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> nezbytnou dobu	<input type="checkbox"/> dle dohody
Druhá doba porodní				
Úprava prostředí	<input type="checkbox"/> šero	<input type="checkbox"/> ticho	<input type="checkbox"/> vlastní hudba	<input type="checkbox"/> minimum osob
Poloha při tlačení	<input type="checkbox"/> zvolení během porodu <input type="checkbox"/> pololeže <input type="checkbox"/> klek <input type="checkbox"/> porodnická stolička <input type="checkbox"/> porodnické křeslo		<input type="checkbox"/> stoj <input type="checkbox"/> vak <input type="checkbox"/> bok <input type="checkbox"/> dle dohody <input type="checkbox"/> jiné.....	
Použití medikace	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> na přání	<input type="checkbox"/> dle dohody
Episiotomie	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> v nutném případě	<input type="checkbox"/> dle dohody

Třetí doba porodní				
Novorozenec	<input type="checkbox"/> poloha na matce	<input type="checkbox"/> otec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> jiné
Přestřížení pupečníku	<input type="checkbox"/> partner	<input type="checkbox"/> personál	<input type="checkbox"/> po dotepání	<input type="checkbox"/> jiné
Darování pupečnickové krve	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> vlastní odběr	<input type="checkbox"/> dle dohody
Použití medikace	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> na přání	<input type="checkbox"/> dle dohody
Porod placenty	<input type="checkbox"/> spontánní	<input type="checkbox"/> medikamentózní	<input type="checkbox"/> dle dohody	<input type="checkbox"/> jiné
Novorozenec				
Přiložení	<input type="checkbox"/> ihned	<input type="checkbox"/> po ošetření	<input type="checkbox"/> do 30.minut	<input type="checkbox"/> dle dohody
Ošetření a kontrola miminka pediatrem	<input type="checkbox"/> po seznámení <input type="checkbox"/> na těle matky		<input type="checkbox"/> za přítomnosti doprovodu <input type="checkbox"/> dle dohody	
Vážení a měření	<input type="checkbox"/> po seznámení <input type="checkbox"/> za přítomnosti doprovodu		<input type="checkbox"/> druhý den <input type="checkbox"/> dle dohody	
Kredeizace	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> dle dohody	
Aplikace K	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		<input type="checkbox"/> per os <input type="checkbox"/> dle dohody	
Kalmetizace	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		<input type="checkbox"/> zajištěno na kalmetizační stanici <input type="checkbox"/> dle dohody	
Přítomnost novorozence	<input type="checkbox"/> rooming -in <input type="checkbox"/> nadstandardní pokoj		<input type="checkbox"/> dle situace <input type="checkbox"/> jiné	
Informace o stavu	<input type="checkbox"/> vždy matce nebo otci	<input type="checkbox"/> souhlas jednoho z rodičů s vyšetřením	<input type="checkbox"/> přítomnost jednoho z rodičů při vyšetření	<input type="checkbox"/> jiné.....
Dokrmování	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		<input type="checkbox"/> dle dohody <input type="checkbox"/> jiné	
Propuštění do domácího ošetření	<input type="checkbox"/> ihned po porodu <input type="checkbox"/> po 72 hodinách <input type="checkbox"/> dle dohody <input type="checkbox"/> jiné.....			

Operační porod				
Anestézie	<input type="checkbox"/> epidurální	<input type="checkbox"/> celková	<input type="checkbox"/> dle situace	<input type="checkbox"/> dle dohody
Přítomnost doprovodu	<input type="checkbox"/> na operačním sále	<input type="checkbox"/> na dětské boxe	<input type="checkbox"/> dle dohody	
Novorozence	<input type="checkbox"/> seznámení s matkou ihned po vybavení <input type="checkbox"/> ošetření a kontrola pediatrem za přítomnosti doprovodu <input type="checkbox"/> možnost focení <input type="checkbox"/> možnost kontaktu s matkou po ošetření <input type="checkbox"/> jiné.....			
Přiložení a kojení	<input type="checkbox"/> po co nejkratší době <input type="checkbox"/> na oddělení JIP <input type="checkbox"/> dle dohody			

Osobní přání

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Příloha č. 8 : Dotazník pro porodní asistentky

Dotazník

Milé kolegyně,

chtěla bych Vás požádat o spolupráci při průzkumu, který je součástí mé bakalářské práce s tématem Porodní plán – možnosti uplatnění. Tento výzkum je založen na obsahové analýze dokumentů – porodních plánů, které si přinášely rodičky k porodu na porodní sál v ÚPMD. Máte před sebou porodní plán, který je sestaven z výsledků této analýzy. Prosím o jeho zhodnocení a vyplnění připomínek do přiloženého dotazníku. Dotazník je anonymní, nepodepisujte se prosím. Předem děkuji za spolupráci.

Kateřina Zděnková

Instrukce:

Každou otázku si pozorně přečtete a zakroužkujete odpověď, která nejvíce vystihuje Váš názor. V některých otázkách lze zakroužkovat více odpovědí nebo doplnit vlastními slovy. Na vyplnění dotazníku máte 10.minut.

1. Vyplňoval se Vám porodní plán dobře?

- a) ano
- b) ne
- c) jiná odpověď.....

2. Tabulka porodního plánu je....

- a) srozumitelná
- b) nesrozumitelná
- c) moc podrobná
- d) málo podrobná
- e) jiná odpověď.....

3. Je rozdělení jednotlivých úseků porodu dostatečné?

- a) ano
- b) ne

4. Jsou možnosti v jednotlivých úsecích dostatečně podrobné?

- a) ano
- b) ne

5. Jak hodnotíte možnost doplnění jiné odpovědi?

- a) kladně
- b) záporně
- c) je to zbytečné

6. Myslíte si, že je potřeba v tomto porodním plánu doplnit ještě nějaké varianty možností?

- a) ano
- b) ne

Na otázku č. 7 a 8 odpovídejte jen v případě, že jste na otázku č. 6 odpověděla ano.

7. Kterého úseku porodního plánu se tyto změny týkají?

- a) první doba porodní
- b) druhá doba porodní
- c) třetí doba porodní
- d) novorozenec
- e) operační porod

8. Které změny to jsou?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

9. Označte na stupnici hodnotu, která vyjadřuje stupeň Vašeho hodnocení tohoto porodního plánu ?

- | | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. |
| Ano | | | | Ne |

10. Domníváte se, že tento porodní plán lze použít jako součást ošetrovatelské dokumentace na porodním sále?

- a) ano
- b) ne

Příloha č. 9 : Dotazník pro těhotné ženy

Dotazník

Vážené maminky,

jmenuji se Kateřina Zděnková a jsem studentkou třetího ročníku na Vysoké škole zdravotnické v Praze – obor Porodní asistentka. Chtěla bych Vás požádat o spolupráci při průzkumu, který je součástí mé bakalářské práce s tématem Porodní plán – možnosti uplatnění. Tento výzkum je založen na obsahové analýze dokumentů – porodních plánů, které si přinášely rodičky k porodu na porodní sál v ÚPMD. Máte před sebou porodní plán, který je sestaven z výsledků této analýzy. Prosím o jeho zhodnocení a vyplnění připomínek do přiloženého dotazníku. Dotazník je anonymní, nepodepisujte se prosím. Předem děkuji za spolupráci.

Kateřina Zděnková

Instrukce:

Každou otázku si pozorně přečtete a zakroužkujete odpověď, která nejvíce vystihuje Váš názor. V některých otázkách lze zakroužkovat více odpovědí nebo doplnit vlastními slovy. Na vyplnění dotazníku máte 10.minut.

11. Vyplňoval se Vám porodní plán dobře?

- d) ano
- e) ne
- f) jiná odpověď.....

12. Tabulka porodního plánu je....

- f) srozumitelná
- g) nesrozumitelná
- h) moc podrobná
- i) málo podrobná
- j) jiná odpověď.....

13. Je rozdělení jednotlivých úseků porodu dostatečné?

- c) ano
- d) ne

14. Jsou možnosti v jednotlivých úsecích dostatečně podrobné?

- c) ano
- d) ne

15. Jak hodnotíte možnost doplnění jiné odpovědi?

- d) kladně
- e) záporně
- f) je to zbytečné

16. Myslíte si, že je potřeba v tomto porodním plánu doplnit ještě nějaké varianty možností?

- c) ano
- d) ne

Na otázku č. 7 a 8 odpovídejte jen v případě, že jste na otázku č. 6 odpověděla ano.

17. Kterého úseku porodního plánu se tyto změny týkají?

- f) první doba porodní
- g) druhá doba porodní
- h) třetí doba porodní
- i) novorozenec
- j) operační porod

18. Které změny to jsou?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

19. Označte na stupnici hodnotu, která vyjadřuje stupeň Vašeho hodnocení tohoto porodního plánu ?

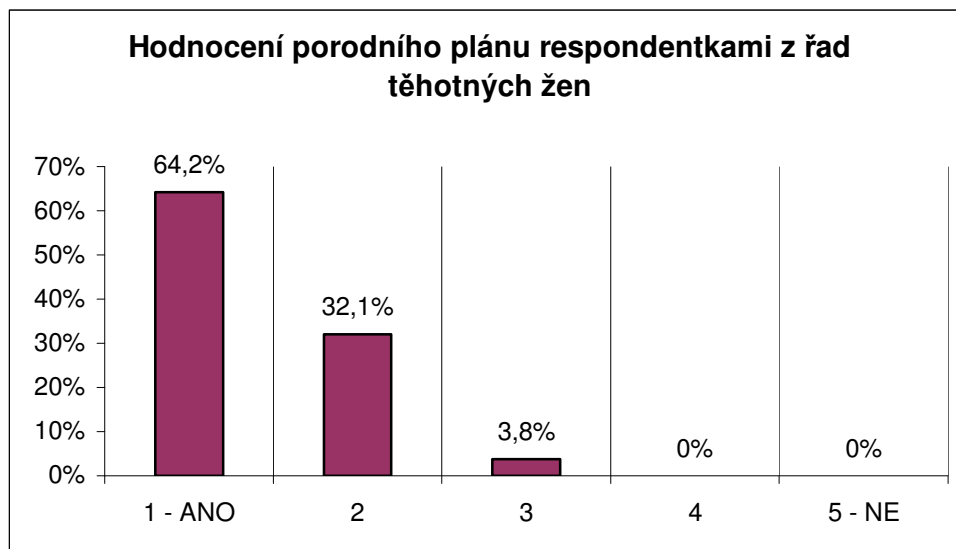
- | | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. |
| Ano | | | | Ne |

Příloha č. 10 : Tabulky a grafy vztahující se k doplňkovému šetření

Tab. 43

Označte na stupnici hodnotu, která vyjadřuje stupeň Vašeho hodnocení tohoto porodního plánu?		
	počet	procenta
1 - ANO	34	64,2%
2	17	32,1%
3	2	3,8%
4	0	0%
5 - NE	0	0%
celkem	53	100,0%

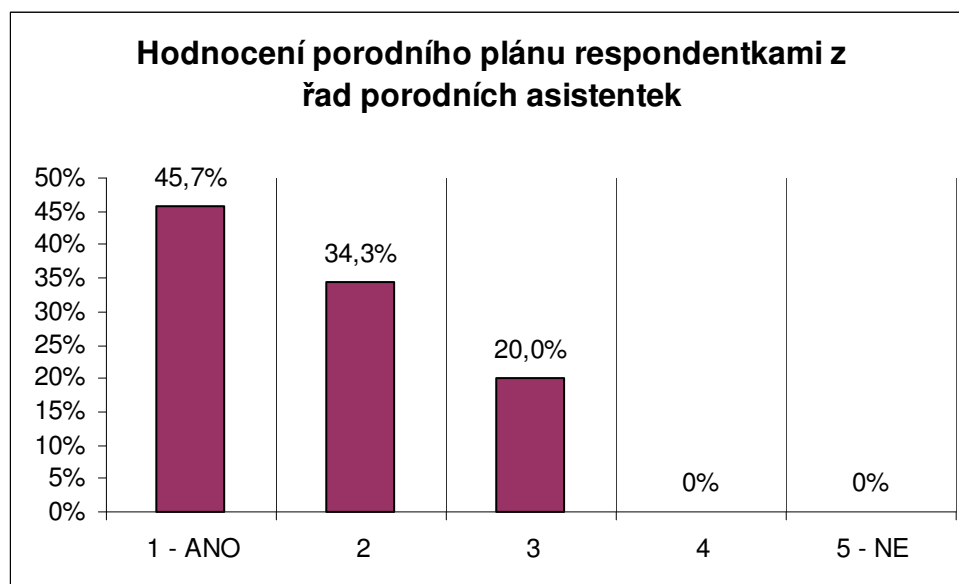
Graf. č.43



Tab. 44

Označte na stupnici hodnotu, která vyjadřuje stupeň Vašeho hodnocení tohoto porodního plánu?		
	počet	procenta
1 - ANO	16	45,7%
2	12	34,3%
3	7	20,0%
4	0	0%
5 - NE	0	0%
celkem	35	100,0%

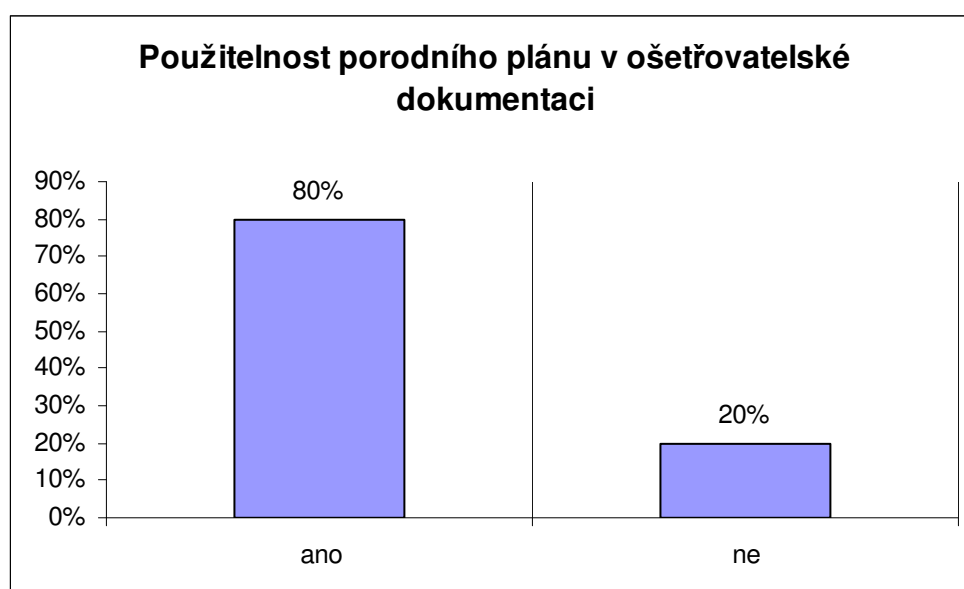
Graf. č.44



Tab. 45

Domníváte se, že tento porodní plán lze použít jako součást ošetrovatelské dokumentace na porodním sále?		
	počet	procenta
ano	28	80,0%
ne	7	20,0%
celkem	35	100,0%

Graf. č.45



Příloha č. 11 : Příklady zkoumaných dokumentů

PLÁN PORODU termín 15.března 2005			
Jméno miminka:		Trvalé bydliště:	Přechodné bydliště:
Holka: <i>NINA</i>	Kluk: <i>JOSEF</i>		
Manžel: tel. – i jako tlumočnick			

Češtinu zatím tak neovládám a tak prosím o pochopení a také o jednoduchou anglickou konverzaci.
 Chtěla bych mít manžela na porodním sále – pro bezproblémovou komunikaci s porodnickým personálem.
 Máme 15-ti měsíčního syna a tak se manžel dostaví později – ale snad včas.
 Předem děkuji.

Přítomnost studentů medicíny neodmítám, pokud budou pod dohledem zkušeného lékaře.

Prosím o průběžné informování během pobytu na porodním sále.

Přála bych si tlumení bolesti pomocí **EPIDURÁLNÍ Anestésie** – 1.porod tak probíhal – vím co to přináší.
 Pokud to situace dovolí, chtěla bych porod urychlovat.
 Neodmítám ani vyprovokovaný porod – pokud to stav věci vyžaduje.

Dávám přednost klasické porodní poloze – vleže.

Preferuji nastřížení hráze před jejím natržením.
 Porod císařským řezem neodmítám pokud to situace bude vyžadovat.

Po porodu bych chtěla přiložit dítě k prsu.
 Porod placenty se může urychlit.
 Případné šití při znečistlivění.
 Ráda bych strávila čas po porodu v přítomnosti manžela a nově narozeného dítěte.

Na pokoji s miminkem (rooming-in), ale chtěla bych požádat alespoň o umístění dítěte mimo pokoj přes noc.
 Při prvním dítěti se mlékovtvorba spustila později a tak neodmítám příkrmování miminka umělou výživou.

Ošetření miminka po porodu:
 * souhlasím s očkováním proti tuberkulóze
 * souhlasím s ošetřením pahýlu pupečníku

PLAN PORODY

1. doba porodní

- vyvolávat OXYTOCIN, pokud by nebylo nutné

2. doba porodní

- NEVASTŘÍHA^ŮVAT, pokud by nebylo nutné
- ihned položit miminko na břicho
- nechat dočepat pupěnků
- menší množství pupěnků šůru

PORODNÍ PLÁN

- 1) U porodu bude přítomen partner. měl by být stále přítomný a pomáhat mi.
- 2) Odmítám ohledně veřejného ochlupeň!
- 3) mám námitky proti používání klistýrů, protože za určitých okolností!
- 4) Budeli pokrývá přejí se klumit bolest, jinak nechci klumit bolest.
- 5) Chci bych minimálně přiložit po porodu ihned k prsu (do 30 minut).
- 6) Po porodu předat i partnerovi minimálně umyťe!
- 7) v případě nutnosti císařského řezu, nechci uspat celá. Po porodu předat minimálně partnerovi umyťe!
- 8) nechci urychlit porod flavendy.
- 9) Chci darovat po porodu pupínkovou krev.
- 10) Chci bych pustit kůdru z vlastní produkce.
- 11) nechci poddat klistýr.
- 12

PORODNÍ PLÁN

1. Nechat rodit v jakékoli poloze, která mi bude v daný okamžik vyhovovat.
2. NE – klystýr – v případě potřeby použít YAL gel (mám s sebou)
3. NE – nástřih
4. Zbytečně neurychlovat porod
5. NE- epidural (jiné utěšující prostředky pouze na mé výslovné přání)
6. Nepřeji si jakékoli studenty či praktikanty při porodu.
7. jakýkoli plánovaný zákrok konzultovat se mnou a s mým partnerem
8. pupeční šňůru nechat přestřihnout tatínkovi až dotepe !
9. neodnášet miminko – dát ihned na břicho mamince (plenku na přikrytí aby neprochladlo máme s sebou)
10. veškerá vyšetření pokud možno provádět na břiše maminky nebo přímo na porodním sále.
11. v případě nutnosti vyšetření miminka mimo sál – všude doprovázeno tatínkem
12. nedávat miminku kapky do očí
13. miminko po porodu neomývat –jen otřít
14. povinné očkování až po šestinedělí

PORODNÍ PLÁN

Jména rodičů :

Krev matky / otce

B Rh- / A Rh+ III

RČ matky :

Dieta:

vegetariánská

Pokoj :

vlastní se sociál.zař., bude-li to možné

Jména pro miminko:

Dorothea / David

plný rooming in

Za předpokladu bezproblémového fyziologického průběhu porodu a zdraví dítěte i matky Vás prosím o :

	Optimální varianta :	Nepřijatelné :
obecně pro celý průběh porodu:	1/ co nejméně zásahů do průběhu porodu a možnost využití přirozených metod tlumení bolesti 2/ volný pohyb, ponechání možnosti volby polohy 3/ co nejmenší počet ošetřujícího personálu (soukromí), přítomnost pouze porodní asistentky 4/ přítomnost partnera 5/ možnost pít a jíst v případě normálního průběhu porodu 6/ tlumené osvětlení, pokud možno tiché prostředí 7/ minimalizovat počet vyšetření 8/ informace od lékaře či porodní as. o stavu miminka, postupu porodu a dalších krocích 9/ vysvětlení situace a variant řešení, v případě komplikací, bude-li na to čas 10/ postup dle porodního plánu s maximální podporou ze strany ošetř. personálu	1/ urychlování nebo vyvolávání porodu jakoukoli metodou (pokud to nebude nezbytně nutné) 2/ nucená poloha v leže 3/ přítomnost "cizích" osob 4/ aplikace léků bez poskytnutí informace k čemu slouží a mého souhlasu 5/ použití léků proti bolesti 6/ neposkytování dostaku informací o průběhu porodu a dalších krocích
I. doba porodní:	1/ vyloučení rutinních postupů - klystýr, holení, častý monitoring 2/ možnost využití vany s teplou vodou (sprcha)	
II. doba porodní :	1/ možnost volby porodní pozice (použití pomůcek)	1/ nucené tlačení dle "diktátu" 2/ použití kleští 3/ nástřih hráze
ihned po porodu :	1/ miminko položit na břicho, šero, minimum hluku 2/ dotepat pupečník a pak přestříhnout 3/ ráda bych darovala pupečnickovou krev 4/ vyšetření dětským lékařem pokud možno u mě 5/ minimalizovat vyšetření na nezbytně nutné (měření provést později) 6/ první přisátí do půl hodiny po porodu 7/ přirozený porod placenty	1/ odnesení zdravého miminka do jiné místnosti, nepřítomnost partnera
miminko :	1/ vitamín K neaplikovat injekčně 2/ neočkovat proti TBC v porodnici (později)	1/ odnášet miminko, provádět mu jakékoliv vyšetření a podávat léky či cokoliv bez mého svolení a přítomnosti, případně svolení a přítomnosti partnera 2/ dokrmování čímkoliv jiným než mateřským mlékem, dokrmování lahví, použití dudlíku
matka :	1/ injekce Rhega s protilátkou anti-D do 72 hodin po porodu 2/ pomoc s kojením	

ustoupím ze svých požadavků, pokud nastanou komplikace a dostane-li se mi náležitěho vysvětlení