

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Dříve vyjádřená přání – porodní plán

Bc. Ludmila Křivová

Diplomová práce

2014

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2012/2013

## **ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Ludmila Křivová**  
Osobní číslo: **Z12217**  
Studijní program: **N5345 Specializace ve zdravotnictví**  
Studijní obor: **Perioperační péče v gynekologii a porodnictví**  
Název tématu: **Dříve vyjádřená přání - porodní plán**  
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

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

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího  
Rozsah pracovní zprávy: 50 stran  
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická  
Seznam odborné literatury:

1. GOER, Henci. Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu. Praha: One Woman Press, 2002, 549 s. ISBN 80-86356-13-2.
2. RATISLAVOVÁ, Kateřina. Aplikovaná psychologie porodnictví. Praha: AREA s.r.o., 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
3. ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-802-4719-412.
4. ŠTROMEROVÁ, Zuzana. Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče). Praha: Argo, 2010, 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3.
5. TAKÁCS, Lea a Jitka SEIDLEROVÁ. Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví: kvalita perinatální péče očima rodiček: zpráva z výzkumu. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, 2012, 120 s. ISBN 978-80-7308-431-8.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Marie Macková, Ph.D.**  
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání diplomové práce: **1. října 2012**  
Termín odevzdání diplomové práce: **5. května 2014**

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Markéta Moravcová  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 7. února 2014

Prohlašuji:

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

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně

V Pardubicích dne

Bc. Ludmila Křivová

## Poděkování

Ráda bych zde poděkovala PhDr. Marii Mackové, PhD. za odborné vedení práce, konzultace a poskytnutí cenných rad, tak i za vstřícný a trpělivý přístup.

Dále bych chtěla poděkovat všem respondentkám, které souhlasily s výzkumným šetřením, za jejich ochotu a spolupráci.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodinně a všem blízkým za jejich rady, trpělivost a podporu nejen během psaní diplomové práce, ale také během celého studia.

## **ANOTACE**

Naplánovat se dá nákup nebo kde a jak strávit dovolenou či kdy zajít ke kadeřníkovi. Lze však naplánovat něco tak nepředvídatelného jako je porod? Přestože je odpověď na tuto otázku více než jasná, porodní asistentky se ve své práci často setkávají s tzv. porodními plány, ve kterých si žena, popřípadě oba partneři, sepisují své představy a přání týkající se porodního děje. Důvodem je silná převaha lékařsky vedených porodů v porodnicích na jedné straně a rostoucí množství dostupných informací o různých alternativách, na straně druhé. Za alternativní se v současnosti považuje i porod naprosto přirozený bez lékařského zásahu.

Tato diplomová práce si předsevzala za cíl prozkoumat vztah rodiček k porodnímu plánu jako nástroji zajištění očekávaného průběhu porodu, přičemž očekávání rodiček vyjádřených v porodním plánu jsou konfrontována se skutečným průběhem porodu provedením rozhovoru před a po narození dítěte.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

porodní plány, dříve vyjádřená přání, přirozené porody, lékařsky vedené porody

## **TITLE**

Previously expressed wishes – birth plan

## **ANNOTATION**

You can plan shopping, place and time of your holidays or a visit of your hairstylist. However, is it possible to make a plan for an unpredictable event like childbirth? Although the answer to this question is more than clear midwives frequently face in their practice so called birth plans, where woman or both partners record their own ideas and wishes concerning the birth act. The cause of this phenomenon is the predominance of medically supervised deliveries as well as increasing availability of information of different delivery alternatives. Nowadays the natural delivery without medical supervision is judged as a feasible alternative too.

The goal for the diploma thesis is to investigate the relationship of the women giving birth to the birth plan as a tool securing the expected delivery procedure, whereas these expectations are confronted with the reality. The basic tool of the investigation is the interview before and after the delivery.

## **KEYWORDS**

birth plans, previously expressed wishes, natural delivery, medically supervised delivery

# OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>10</b>
<b>1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE PRÁCE .....</b>	<b>12</b>
<b>2 TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 PORODNÍ PLÁN (PORODNÍ PŘÁNÍ) .....</b>	<b>13</b>
2.1.1 Výhody porodního plánu.....	13
2.1.2 Sestavení porodního plánu aneb co by mělo porodní přání obsahovat.....	15
2.1.3 Nejčastější přání rodiček uváděná v porodních plánech.....	17
2.1.4 Porodní přání a porodní personál.....	19
2.1.5 Nejčastější chyba při sestavování porodního přání .....	21
2.1.6 Právní hledisko porodního přání a související zákony.....	22
<b>2.2 Lékařský vedený a přirozený porod .....</b>	<b>26</b>
2.2.1 Lékařsky vedený porod .....	27
2.2.2 Přirozený porod.....	30
2.2.3 Alternativní vedení porodu v nemocničním prostředí.....	34
2.2.4 Současný stav českého porodnictví a možnost informované volby žen.....	35
<b>2.3 Psychosociální aspekty porodu.....</b>	<b>40</b>
2.3.1 Psychologie porodu .....	40
2.3.2 Psychosomatické souvislosti porodu .....	41
2.3.3 Předporodní příprava.....	45
2.3.4 Psychosociální faktory ovlivňující prožívání porodu .....	48
<b>3 VÝZKUMNÁ ČÁST .....</b>	<b>51</b>
<b>3.1 Předmět výzkumu .....</b>	<b>51</b>
3.1.1 Výchozí předpoklady.....	51
3.1.2 Metoda a nástroje výzkumu.....	52
3.1.3 Polostrukturovaný hloubkový rozhovor.....	53
<b>3.2 Realizace výzkumu .....</b>	<b>54</b>
3.2.1 Metodika výběru vzorku .....	55
3.2.2 Sledovaný soubor .....	56
3.2.3 Způsob sběru dat.....	57
3.2.4 Zpracování dat.....	58
<b>3.3 Výsledky výzkumu .....</b>	<b>58</b>
3.3.1 Očekávání a přání rodiček (I. fáze výzkumného šetření).....	59

3.3.2	Konfrontace porodního přání a reality (II. fáze výzkumného šetření) .....	77
3.3.2.1	Průběh porodů jednotlivých respondentek .....	77
3.3.2.2	Souhrn zjištění výzkumného šetření .....	83
3.3.2.3	Faktory ovlivňující dodržení porodního plánu .....	92
3.3.2.4	Porovnání vlivu faktorů ovlivňujících dodržení porodního plánu .....	98
3.3.2.5	Zkušenost rodiček s porodním plánem .....	99
3.3.2.6	Shrnutí přínosů porodních přání .....	103
<b>4</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>105</b>
<b>5</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>111</b>
<b>6</b>	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>113</b>



## SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 <i>Podíl jednotlivých druhů porodů odvedených v roce 2012</i> .....	37
Obrázek 2 <i>SWOT analýza současného stavu českého porodnictví</i> .....	39
Obrázek 3 <i>Znázornění mechanismu působení syndromu strach – napětí – bolest</i> .....	42
Obrázek 4 <i>Shoda výzkumných zjištění diplomové práce a referenční studie</i> .....	109
Tabulka 1 <i>Vývoj porodnosti v letech 2006 až 2012</i> .....	37
Tabulka 2 <i>Charakteristika respondentek výzkumného šetření</i> .....	56
Tabulka 3 <i>Shrnutí výzkumných zjištění – strach a obavy rodiček</i> .....	61
Tabulka 4 <i>Shrnutí výzkumných zjištění o původu informací pro sestavení porodního plánu</i> .....	63
Tabulka 5 <i>Shrnutí výzkumných zjištění o motivech pro sestavení porodního plánu</i> .....	66
Tabulka 6 <i>Shrnutí výzkumných zjištění o radách a konzultacích při tvorbě porodního plánu</i> .....	69
Tabulka 7 <i>Shrnutí výzkumných zjištění o závaznosti porodního plánu a jeho právní úpravě</i> .....	77
Tabulka 8 <i>Splnění porodního přání respondentek neprovádět dirupci vaku blan</i> .....	87
Tabulka 9 <i>Splnění porodního přání respondentek neprovádět nástřih hráze</i> .....	88
Tabulka 10 <i>Splnění porodního přání respondentek nechat dotepat pupečník</i> .....	89
Tabulka 11 <i>Splnění porodního přání provést bonding nebo položit novorozence do náruče</i> .....	90
Tabulka 12 <i>Splnění porodního přání respondentek odložit měření a vážení novorozence</i> .....	90
Tabulka 13 <i>Splnění porodního přání rodiček přítomnosti rodiče během vyšetření dítěte</i> .....	91
Tabulka 14 <i>Shrnutí faktory ovlivňující naplnění porodního přání</i> .....	98
Tabulka 15 <i>Shrnutí přínosů porodního přání</i> .....	103

## ÚVOD

Mateřství a výchova dětí jsou ve všech společnostech považovány za nejdůležitější poslání ženy, přičemž těhotenstvím a porodem toto poslání začíná. Tento fakt je neměnný a asi těžko se na něm v budoucnu něco změní, co se však s porovnáním s minulostí v rozvinutých zemích výrazně změnilo je způsob vedení porodu a péče o matku a novorozence. Rozvoj medicíny, objevy nových léků, vyšetřovacích technik i sdílení informací umožnily na jedné straně vznik specializovaných pracovišť, které se právem pyšní úrovní poskytované péče a dříve naprosto nedosažitelnou nízkou úmrtností novorozenců a matek, na druhé straně ovšem dokonalá antiseptická čistota, používání rutinních postupů a odosobnění, téměř strojově přesné chování personálu porodních oddělení, navozuje dojem továrních hal či laboratoří a redukuje akt zrození na činnost podobnou pásové výrobě, kde se odchylky nepřipouští z principu a snaha o alternativní přístup je považována za zbytečnou komplikaci.

Ačkoli je nezpochybnitelné, že prvotní vztah mezi matkou a dítětem vzniká již během těhotenství, samotný porod však může vztah matky k dítěti výrazně ovlivnit. Základním problémem dnešního porodnictví proto tedy zůstává, jak umožnit rodičkám ovlivnit místo, způsob a průběh porodu, aniž bychom se museli vzdát úrovně a výsledků lékařské péče, kterých civilizace dosáhla po dlouhých stovkách let vývoje. V konečném důsledku se bude jednat vždy o kompromis, který umožní rodičce (a potažmo nyní již běžně i jejímu partnerovi) uskutečnit porod přirozenou cestou a zároveň v případě neočekávaných komplikací umožnit porodnímu personálu převzít iniciativu a zajistit narození zdravého dítěte bez ohrožení života matky.

Jistě nebude překvapivé, že základním prostředkem, jak uvedeného cíle dosáhnout musí být komunikace mezi rodičkou a personálem porodního oddělení. Má-li být tato komunikace účinná, musí být otevřená, včasná, detailní, oboustranná a prováděná za účelem vzájemné pomoci a pochopení. Pouze za těchto podmínek lze uvést do souladu přání rodičky s reálnými omezeními představovanými jejím zdravotním stavem či možnostmi porodního oddělení a umožnit zdravotnickému personálu pochopit nastávající matku a vysvětlit jí své postupy a postoje.

Ideálním nástrojem výše popsané komunikace je porodní plán, který je-li vyhotoven včas a poctivě oběma stranami, představuje vodítko umožňující zajistit požadovaný průběh porodu bez nedorozumění, v dobré atmosféře zajišťující očekávaný zážitek posilující vztah mezi

matkou a dítětem. Jedinými komplikacemi, které mohou nastat, jsou porodní, na jejichž řešení je ovšem rodička díky porodnímu plánu upozorněna a (alespoň teoreticky) připravena.

Tato diplomová práce zkoumá vztah rodiček k porodnímu plánu jako nástroje pro zajištění očekávaného průběhu porodu, přičemž očekávání rodiček jsou konfrontována se skutečností, provedením rozhovoru před a po porodu.

# 1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE PRÁCE

Předkládaná diplomová práce je zaměřena na zjištění názorů rodiček na význam, funkci a použitelnost porodního plánu jako vhodného nástroje zajišťující splnění přání rodiček tím, že může překonat častou komunikační bariéru mezi rodící ženou a zdravotnickým personálem.

Splnění uvedeného zadání diplomové práce vyžaduje orientovat prováděná výzkumná šetření na předem definovanou trojici cílů:

1. Prozkoumat vztah (přístup) rodiček k porodnímu plánu jako nástroje pro zajištění očekávané péče během porodu a po něm.
2. Zjistit do jaké míry (či zda vůbec) jsou porodní přání rodiček na porodních sálech respektována.
3. Ověřit funkce porodního plánu jako efektivního komunikačního prostředku.

Vzhledem ke stanoveným cílům práce jsou výzkumná šetření zaměřena na zodpovězení dvojice základních výzkumných otázek:

1. Vnímají rodičky porodní plán jako nástroj sloužící k zajištění očekávané péče během porodu a po něm?
2. Splnil porodní plán očekávání rodiček i po konfrontaci se zážitky během vlastního porodu?

Základní výzkumné otázky byly v průběhu šetření doplněny několika výzkumnými otázkami vedlejšími:

- Jakou představu mají ženy o průběhu a péči během normálního porodu?
- Jaké motivy vedou ženy k sepsání porodního plánu?
- Jaká je role porodního plánu v komunikačním procesu mezi rodící ženou a zdravotnickým personálem z pohledu žen připravující na porod?
- Jaká příprava předchází samotnému sepsání porodního plánu?
- Jak rodičky vnímají závaznost porodního plánu?
- Do jaké míry byla naplněna očekávání a přání o průběhu a péči během porodu, které žena měla před porodem?
- Jak rodící ženy hodnotí přístup porodního personálu k jejich porodnímu plánu?

## **2 TEORETICKÁ ČÁST**

### **2.1 PORODNÍ PLÁN (PORODNÍ PŘÁNÍ)**

V posledních několika letech se sestavení porodního plánu stává nedílnou součástí přípravy ženy, popřípadě obou členů rodičovského páru na porod. Porodní plán je představován dokumentem, který si rodička (v některých případech ve spolupráci s partnerem) sestavuje již v průběhu těhotenství a ve kterém vyjadřuje své individuální představy a přání týkající se svého blížícího porodu (Kameníková, 2009, s. 240). Vzhledem k tomu, že průběh vlastního porodu samozřejmě naplánovat nelze, prosazují někteří odborníci pracující s těhotnými ženami, aby porodní plán byl nazýván spíše porodním přáním. Pojem porodní přání totiž daleko lépe vystihuje podstatu tohoto dokumentu a vlastně i porodu samotného (Jirásková, 2012, Štrometerová, 2010). Z tohoto důvodu bude výraz porodní přání používán v textu diplomované práce ve stejném významu jako porodní plán.

#### **2.1.1 Výhody porodního plánu**

Rozdílné konfliktní situace počínající banálními nedorozuměními a končící forezními dopady, které jsou zaznamenávány na porodních sálech, vznikají v naprosté většině případů z nedorozumění a nesprávné a nedostatečné komunikace (Kameníková, 2009, s. 240). Hlavním smyslem porodního plánu se proto stává usnadnění komunikace mezi rodičkou a personálem, která může být často ztížena v závislosti na tom, v jaké fázi porodu se žena nachází. Správná komunikace mezi rodičkou a zdravotníky je během porodu velice důležitá, protože ošetřující personál má mnohdy k dispozici informace o rodičce pocházející pouze ze zdravotnické dokumentace, kterou často získá teprve v okamžiku příchodu nastávající matky do porodnice. Skutečnost, že si rodička sestaví porodní přání, napoví každému, kdo o ni bude během porodu pečovat, nakolik je pro tuto nastávající matku podstatné mít možnost volby, co považuje pro sebe a pro své dítě za důležité, které postupy jsou pro ni přijatelné a jak by si přála, aby o ni bylo během porodu v porodnici pečováno (Simkinová, 2000, s. 30).

Sestavení porodního přání rovněž pomáhá nastávající mamince (případně oběma partnerům) si v klidu a s dostatečným předstihem ujasnit své vlastní priority a očekávání. Rodička si v průběhu sepisování porodního plánu přirozeným a nenuceným způsobem ujasní, co považuje za podstatné, zjistí, jaké možnosti nabízejí jednotlivá porodní místa (konkrétní porodnice, domov) a jaké jsou zde používány standardní postupy. Sestavení porodního plánu tedy mimo jiné pomáhá ženě při výběru porodnice. V neposlední řadě umožní rodičce

vyjádření porodních přání provést určitou přípravu na porod, zbavit se zbytečného strachu z neznámého a cítit se klidná a sebejistá ve svém nastávajícím poslání matky.

Vzhledem k tomu, že porodní přání by mělo v nejvyšší možné míře podpořit zdraví a bezpečí matky i dítěte, je nanejvýš vhodné, aby se žena snažila vyhledávat a získávat informace z kvalitních a ověřených zdrojů a seznámila se s postupy, které jsou doporučovány na základě vědeckých poznatků (Jirásková, 2012). Uvědomělé ženy, které ke svému porodu přistupují zodpovědně a pro které předporodní příprava představuje důležitý nástroj, navštěvují často předporodní kurzy, kde čerpají informace a rady od porodních asistentek a jiných odborníků. Tyto ženy jsou většinou velmi dobře teoreticky vybaveny – čtou nejrůznější knihy, studují výsledky renomovaných studií, zajímají se o zahraniční praxi a srovnávají ji s běžnou porodnickou praxí u nás, případně se aktivně zajímají o porodní zkušenosti jiných žen. Na základě informací, které žena takto načerpá během těhotenství, se pak odvíjí i konečná podoba jejího porodního přání. Mezi těmito rodičkami je i nezanedbatelný podíl rodiček s negativními vzpomínkami na předešlý porod, které svým porodním přáním chtějí zabránit tomu, aby se jejich negativní zkušenost znovu opakovala (Kameníková, 2009, s. 240).

Přestože lze sestavení porodního plánu považovat za soudobý trend a počet žen, které tímto způsobem vyjadřují svá porodní přání, rok od roku roste, není těchto žen mezi rodičkami mnoho. Jejich množství se často odvíjí od příležitosti se o porodním přání dozvědět. Nejčastější zdroje informací stále představují předporodní kurzy, které tyto ženy během svého těhotenství navštěvují a během nichž je lektorky nebo porodní asistentky s porodním plánem seznámí (Kameníková, 2009, s. 240). Pro mnohé ženy, které si primárně přály porod prožít v domácím prostředí s porodní asistentkou, představuje vyjádření porodního přání určitý kompromis či alternativu k jejich neuskutečněnému záměru.

Vyjádřit dobře, odborně, správně a smysluplně porodní přání není, jak by se mohlo zdát, pro nastávající maminku vůbec jednoduché. Optimální porodní plán by vždy měl nabízet pro každý úsek porodu několik alternativních řešení a měl by také počítat s možnými porodními nepravidelnostmi, které mohou nastat i v průběhu zdánlivě dobře probíhajícího porodu, protože je nezpochybnitelné, že nikdo nemůže dopředu zaručit hladký průběh porodu (Pařízek, 2009, s. 381). Za ideální a žádoucí způsob sestavení porodního plánu lze považovat situaci, kdy žena svá porodní přání předem či v optimálním případě průběžně konzultuje s porodní asistentkou anebo lékařem/lékařkou, kteří ji u porodu budou doprovázet a pečovat o ni. Vyjádření porodních přání s odbornou pomocí by mělo napomoci tomu, aby

nedocházelo k pozdějším zbytečným nedorozuměním (Aperio et al., 2006, s. 223-224). Vzhledem k tomu, že v podmínkách našich zdravotnických zařízení je tento optimální způsob vyjádření porodních přání stále obtížně realizovatelný, je žádoucí, aby žena vybranou nemocnici alespoň navštívila v rámci předporodních kurzů – zde může přítomným zdravotníkům klást dotazy, jejichž zodpovězení pro budoucí rodičku představuje klíč ke správnému a jasně vyjádřenému porodnímu přání.

### **2.1.2 Sestavení porodního plánu aneb co by mělo porodní přání obsahovat**

Při sestavování porodního plánu je velmi důležitá již jeho příprava, která se odráží v samotné formě předkládaného porodního plánu. Mnohé ženy a zvláště ty, které si přejí v porodnici prožít ničím nerušený přirozený porod, přicházejí s velmi podrobným a obsáhlým seznamem přání a požadavků, který porodní personál odradí již při pohledu na jeho rozsah (Štomerová, 2010, s. 238). Dobrý úmysl a snaha rodičky o zabezpečení očekávaného průběhu porodu je ostře konfrontována s reálnou situací na většině porodních oddělení, kde zdravotníci bývají velmi časově vytíženi a pracují pod neustálým časovým tlakem.

Uvedený příklad dokazuje, že porodní asistentky pracující s těhotnými ženami před porodem by měly vést ženy k jasnému, stručnému a přehlednému vyjádření svých přání pokud možno ve formě strukturovaného dokumentu. Optimálním a zcela jistě nejpřehlednějším způsobem vyjádření porodních přání je sestavení porodního plánu podle jednotlivých fází porodu.

**Úvod porodního plánu** je vyhrazen k uvedení osobních údajů rodičky. Kromě povinného jména a příjmení nastávající matky, lze jednoznačně doporučit i uvedení dalších důležitých údajů, jakými jsou například termín porodu, adresa, rodné číslo, kód a/nebo název zdravotní pojišťovny, jméno ošetřujícího gynekologa a případně i pediatra, který bude pečovat o narozené dítě. Mezi relevantní údaje, které se vyplatí uvést, jsou alergie, medikace či zdravotní problémy v průběhu těhotenství a v neposlední řadě i vybraná jména pro miminko. V dalším odstavci úvodní části porodního plánu může žena dát zdravotnickému personálu stručně najevo své pocity a postoje k porodu, sdílet své předešlé zkušenosti a obavy, zdůraznit čemu dává přednost nebo co si výrazně nepřeje – zkrátka může uvést veškeré informace, které by pomohly personálu lépe ji poznat a pečovat o ni podle jejích představ. Rodička však musí mít zejména v této části porodního plánu na paměti, že méně znamená více a uvádět skutečně jen to nejdůležitější (Simkinová, 2000, s. 30)

Další částí porodního plánu patří vyjádření jednotlivých přání. Jak již bylo uvedeno v předchozím textu, v této části porodního plánu je žádoucí postupovat systematicky a promyslet si možnosti jednotlivých fází porodu a další podrobnosti, které by mohly být pro ženu během jednotlivých porodních dob zásadní (Simkinová, 2000, s. 30-34).

**I. doba porodní** – v této části porodního plánu by rodička může vyjádřit svá přání týkající se porodní místnosti, způsobu vyprázdnění (aplikace klystýru, YAL gel, bez pomocných prostředků), činnosti během první doby porodní (sprcha, vana, balón, žíněnka), podávání jídla a nápojů, monitorování stavu plodu (kontinuální, intermitentní, jiný způsob), způsobů tišení bolesti a v rovněž k případnému použití prostředků urychlující průběh porodu (časná amniotomie, podání oxytocinu na posílení stahů).

**II. doba porodní** – zde by rodička měla vyjádřit svá přání týkající se preferované polohy pro druhou dobu porodní, zvolit techniku tlačení (řízené, dle vlastních pocitů) a vyjádřit se k nástřihu hráze (preventivní, v nejnutnějším případě nebo v žádném případě). Rodička se také může rozhodnout, která osoba porod povede – zda porodní asistentka nebo lékař.

**III. doba porodní / období po porodu** – v této části porodního plánu vyjadřuje rodička svá přání týkající se přerušení pupečníku (po jeho dotepání, ihned, kdo přerušení provede, případně zda souhlasí s odběrem pupečnickové krve). K velmi důležitým součástem porodního plánu patří veškerá přání rodičky týkající se péče o miminko těsně po porodu, jako je například kontakt s novorozencem (bonding), okamžik, kdy se má miminko přiložit k prsu, přítomnost doprovázející osoby u těchto činností a podobně. V této části porodního plánu vyjadřuje rodička svá přání týkající se celého pobytu ve zdravotnickém zařízení a péči o miminko během tohoto období. Přání týkající se propuštění z porodnice jsou rovněž součástí této části porodního plánu.

V dalších částech porodního plánu je velice vhodné vyjádřit své představy řešení **neočekávané situace**, jakou je císařský řez (způsob anestezie, bonding miminka s otcem). Nicméně zde je třeba mít na paměti, že v těchto případech má rozhodující slovo ošetřující personál. Samozřejmě by mělo být vyjádření **speciálních osobních přání** vycházejících z náboženství nebo kulturních zvyklostí rodičky či jiná osobní přání (zajištění soukromí, přítomnost doprovodu, omezení pobytu osob v místnosti během porodu a další) (Simkinová, 2000, s. 30-34). Je zřejmé, že zejména nerespektování těchto přání může být zdrojem zbytečných konfliktů.

Velice citlivou a pro mnoho rodiček jistě obtížně vyjádřitelnou součástí porodního plánu jsou přání dotýkající se témat, o kterých se mnoho nehovoří, ale jsou velmi důležitá z hlediska



života celé rodiny. Předčasně narozené či nemocné dítě, mrtvě narozené miminko nebo úmrtí dítěte po porodu jsou **limitní životní situace**, které zasáhnou rodiče natolik, že téměř nikdy nejsou schopni udělat důležitá rozhodnutí ihned. Z tohoto hlediska je proto žádoucí si nejprve vyjasnit, co v těchto situacích očekávají partneři jeden od druhého a co by si přáli, aby jim nemocniční personál v této situaci umožnil. Samotný personál zdravotnického zařízení mnohdy neví, jak k truchlící rodině přistoupit a jak jí nejlépe pomoci, přičemž chování různých párů se může diametrálně odlišovat - někteří rodiče se chtějí s miminkem v soukromí rozloučit či získat nějakou památku, a naopak jiní jakékoli tyto aktivity z vlastní vůle odmítají (Simkinová, 2000, s. 35).

Konečně, ve správně sestaveném porodním plánu by neměla chybět věta, kterou rodička dává najevo, že si uvědomuje reálnou možnost vývoje porodu proti svému původnímu očekávání. Rodička by měla v těchto případech jasně deklarovat, že v takové situaci na svých požadavcích dogmaticky netrvá a při ohrožení života nebo zdraví dítěte nebo svého respektuje zásah zdravotnického personálu. V běžné porodní praxi také není výjimkou, že rodičky správně neodhadnou své reakce, zejména pokud rodí poprvé, a pokud si například v porodním plánu nepřály epidurální analgezii, tak o ni během porodu samy požádají (Aperio et al., 2006, s. 224).

Rodička by si rovněž měla uvědomit, že pokud svá vyjádřená porodní přání hodlá považovat v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb. o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování za dříve vyjádřená přání pacienta, měla by svůj porodní plán opatřit úředně ověřeným podpisem.

### **2.1.3 Nejčastější přání rodiček uváděná v porodních plánech**

Pokud mají zdravotníci porodní přání rodičí ženy bez výhrad přijmout, musí vědět, co rodičky k předkládaným požadavkům vede. Naprostá většina žen formuluje svá porodní přání na základě představ o vhodnosti a výhodách přirozeného porodu ve vztahu ke zdraví matky, ale především pak novorozence (Štomerová et al, 2010, s. 239).

Nelze se proto divit, že nejčastější přání rodiček jsou směřována k zajištění kontroly nad průběhem porodu, průběžného podávání informací a pocitu bezpečí. Mezi přání rodiček uváděná v porodních plánech s nejvyšší četností dle Štomerové (2010, s. 238 – 244) patří:

- **volba místa porodu**

Pocit bezpečí je jedním ze základních faktorů ovlivňující průběh porodu (doporučení WHO, 1996). V současné době je v podmínkách naší společnosti lékařsky asistovaný porod

v porodnici považován za jediný bezpečný standard doporučovaný odbornou veřejností i médií. Alternativní vedení porodu doma je nedoporučováno nebo je označováno za rizikové.

- **průběžné podávání srozumitelných informací**

Pocit ztráty kontroly nad průběhem porodu vede rodičky ke snaze si zajistit průběžné předávání informací srozumitelnou formou. V podmínkách českého zdravotnictví může být vyšší četnost tohoto přání rodiček stále ještě způsobena odosobněným přístupem zdravotnického personálu k nastávajícím matkám přetrvávajícím z dob socialistického zdravotnictví.

- **spolurozhodování**

Snaha zajistit možnost spolurozhodování o průběhu porodu vychází ze stejného pocitu ztráty kontroly nad průběhem porodu a je spojena s obavou rodičky z manipulace ze strany zdravotnického personálu. S rostoucí dostupností informací o vedení porodu roste snaha rodiček podílet se aktivně na vedení porodu a vyhledávat alternativy k vedení porodu stanovovanému zdravotnickým personálem.

- **porod bez medikace**

Porod přirozenou cestou bez medikace je rodičkami považován za ideální případ z mnoha hledisek, z nichž nejdůležitější je obava matek o zdraví novorozence. Určitou roli v preferenci porodu bez medikace může sehrát i snaha o plnohodnotné prožití porodu jako neopakovatelného zážitku.

- **stálá přítomnost doprovodu**

Přítomnost doprovodu (v naprosté většině případů partnera) u porodu je rodičkami požadována nejen kvůli tomu, že jim může být u porodu nápomocný v mnoha věcech a podpořit je, ale také proto, že mají obavy z manipulace ze strany zdravotnického personálu ve chvíli, kdy se soustředí na rození dítěte a nemají mentální prostor ani energii se dohadovat o tom, jakým směrem se bude porod dál ubírat. Nechce-li v těchto případech rezignovat na své představy o průběhu porodu, může ji v diskusi se zdravotníky zastoupit partner, zvláště pokud se aktivně účastnil při přípravě porodního přání (Štromerová, 2006a, s. 503).

- **volný pohyb během I. doby porodní a výběr polohy pro II. dobu porodní**

Představa o odosobněném vedení porodu a ignorování porodních přání rodičky nemůže být vyjádřena jednoznačněji než pomyslným upoutáním na porodní křeslo, které jasně vyjadřuje ztrátu kontroly nad vedením porodu a vlastním rozhodováním o něm. Z tohoto důvodu přání

směřující k zajištění volného pohybu během první doby porodní a výběru polohy pro druhou dobu porodní bývají nejčastější a jsou rodičkami uváděna ve většině jejich porodních plánů.

- **nástřih hráze (epiziotomie)**

Rutinní nástřih hráze v představách mnohých rodiček oprávněně představuje příklad ztráty kontroly nad průběhem porodu. Přitom epiziotomie není rodičkami odmítána z principu, v naprosté většině případů je odmítáno pouze její rutinní provedení jako preventivního zákroku bez vysvětlení.

- **bonding a včasné přiložení miminka**

Okamžitý kontakt s novorozencem a včasné přiložení miminka je přáním snad většiny budoucích matek. Představa, že žena porodí své dítě a vzápětí jej někdo odnáší, byť do vedlejší místnosti, je pro mnoho maminek natolik děsivá, že není divu, že se toto přání položení dítěte na nahé tělo ženy bezprostředně po porodu a jeho včasné přiložení k prsu, nachází v porodním plánu mnoha rodiček.

Je samozřejmé, že i v případě nejčastějších porodních přání je velmi důležité, aby si rodičky zjistily, jaké možnosti nabízí a umožňuje porodnice, ve které se rozhodly přivést na svět své dítě. Rodička si může naplánovat na první dobu porodní cviky na balónu nebo si přát porod do vody, nicméně pokud pracoviště nedisponuje místností s balónem či vanou nebo bazénkem, jsou tato přání neuskutečnitelná.

#### **2.1.4 Porodní přání a porodní personál**

V zemích, kde je přirozený porod chápán jako obvyklá porodní alternativa, se porodníci nad porodním přáním svých klientek nijak zvlášť nepozastavují. Porodní přání jsou vnímána jako běžná součást jejich denní praxe a přípravy ženy na porod. Porodníci mnohdy tuto snahu ze strany rodičky sami vítají, a to už jen z toho důvodu, že se s rodičkou poprvé setkávají až při samotném příjmu k porodu a porodní přání jim tak umožňuje nastávající matku lépe a nenuceně poznat (Labusová a Mrzlíková-Susová, 2004, s. 79).

Postoj porodníků a porodních asistentek k porodním přáním není ve všech českých porodnicích stejný. Na některých porodních odděleních je personál s rodičkou ochotně projde a snaží se jí ve všech požadavcích maximálně vyjít vstříc, jinde porodní přání přijímají zdravotníci s nedůvěrou a jejich reakce a chování ve vztahu k rodičce jsou spíše negativní. Příčiny pro toto naprosto odlišné vnímání porodních přání lze jen odhadovat – je možné se však oprávněně domnívat, že rozhodující roli bude hrát postoj vedoucího lékaře. Mnozí lékaři a porodní asistentky mohou vnímat požadavky ženy jako útok na svoji autoritu a odbornost,

protože se jim nelíbí, že by je měl poučovat laik a pacient (Kameníková, 2009, s. 240). V kontextu s tímto postojem je nutno dodat, že zdravá a na porod řádně připravená žena není ani pacient, ani laik, a to tím spíše, pokud nerodí poprvé (Labusová a Mrzílková-Susová, 2004, s. 79).

Dříve bylo nemyslitelné, aby rodička odmítla klyzma nebo jiné výkony, které se prováděly naprosto rutinně. Zdravotník byl rodící ženě nadřazen a rodička se hrávala během porodu pasivní roli. Je velice pravděpodobné, že tento přetrvávající pohled na rodící ženu jako na pacientku brání zdravotníkům vyrovnat se s přáními rodičky. Porodní přání znamená pro zdravotníky vystoupit ze zaběhlých stereotypů, což vyžaduje především ochotu tento krok udělat. Je ovšem nutno zdůraznit, že požadavky obsažené v porodním přání nemusí být vždy optimálním řešením porodu ani pro jednu stranu a v takovém případě přichází na řadu umění komunikace. Mnohdy se však zdravotník v těchto případech elegantně schovává za blíže nespécifikovaná rizika hrozící při porodu, aby nemusel ztrácet čas nasloucháním a vyjednáváním, přestože by se ženě za dané situace vyjít vstříc mohlo. V nemalém procentu případů se tak skutečně jedná jen o zaujatost nebo pohodlí zdravotnického personálu. (Kameníková, 2003, s. 11; Kameníková, 2009, s. 240).

Názorným příkladem, jak je na ženy s porodními plány zdravotnickým personálem nahlíženo, jsou dílčí závěry jednoho z provedených průzkumů (Hrešanová 2008, s. 50-56). V této etnografické studii dvou porodnic autorka vytvořila klasifikaci rodiček na základě výpovědí oslovených lékařů a porodních asistentek. Jedním z klasifikačních kritérií byl přístup rodiček k porodu. Rodičky píšící si porodní přání podle této klasifikace spadají do kategorie takzvaných „*přírodnáček*“ nebo také „*přemoudřelých*“ žen. Někteří lékaři dokonce tyto termíny běžně a s oblibou používají, přičemž dokonce rozlišují ve skupině „*přírodnáček*“ rozlišují ještě podskupinu „*ortodoxních přírodiček*“, které nekriticky propagují přirozený porod, lékaři v nich budí nedůvěru a ve svém jednání jsou značně radikální. Zbylé rodičky zařazené do skupiny „*přírodnáček*“ lékaři popisují jako celkově otevřenější, preferující přirozený porod a alternativní metody tišení bolesti, nicméně jsou ochotné přistoupit ke kompromisům, vyžaduje-li to zdravotní situace v průběhu porodu či po něm. O většině ostatních rodiček personál v porodnicích často hovořil jako o „*normálních maminkách*“ reprezentujících klientelu, na kterou jsou v porodních zvyklí. Tyto ženy v popisech lékařů a porodních asistentek kriticky přemýšlejí o poskytované porodní péči a lékaře mají v úctě. Protipólem ortodoxních „*přírodnáček*“ jsou ženy „*technokratické*“, které naopak na lékaře spoléhají až nekritickým způsobem a vše chtějí mít předem pojištěné.

V ideálním případě by tyto ženy nejraději rodily císařským řezem – císařský řez na přání rodičky je však problémový sám o sobě a zasloužil by samostatné pojednání.

V konečném důsledku pro porodní praxi nejpodstatnější faktorem vždy zůstává personál a atmosféra a filozofie panující na konkrétním pracovišti. Rozhodujícím hlediskem pro uplatnění porodních přání je vztah lékařů a porodní asistentek k přirozeným porodům a jejich ochota komunikovat mezi sebou a s rodičkou. Pokud tato ochota na pracovišti chybí, mají zdravotníci, kteří by jinak byli ochotní rodičce vyjít vstříc, velmi omezený prostor pro splnění jejich přání (Kameníková, 2009, s. 240).

Zdravotnický personál ochotný splnit rodičce její porodní přání, který pečuje o ženu během těhotenství, v průběhu porodu, ale i po něm, by měl disponovat vlastnostmi uvedenými v následujícím výčtu (Goer, 2002, s. 27):

- věřit, že rození dětí je ze své podstaty zdravou a přirozenou součástí života ženy;
- přistupovat k ženám celostně, brát ohled na jejich individuální potřeby a přání;
- respektovat právo ženy rozhodovat o sobě a svých dětech, samozřejmě však po předešlém důkladném poučení;
- respektovat porod jako individuální zkušenost, který je pro ženu zdrojem poznání i odměnou zároveň;
- nabízet péči, jejíž podstatou je primárně podpora, pak až intervence;
- každou situaci posuzovat individuálně, nepřistupovat k ženě podle předem stanovených obecných pravidel;
- pokud situace vyžaduje odborný lékařský zásah, volit co nejšetrnější prostředky a postupovat s rozvahou a s citem;
- udržovat kontakt s nejnovějšími poznatky z oboru za pomoci odborné literatury a výzkumů.

### **2.1.5 Nejčastější chyba při sestavování porodního přání**

Mezi ženami přinášejícími si svá porodní přání k porodu se nacházejí i takové, které nesprávně pochopily podstatu a záměr porodního plánu a porodní přání získají již hotové, obvykle na některém z internetových fór. Ačkoli převzetí připraveného porodního plánu představuje nejsnazší způsob vyjádření porodních přání, jedná se o jednu z nejčastějších chyb (Benešová, 2013). Převzetí cizího porodního plánu postrádá jakýkoli smysl, jedná se pouze o formální akt - rodička prostým převzetím připraveného porodního plánu dokládá, že se nad vlastním porodem nezamyslela a nezhodila svá přání a možnosti. Porodní přání není povinné

a sestavit by si jej měla žena, která v něm vidí smysl a naději, jak svoji představu o porodu podpořit, rodička, pro kterou je zásadní mít možnost volby.

### **2.1.6 Právní hledisko porodního přání a související zákony**

Stejně jako se na odborných konferencích a seminářích vedou rozsáhlé diskuze na téma institutu dříve vyjádřených přání pacientů, tak se i mezi laickou veřejností i odborníky nejen z řad porodníků řeší téma porodních plánů. Mezi nejdůležitější otázky patří: kdy a za jakých okolností naslouchat a respektovat přání rodiček, jak přistupovat k rodičce, která odmítá určitý zákrok a samozřejmě rovněž otázka závaznosti porodního plánu. Ačkoli pojmy porodní plán či porodní přání dosud v zákonných normách nenajdeme, pojí se s nimi několik zákonných ustanovení popsaných v následujícím textu.

- **právo na sebeurčení, svoboda pohybu, ochrana života a rodinného života**

Listinu základních práv a svobod (1993), zejména článek 7, který upravuje nedotknutelnost osoby a článek 8 zaručující osobní svobodu, můžeme považovat jako základní právní předpis, který se k porodnímu přání vztahuje.

Typickým případem situace, na kterou lze aplikovat článek 7 a článek 8 Listiny základních práv a svobod, jsou v poslední době časté konflikty vznikající v případech, když si rodička přeje opustit porodnici dříve než po obvyklých 72 hodinách. Možnost rodičky prosadit si tzv. ambulantní porod<sup>1</sup> je v současné praxi velmi obtížné, přestože tomu žádná zákonná norma nezabraňuje. S ohledem na již zmiňovanou základní právní normu lze držení zdravé matky nebo dítěte po nekomplikovaném porodu proti její vůli považovat za protiprávní jednání. Propuštění dítěte z ústavní zdravotní péče smí ošetřující lékař podle zákona zamítnout pouze v případech, kdy se dítě nachází v takovém stavu, že propuštění by pro něj znamenalo ohrožení na životě nebo zdraví (Štomerová et al., 2010, s. 274).

- **informovaný svobodný souhlas**

Základním pravidlem zdravotnické péče, případně medicínského práva je zásada, že jakýkoli zákrok může být proveden pouze za podmínky, že dotyčná osoba poskytla k tomuto zákroku svobodný a informovaný souhlas. Úmluva o lidských právech a biomedicíně (1997/2001), která u nás vstoupila v platnost v říjnu roku 2001, tuto podmínku jasně definuje a vyžaduje. Zárokem se v uvedené právní normě rozumí jakýkoliv zásah do tělesné integrity v oblasti péče o zdraví, tedy jakýkoli úkon na pacientovi/rodící ženě včetně péče preventivní, stanovení diagnózy, léčby, rehabilitace či výzkumu. Pravidlo informovaného souhlasu je dále

---

<sup>1</sup> **Ambulantní porod** - porod v porodnici, kdy žena odchází s dítětem několik hodin (2-24) po porodu domů.

upraveno i v několika dalších českých právních předpisech různé právní síly. Tradičně je tento požadavek upraven v novelizovaném zákoně č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který vstoupil v platnost 1. dubna 2012 a kterým byl nahrazen do té doby platný zákon č. 20/1966 Sb. Zákon o péči a zdraví lidu.

Požadavek a pravidla informovaného souhlasu se vztahují také na zásahy spojené se zdravotnickou péčí během porodu a ačkoli je porod přirozeným jevem v životě zralé ženy, lze tyto zásahy vyžadující její souhlas očekávat. Z tohoto pohledu lze předpokládat, že o způsobu vedení porodu rozhoduje rodička, včetně toho, který z navrhovaných zákroků podstoupí a který nikoli. Porodní přání ženy by však nemělo být zaměňováno za formu informovaného souhlasu splňujícího všechny náležitosti informovaného souhlasu tak, jak mu ukládá náš právní řád (Liga lidských práv, 2008). Vzhledem k zjevné informační asymetrii mezi zdravotníkem – odborníkem a rodící ženou – laikem a klientem zdravotnické péče, existuje potřebná a zákonem stanovená povinnost, aby žena byla před každým zákrokem srozumitelně a řádně poučena nejenom o povaze, účelu a předpokládaném přínosu zamýšleného zákroku, ale i o možných důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotnických služeb. S tímto poučením je zdravotník ze zákona povinen ženě poskytnout také informace o možných alternativách péče (včetně alternativy neléčení) a jejich vhodnosti, přínosech a případných rizicích pro rodící ženu (Zákon č. 372/2011 Sb., 2011). Z tohoto hlediska můžeme považovat přirozený porod bez medicínských intervencí za jistou alternativu neléčení a lékař by se měl o této možnosti způsobu vedení porodu před ženou zmínit (Vítová, 2011). Udělený souhlas bez znalosti alternativ je z právního hlediska neplatný.

Poučení musí být poskytnuto řádně, tedy pokud možno vysokoškolsky vzdělaným zdravotnickým pracovníkem způsobilým k poskytování zdravotních služeb, který o ženu pečuje. Povinnost rodičku náležitě poučit není omezena pouze na ošetřujícího lékaře – porodní asistentka, která zákrok provádí nebo která je ošetřujícím zdravotníkem klientky, je k provedení poučení klientky oprávněna rovněž.

Platnost takto získaného souhlasu lze zpochybnit pouze za předpokladu, pokud se prokáže, že za účelem jeho získání byl použit neúměrný nátlak na rodičku ze strany zdravotníků, rodinných příslušníků či jiných osob nebo byla jiným způsobem ovlivněna její vůle (Štromerová et al., 2010, s. 268). V porodnictví lze z tohoto pohledu považovat za velmi problematickou například větu: „Pokud Vám záleží na miminku, tak...“ a mnoho podobných formulací. Za srovnatelný případ lze považovat situaci, kdy porodní asistentka rodičce zamlčí rizika spojená s domácím porodem a nepřiměřeně poukazuje na rizika a nepříjemnosti spojená

s péčí ústavní - toto poučení by pak bylo považováno za právně problematické a to zejména v případě, že by se tato zamlčená rizika během domácího porodu projevila.

Platný informovaný souhlas lze získat pouze na základě osobního rozhovoru. V žádném případě není možné rodičce podat předem předpřipravený formulář a považovat ji za dostatečně poučenou. Nastávající matka má navíc ze zákona možnost svůj souhlas kdykoli odvolat. Osobní komunikace a možnost klást otázky jsou tak nezbytné pro konečné rozhodnutí klientky.

Úmluva o lidských právech a biomedicíně (1997/2001) popisuje několik výjimek, kdy lze zákrok provést i bez přímého souhlasu pacienta/rodičky. Jednou z nich jsou osoby, nezpůsobilé k právním úkonům, tedy osoby nezletilé nebo soudem zbavené této způsobilosti (osoby s duševní poruchou). Bez souhlasu rodičky lze zákrok provést pouze a jenom tehdy, je-li neodkladný, život a zdraví zachraňující a zároveň je žena ve stavu, kdy není aktuálně schopná dát se zákrokem jasný souhlas. Tyto tři podmínky by měly být splněny současně (Vítová, 2011).

- **porodní plán jako dříve vyjádřené přání rodičí ženy**

Úmluva o lidských právech a biomedicíně (1997/2001), respektive její článek 9 mimo jiné uvádí, že „*bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.*“

Účelem článku 9 je zabezpečit autonomii jedince v případech, kdy jedinec schopný porozumět situaci předem vyjádřil své stanovisko (tj. souhlas nebo nesouhlas) s poskytnutím zdravotních služeb nebo způsobem jejich poskytnutí, s ohledem k předvídatelným situacím, za kterých by nebyl schopný vyjádřit se jinak. Péče o matku a dítě během porodu z tohoto není vyňata, proto porodní přání lze chápat jako dříve vyjádřené přání rodičí ženy a zdravotník má ze zákona povinnost brát na zřetel a respektovat přání rodičky, které žena vyjádřila dříve. Právní úprava institutu dříve projevených přání byla v České republice provedena až v zákoně č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Tímto zákonem se nově upravují podmínky, za kterých je poskytovatel zdravotních služeb povinen respektovat dříve vyjádřené přání pacienta a naopak, kdy je této povinnosti zbaven. Na základě podmínek stanovených v zákoně by porodní plán měl být proveden písemnou formou a opatřen úředně ověřeným podpisem těhotné ženy. Jestliže rodička ke svému informovanému souhlasu s hospitalizací v porodnici při příjmu uvede, že byl přiložen porodní plán, je chybou zdravotníka nebere-li jej v potaz. Písemně vypracovaný porodní plán, podepsaný rodičkou a založený do dokumentace hospitalizované nastávající



matky je dostatečným vyjádřením dříve vysloveného přání ženy, která se připravuje na porod (Liga lidských práv, 2008).

Porodní přání by mělo být zdravotníky respektováno, avšak tvrzení, že porodní přání je pro zdravotníky právně závazné, není celou a jedinou pravdou (Sovová, 2006) – vždy totiž záleží na konkrétním přání a na tom, jak dobře je porodní plán napsán. Pro zdravotníky nemohou být závazné body porodního plánu, které neodpovídají technickým možnostem porodnice, jakým je například požadavek porodu do vody. Obdobně nelze personálu zdravotnického zařízení kategoricky nařídit provedení určitého zákroku, který náš právní řád nezná (např. císařský řez na přání) (Liga lidských práv, 2008).

Porodní plán je naopak pro zdravotnický personál závazný v bodech, ve kterých se žena staví odmítavě k některým zákrokům, jako je vyšetření nebo podání léků v případě, kdy si lékaři nemohou vyžádat její souhlas například pro silné bolesti. Pokud žena v porodním přání odmítá provedení určitého zákroku, měli by s ní zdravotníci prodiskutovat, v jakých případech jej považují za vhodný a nezbytný a proč. Pokud i po podaném vysvětlení žena zákrok odmítá, zdravotníci by měli její přání respektovat (Liga lidských práv, 2008).

Z obecnějšího právního hlediska představuje porodní přání písemně sepsanou žádost rodičky o to, aby zdravotníci nezapomínali na její práva<sup>2</sup> (Kameníková, 2003, s.12), která zahrnují právo na:

- ohleduplnou a odbornou péči;
- zachování intimity a soukromí, ohledy na stud;
- úplné a pravdivé informace o postupu porodu (a o zdravotním stavu svém i svého dítěte);
- úplné a pravdivé informace o plánovaném diagnostickém či terapeutickém postupu před jeho zahájením, včetně o rizicích a možných alternativách;
- možnost odmítnutí zákroku či léčby (v rozsahu, který povoluje zákon);
- přítomnost blízké osoby;
- sdělení jména lékaře a jmen všech osob, které o ni budou pečovat.

Ačkoli by tato práva rodičky měla být zdravotníky dodržována automaticky a proaktivně prosazována, lze dobře sestaveným porodním plánem jejich dodržování výrazně napomoci.

---

<sup>2</sup> Práva pacientů byla prohlášena Centrální etikou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR za platná dne 25. února 1992.

- **ostatní právní dokumenty vztahující se k problematice práv rodičky**

Další obecně závazné předpisy, zákony, mezinárodní normy WHO, EU a etické kodexy vztahující se k problematice porodního plánu a práv rodící ženy uvádí následující výčet:

- Úmluva o právech dítěte (104/1991 Sb.)
- Zákon o ochraně veřejného zdraví (258/2000 Sb.)
- Zákon o ochraně osobních údajů (101/2008 Sb.)
- Zákon o veřejném zdravotním pojištění (48/1997 Sb.)
- Zákon o rodině (94/1963 Sb.)
- Zákon o matrikách, jménu a příjmení (301/2000 Sb.)
- Směrnice rady ES o porodních asistentkách (80/155/EHS)
- Etický kodex práv pacientů
- Etický kodex porodních asistentek

Dodržování uvedených právních norem by mělo patřit k základním vlastnostem demokratického poskytování zdravotní péče, což by mělo platit anebo alespoň být ambicí i našeho zdravotnického systému.

V moderním porodnictví, které respektuje právo ženy na její autonomii při porodu a informovanou volbu, mají porodní přání rodičky logicky své oprávněné místo. Zároveň je však nutno zdůraznit, že porodní plán ženy by se neměl stát dogmatem, ale měl by umožnit jistou míru flexibility v případě možných komplikací během porodu (Labusová a Mrzílková-Susová, 2004, s. 79).

## **2.2 Lékařský vedený a přirozený porod**

*„Pro rodiče není porod otázkou vědy ani anatomie, netočí se kolem lékařů, porodních asistentek či sester, nejde při něm o to, kdo jej řídí. Jde o rodinu – rodiče a jejich děti.“*

(Marie F. Mongan, 2010, s. 44)

Lékařsky vedený porod byl považován za standardní model porodnické péče v českých porodnicích až do sedmdesátých let minulého století. V této době se začínaly poprvé objevovat první požadavky na humánnější a demokratičtější model porodnické péče na základě diskuzí nad negativními důsledky invazivních farmakologických porodů. V rozvinutých občanských společnostech západoevropských i zámořských států si tak postupem času našel své místo paralelní přístup k poskytování porodnické péče - vedle sebe

tak existuje model lékařsky vedeného porodu a model péče poskytované porodními asistentkami, usilující o porod přirozený. Zásadním rozdílem mezi oběma modely je odlišný pohled na poskytovanou péči o ženu a dítě během normálního porodu (Labusová a Mrzílková-Susová, 2004, s. 11). Výrazným tématem se při srovnávání obou modelů vedení porodu stala také míra a schopnosti čelit rizikům během porodu a definice přijatelného či snesitelného rizika.

### **2.2.1 Lékařsky vedený porod**

Termín „*lékařsky vedený porod*“ se v běžné porodnické praxi začal na území České republiky užívat po první světové válce. Během tohoto způsobu vedení porodu je ze strany lékařů do porodního děje aktivně zasahováno podle výzkumu více či méně škodlivými metodami. Koncepce lékařsky vedeného porodu je zaměřena na preventivní intervence lékaře, kterými se porodník snaží eliminovat a předcházet případným porodním komplikacím nebo je včas a efektivně řeší, a tak je schopen zajistit bezpečí rodičky i dítěte během porodu. Vlastní praxe spočívá v urychlování porodu, tišení bolesti medikamenty a invazivními technikami. Větší psychosomatické pohodlí během porodu spočívá zejména v ovlivňování bolesti farmakologickými prostředky (Zeman a Doležal, 2000, s. 139 – 141). Rodička v tomto modelu vedení porodu sehrává spíše pasivní roli - přeneseně lze lékaře označit za dirigenta celého procesu (Štromerová, 2013a).

Popsaný způsob vedení porodu byl umožněn díky velkému rozvoji porodnictví v polovině dvacátého století, a to zejména v oblasti porodní analgezie a anestezie. Výrazným příspěvkem se pro lékařsky vedený porod stalo zavedení sterilizace a aseptických postupů, objevení účinku oxytocinu a průběžné sledování stavu plodu během porodu pomocí kardiokografu (Hašková, 2001a, s. 15).

Důležitými znaky lékařského modelu je dominantní umístění porodu do prostředí porodnic s centrálním postavením lékaře – porodníka v roli ústředního poskytovatele zdravotní péče. Porodnická zařízení jsou podle tehdy převládajících názorů garanty nejbezpečnější porodní péče (Hrešanová, 2008, s. 128). Hlavními argumenty pro přemístění porodů z domácího prostředí do porodnic byla ochrana matky i novorozenců před hygienicky závadným prostředím a zajištění jejich bezpečnosti díky koncentraci specialistů (Hašková, 2001a, s. 15). Přemístění porodů na porodnická oddělení, zavedení pravidelných prohlídek během těhotenství a rozvoj elektronického sledování plodu během porodu mělo za následek prudký pokles úmrtnost novorozenců a rodiček. Vezmeme-li v úvahu, že ještě na začátku dvacátého století bylo běžné rčení „*těhotná žena nosí smrt za pasem*“ v nemalém počtu případů

pravdivé, pak moderní porodnictví začalo v této době díky aplikaci nových objevů slavit své první úspěchy (Labusová a Mrzílková-Susová, 2004, s. 22). Postupem času získal lékařsky vedený porod přívlastek *klasický* a stal se všeobecně uznávanou a rutinní praxí takřka ve všech zemích západní Evropy včetně tehdejšího Československa (Štromerová, 2013a).

Přednosti lékařsky vedeného porodnictví jsou zřejmé a nesporné v případech, kdy v průběhu těhotenství nebo při porodu dojde k závažným komplikacím. V těchto případech přináší moderní technologie a s ní spjaté odborné znalosti moderní medicíny ohromný potenciál pro zachování života a zdraví matky i dítěte. Bez odborné lékařské asistence by ženy s vážnou zdravotní komplikací vůbec zdravé dítě ani nebyly schopny porodit. Odborné lékařské pomoci je zcela jistě zapotřebí v případech předčasně narozených dětí a nezastupitelnou roli kromě císařského řezu hrají i další odborné lékařské zásahy v průběhu patologického porodu (užití porodnických kleští, vakuumextrakce, podpurná medikace ve správný okamžik). Vzhledem k tomu, že aplikace medicínských technik a intervencí se objevuje i během normálně probíhajících porodů, logicky nastává problém s nadužíváním těchto prostředků moderní medicíny (Labusová a Mrzílková-Susová, 2004, s. 12).

Za odvrácenou stranou klasického porodnictví lze považovat zejména to, že s pokrokem moderní medicíny a především v důsledku zavádění nových monitorovacích a diagnostických přístrojových technik se začalo na porod a na těhotenství paušálně pohlížet na potenciálně rizikový stav ohrožující matku i dítě na životě a zdraví a tak k němu je i přistupováno. Z těhotenství se stala nemoc a z těhotné ženy pacientka - fyziologický rozměr porodu zcela vymizel. Racionální složka porodní péče převládla nad emocionální, která se začala vytrácet (Binder et al., 2011; Labusová a Mrzílková-Susová, 2004), což není nic překvapivého, uvědomíme-li si, že porodník je chirurgicky<sup>3</sup> vzdělaný odborník orientovaný zejména na patologii, vychovávaný a svým vzděláním vedený k tomu, aby pohlížel na těhotnou ženu a ženu přicházející rodit jako na potenciálně rizikovou pacientku (Goer, 2002, s. 19 – 21).

*„Z lékařského pohledu není žádný člověk zdravý – jen nedostatečně vyšetřený.“*

(Goer, 2002, s. 20)

Rizikovost porodu spatřují lékaři zejména v jeho nepředvídatelnosti. Porod vždy vzbuzoval jistý strach, strach z bolesti a smrti, která by mohla být způsobena náhlými, předem nepředvídatelnými komplikacemi. V povědomí většiny lidí se rozšířila představa, že právě asistence a preventivní úkony lékařů během těhotenství a zejména při porodu minimalizují

---

<sup>3</sup> Porodník se vyvinul v 18. stol. z chirurga, v 19. stol. se chirurgie a medicína sjednocovaly. Již v 18. století se u nás specializoval medicínský obor porodnictví (Zeman a Doležal, 2000, s. 139).

tato možná rizika. Jinými slovy představa porodu mimo nemocnici se stala pro převážnou většinu žen jako obtížně zvládnutelná a vysoce riziková (Hašková, 2001a, s 15-16).

V porodnictví dnes panuje obecně sdílené představa a pravidlo, že zdůvodňovat a obhajovat musí ten, kdo neprovádí žádnou intervenci. Dává se přednost činu před nečinností, přestože v danou chvíli trpělivé vyčkávání je pro danou situaci to nejlepší řešení. Nezřídka se tak i docela bezproblémový porod neobejde bez vnějších medicínských opatření a zásahů (Goer, 2002, s. 20).

Centralizace a přesunutí porodu v období po druhé světové válce z domácího prostředí do porodnic měla za následek přetížení tehdejších porodnických zařízení a vynutila si rozvinutí řady rutinních postupů a zásahů, které měly porod především urychlit. Tyto techniky se postupem času staly pro zdravotnický personál normálními a standardními postupy. Rodičky podstupovaly předporodní předoperační přípravu (klystýr, holení), první dobu porodní trávily na nepopulárních „hekárnách“ a jedinou preferovanou porodní polohou byla nekompromisně pasivní poloha v leže na zádech na klasickém porodním stole. Samotné tlačení bylo řízeno povely personálu. Typickou nadužívanou rutinní technikou se stalo i nastříhnutí hráze (epiziotomie), jako prevence rozsáhlých porodních ruptur a jejich možných následků. Zdravotníci se řídili striktními pravidly pro udržení sterility okolo rodičky a dítěte, k čemuž mimo jiné patřila izolace rodičky od jiných lidí než zdravotníků. Čerstvě narození novorozenci byli ihned po porodu svěřeni do péče dětským sestřím a zapůjčovány matkám pouze na kojení, které se však z důvodu narušení spontánních mechanismů porodu často ani nerozběhlo. A není to tak dávno, kdy byl tento model široce uplatňován i v našich porodnicích a byl považován za legitimní normu - nelze se proto divit, že s jejími pozůstatky se současné porodnictví vyrovnává dodnes (Labusová a Mrzilková-Susová, 2004, s. 11).

Porodnictví si zvyklo na techniky a metody, které vyhovují daleko více porodnickému personálu než ženě, která se svěřila do jejich péče. Hlavní snahou porodnice se podobně jako u jiného hromadného zdravotního zařízení stává zajištění rychlého a snadného provozu. Tento trend je patrný zvláště ve velkých nemocnicích, kde porodní sály jsou permanentně plné a projde jimi denně několik těhotných žen. Vzhledem k tomu, že případný patologický porod znamená pro provoz takto přetížených porodních sálů komplikace, nelze se pozastavit nad tím, že snaha o zajištění požadované kvantity porodů zvítězila nad podporou přirozeného porodu (Kameníková, 2009, s. 240).

## **Vybrané problematické postupy používané českých porodnicích**

Idea lékařsky aktivního vedeného porodu v porodnicích vedla k zavedení některých postupů a lékařských praktik, které se postupem času staly každodenní náplní práce porodního personálu. Standardizace a přechod k rutinním postupům byla v našem porodnictví často ospravedlňována jako nutná prevence a eliminace rizik pro zajištění bezpečného průběhu porodu. V mnohých případech tyto rutinní postupy mívají však spíše povahu neanalyzovaných pravd, které nebývají v rámci každodenního řešení odborných problémů podrobovány kritice, jelikož jsou pojímány jako osvědčené (Hašková, 2001a, s. 33).

Některé z těchto praktik jsou však v přímém rozporu s doporučením Světové zdravotnické organizace (WHO) pro péči o ženu během normálního porodu (1996), vycházející z výsledků mnoha celosvětových výzkumů a jsou považovány jako jednoznačně škodlivé nebo neefektivní a měly by být řízenou formou eliminovány. Zcela jednoznačně se jedná o rutinně prováděný klystýr, holení pubického ochlupení, preference porodu vleže na zádech jako jediné vhodné polohy během druhé doby porodní, řízeném tlačení se zadržováním dechu, masáži a roztahování perinea (hráze) během druhé doby porodní, preventivní zavádění nitrožilní kanyly, rutinní aplikace oxytocinu, kontrolovaný tah za pupeční šňůru a kombinace těchto postupů během třetí doby porodní.

Další postupy často využívané v české porodnické praxi WHO shledává buď jako praktiky, které nelze jednoznačně doporučit, protože neexistuje dostatek důkazů o jejich prospěšnosti – příkladem může brzké protržení vaku blan (amniotomie) během první doby porodní nebo časné podvázání pupeční šňůry.

V neposlední řadě WHO upozorňuje na nerozumné nadužívání jiných běžných technik, které se v řadě případů aplikují nevhodně, zbytečně a bez konzultace s rodičkou.

### **2.2.2 Přirozený porod**

Vedení přirozeného porodu se vyznačuje nezasahováním a neurychlováním porodního děje a je založeno zejména na důvěře v instinktivní a intuitivní chování rodící ženy během porodu s důrazem na respektování základních potřeb ženy (Odent, 1995; Binder et al, 2011). Porod není apriorně považován za rizikovou záležitost, ale naopak za přirozený fyziologický proces, který zdravá žena, pokud jsou jí k tomu zajištěny příhodné podmínky, dokáže zvládnout vlastními silami bez direktivního vedení a medikace. Ingeborg Stadelmannová (2009) ve své knize *Zdravé těhotenství - přirozený porod* zdůrazňuje přirozenou podstatu porodu a vybízí

a motivuje ženy k ochraně přirozených porodů. Z vlastního hlediska rodičky se jedná o aktivní proces, během kterého se žena nechává vést potřebami svého těla (Balaskas, 2010).

*„Přirozený porod je takový porod, který samovolně začne, samovolně běží svým tempem a samovolně se také zakončí, aniž by do jeho průběhu bylo zasahováno“*

(Štomerová, 2006b)

Na rozdíl od lékařského chápání porodu jako rizikového stavu ženy, je u přirozeného porodu rizikovost posuzována nikoli podle statistické pravděpodobnosti výskytu možných komplikací, ale podle aktuálního stavu a relevantních schopností dané rodičky (Van Teijlingen, 2005). Na aktivitu lékařů, mimo psychické podpory a neinvazivní kontroly porodního děje (odhalení možných komplikací), je pohlíženo jako na zdroj možných iatrogenních efektů, které mohou vyvolávat a kumulovat další rizika. Tento jev je často označován jako „*spirála lékařských zásahů*“, ve které každý provedený zásah zvyšuje pravděpodobnost výskytu zásahu následujícího. Názorným a typickým příkladem je rutinní používání kardiokografu, které má vliv na zvyšující se počty císařských řezů či jinak operativně dokončených porodů. Dalším průkazným faktorem je vyšší četnost instrumentálních zásahů u žen, které jsou upoutány během porodu do polohy vleže na zádech (Hašková, 2001b, s. 12).

Koncepce přirozeného porodu je logickým vyústěním kritiky modelu aktivně lékařsky vedeného porodu. Přirozený porod jako alternativu k dosavadnímu lékařskému vedení porodu zpopularizoval v polovině osmdesátých let minulého století dnes celosvětově uznávaný porodník Michel Odent, který na základě svých dlouholetých zkušeností s porody ve francouzské porodnici v Pithiviers, vydal v roce 1984 knihu „*Birth reborn*“ (Znovuzrozený porod). V této knize, která se ve své době stala bestsellerem ve všech zemích západní Evropy i v USA (Hašková, 2001b, s. 10) publikoval své mnohaleté zkušenosti s porody, které vedl zcela odlišným způsobem, než bylo na tehdejší dobu zvykem. Do českého prostředí se však koncepce přirozeného porodu dostala mezi širší veřejnost ve větší míře až v polovině devadesátých let minulého století společně s překladem Odentovi knihy a dalších knih, které poukazují na negativní důsledky nadměrné medializace porodu (Odent, 1995; Goer, 2002; Stadelmann, 2009). Přirozený porod v pojetí těchto autorů měl zajistit bezpečnost rodičky a plodu i jejich psychosomatický komfort plynoucí z odbourání přebytečného strachu z porodu.

Je zřejmé, že přirozený porod má pro budoucí matku (a nejen pro ni) nespočet výhod, mezi které patří zejména individuální a osobní zacházení s rodící ženou i jejím partnerem, citlivé

a šetrné zacházení s novorozencem (odbourání příčin tzv. poporodního traumatu), rychlé zotavení rodičky po porodu, úspěšné nastartování kojení a vysoké procento dlouhodobě kojících matek a v neposlední řadě i podporu a posílení vazby mezi matkou a jejím dítětem (Labusová a Mrzilková-Susová, 2004, s. 13).

Přirozený porod se vyznačuje dodržováním následujících zásad a principů (Štomerová, 2013b):

- rodiče je umožněn zcela volný pohyb během první i druhé doby porodní;
- k porodu si smí žena přivést osobu, která ji bude během porodu aktivně podporovat a které důvěřuje (ve většině případů je touto osobou partner rodičky);
- bezprostřední příprava k porodu (klystýr, holení pubického ochlupení) se neprovádí;
- preventivní nástřih hráze (episiotomie) se provádí jen v nejnútnejších případech;
- nepoužívají se prostředky k urychlení porodu, ale porod se nechává probíhat ve vlastním tempu;
- k tišení bolesti se dává přednost přírodním metodám (masáže, sprcha, změny polohy apod.) před metodami lékařskými (léky, epidurální analgezie apod.);
- v závěru porodu si žena sama volí polohu, která jí vyhovuje;
- ihned po porodu je dítě vloženo do náruče matky jako podpora významného prvního kontaktu dítěte s matkou;
- dítě je po nezbytném ošetření po porodu již ponecháno u matky;
- respektování základních a individuálních potřeby.

V souvislosti s nevýhodami přirozeného vedení porodu se samozřejmě nejčastěji hovoří o horší možnosti poskytnout okamžitou pomoc rodící ženě či miminku v případě vzniku akutního nebezpečí, zejména pokud porod probíhá doma. Zastánci přirozeného porodu argumentují většinou tím, že případné komplikace lze ve většině případů odhalit předem (Labusová a Mrzilková-Susová, 2004, s. 11).

O přirozený porod usilují ženy, které jsou si vědomy své vlastní zodpovědnosti, odmítají pasivní roli během porodu a chtějí se na něm spolupodílet. Většinou jsou tyto ženy dobře informované o nežádoucích účincích medializovaného porodu a nechtějí jim vystavovat sebe ani své dítě. Věří, že i samotná porodní bolest má svůj opodstatněný smysl a lze ji zvládnout vlastními silami (Labusová a Mrzilková-Susová, 2004, s. 11).

Představa nemocničního prostředí s cizími lidmi a lékařskými zásahy, které k porodu v porodnici patří, vzbuzuje v některých ženách takovou hrůzu, že se raději rozhodnou přivést



na svět své dítě v domácím prostředí, jež nabízí ideální podmínky pro přirozený porod. Navzdory závěrům výzkumů, které prokazují, že plánovaný porod doma se zkušenou, motivovanou porodní asistentkou, vykazuje pro těhotnou ženu s nízkým rizikem obdobnou či dokonce nižší míru perinatální úmrtnosti a značně nižší míru nemocnosti matek (incidence císařských řezů, poporodní krvácení, ruptury II. a III. stupně) v porovnání se srovnatelnou skupinou nízkorizikových žen, které plánovaně porodily v porodnici, je stále porod v porodnici naší společnosti považován za jediný bezpečný standard (Cohain, 2012). Z tohoto důvodu je rozhodnutí ženy родit v domácím prostředí, byť obeznámené se všemi možnými riziky, považováno za nezodpovědné a žena je označena za hazardérku nejenom se svým zdravím, ale hlavně se zdravím dítěte.

Přirozený porod ovšem není vázán pouze na domácí prostředí. Žena, která pokládá porod doma za příliš rizikový a z tohoto důvodu raději zvolí možnost porodu v porodnici, která jí nabízí okamžitý lékařský zásah v případě komplikací, může využít právě porodního přání a v něm své požadavky na volný průběh porodu bez jakýchkoli zbytečných zásahů sepsat. Pokud zdravotníci nechtějí, aby se tato žena v dalším těhotenství rozhodla родit doma, by se měli snažit jejím požadavkům přirozeného porodu vyjít vstříc (Štrometerová et al., 2010, s. 237). O tom, že přirozený porod v porodnici může být smysluplný, svědčí případy, kdy žena, která se rozhodla své dítě přivést na svět přirozeně, sama v průběhu porodu požádá o prášek tišící bolest nebo epidurální anestezii. Odklon od přirozeného porodu v takovém případě není chybou ošetřujícího personálu ani rodící ženy, ale je způsoben nedostatečnou obeznámeností rodičky s bolestí (Stadelmann, 2009, s. 197).

Přestože se přirozený porod jeví jako ve všech ohledech pro ženu ten nejvhodnější, podobně jako porod doma není zdaleka určen pro všechny ženy. Prvním a také nejdůležitějším předpokladem přirozeného porodu je celkový zdravotní stav ženy i jejího miminka, který by neměl vykazovat žádné dopředu odhadnutelné porodní komplikace. Žena by také měla projít důkladnou předporodní přípravou a k rozhodnutí родit přirozeným způsobem by měla dojít z vlastní informované a zcela dobrovolné volby. Rodička by navíc měla mít celkově pozitivní přístup k porodu a měla by se chtít na jeho průběhu aktivně podílet (Labusová a Mrzilková-Susová, 2004, s. 14).

V pojetí některých odborných lékařsky zaměřených publikacích (Binder et al., 2011; Roztočil, 2008; Čech, 2006) je přirozený porod označován jako alternativní k dosavadnímu aktivně lékařsky vedenému porodu. Ve zdravotnickém prostředí je pojem alternativní mnohdy negativně vnímán a budí v naší společnosti nedůvěru k věcem, které jsou takto označeny.

Příznivci aktivně lékařsky vedeného porodu využívají tohoto podprahového vnímání slova alternativní k automatickému spojení přirozeně vedeného porodu se šarlatánstvím a alternativní medicínou. Nejenom z tohoto důvodu se označování přirozeného porodu za alternativní jeho zastánci brání s důrazem na historické kořeny fyziologických porodů (Hašková, 2001a, s. 12).

### **2.2.3 Alternativní vedení porodu v nemocničním prostředí**

Postoj i důvody příznivců přirozeného porodu k zařazení přirozeného porodu mezi metody alternativní byl vysvětlen v předchozím textu. Samotný pojem alternativní porod není však ani podle samotných lékařů dobře definovatelný, jelikož se jedná o časově a místně podmíněný pohled na to, co je přijímáno jako obvyklé a co představuje odlišný způsob vedení porodu vzhledem k obecně definovanému standardu. Za alternativní porod se pak z tohoto pohledu označuje jakýkoli odlišný způsob vedení porodu od klasického aktivně lékařsky vedeného porodu - v našich podmínkách tedy i porod zcela přirozený (Velebil, 2008).

Skutečně přirozený porod je však v českých porodnicích, kde více jak 50 let dominuje v péči o rodící ženu aktivně lékařský model porodu, těžko dosažitelný a vyskytuje se zde výjimečně. S ohledem na uvedené skutečnosti a z praktického hlediska lze označit pojmem alternativní porod jakýkoli posun od doposud převládajícího lékařského modelu porodní péče v porodnici směrem k porodu přirozenému – jinými slovy široký pojem alternativní porodnictví dnes představuje jakýsi pomyslný prostor mezi převládajícím modelem lékařsky vedeného porodu a porodem přirozeným (Hašková, 2001a, s. 13).

Alternativní přístupy k porodu spočívají v respektování individuálních přání rodičky (i jejího partnera) a mají za cíl umocnit okamžik zrození jako významný životní zážitek a nikoli jako nepříjemnou a bolestivou událost na kterou bude žena nerada vzpomínat. Zásadní důraz je kladen na psychosociální aspekty porodu, které mohou rozhodujícím způsobem ovlivnit nejen průběh porodu samotného, ale především prožitek porodu se všemi důsledky v dalším životě celé rodiny. V zásadě se jedná o komplexní přístup respektující obecné principy porodnictví vycházející vstříc osobnosti a potřebám těhotné ženy a podporující její aktivní postavení v těhotenství, během porodu a v poporodním období (Malý a Gogela, 2000). Alternativní přístupy k porodu uskutečnitelné v rámci porodnice se proto zdají být rozumné i z toho důvodu, že nabízejí určitý kompromis mezi potřebným lékařským přístupem a snahou co nejvíce se přiblížit přáním rodičky, aniž by nutně docházelo k ústupkům dotýkajících se bezpečnosti rodičky a plodu (Binder et al, 2011, s. 284).

Mezi nejčastěji využívané nové směry ve vedení porodu a alternativy v současném porodnictví (Pařízek, 2009, s. 463-477 ) můžeme zařadit následující techniky:

- porod do vody,
- porod bez násilí podle Frederika Leboyera,
- porod podle Michaela Odenta,
- programovaný porod,
- ambulantní porod,
- porod doma.

#### **2.2.4 Současný stav českého porodnictví a možnost informované volby žen**

Porod dítěte byl v našich zemích obdobně jako v ostatních evropských státech po dobu více jak padesáti let výhradně medicínskou záležitostí. Systém zdravotní péče včetně péče o těhotnou a rodící ženu procházel se změnou politické situace po roce 1989 v Československu a následně v České republice celou řadou změn. Nejvýznamnější změnou, která měla vliv na vývoj porodnictví, se stalo aktivní zapojení rodiček do systému zdravotní péče - ženy se přestaly spokojovat s do té doby převládajícím autoritativním postavením institucí v péči o nastávající matky. Pod vlivem informací, které se k nám ve stále rostoucí míře začaly dostávat ze zahraničí, se ženy stále více začaly zabývat myšlenkami na to kde, s kým a jakým způsobem chtějí přivést na svět své dítě. S rostoucím množstvím informací narůstal i podíl žen, které si chtěly přizpůsobit průběh porodního procesu vlastním přáním a představám (Štomerová, 2013c). Pod vlivem těchto informovaných žen uvědomujících si svá práva a obecně kritiky lékařského modelu porodní péče dochází postupně k humanizaci a demokratizaci porodnictví. Porodní sály přestaly být uzavřenými aseptickými provozy, otevřely se i pro blízké rodinné příslušníky, prakticky ve všech porodnicích byl zaveden systém rooming-in, podoba porodních sálů se postupně začala blížit domácímu prostředí - obecně začal být kladem větší důraz na zajištění pohodlí a přátelského prostředí pro rodičky (Roztočil, 2008, s. 150).

Zatímco prostředí zdravotnických zařízení dosáhlo za poslední dvě desetiletí významné zlepšení, co se naopak prakticky nezměnilo je nadřazený přístup zdravotnického personálu k rodícím ženám. Rigidní přesvědčení o jediném správném modelu aktivně lékařsky vedeného porodu znemožňuje rodičkám možnost volby, ačkoli je v rozporu nejenom s obecně

závaznými dokumenty, ale také s odbornými doporučeními<sup>4</sup> vycházejícími z výsledků nejnovějších výzkumů (Sovová, 2006). Jednoduše řečeno nastává zjevný nesoulad mezi tím, co v praxi standardně provozuje porodník a tím co doporučuje pro porodní péči odborná literatura a co dokládají vědecké studie.

Zájem rodiček o přirozený porod, který by probíhal beze strachu, v příjemném a vlídném prostředí bez zbytečných lékařských vyšetření, byl v devadesátých letech minulého století stále častější. Klesající porodnost ke konci devadesátých let, rostoucí konkurenční prostředí vznikajícího tržního zdravotnictví spolu se stále větší informovaností populace těhotných žen vedly ke zvyšování důležitosti klientek pro jednotlivé porodnice, jejichž existence byla na přelomu minulého a tohoto století najednou ohrožena z důvodu malého počtu porodů. Komeracionalizace zdravotnictví, příklon ke konzumnímu stylu života a hrozba zániku tak donutily mnohé porodnice více naslouchat potřebám žen a přehodnocovat stávající způsob poskytování péče rodičkám (Hrešanová, 2008, s. 167–186).

Mnohé porodnice dnes nabízejí rodičkám nejenom širokou škálu pomůcek a prostředků, ale snaží se také v co největší míře vyhovět přáním a požadavkům rodičů žen a postupně si zvykají i na porodní přání. I přes tento zlepšený postoj zdravotnických zařízení má situace k ideálnímu stavu stále dosti daleko. Ačkoli například více jak polovina porodnic deklaruje, že rodící ženy mají možnost rodit v jakékoli poloze, a mnohé z nich disponují i adekvátními pomůckami jako je porodní stolička, je podíl žen, které rodí v jiné než klasické poloze na zádech a jejich porod byl spontánní minimální. Znovu se tak potvrzuje, že hlavním problémem není vybavení zdravotnických zařízení, ale nízká informovanost spolu s konzervativním myšlením a postoji porodníků.

Odtažený přístup k přirozenému porodu je v naprosté většině našich porodnických zařízení snadno identifikovatelný. Toto tvrzení lze poměrně dobře doložit na základě následujících údajů (ÚZIS, 2012):

- počet porodů v období od roku 2006 do roku 2012 dosáhl svého maxima v roce 2008 a od té doby setrvale klesá (tabulka 1). V roce 2012 bylo odvedeno celkem 108 955 porodů, což je o 9,05 procenta méně než roce 2008. Předpokládaný vývoj v následujících letech potvrzuje další pokles porodnosti.

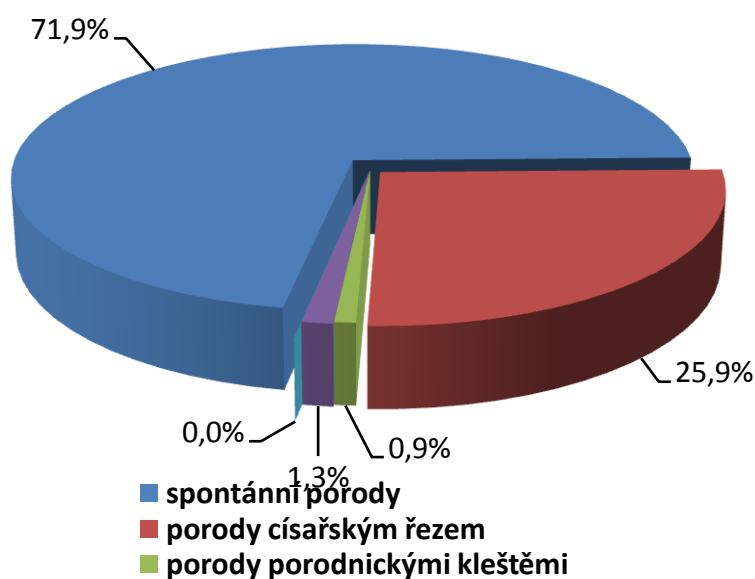
---

<sup>4</sup> K těmto doporučením patří zejména příručka WHO –Péče v průběhu normálního porodu z roku 1999 a dále dokument 10 kroků k optimální porodní péči Mezinárodní iniciativy za porodní péči pro matku a dítě (IMBCI) z roku 2008

**Tabulka 1** Vývoj porodnosti v letech 2006 až 2012

rok	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
počet porodů	102 498	106 130	114 947	119 842	118 667	117 446	108 990	108 955

- z celkového počtu 108 955 porodů odvedených v roce 2012 proběhlo spontánně celkem 75 578, tedy 71,9 %. Zbýlých 25,9 % porodů proběhlo buď císařským řezem a nebo za pomoci porodnických kleští či vakuové extrakcí. Porody extrakcí konce pánevního nebyly zaznamenány. Podíl jednotlivých druhů porodů uvádí graf na obrázku 1. Ačkoli velká většina rodiček prodělala spontánní porod, neznamená to, že se tyto ženy obešly bez zásahů zdravotnického personálu – například ze statistiky provedených nástřihů hráze (epiziotomií) vyplývá, že téměř každý druhý spontánní porod byl doprovázen tímto lékařským zákrokem.



**Obrázek 1** Podíl jednotlivých druhů porodů odvedených v roce 2012

- podíl porodů císařským řezem od roku 1990 trvale rapidně stoupá – jednou z hlavních příčin je opakování císařského řezu, protože byl proveden i v předchozím těhotenství;
- podíl porodů vedených lékařem průběžně narostl z hodnoty 71,5 procenta dosažené v roce 2005 na hodnotu 79,6 % registrovanou v roce 2011. Úměrně tomu jak roste počet porodů vedených lékařem, klesá podíl porodů vedených porodní asistentkou (ve stejném období poklesl podíl porodů o 2,9 % na hodnotu 19,4 %).

- neustále roste počet porodů provázených medikací rodičky. Z léků aplikovaných během porodu nejvíce narostl podíl uterotonik<sup>5</sup>, jejichž použití bylo v roce 2011 zaznamenáno u 84,3 % porodů (nárůst o 2 %) a dále narostl i podíl spasmolytik<sup>6</sup>, jejichž použití narostlo o 0,9 % na hodnotu 29,5 %. Alarmující je i vzrůstající aplikace antibiotik způsobená rozhodující měrou v důsledku zvyšujícího se počtu porodů prováděných císařským řezem;
- výskyt indukovaného porodu se od roku 2005 kontinuálně zvyšuje z hodnoty 7,4 procenta až na hodnotu 10,1 % dosaženou v roce 2011, nárůst byl zaznamenán i v roce 2012;
- celkový počet porodů bez komplikací dosáhl v roce 2011 počtu 50 059, což představuje podíl 42,9 %. Zbylou většinu porodů provázely komplikace, které si žádaly zásah lékaře.

Pokud provedeme syntézu výše uvedených zjištění, snadno dojdeme k závěru, že zásahů do normálně probíhajícího porodu spíše přibývá, než aby tomu bylo naopak, jak by vyžadoval přechod od lékařsky vedeného porodu k porodu přirozenému.

Současná podoba českého porodnictví připomíná spíše výrobní proces řízený na základě přesných pokynů a norem než systém umožňující narození zdravého dítěte cestou, kterou si každá rodička sama zvolí. Je zřejmé, že českému porodnictví nelze upřít výborné výsledky, nicméně těchto výsledků je dosahováno za poměrně vysokou cenu, a to se vždy nejedná jen o náklady na poskytovanou péči. Základní rysy českého porodnictví poměrně dobře vystihuje SWOT analýza dostupná na stránkách jedné z obecně prospěšných neziskových organizací propagujících přirozeně vedený porod (Štromerová, 2007) uvedená na obrázku 2.

---

<sup>5</sup> **Uterotonika** – látky zvyšující stažlivost děložního svalstva (myometria), typický představitelem této skupiny léčiv je oxytocin

<sup>6</sup> **Spasmolytika** – léky odstraňující spasmus vnitřních dutých orgánů, například střev, žlučových a močových cest či ženských pohlavních orgánů.

<b>Silné stránky současného systému</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Všem těhotným a rodícím ženám a ženám v šestinedělí je snadno dostupná standardní péče.</li> <li>• Systém je zaměřen na zvládnutí péče o mnoho žen najednou.</li> <li>• Všem ženám jsou dostupná laboratorní vyšetření během těhotenství, porodu a šestinedělí.</li> <li>• Velmi dobrá péče o komplikované a patologické stavy jak u matky tak u dítěte.</li> </ul>
<b>Slabé stránky současného systému</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuální přístup je ve standardních zařízeních, zvláště ve velkých klinikách, téměř nemožný. Užívání rutinních kroků v tomto systému je nezbytné.</li> <li>• Plošně je poskytována sekundární až terciární péče, a to i u zdravých žen, což porodnickou péči výrazně prodražuje.</li> <li>• Nedostatečná osvěta a informovanost žen o různých způsobech porodnické péče.</li> <li>• Chybí podpora zdravého těhotenství a přirozeného porodu.</li> <li>• Chybí podpora primární porodnické péče poskytované porodními asistentkami.</li> <li>• V podstatě neexistuje možnost informovaného výběru v období těhotenství a porodu (ženy si mohou vybrat nemocnici, nikoli způsob péče).</li> <li>• Neexistuje jakákoli podpora ze strany státu pro poměrně početnou a významnou menšinu žen, které by rády porodily mimo nemocnici. Neexistuje ani žádná podpora porodních asistentek, které by těmto ženám rády pomohly.</li> </ul>
<b>Příležitosti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rozšířit současný systém o aktivity vedoucí ke zlepšení informovanosti a osvěty těhotných a rodících žen.</li> <li>• Rozšířit současný systém o aktivity a kroky vedoucí k finančním úsporám při zachování nebo dokonce zvýšení kvality porodnické péče.</li> <li>• Rozšířit současný systém o aktivity podporující rozvoj primární porodnické péče.</li> </ul>
<b>Těžkosti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Špatná komunikace mezi zdravotníky v rámci stávajícího systému.</li> <li>• Nízká flexibilita systému zdravotního pojištění.</li> <li>• Obtížné jednání s kompetentními úřady při zavádění nového typu zdravotní péče do praxe.</li> <li>• Neuznání porodní asistentky jako autonomního poskytovatele primární porodnické péče tak, jak ji uznávají mezinárodní instituce a státy EU (viz Mezinárodní definice porodní asistentky, schválená WHO, ICM a FIGO v r. 1992).</li> </ul>

**Obrázek 2** SWOT analýza současného stavu českého porodnictví

Je zřejmé, že každá žena přichází k porodu s jinými názory, preferencemi, má jiná očekávání a jiné zkušenosti než ženy ostatní. Jak je patrné ze SWOT analýzy, s naším systémem porodní péče bude spokojena spíše žena, která si přeje být pod nepřetržitou kontrolou medicíny a ráda podstoupí všechny procedury a vyšetření, protože věří, že tento postup jí zajistí zdravé dítě. Naproti tomu rodička, která požaduje základní, přirozenější a individuální péči zprostředkující očekávaný zážitek, který posílí vztah mezi matkou a dítětem a chce se na porodu aktivně podílet, bude mít s prosazováním svých (ačkoli plně legitimních) požadavků problémy.

Hlavním problémem našeho porodnictví je absence alternativ k lékařsky vedenému porodu. Spektrum možností porodní péče, které je ženám nabízeno v západní Evropě, zajišťuje rodičovskému páru výběr nejpříjemnějšího způsobu narození dítěte. Základní podmínkou pro uskutečnění výběru je dostatečné množství informací – čím více se jich k ženě dostane, tím více bude její volba způsobilejší. Právo informované volby porodní péče by tedy nemělo být ženě odepíráno ať již přímo nebo nepřímou, přičemž oba způsoby jsou pro české zdravotnictví typické.

Bylo by ovšem nespravedlivé tvrdit, že ke změnám nedochází. Systém porodní péče se postupně mění - nicméně spíše vlivem činnosti různých neziskových organizací a porodních asistentek, než centrálně prováděných systémových změn. Doba, kdy porodní asistentky

budou moci poskytovat ženám své služby v plném rozsahu, tak jak jim jsou zaručena zákonem, je, jak se zdá, ještě daleko.

## 2.3 Psychosociální aspekty porodu

*„Vzpomínky na porod s vámi zůstanou po celý zbytek života a nezeslábne ani síla emocí, jež se k nim váží. Zvláště dobře si budete pamatovat, zda k vám lidé kolem vás přistupovali s láskou, zda vám dodávali odvahu a sílu, zda vás povzbuzovali a hýčkali, nebo zda tomu bylo právě naopak.“*

(Henci Goer, 2002, s. 249)

Propojení vlastního porodního procesu s citovými prožitky rodičky je hluboké a spletité. Stav psychické pohody nebo nepohody rodičky hraje významnou roli nejen v míře vnímané porodní bolesti, ale v konečném důsledku také má vliv na fyziologický průběh celého porodu. Vlídne psychosociální klima porodnice proto může přinést pro rodičku mnoho pozitivního jak po stránce psychologické, tak i po stránce somatické.

### 2.3.1 Psychologie porodu

Na porod, kterým těhotenství vrcholí, má nastávající matka možnost se psychicky připravovat obvykle po dobu celých devíti měsíců. Každý porod však vytváří novou neopakovatelnou životní zkušenost a vzpomínky na něj provází ženu po celý její zbytek života. Vlastní porod prokazatelně představuje značnou fyzickou i psychickou zátěž pro organismus nastávající matky, a tak je zřejmé, že psychická pohoda rodičky během porodu bude velmi důležitým činitelem ovlivňujícím prožívání příchodu dítěte na svět.

Způsob, jakým se žena nakonec s touto mimořádně zatěžující životní situací vyrovná, záleží na mnoha faktorech (Ratislavová 2008, s. 58; Čechová, Mellanová a Rozsypalová, 2001, s. 118). Mezi faktory určující, jak bude žena nadcházející porod, ale také veškeré změny<sup>7</sup> v průběhu svého těhotenství vnímat, patří:

- **osobnost ženy** – typ osobnosti ženy a její identifikace s ženstvím, její schopnost odolávat zátěžovým situacím, vrozené vlastnosti a životní zkušenosti ženy a její žebříček hodnot,
- **somatický stav**,

<sup>7</sup> V průběhu těhotenství prochází žena celým komplexem změn ve všech základních rovinách osobnosti: biologické, sociální a psychické (Čechová, Mellanová a Rozsypalová, 2001, s. 118).



- **sociální a ekonomické vlivy** – rodinné zázemí, přijetí dítěte rodinou, bytová a ekonomická situace,
- **motivace a vztah k ještě nenarozenému dítěti** – zda dítě bylo plánované či neplánované, chtěné nebo nechtěné.

Mimo bezprostředních podnětů se na náladě rodičky a průběhu porodu mohou negativně podílet také psychická zranění z minulosti - obtížnou situaci proto mohou prožívat zejména ženy sexuálně zneužívané, týrané a ponižované. V těchto případech klasická předporodní příprava nestačí a je třeba vysoce odborné psychoterapeutické pomoci nejlépe ještě před otěhotněním (Aperio et al., 2006, s. 237).

Péče o rodící ženu se odvíjí od toho, v jaké fázi porodu se žena nachází. V přípravné fázi porodu,<sup>8</sup> v době kdy se porod teprve pomalu rozbíhá, vyžaduje žena maximální podporu. Rodička je otevřena svému okolí, konzultuje své myšlenky a potřeby, diskutuje s partnerem a zdravotnickým personálem. Porodní asistentka musí v této době ženě především naslouchat a být velmi citlivá na všechny signály, které žena vysílá - jen tak dokáže bezpečně rozpoznat, kdy úvodní část porodu přechází do části aktivní<sup>9</sup>. Během aktivní části porodu se ochota rodičky ke komunikaci výraznou měrou snižuje – jakmile se žena dostává do fáze skutečného porodu začíná převažovat její intuitivní jednání nad dosavadním rozumovým. Rodička se uzavírá do sebe a kontakty s okolím se vytrácejí. Mysl rodičky je zaměřena na to, co právě dělá, tedy rození a soustředí se na spolupráci s vlastním tělem – na probíhající kontrakce a na efektivní odpočinek mezi nimi. Všechny její pohyby, které vykonává víceméně automaticky a podvědomě, směřují k usnadnění průchodu miminka porodními cestami – proto také ženy dokážou porodit bez pomoci a bezpečně (Štromerová et al., 2010, s. 98).

### 2.3.2 Psychosomatické souvislosti porodu

Z mnohých autentických výpovědí rodiček vyplývá, že s blížícím se termínem porodu pociťují nemalé psychické napětí. Vlastní formu psychického napětí nejčastěji nastávající matky popisují jako strach a obavy z neznámého, strach z komplikací, které mohou v průběhu porodu nastat a ohrozit matku samotnou nebo její dítě a v neposlední řadě strach

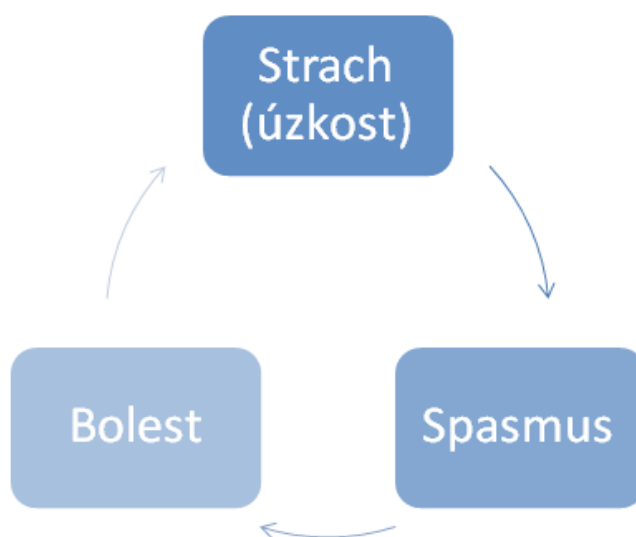
---

<sup>8</sup> **Přípravná fáze porodu (latentní fáze porodu)** – žena pociťuje stahy, ale ty mohou být nepravidelné co do intervalu nebo intenzity a mají mírný vliv na otvírání porodní cest (Štromerová et al., 2010, s. 111).

<sup>9</sup> **Aktivní fáze porodu** – doba, kdy se miminko za působení intenzivních a pravidelných kontrakcí aktivně posunuje porodním kanálem. Po ní následuje fáze přechodná a po ní doba tlačení, která odpovídá 2. době porodní dle klasického dělení porodního procesu na 4 doby porodní (Štromerová et al., 2010, s. 124).

z bolesti, kvůli které ztratí kontrolu nad porodem a která jim znemožní spolupracovat s porodní asistentkou a porodníky. Strach z porodu, jak prokazují četné zkušenosti porodníků, je velkým nepřítelem přirozeného porodu a negativně ovlivňuje spontánní porodní činnost. Rodičky, které jsou v klidu a ve vstřícném prostředí rodí daleko lépe než rodičky svázané hrůzou a nepohodou (Labusová a Mrzlíková-Susová, 2004, s. 24).

Již v roce 1933 anglický lékař Grantly Dick-Read<sup>10</sup> ve své první knižní publikaci „*Childbirth without fear*“ zveřejnil na základě svých dlouhodobých pozorování snadných a v naprosté většině bezbolestných porodů indiánských a dalších žen základní mechanismus syndromu strach – napětí – bolest, podle kterého hlavní příčinu bolesti a komplikací během porodu spatřoval v pocitu strachu a úzkosti, již podléhají na porod nepřipravené rodičky. Mechanismus působení tohoto syndromu je znázorněn na obrázku 3



**Obrázek 3** Znáznornění mechanismu působení syndromu strach – napětí – bolest

Odhalení mechanismu uvedeného syndromu umožnilo potvrdit, že duševní napětí a úzkost vedou k aktivaci sympatického nervového systému a svalovému napětí v porodních cestách, kde dochází k místní nedokrevnosti tkáně a následně vzniku bolesti (Ratislavová, 2008, s. 49). Při nadměrné bolesti se ženy křečovitě stahují, ztrácejí schopnost instinktivně reagovat na impulzy svého těla a impulzy vysílané dítětem, přestávají vnímat rad a doporučení blízké osoby i zdravotnického personálu a porod začíná vážnout.

Dick-Read rozlišoval dva typy bolestí během porodu: pravou (periferní) a nepravou (centrální) způsobenou strachem (Chertok, 1966, s. 30). Zdrojem periferní bolesti během

<sup>10</sup> **Grantly Dick-Read** (1890-1959) - britský porodník, příznivce přirozeného porodu. První prezident National Childbirth Trust, autor tří odborných publikací věnovaných porodnictví a propagátor myšlenky, že důvěra a víra mohou eliminovat strach z těhotenství a porodu.

porodu je neuromuskulární komplex způsobený zkracováním a dilatací děložního hrdla, otevíráním porodní branky, snížením zásobení děložní svaloviny kyslíkem v průběhu kontrakce (děložního stahu), rozepínáním pochvy a hráze, tlakem částí plodu naléhajících na pánevní struktury (Čermáková, 2008, s. 94).

Zatímco úsilím tehdejší medicíny bylo směřováno na ovlivňování bolesti u porodu pomocí farmak a urychlování porodu ve snaze zkrátit ženino trápení, Dick-Read spatřoval východisko pro usnadnění porodu v systematickém odstraňování zbytečného strachu a napětí. Ve svých kurzech připravujících budoucí matky na porod proto kladl důraz na informovanost rodiček, kterou kombinoval s nácvikem dýchání a relaxace. Ačkoli Dick-Read svou metodou „*porodem beze strachu*“ předběhl svou dobu o více jak půl století, jeho kolegové zvyklí vést porod s pomocí medikamentů a porodnických kleští zůstávali k jeho myšlence hluchí (Mongan, 2010, s. 31). V současné době metoda tohoto porodníka – vizionáře víceméně splynula s dnes známou porodnickou profylaxí, přestože teoretická východiska jsou rozdílná.

I když spouštěcí hormonální samoregulační mechanismus porodu není doposud zcela do podrobnosti prozkoumán, lze mechanismus Dick-Readova syndromu strach – napětí – bolest blíže vysvětlit a popsat pomocí dnes známých účinků některých hormonů.

Mezi pozitivní hormony, které se podílejí na spuštění porodního procesu, podporují její a vedou k jeho plynulosti, jsou řazeny zejména:

- **Oxytocin** („hormon lásky“) – vyvolává děložní činnost, posiluje mateřské cítění a uvolňuje mateřské mléko.
- **Endorfin** („hormon radosti“) – během porodu působí jako přirozený opiát, snižuje vnímání bolesti, vyvolává pocit úlevy a blaha, přispívá k pečovatelskému a láskyplnému chování matky k dítěti a podporuje uvolňování prolaktinu během porodu.

Oba tyto hormony se v dostatečné míře vyplavují v případě psychické pohody ženy.

Naproti tomu při stresových situacích se do organismu zvýšeně uvolňují **katecholaminy**.<sup>11</sup> Jejich nadměrná tvorba zejména v průběhu první doby porodní je považována za nežádoucí, protože zvyšují krevní tlak a snižují produkci přirozeného oxytocinu a endorfinu (Čermáková, 2008, s. 96). Tyto dopady působení katecholaminů mají negativní vliv na děložní činnost, placentární perfúzi a zásobení plodu kyslíkem. Při

---

<sup>11</sup> **Katecholaminy** - stresové hormony produkované chromafinními buňkami v dřeni nadledvinek. Nejznámějšími představiteli katecholaminů jsou adrenalin, noradrenalin a dopamin.

protrahované první době porodní nadměrná produkce katecholaminu v těle matky může vést až k těžké hypoxii plodu (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2001, s. 116). Negativní působení stresových hormonů je ovšem omezeno pouze na první dobu porodní. Ve druhé době porodní tyto hormony naopak dodávají ženě potřebnou sílu k vypuzení dítěte a katecholaminy jsou rovněž nezbytné i pro dobrou adaptaci dítěte po porodu.

Cítí-li se rodička před zahájením porodního procesu a v během první doby porodní bezpečně, má-li dostatek energie a není-li dehydratovaná, je-li jí teplo a je-li respektováno její soukromí, dojde ke snížení hladiny adrenalinu v krvi matky. Nižší hladina stresového hormonu v krevním řečišti umožní zvýšení produkce přirozeného oxytocinu a endorfinu, což vede k zahájení zdárného průběhu porodního procesu (Čermáková, 2008, s. 96). V opačném případě, zažívá-li rodička pocit ohrožení (ať už reálného nebo imaginárního), dochází k hyperaktivitě limbického systému a tím ke spuštění celé kaskády psycho-fyziologických jevů – zejména ke zvýšené parasimpatikotonii<sup>12</sup> a ke zvýšenému vyplavování serotoninu a katecholaminu (adrenalinu) se všemi následky pro organismus rodičky včetně její dělohy (Tress et al., 2004, s. 208).

Krev v tepnách zásobující těhotnou dělohou je odkláněna do orgánů zapojených do obrany, tepny se kontrahují, což způsobí nedostatečný přísun krve a kyslíku k děloze. S omezeným množstvím kyslíku a krve, které jsou zásadní pro synchronizovanou funkci děložního svalstva, dolní kruhová vlákna u děložního hrdla se namísto toho, aby se uvolnila a otevírala, stáhnou a sevřou a kladou odpor horním svislým svalům, které se neustále snaží vypudit plod ven. Děložní hrdlo však zůstává uzavřené. Mimo to, že se celý porodní proces může zpomalit nebo úplně zastavit, práci proti sobě takto působících svalů žena vnímá velmi bolestivě. Porodnická praxe tuto situaci označuje jako tzv. „nepostupující porod,“ který si obvykle vyžaduje lékařský zásah.

Z výše popsaného mechanismu působení hormonů v těle rodičky je zřejmé, že větší povědomí o důležitosti klidu, uvolnění, podpory a ujišťování rodičky o zdárném postupu porodu, by mohlo porod naopak urychlit (Mongan, 2010, s. 68). Uvědomíme-li si, že hormony vyplavované při stresových reakcích matky se dostávají se všemi možnými důsledky přes placentu i do krevního oběhu plodu, nabývá zajištění psychické pohody a odstranění strachu rodičky stále více na významu. Vliv a dopad působení matčiných hormonů během porodu na zdraví a vývoj plodu, není doposud zcela znám. Můžeme však

---

<sup>12</sup> **Parasympatokie** (vago-tonie) – funkční projevy z převahy vlivu parasymptiku (zpomalení srdeční činnosti, snížení krevního tlaku, dilatace cév vedoucích do gastrointestinálního traktu, snížení stažlivosti děložního svalstva)

odůvodněně předpokládat, že pro plod a jeho další vývoj není nepodstatné, zda se s těmito hormony setkává ojediněle nebo dlouhodobě (Čechová, Mellanová a Rozsypalová, 2001, s. 116).

Negativní vliv na produkci pozitivních hormonů má také neokortex (rozumový mozek), který zajišťuje racionální myšlení a sebeovládání. Při jeho nadměrné stimulaci (světlem, dotazy, vyrušováním) se rodička příliš soustřeďuje na to, jak její porod vnímá okolí (zda moc nekřičí, zaujímá správnou polohu, tlačí až na pokyn a podobně) a potlačuje tak svoje přirozené instinkty. Odvedení pozornosti rodičky od probíhajícího porodu tak paradoxně vede k tomu, že rodící žena začíná vnímat bolest a porod začíná váznout (Čermáková, 2008, s. 97). Jeden z hlavních principů psychologické přípravy k porodu je proto směřován na zaměstnání mysli rodičky jinou činností, jako jsou například opakované svalové monotónní pohyby, duševní relaxace, pozitivní myšlení, fixace určitého bodu v místnosti nebo koncentrace na dechovou činnost (Čech et al., 2006, s. 86).

### **2.3.3 Předporodní příprava**

Současný životní styl mnohých nastávajících rodiček vnitřnímu zklidnění a naladění mysli na blížící se porod příliš nepřeje. Z tohoto důvodu kvalitní psychoprofylaktická příprava těhotných žen patří mezi platnou formu psychologické intervence, která může pozitivně ovlivňovat prožívání a chování rodiček, které ji absolvují (Spurná, 2010).

#### **Historický vývoj metodologie předporodní přípravy**

Za zakladatele západoevropského směru přípravy k porodu je považován již zmiňovaný britský porodník Grantly Dick-Read. Jeho metoda dříve zvaná „*přirozený porod*“ byla později pojmenována názvem „*porod beze strachu*.“ Na základě učení I. P. Pavlova o podmíněných reflexech vypracovali v padesátých letech minulého století na Ukrajině charkovští lékaři Velvovskij, Platonov, Plotičer a Šugom komplexní metodu přípravy těhotné ženy k porodu, kterou prezentovali pod názvem „*psychoprofylaktická příprava k porodu*.“ Myšlenku psychoprofylaxe ukrajinských autorů převzal a modifikoval Francouz Ferdinand Lamaz. Dodnes je tato metoda v západoevropských zemích velmi oblíbená a známa jako „*Lamazova metoda*“ (Kratochvíl, 2009, s. 231). Základem této metody je použití relaxačních a dechových technik při porodních bolestech současně s trvalou podporou partnera (nebo jiné doprovázející osoby) a školené porodní asistentky. Veškeré úsilí všech zúčastněných je přitom směřováno k tomu, aby bylo ženě umožněno porodit zcela přirozeně (Murkoffová, Eisenbergerová a Hathawayová, 2004, s. 261). Po několik desetiletí byly výše popsané metody

považovány za metody porodnické nefarmakologické analgezie. V dnešní době však psychoprofylaktická příprava jako metoda porodnické analgezie ustoupila do pozadí a daleko více je zdůrazňována její platná forma psychologické intervence, která může pozitivně ovlivňovat prožívání a chování těhotných žen.

Přímým pokračovatelem francouzské školy se stal Frederick Leboyer a jeho žák Michel Odent. Frederick Leboyer, autor metody „*porodu bez násilí*“ nebo také „*něžného porodu*“, byl jedním z prvních západních porodníků, který se v šedesátých letech dvacátého století ostře postavil proti dosavadnímu přetechnizovanému porodnictví, které popisoval jako násilí páchané na novorozenci. Jeho myšlenky představovali novou éru v přístupu k rodící ženě a péči o novorozené dítě. Model porodu Fredericka Leboyera proto klade větší důraz na psychologickou přípravu matky a podporu jejího vztahu k dítěti již v prenatálním období. Během porodu francouzský porodník doporučuje zajistit ticho, přítmí a teplo, zdravotní personálu by měl být trpělivý a nesmí zasahovat do fyziologického průběhu porodu. Samozřejmostí Leboyerova modelu péče o rodičku je setrvání dítěte s matkou po porodu. Leboyerův žák, dnes celosvětově uznávaný francouzský porodník Michel Odent posunul svůj model porodu ještě blíže k porodu přirozenému, když namísto toho, aby ženám říkal, co mají dělat, je povzbuzuje v jejich víře v instinktivní chování. Předpokladem Odentova modelu je však potřebná svoboda a soukromí ženy (Roztočil, 2008, s. 151).

### **Cíle předporodní přípravy**

Hlavním smyslem předporodní přípravy tak, jak ji známe dnes, je psychická příprava na porod (psychoprofylaxe<sup>13</sup>), spočívající v pozitivním naladění ženy na blížící se porod, zmírnění nebo úplné odbourání jejich negativních emocí s porodem spojených, zbavení se zbytečného strachu a obav. Dalším cílem psychoprofylaxe je rodičku poučit a vybavit ji vyváženými informacemi a současně ji naučit praktickým dovednostem a návykům, které jí pomohou zvládnout nejenom těhotenství, porod a šestinedělí, ale i péči o novorozence.

Vyvážený a hodnotný předporodní kurz by měl u žen posilovat sebedůvěru v přirozené schopnosti těla a úctu k procesu zrození. Zároveň předporodní příprava nabízí nastávajícím rodičům možnost hlubšího sebepoznání a sebevzdělání (Labusová a Mrzlíková-Susová, 2004, s. 17-19). Psychoprofylaktická příprava rovněž představuje pro nastávající maminku možnost sdružovat se s ženami a jejich partnery, kteří se nacházejí v podobné životní situaci a sdílet s nimi své pocity.

---

<sup>13</sup> **Psychoprofylaxe** – v obecném pojetí znamená přípravu na větší fyzickou či duševní zátěž, vyplývající např. z náročné životní situace.

Pozitivní dopady kvalitních předporodních kurzů vedené kvalifikovanou porodní asistentkou (Roztočil, 2008, s. 150) jsou jasně patrné v následujících oblastech:

- snížení vnímání porodní bolesti, strachu a úzkosti.
- omezení aplikace léků, jako jsou například uterotonika či spasmolytika.
- zkrácení doby porodu.
- zvýšení sebekontroly rodičů ženy.
- psychologický přínos k prožitku porodu.
- posílení vztahu matky s novorozenečným dítětem.
- vytvoření předpokladů pro zdárný průběh šestinedělí a kojení.

### **Předporodní kurzy**

Struktura a náplň kurzů není v našich podmínkách standardní a kurzy se odlišují zejména v závislosti na tom, kdo je zprostředkovatelem předporodního kurzu. Náplň kurzů ve státních zařízeních a stále narůstajícím množství privátně vedených přípravných kurzů se výrazně liší (Roztočil, 2008, s. 150; Labusová a Mrzlíková-Susová, 2004, s. 14). Obecně by však poskytovatelé těchto služeb měli ženu (případně rodičovský pár) seznámit nejenom s fyziologií, ale především připravit partnery na všechny možné scénáře porodu. Rozsah informací předaných v průběhu kurzu by měl být vyvážený rozsahem i detaily – podvědomí těhotné ženy je velmi náchylné k ovlivnění a přílišná informovanost pak může být více ke škodě (Labusová a Mrzlíková-Susová, 2004, s. 18).

Prenatální kurzy bývají členěny do dvou částí – teoretické a praktické. Teoretická část je rozdělena do několika lekcí, kde se ženy pod vedením zkušených porodních asistentek a jiných odborníků (lékařů, pediatrů) seznamují s nejrůznějšími tematickými oblastmi související s celým perinatálním<sup>14</sup> obdobím. Rodičky získávají praktické informace o tělesných a psychických změnách v těhotenství, životosprávě, redukci strachu z porodu, potřebných úkonech v průběhu těhotenství a nástupu do porodnice. Teoretická příprava k porodu zahrnuje seznámení s průběhem jednotlivých dob porodních, informacemi o možných alternativách porodu (porod do vody, ambulantní porod), informované volbě (lékařsky vedený nebo přirozený porod), porodním plánem, přítomností partnera u porodu a jeho roli v porodním procesu a zvláštní pozornost je věnována vnímání bolesti u porodu a možnostem jejího ovlivnění (farmakologické, nefarmakologické). Teoretická část přípravy je zakončena poskytnutím informací o šestinedělí a raném rodičovství, péči o miminko

---

<sup>14</sup> **Perinatální** - období před, v průběhu a po porodu.

a kojení. Doporučenými náměty kurzu jsou také problematika partnerských vztahů v perinatálním období, poznatky z prenatální psychologie a právní ochrana a hmotné zabezpečení těhotné ženy (Labusová a Mrzlíková-Susová, 2004, s. 18; Pařízek, 2009, s. 380).

Obsahem praktické části předporodních kurzů jsou pak cvičení, která rodičkám pomohou lépe snášet aktivitu během porodu a nácvik jednotlivých dovedností (dýchání, relaxace, nácvik porodní polohy). Veškerou fyzická aktivita by však měla být konzultována s ošetřujícím lékařem (Pařízek, 2009, s. 380).

Mimo agentur, které nabízejí předporodní přípravu, mají ženy možnost využít s předporodních kurzů zprostředkovaných samotnými porodnicemi, které jim často mimo informací o běžném průběhu porodu a o službách, umožní seznámení s prostředím porodního sálu formou jeho prohlídky.

V porovnání se zahraničím, kde je prenatální příprava jako ideální možnost péče o těhotnou ženu částečně hrazena pojišťovny, tomu v našich podmínkách tak není a nastávající matky si náklady předporodních kurzů hradí samy (Labusová a Mrzlíková-Susová, 2004, s. 19).

#### **2.3.4 Psychosociální faktory ovlivňující prožívání porodu**

Kvalita perinatální péče již dnes není posuzována pouze na základě statistických hodnot mateřské a novorozenecké morbidit a mortalit, ale stále více dochází k zohlednění spokojenosti samotné rodičky s poskytovanou péčí. Vliv psychiky na průběh porodu, kvalitu porodního zážitku a i na úspěšné zahájení kojení byl mnohokrát prokázán, proto není nepochopitelné, že právě psychosociální faktory hrají rozhodující roli v oblasti spokojenosti rodiček s perinatální péčí.

Zdravotnický personál provázející ženu předporodní, porodní a poporodní péčí musí mít neustále na mysli, že psychosociální potřeby rodící ženy mají být naplňovány nikoli na úkor bezpečnosti porodu, ale právě pro větší bezpečnost porodu a procesů s ním spojených.

#### **Vliv prostředí a chování ošetřujícího personálu na porod**

Jedním z hlavních předpokladů bezpečného porodu je zajistit ženám takové prostředí, ve kterém se budou cítit bezpečně. U rodiček žen jde především o touhu po důvěře, spolehlivosti a zbavení se nejistoty a strachu. Celkovou atmosféru na porodním sále proto vytváří nejen prostředí samotné, které by mělo být příjemné, klidné, teplé a dobře větratelné, ale především ji vytváří lidé, kteří jsou přítomni (Štomerová et al., 2010, s. 132).



Vztahy se zdravotníky v porodnici jsou důležité nejen pro emoční pohodu žen a jejich spokojenost s poskytovanou péčí, ale i pro zdárný průběh porodu, což potvrzují výsledky průzkumu zkoumající souvislost psychosociálních aspektů perinatální péče s některými zákroky a zdravotními komplikacemi (Takács, Kodyšová a Seidlerová, 2012, s. 195). Profesionální přístup a vlídné chování všech zdravotníků pečující o ženu, zejména jejich schopnost empatie, ohleduplnost k soukromí a studu rodičky a poskytování psychické podpory je proto více než žádoucí. K uvolnění a snížení psychického napětí na porodním sále přispívá také zdvořilé jednání a způsob komunikace ošetřujícího personálu s rodičkou, přičemž důležitou roli sehrává již vhodné oslovení budoucí matky. Vlídny kontakt sám o sobě snižuje vnímání bolesti.

### **Informovanost rodičí ženy**

Vhodný způsob komunikace a předávání relevantních informací v takové míře, která je úměrná stavu a chování rodičky je klíčovým prvkem pro zachování pocitu bezpečí. Aktuální pocit ohrožení jde ruku v ruce s mírou a kvalitou dostupných informací, při jejich nedostatku člověk prožívá strach a úzkost (Čechová, Mellanová a Rozsypalová, 2001, s. 116). Nastávající matka by měla být ovšem vybavena nejenom informacemi týkajícími se porodu – srozumitelnost pravidel denního režimu porodnice patří také mezi důležité faktory, které mohou ovlivnit prožívání porodu a spokojenost rodičky (Takács a Mlíková-Seidlerová, 2012).

### **Kontrola rodičky nad porodním procesem a její podíl na rozhodování**

Ošetřující personál by neměl přistupovat k ženě direktivně, ani jí vnucovat zvyklosti svého pracoviště. Veškeré zamýšlené zákroky by měly být s ženou prodiskutovány a žena by měla mít možnost se rozhodnout, zda je podstoupí či nikoli. Ke zdárnému průběhu porodu a větší spokojenosti z něj jednoznačně přispívá, jestliže žena má pocit vlastní kompetence a může spolurozhodovat s lékařem o způsobu vedení porodu. Pozitivní vliv možnost kontroly porodního děje a informované volby (Aperio et al., 2006, s. 233) byl v předchozím textu práce již zmiňován opakovaně.

### **Podpora v průběhu porodu, doprovod u porodu**

Ženy, které rodí v porodnici, se dostávají do nového prostředí a mezi zcela neznámé lidi. Blízká osoba jim může pomoci v mnoha ohledech, z nichž nejdůležitější je rychlá adaptace na nové prostředí i životní situaci. Podpora, povzbuzení a láskyplná péče osoby, které žena důvěřuje, snižuje její pocit izolace a napomůže jí k uvolnění a soustředění na porod. Osobou doprovázející rodičku může být kdokoli - přítelkyně, dula, porodní asistentka nebo jako je

tomu ve většině případů partner rodičky. Pokud se doprovod rodičky se svojí rolí u porodu dostatečně ztotožní, může být pro ženu velkou oporou, a to jak psychickou tak i fyzickou. Ačkoli je v literatuře snad nejvíce rozpracován příznivý vliv psychologické podpory ženskou průvodkyní – dulou (M. Klaus, H. Kennell a H. Klaus, 2004), přítomnost jakékoli blízké osoby u porodu většinou zásadně pozitivně ovlivní průběh porodu, jak dokládá doporučení WHO (1996) pro péči při normálním porodu sestavené na základě rozsáhlých výzkumů. Výsledky těchto výzkumů dokládají, že kontinuální empatická a tělesná podpora blízké osoby přináší mnoho výhod, včetně kratšího trvání porodu, podstatně menší potřeby medikace a epidurální analgezie, snížení počtu případů s Apgar skóre<sup>15</sup> < 7 a méně operativních porodů. V ideálním případě začíná úloha partnera u porodu mnohem dříve než vlastní porodní proces.

### **Podpora nepřetržitého kontaktu matky a dítěte**

Časný kontakt matky a novorozence je důležitý pro nastavení citových pout a vazeb mezi matkou a dítětem. Je zřejmé, že naprostá většina matek bude vyžadovat okamžitý kontakt se svým dítětem ihned po narození - položení dítěte na břicho matky a přiložení k prsu. Umožnění časného kontaktu matky a dítěte patří mezi faktory určující spokojenost rodiček (Takács, Kodyšová a Seidlerová, 2012).

---

<sup>15</sup> **Apgar skóre** - mezinárodně užívané hodnocení stavu novorozence po porodu na základě předem definovaných znaků.

## **3 VÝZKUMNÁ ČÁST**

Výzkumná část diplomové práce shrnuje prováděná šetření a uvádí výsledky průzkumu názorů rodiček na možnost využití porodního plánu jako efektivního nástroje komunikace mezi ženou chystající se přivést na svět své dítě, a zdravotníky, kteří jí mají na porodním sále během porodu asistovat.

### **3.1 Předmět výzkumu**

Předkládaná diplomová práce je případovou studií zpracovanou metodou kvalitativního výzkumu zaměřenou na těhotné ženy, které vyjádřily svá přání týkající se průběhu porodu sepsáním porodního plánu.

Předmětem výzkumu uskutečněného v rámci realizace diplomové práce bylo získat vyjádření rodiček týkajících se jejich přání a představ o průběhu porodu a následně získat zpětnou vazbu - zjistit, zda došlo k naplnění těchto představ za využití porodního plánu. Neméně důležitou, avšak vzhledem k zadání diplomové práce vedlejší součástí výzkumu, bylo získání odpovědi na otázku, zda naše současné zdravotnictví dospělo do stavu, kdy je schopno efektivně využít aktivního přístupu rodiček a prostřednictvím vytvořeného porodního plánu spolupracovat s budoucí matkou při narození dítěte.

#### **3.1.1 Výchozí předpoklady**

Uskutečněné šetření je postaveno na logicky odůvodněném předpokladu, že pokud natolik jedinečný a emotivní děj, kterým bezesporu je narození dítěte, proběhne přesně podle přání a představ budoucí matky, lze s jistotou tvrdit, že zážitky rodičky vytvoří silné citové pouto k narozenému dítěti. Rodička pak bude na porod následně vzpomínat jako na neopakovatelnou, pozitivními emocemi nabitou událost, kterou začal život jejího dítěte na tomto světě a tyto vzpomínky pak mohou kdykoli posilovat a upevňovat vztah mezi matkou a jejím dítětem po celý jejich společný život.

Má-li být naplněn výše popsáný základní předpoklad, musí porodní plán jako účinný nástroj pro přípravu rodičky k porodu a při jeho vedení, splňovat podmínku, že předem připravený porodní plán představuje efektivní komunikační nástroj mezi rodičkou a zdravotnickým personálem a umožňuje uskutečnit přání a představy rodičky v rámci konkrétních omezení, která mohou být představována například jejím zdravotním stavem, vybavením zdravotnického zařízení, průběhem porodu a dalšími zcela neovlivnitelnými jevy.

Negativní aspekty porodního děje, jakými může být například strach, neosobní přístup personálu či jeho nátlak na rodičku, jsou následně minimalizovány nebo vyloučeny tím, že se obě strany, tedy rodička i zdravotnický personál, snaží postupovat podle porodního plánu.

Smysluplnost a účinnost porodního přání lze přitom ověřit poměrně jednoduchým způsobem – pokud porodní plán naplňuje představy, které měla budoucí rodička při jeho tvorbě, neměly by být skutečné zážitky při porodu ovlivněny neočekávanými komplikacemi nebo překážkami a rodička bude hodnotit porodní plán jako smysluplný komunikační nástroj i v případě, že porod neprobíhal hladce a v souladu s jejími původními představami.

### **3.1.2 Metoda a nástroje výzkumu**

Základní použitou metodou uskutečněného kvalitativního výzkumu byla případová studie zaměřená na podrobný popis a následnou analýzu jednoho nebo několika málo případů následně porovnávaných mezi sebou (Hendl, 2008, s. 102). Tento způsob výzkumu byl zvolen z toho důvodu, že umožňuje narozdíl od klasického kvalitativního výzkumu prozkoumat zájmovou problematiku více do hloubky a pochopit ji tak v širších souvislostech a s ohledem na zkoumaný subjekt. Použitá metoda dále poskytuje možnost získat značné množství dat od relativně malého reprezentativního vzorku respondentů a její další nezanedbatelnou výhodou je fakt, že umožňuje na začátku stanovené výzkumné otázky modifikovat a uzpůsobovat potřebám probíhajícího výzkumu (Hendl, 2008, s. 50).

Výhodou použitého kvantitativního přístupu je i jeho orientace na člověka – často bývá označován jako humanistický přístup (Loučková, 2010, s. 49) – tato vlastnost použité metody byla pro její výběr určující vzhledem k vlastnímu zaměření výzkumu na téma spojené s narozením člověka.

Vlastní výzkum je orientován na skupinu těhotných žen, které před svým porodem využily možnosti sestavit porodní plán a během porodu se jej rozhodly použít. Základním nástrojem uskutečněného výzkumu se stal dvoufázový polostrukturovaný hloubkový rozhovor, a to především proto, že nabízí velkou míru flexibility během celého procesu získávání informací, i když si zachovává stanovenou osnovu a je cíleně zaměřený (Hendl, 2008, s. 164). Polostrukturovaný hloubkový rozhovor byl dále doplněn metodou technicky zúčastněného nestandardizovaného pozorování, která umožnila získaná data doplnit poznámkami a postřehy získaných přímo během prováděných rozhovorů.

### 3.1.3 Polostrukturovaný hloubkový rozhovor

Polostrukturovaný hloubkový rozhovor použitý pro sběr dat byl založen na otázkách zaměřených na získání relevantních odpovědí těhotných žen vztahujících se k problematice porodního plánu a očekávání před porodem (I. fáze) a mapující reálnou situaci po proběhnuvším porodu (II. fáze).

Počáteční otázky první fáze polostrukturovaného rozhovoru byly zaměřeny zejména na ověření základních informací:

- o respondentce (věk, stav, vzdělání, bydliště),
- o těhotenství (parita, plánované/neplánované, pohlaví dítěte),
- o partnerovi respondentky (reakce na těhotenství, zájem být přítomen u porodu, aktivní participace na přípravu na porod),
- o zdravotnickém zařízení, které si respondentka zvolila pro porod,
- o účasti na předporodních kursech a náplni těchto kursů,
- o názorech respondentky na předporodní kurs a způsob, kterým byl veden, případně o zájem využít možnosti asistence porodní asistentky, která kurs vedla u porodu.

Po zjištění základních informací o rodiče a její přípravě k porodu byl cíleně zjišťován vztah a informovanost respondentky o problematice porodního plánu – konkrétně byl rozhovor zaměřován na popsání:

- prvotní zdroje informací o porodním plánu (internet, přátelé, porodní asistentka),
- představ respondentky o významu, účelu a závaznosti porodního plánu,
- motivu respondentky pro sepsání porodního plánu,
- zda a z jakého vzoru vycházela respondentka při sestavování porodního plánu,
- zda využila respondentka při sestavování porodního plánu něčích rad (příteklyně, jiná rodička, porodní asistentka, porodník),
- očekávání a přání respondentky uvedených v porodním plánu,
- jakou váhu respondentka porodnímu plánu přikládá,
- reakce, kterou respondentka očekává od zdravotnického personálu na její porodní plán
- zda respondentka předpokládá, že porodní plán ovlivní přístup zdravotnického personálu k vedení jejího porodu,
- zda respondentka předpokládá, že její porodní plán bude akceptován,
- předpokládané reakce respondentky na porušení jejího porodního plánu.

Na základě poskytnutých informací bylo možno poměrně přesně popsat očekávání rodičky od porodního plánu před vlastním porodem. Konfrontace očekávání s realitou byla náplní druhé fáze polostrukturovaného rozhovoru, která byla prováděna po porodu respondentky. Témata této části rozhovoru se týkala ověření základních informací o průběhu porodu a následně o reálném uplatnění a dopadu porodního plánu na vlastní průběh porodu – rodičky byly proto dotazovány na:

- podrobný popis průběhu porodu,
- subjektivní pocity během porodu,
- přítomnost partnera při porodu,
- informovanost zdravotnického personálu o porodním plánu respondentky,
- jakým způsobem a kdy zdravotnický personál probral připravený porodní plán s respondentkou,
- ochotu zdravotnického personálu porodní plánu respondentky akceptovat,
- přítomnost porodní asistentky/duly u porodu,
- dodržení porodního plánu zdravotnickým personálem,
- splnění nadstandardních přání respondentky (například porod do vody),
- podávání informací zdravotnickým personálem během porodu,
- možnost ovlivnění chování zdravotnického personálu k respondentce tím, že respondentka předložila porodní plán..

Závěr druhé fáze polostrukturovaného rozhovoru byl zaměřen na zhodnocení významu porodního plánu samotnou respondentkou a to konkrétně na:

- sestavení porodního plánu i pro případný další porod respondentky,
- doporučení porodního plánu jako vhodného prostředku komunikace se zdravotnickým personálem pro další rodičky,
- případné změny svého porodního plánu po konfrontaci s reálným průběhem porodu.

### **3.2 Realizace výzkumu**

Výzkum byl realizován na poměrně úzkém, nicméně reprezentativním vzorku osmi respondentek v Jihomoravském kraji. Při výběru a vytipování respondentek výzkumu využila autorka pomoc porodních asistentek a dul poskytujících svoje služby v uvedené lokalitě. Tento přístup představuje doporučený způsob výběru sledovaného výzkumného souboru (Hendl, 2008, s. 150), kde právě tyto pracovnice představují tzv. *gatekeepers*, tedy osoby,

kteře umožňují výzkumníkovi pobyt v terénu a zprostředkovávají mu přístup k zajímavým a hledaným osobám. Dále bylo využito techniky tzv. „*sněhové koule*“ (snowball sampling), při které původní známý případ vede výzkumníka k jiným členům cílové skupiny (novým případům).

Vybrané respondentky výzkumu byly kontaktovány telefonicky nebo prostřednictvím elektronické pošty a možnost uskutečnění rozhovoru s nimi byla domlouvána individuálně, včetně místa a podmínek, za kterých byly ochotny se výzkumu zúčastnit. Naprostá většina rozhovorů probíhala v prostředí vlastního domova respondentek, pouze několik rozhovorů se odehrávalo v klidné atmosféře kaváren. Základní profil respondentek byl získán ještě před samotným uskutečněním rozhovoru při jejich výběru. Tyto údaje byly ověřeny na začátku samotného rozhovoru. Vlastní průběh rozhovoru byl nahráván na přenosné záznamové zařízení a důležité údaje byly zapisovány rovněž do výzkumného deníku.

Během výzkumu a rozhovorů byla dodržována veškerá etická pravidla spojená s kvalitativním výzkumem. Na začátku každého prvního setkání byla respondentka důkladně seznámena s povahou výzkumu a s podmínkami informovaného souhlasu s poskytováním informací. Rozhovor byl následně prováděn pouze v případě, že respondentka projevila aktivní souhlas (Hendl, 2008, s. 152). V rámci zajištění anonymity respondentek jsou jména uvedena v diplomové práci smyšlená pro nemožnost dohledání respondentky.

### **3.2.1 Metodika výběru vzorku**

Pro splnění záměrů prováděného výzkumu bylo nutné, aby oslovené respondentky disponovaly určitými znaky a charakteristikami. Jak bylo již zmíněno v předcházejícím textu, jednalo se o ženy těhotné, které si samy vytvořily porodní plán a tento se chystaly využít během svého porodu v porodnici. Uvedený společný znak byl základní podmínkou pro to, aby se tato žena mohla být zahrnuta do prováděného výzkumného šetření.

Vzhledem k tomu, že porod je věcí nezvratnou, která ve většině případů nastává v předpokládaném termínu, byla nutno ve vztahu k termínu odevzdání diplomové práce stanovit ještě jednu podmínku, a to termín porodu, který se musel nacházet v intervalu od 1. května do 25. srpna. 2013.

Výběr respondentek výzkumu se následně odvíjel od výše popsaných podmínek, a protože každá z oslovených rodiček základního souboru neměla stejnou možnost (pravděpodobnost) stát se součástí výběrového souboru prováděného výzkumu, jednalo se o záměrný výběr (Reichel, 2009, s. 80).

Uvedený způsob výběru vzorku lze rovněž označit za účelový (expertní), kdy výzkumník na základě svého posouzení vybírá takový vzorek, který mu umožní nejlépe prozkoumat výzkumné otázky vztahující se k výzkumným cílům (Kutnohorská, 2008, s. 70).

### 3.2.2 Sledovaný soubor

Autorka diplomové práce vytvořila způsobem popsaným v předcházející kapitole výzkumný vzorek složený z osmi respondentek, jejichž charakteristika je uvedena v následující tabulce 2.

**Tabulka 2** Charakteristika respondentek výzkumného šetření

jméno	parita	věk	vzdělání	bydliště	předporodní příprava	doprovod u porodu	porodnice (počet porodů ročně)
Miriám	I.	26 let	VŠ	Brno	ano	P + PA	PO (600+)
Dana	I.	26 let	VŠ	Brno	ano	P	FN (3000+)
Blanka	I.	28 let	VŠ	Brno	ano	P	FN (3000+)
Monika	I.	28 let	VŠ	Brno	ano	P + PA	PO (600+)
Linda	I.	30 let	VŠ	Brno	ne	P + (D)	FN (3000+)
Edita	I.	35 let	VŠ	Bratislava	ano	P + D	FN (3000+)
Pavčina	I.	37 let	VŠ	Brno	ano	P	PO (1500+)
Magda	I.	40 let	VŠ	Brno	ano	P + PA	PO (1500+)

P - partner, PA - porodní asistentka, D - dula, PO - příspěvková organizace, FN - fakultní nemocnice

Ačkoli se jedná o relativně úzký výzkumný vzorek, shrnutí údajů o respondentkách provedené v tabulce číslo 2 v kontextu s provedenými rozhovory naznačuje některé skutečnosti, které však nelze obecně uplatnit pro celou populaci, ale mohou sloužit jako východiska pro jejich následné statistické ověření. Porodní plány si sepisují z výzkumného vzorku ženy vzdělané a informované z předporodních kurzů, kde si je rodičky sestavují nejčastěji na základě instrukcí a rad tavních porodních asistentek a dul. Vzhledem ke známé skutečnosti, že předporodní kurzy navštěvují zejména ženy rodící poprvé, není rovněž překvapivé, že porodní plán si budou sepisovat zejména prvorodičky. Na internetu tyto ženy vyhledávají zejména formu porodního plánu a vhodné formulace svých přání. Jako doprovázející osobu si volí jednak své partnery, ale také osobní porodní asistentky nebo duly.



Z uvedených zjištění lze usuzovat, že ženy z menších měst porodní plány sepisují daleko v menší míře, jelikož nabídka předporodních kurzů je díky větší poptávce rozšířena zejména do velkých měst. Lokalita hraje rovněž podstatnou roli při výběru místa porodu - ženy s porodními plány vyhledávají pro svůj porod porodnice s menší kapacitou, kde očekávají daleko přirozenější průběh porodu a větší vstřícnost personálu.

### **3.2.3 Způsob sběru dat**

Jak již bylo uvedeno v předchozím textu, s respondentkami výzkumu byl prováděn dvoufázový polostrukturovaný rozhovor. První rozhovor byl uskutečněn ještě před porodem v době, kdy již respondentka měla porodní plán promyšlený a sepsaný, druhý rozhovor byl realizován s různým časovým odstupem po porodu, avšak ve všech případech nepřekročil odstup období maximálně tři týdnů. Celková doba jednoho každého rozhovoru se pohybovala v rozmezí dvaceti minut až hodiny.

Záměr uskutečnění strukturovaného rozhovoru ve dvou fázích vychází z reálné skutečnosti, že představy a očekávání o tom, jak by věci měly probíhat, se mnohdy odlišují od toho, jak věci nakonec reálně dopadnou, a porodní plán těhotných žen není výjimkou. Z tohoto důvodu bylo důležité během první fáze rozhovoru získat od respondentek informace nejen o motivech, které je vedly k vytvoření si porodního plánu, ale zejména o jejich očekáváních týkajících se přístupu k porodnímu plánu ze strany zdravotníků, vnímání porodního plánu samotnými respondentkami a v neposlední řadě fakt, jakou váhu porodnímu plánu přiřkládají samotné respondentky. Druhá fáze rozhovoru uskutečněná po porodu pak sloužila zejména ke zhodnocení skutečnosti a pocitů respondentek a k získání informací o chování a reakci zdravotnického personálu.

Před uskutečněním rozhovorů byl předem připraven seznam otázek navržených tak, aby pomocí odpovědí na ně bylo možno dosáhnout cílů výzkumu. Uvedené otázky představovaly milníky, podle kterých bylo možno se během rozhovoru orientovat a nasměrovat jej určitým požadovaným směrem. Avšak povaha polostrukturovaného rozhovoru dovoľovala připravené otázky upravovat a doplňovat dotazy podle potřeb vývoje rozhovoru a nastalé situace. Na začátku rozhovoru byl volen takový typ otázek, které nevyžadoval dlouhého přemýšlení, respondentku spíše motivoval a snižoval její nejistotu z rozhovoru. Následně byly kladeny otázky složitější a cílené na určitá témata. Ve snaze vyhnout se snížení zapojení respondentky do rozhovoru byly otázky kladeny tak, aby na sebe logicky a plynule navazovaly a respondentky nepřebíhaly od jednoho tématu k druhému. Při vedení rozhovoru byl neustále

kladen důraz na to, aby respondentky nebyly ve výpovědích zbytečně přerušovány a byl jim ponechán dostatek času na odpověď.

Všechna uvedená pravidla byla dodržována s cílem přiblížit rozhovor konverzačnímu stylu, aniž by se tazatel nechal do skutečné konverzace vtáhnout a bylo tak možno efektivním způsobem získat požadované informace (Kaufmann 2010, s. 52-54).

### **3.2.4 Zpracování dat**

Údaje získané záznamem na přenosné záznamové zařízení, byly nejprve doslovným přepisem zvukových nahrávek převedeny do písemné formy a následně bylo přistoupeno k jejich analýze.

Pro zpracování dat bylo využito metody otevřeného kódování. Data byla analyzována opakovaným pročitáním záznamů polostrukturovaných rozhovorů, přičemž byla opatřována specifickými kódy a poznámkami. Pravidelně se vyskytující a tematicky příbuzné jevy, byly následně sdružovány do obecnějších kategorií a podkategorií. Na základě této analýzy dat byly zjišťovány shodné či rozdílné odpovědi respondentek vypovídající o jejich názorech, postojích a zkušenostech s uplatněním svých porodních plánů.

## **3.3 Výsledky výzkumu**

Vzhledem k tomu, že polostrukturované rozhovory s ženami, které se účastnily výzkumu, probíhaly ve dvou fázích, je prezentace výsledků výzkumu prováděna ve dvou kapitolách. V první kapitole jsou na základě odpovědí respondentek poskytnutých během prvního rozhovoru podrobně analyzována nejenom přání rodiček a jejich motiv k sepsání porodního plánu, ale rovněž i faktory ovlivňující výběr místa či zdravotnického zařízení a představy, zda porodní plán umožní zabezpečit očekávanou úroveň komunikace a vzájemného porozumění se zdravotnickým personálem. Výsledky výzkumu jsou prezentovány tematicky na základě shodných znaků zmiňovaných v průběhu rozhovorů respondentkami.

Odpověď na otázku, do jaké míry byla splněna přání rodiček vyslovená a popsána v jimi předložených porodních plánech, je shrnuta ve druhé kapitole obdobným způsobem, kdy jsou nejprve na začátku stručně popsány průběhy porodů jednotlivých respondentek.

Zjištění získaná během obou fází polostrukturovaných rozhovorů jsou prezentována formou hodnotícího komentáře zahrnujícího autentické citace jednotlivých respondentek. Uváděné citace jsou do textu práce převáděna v doslovném znění a pro odlišení od ostatního textu vyznačeny kurzívou, přičemž respondentka je vždy označena svým zástupným jménem

používaným k identifikaci v rámci sledovaného souboru. Shrnutí získaných poznatků je prováděno na konci většiny tématických celků první kapitoly v tabulkové formě.

### **3.3.1 Očekávání a přání rodiček (I. fáze výzkumného šetření)**

V současné době lze odůvodněně tvrdit, že přání žen, které se chystají přivést na svět své dítě, budí v nejlepším případě pozornost a ve většině případů bohužel stále nepochopení. I přes relativně dlouhou dobu, která uběhla od společenských změn na začátku devadesátých let minulého století, zůstávají přání žen často nevyslyšena a jsou vnímána jako něco nepatřičného či jako zásah do odbornosti zdravotnického personálu.

Budoucí rodička si ke svému porodu většinou přináší směsici nejrůznějších přání a pocitů, které mají původ v mnoha, často velice rozdílných zdrojích. Tyto představy se navíc mnohdy samostatně a nezávisle na okolí rozvíjí během celého těhotenství a nabývají na intenzitě v období, kdy si žena nevyhnutelnost porodu uvědomuje. Prvořadým úkolem zdravotnického personálu je pokusit se během přípravy k porodu tyto představy rodiček poznat, negativní emoce a obavy rozptýlit a psychiku rodičky posílit, protože právě psychika rodící ženy hraje během porodu rozhodující roli. Tato úloha zdravotníků nabývá navíc na významu, protože trend dnešní doby individuálnímu a citlivému přístupu příliš nepřeje. A právě snaha o nalezení pomyslného pevného bodu a zajištění individuální péče a účasti na jedinečném aktu zrození vede rodičky k pokusům vyjádřit svá přání v podobě porodního plánu, přičemž tato snaha může být motivována různými příčinami.

#### ***Strach a obavy***

Porod je pro naprostou většinu žen velice náročnou životní situací a zcela přirozeně jsou v očekávání, jak v této situaci obstojí. Strach a obavy dostihnou s přibližujícím se porodem každou ženu a je přitom lhostejné, jak dlouho a jak pečlivě se připravovala. Je také pochopitelné, že jiné obavy bude pociťovat prvorodička a jiné žena, která rodí opakovaně – zatímco v prvním případě se jedná o strach z neznámého, ve druhém případě přichází obavy a očekávání, jak bude porod probíhat tentokrát, a to zvláště tehdy, byl-li předcházející porod spojen s negativním zážitkem.

Míra obav prvorodiček (všech respondentek prováděného výzkumu) přitom kolísá od zvědavosti až po mírný strach, obecně však převládá očekávání z něčeho neznámého nebo nové zkušenosti.

*„Spíše zvědavost – jaké to bude, jak to budu zvládat – také trochu strach, ale převažuje teď ta zvědavost.“*

(Blanka)

„Nějaké obavy – to nemám. Samozřejmě, že se nějaké obavy během prvního těhotenství objeví... ale já říkám, že počkám, až to přijde a pak uvidím. Bude to pro mě nová zkušenost.“

(Magda)

*„No já si myslím, že to bude nezapomenutelný zážitek. Já jsem to pojala tak trochu alternativně, že to беру jako svůj velký přerod a začátek nové životní etapy... Hrozně se na to těším – zaměřila jsem se na pozitivní věci ... je to velká zkušenost a událost a je škoda k tomu přistupovat jako k něčemu bolestivému, nepříjemnému ...“*

(Miriam)

Pokud mají rodičky nějaké obavy, tak mezi nimi převažuje očekávání, že porod bude provázet bolesti, případně neočekávané komplikace.

*„Doufám, že to bude rychlé, v pořádku bez komplikací ...“*

(Pavčina)

*„Určitě čekám bolest, ale docela si věřím, že ji snesu a na konci [bude] naše dítě. Přála bych si prožít přirozený porod s minimem zásahů. Tak doufám, že nenastanou nějaké komplikace, které by to překazily ...“*

(Linda)

Jako ojedinělý jev byla zaznamenána obava z nedostatku vlastních schopností a fyzické náročnosti porodu.

*„Tak čekám, že to bude dítě, zdravý kluk tedy ... a že to proběhne bez komplikací a hladce, to je co čekám, co bych si přála ... ale počítám s tím, že to bude záběr a něco, co jsem dosud nezažila, že to bude bolet tak, že si to nedokážu představit ... bude to náročné ... čekám, že si sáhnu na dno.“*

(Edita)

Obavy ze zásahu zdravotnického personálu nevynuceného komplikacemi při porodu, které lze často nalézt mezi motivy pro sepsání porodního plánu, přiznává přímo a spontánně pouze jediná z respondentek výzkumu.

*„... nad bolestí se snažím nepřemýšlet, ... jsem tvrděák, takže se toho nebojím, že by to mělo bolet ... spíš se bojím, aby mě ti doktoři vyhověli v tom všem, co chci ...“*

(Dana)

Shrnutí výzkumných zjištění týkajících se strachu a obav rodiček je provedeno v tabulce 3.

**Tabulka 3** Shrnutí výzkumných zjištění – strach a obavy rodiček

<b>Strach a obavy rodiček</b>
<i>Většina rodiček uvádí očekávání až obavy z něčeho nového a nepoznaného, porod pro ně představuje novou zkušenost. Spíše než strachu z bolesti se rodičky obávají možného výskytu neočekávaných komplikací a dostatku vlastních schopností Strach z autoritativního chování a zásahů zdravotnického personálu do průběhu porodu udávají spontánně pouze některé nastávající matky, přestože i ve výpovědích ostatních žen se objevuje určitá obava z postoje zdravotníků k jejich porodnímu plánu a jeho akceptování.</i>

Obecně lze tedy vyloučit strach z bolesti jako podmínku pro sepsání porodního plánu a stejně tak lze potvrdit, že komplikace při porodu rodičky akceptují jako důvod, proč je možné se od porodního plánu odchýlit. Naopak obavy z autoritativního chování zdravotnického personálu během porodu mají nezpochybnitelný vliv na sestavení porodního plánu.

#### **Zdroje informací o porodním plánu**

Pokud má porodní plán splnit svůj prvotní účel komunikačního nástroje mezi rodičkou a zdravotníky, musí mít žena připravující se na porod možnost se o porodním plánu dozvědět. Zdroje informací by přitom měly být kvalitní, dostupné a o existenci porodního plánu by se v ideálním případě měla dozvědět i rodička, která jinak informace aktivně nevyhledává.

Respondentky výzkumu přitom jako primární zdroj informací o existenci a účelu porodního plánu označují různé prostředky.

*„Takže pořád čtu a hledám – tam [v literatuře] jsem se to dozvěděla sama ...“*

(Dana)

*„... z internetu, když jsem při hledání různých informací narazila na porodní plán. Zajímalo mne to, tak jsem si to vyhledala. Vzorové plány mají na svých stránkách i některé porodnice, tak jsem se podívala i tam...“*

(Linda)

*„Poprvé jsem se o porodním plánu dozvěděla, když jsem začala chodit na to cvičení pro těhotné. ...[Řekla mi to] přímo cvičitelka, ona je zároveň i dula.“*

(Edita)

Ačkoli byl výzkum prováděn na poměrně úzkém sledovaném souboru respondentek, výsledky jsou vzácně vyrovnané a lze potvrdit, že jako primární zdroj informace o existenci porodního plánu figurují se stejnou četností literatura, porodní kurzy a internet. Žádná z respondentek neuvádí jako prvotní zdroj informací o porodním plánu své blízké – partnera, matku nebo přítelkyně.

Sekundárním zdrojem informací o porodním plánu (tedy zdrojem informací o jeho náplni, formě a struktuře) byly v naprosté většině porodní kurzy, přičemž na některých kurzech byla přímo jedna z lekcí věnovaná porodním plánům.

*„ ... potom až na tom kurzu tedy, tam to s námi bylo přímo probírané. “*

(Monika)

*„ Ano, s doulou jsme řešili porodní plán ... jedna z přednášek byla porodní plán... “*

(Edita)

*„Porodní plán byl probíraný na seminářích ... “*

(Blanka)

*„Na tom předporodním kurzu na to bylo věnováno přímo jedno sezení, abychom věděli, co si tam můžeme a nemůžeme dát... “*

(Miriam)

Pouze jediná z respondentek uvedla jako sekundární zdroj informací svou známou a následně i návštěvu konkrétní porodnice.

*„ ... protože jim tam říkali [v porodnici B] na předporodních kurzech, ať jim říkají jejich přání. Potom při porodu to bylo úplně jinak. Nic z toho, co tam prezentovali [neplatilo], tak u porodu byli nepřijemní ... “*

(Magda)

Zajímavou souvislost získává uvedené zjištění v kontextu s pokračováním výpovědi již dříve uvedené respondentky, která uváděla svou zkušenost z návštěvy semináře a přednášek na akci Světový den respektu k porodu konané v Brně.

*„ ... názor každé porodní asistentky, nebo názor každé duly, co do toho porodního plánu můžete nebo nemůžete dát, záležel [na tom], do které porodnice ony chodí nebo pracují ... jsem se setkala s doulou ... říkala ... tahle poloha je pro porod nejlepší, ale to vůbec nemůžete chtít, to Vám [v porodnici B] nedovolí ... “*

(Miriam)

Z uvedeného zjištění je patrné, že sekundární informace, které jsou rozhodující pro sestavení správného porodního plánu, mohou být mnohdy zkrácené postojem vedení a personálu konkrétního zdravotnického zařízení k tvorbě a významu porodního plánu. Postoje pracovníků zdravotnického zařízení tak v konečném důsledku mohou výrazně ovlivnit nejenom podobu porodního plánu předkládaného rodičkou, ale i vlastní záměr rodičky porodní plán vůbec použít. Shrnutí původu informací pro sestavení porodního plánu je provedeno v tabulce 4.

**Tabulka 4** Shrnutí výzkumných zjištění o původu informací pro sestavení porodního plánu

<b>Zdroje informací o porodním plánu</b>
<i>O existenci porodního plánu a jeho účelu se rodičky dozvídají z literatury, v průběhu porodních kurzů a z internetu, přičemž ani jeden z těchto zdrojů nemá nad zbylými převahu – jsou tedy informačně rovnocenné. V případě formy porodního plánu a jeho obsahu jasně převažují jako zdroj informací porodní kurzy, pouze minimum rodiček získá znalosti od blízkých osob nebo z jiných zdrojů.</i>

#### **Motivy pro sepsání porodního plánu**

Motivy pro sepsání a předložení porodního plánu jsou různé, nicméně není třeba příliš zdůrazňovat, že porodní plán ve svém důsledku představuje snahu rodičky, aby jí bylo umožněno přivést své dítě na svět co nejpřirozenější cestou. Tento základní motiv vyjadřuje nastávající matka pomocí dokumentu, který by v ideálním případě měl zajistit splnění jejích přání v rámci možností konkrétního zdravotnického zařízení. Jedná se tedy logicky o kompromis, pro jehož dosažení musí být obě strany připraveny slevit ze svých představ. Zatímco rodička využívá porodní plán jako nástroj k prosazení svých přání a oprávněných nároků, vztah pracovníků zdravotnického zařízení k porodnímu plánu nemusí být tak jednoznačný a jak již bylo prokázáno v předchozí kapitole, velmi záleží na tom, jaký postoj zaujímají konkrétní lidé. Porodní plán může být porodními asistentkami a lékaři na jedné straně akceptován a vnímán pozitivně, ovšem na druhé straně může stejně jako samotná přání rodiček představovat v myslích personálu porodnice jen další komplikaci vztahu pacient – zdravotník.

Obdobě jako v případě zdroje informací o porodním plánu lze motiv pro sestavení porodního plánu rozdělit na primární (hlavní) a sekundární (méně významné). Primární motiv pro sepsání porodního plánu do určité míry ovlivňují přání rodičky a především volba konkrétního zdravotnického zařízení spojená s jeho pověstí a informacemi o vedení porodu.

Hlavním motivem rodiček pro sepsání porodního plánu se tak stává skutečně snaha o zajištění bezproblémové komunikace.

*„ ... hlavní motiv proč jsem si jej sepsala byl ten, že možná pak během porodu nebude na to čas a i zapomenu jim říct informace, které mám v porodním plánu a chci, aby oni věděli, co bych si přála a nebo naopak, co právě ne... “*

(Blanka)

*„Chtěla jsem zdravotníkům nějak dát předem najevo, co od nich očekávám nebo co bych si přála ... protože si myslím, že když jim to takto dám předem, tak je to mnohem lepší, než kdyby se mě na to museli vyptávat během toho samotného procesu, kdy já už třeba nebudu tak schopná reagovat ... takže usnadnit tu komunikaci i aby pak nedocházelo zbytečně k nějakým nedorozuměním. “*

(Pavčina)

*„Chtěla jsem dát nějak přehledně personálu porodnice vědět, jaké jsou moje představy... důležité pro mne je, aby mě o všech zásazích, lécích a průběhu porodu informovali ... a pak určitě nechci nějaké urychlování porodu oxytocinem nebo tak něco – opravdu si přeji, aby do průběhu porodu zasahovali – a hlavně jsem nechtěla epiziotomii, už vůbec ne proto, že jsou na to u prvorodiček zvyklí ... “*

(Linda)

Vyjádření přání rodiček a jejich snahu o zamezení problémů s komunikací doplňuje často i strach ze ztráty kontroly nad vlastním ději (průběhem porodu) a sepisují porodní plán proto, aby tuto obavu minimalizovaly a udržely si kontrolu nad průběhem porodu – porodní plán pro ně představuje jakousi formu garance.

*„Původně jsem myslela, že ho psát nebudeme, už jenom z toho důvodu, že chci jít rodit do porodnice A kdo ví, jak se tam k tomu budou stavět... [ale není to] jako návod tomu doktorovi, jak mě rodit, to určitě ne ... spíše takové přání, [která] když to půjde všechno hladce, tak bych chtěla, aby byly splněny ... my jsme tam fakt dali, co je pro nás nejdůležitější ... [protože mám] ... strach z toho, že ti doktoři mě automaticky nastříhnou... doufám a věřím, že to nedělají automaticky, ale kdyby náhodou, tak si říkám to nastřížení, okamžité přiložení miminka, dotepání pupeční šňůry ... aby si z toho alespoň trochu něco vzali. “*

(Dana)



*„[porodní plán jsem sepsala] ... proto, abychom měli nějakou tu jistotu, že se nám nebude dít nic, s čím bychom nesouhlasili... no jistota to není, ale nic víc pro to teď už udělat nemůžeme.“*

(Monika)

*„ ... u mě byl motiv takový, že když už jsem věděla, že si to nemohu vést ve vlastní režii a ve vlastním prostředí [porod doma], tak bych to prostředí chtěla přizpůsobit, abych se nemocnici cítila aspoň tak, aby se ten porod úplně nezastavil a aby mi to nezpůsobilo nějaké osobní potíže. Asi to bylo kvůli své psychické pohodě ... abych v průběhu porodu nemusela odpovídat na všechny ty otázky... nechci, aby mi dítě někam odnášeli, sama nechci podstupovat nějaké zbytečné zákroky, preventivní zákroky, ...které nejsou potřeba a jsou už jenom důsledkem nějakého nerozumného podávání analgetik, zbytečných hormonů ... a další motiv byl ten, aby cokoli by se dělo konzultovali se mnou nebo s manželem ...ať to dělají s naším souhlasem...“*

(Miriam)

Někdy může být primární motiv zajištění komunikace a spolupráce zdravotnického personálu vyvolán silným negativním zážitkem z minulostí a oprávněnou obavou, aby případné opakování tohoto zážitku nebylo spojeno s narozením dítěte.

*„... já jsem byla v roce 2005 na operaci s močovým měchýřem v jedné malé nemocnici v Brně... tahle zkušenost byla pro mne trochu šok, protože oni se chovali korektně a slušně jenom do okamžiku, kdy zaklaply dveře do operačního sálu. Najednou jsem byla [jenom] ona, pak tam ještě byly problémy s dokumentací... když jsem si chtěla vzít svůj župan, tak říkali, že to nejde, ... prostěradlo, které přes mě hodili, bylo krátké, takže jsem měla holá ramena a bylo to pro mne nepříjemné ... když se porouchal nákladní výtah, takže jsem musela jet normálním výtahem ... Pak jsem několik dní nespala. Nesla jsem to velice těžce, ne ten samotný zákrok, ale to jednání – a v ten moment jsem si říkala, že bych nikdy nechtěla, aby se toto zopakovalo při narození mého dítěte ... dítě máte pořád před očima a může připomínat to, co jste zažila během porodu...“*

(Magda)

Ojedinělý primární motiv pro sestavení porodního plánu byl z důvodu lepší orientaci sama sebe v problematice vedení porodu, za účelem dosáhnout hlubší úrovně poznání a prohloubení vlastních znalostí – nicméně i v tomto případě sehrává porodní plán roli

komunikačního nástroje, byť orientovaného směrem k osobě rodičky a nikoli směrem ke zdravotnickému personálu.

*„Já jsem si ho si ho sestavila hlavně pro sebe, abych si vlastně uvědomila, co od toho vlastně čekám, co se u porodu může dít, jaké situace se tam mohou řešit ... kvůli mojí informovanosti a mojí orientaci v celém procesu...“*

(Edita)

Sekundární motivy pro sestavení porodního plánu mají svůj původ v prakticky identické množině s motivy primárními – zjednodušeně lze uvést, že rodičky buď uvádí jako primární důvod komunikaci a zajištění požadovaného průběhu porodu a jako sekundární motiv splnění svých přání nebo je tomu naopak (tabulka 5). To čím se primární a sekundární motivy liší, je jejich četnost ve výpovědích respondentek – a není dobrou vizitkou českého zdravotnictví, že nejčastější zastoupení vykazuje snaha rodiček o minimalizaci nechtěných zákroků a zajištění kontroly nad průběhem porodu.

**Tabulka 5** Shrnutí výzkumných zjištění o motivech pro sestavení porodního plánu

<b>Motivy pro sepsání porodního plánu</b>
<i>Hlavní i vedlejší motivy pro sestavení porodního plánu rodičkám splývají a v zásadě každá z nich uvádí stejné motivy v různém pořadí důležitosti. Setkáme se tak se snahou prezentovat vlastní přání, zlepšit komunikaci se zdravotnickým personálem a potlačit tak obavy z jeho nevhodného chování či zamezit strachu z opakování negativního zážitku. Jako určitou zajímavost lze uvést hlavní motiv pro sepsání porodního plánu zlepšení vlastních znalostí problematiky vedení porodu.</i>

### **Podpora při sestavování porodního plánu**

Výsledky první fáze polostrukturovaných rozhovorů provedených před porodem se všemi respondentkami výzkumu potvrdily, že tyto rodičky přistupují k sestavování porodních plánů zodpovědně a snaží se vytvořit dokument, který bude srozumitelnou, přehlednou a přesnou formou popisovat jejich přání a požadavky. Vzhledem k tomu, že nikde není předepsán závazný obsah porodního plánu, se rodičky snaží získat inspiraci a podporu z různých zdrojů, mezi kterými logicky převládají ty nejdostupnější – internet a rady porodních asistentek v průběhu porodních kursů.

*„... při psaní jsem se držela těch rad, co nám říkali na tom kurzu ... když jsem jej [porodní plán] sepisovala, tak jsem se držela toho, co mi doktorka z kurzu říkala... takže jsem věděla od ní, jaká má být ta kostra...“*

(Magda)

*„... hledala jsem na internetu, dívala jsem se, co kdo tam psal, něco jsem vlastně měla poznámky z předporodního kurzu...“*

(Monika)

*„Pročetla jsem na internetu spoustu plánů, vybrala jsem to, co pro mě bylo důležité a nejlépe formulované...“*

(Linda)

*„Já jsem se dívala na internet zhruba na typ formátu a věci, co tam jsou a pak taky na tom kurzu nám říkali, co se tam tak píše a jak. Také nám ukázali konkrétní příklady porodních plánů...“*

(Blanka)

Poněkud překvapivě méně významný zdroj informací, jak vyplývá z šetření prováděného v rámci sledovaného souboru rodiček, představuje literatura. Je nutno vzít v potaz, že literatury věnující se přímo porodnímu přání, není mnoho.

*„... já jsem si ho [porodní plán] sestavila na základě instrukcí a rad jedné z knih, která se jmenuje Partner u porodu...“*

(Edita)

Žádná z respondentek neuvedla jako zdroj rad své známé nebo blízké.

*„U svých kamarádek nevím o nikom, že by měl porodní plán.“*

(Monika)

Uvedený fakt je ovšem v přímém protikladu se zjištěním týkajícím se osob, se kterými byl sepsaný porodní plán konzultován. Naprostá většina respondentek totiž uvádí, že sestavený porodní plán následně ukázala, popřípadě jeho obsah konzultovala s další osobou. Nejčastěji v roli konzultanta vystupují porodní asistentky, dudy a samozřejmě také partneři rodiček. Specifickou formu konzultace představují internetová diskusní fóra, kde si rodičky vyměňují svoje názory a informace, samozřejmě nikoli jen o porodních plánech.

*„Poradila jsem se s přítelem, protože on chtěl vědět, co tam jako tak bude... myslím si, že více mě pak ovlivnila ta Zuzka [dula], když mi o tom vyprávěla...“*

(Pavčina)

*„Konzultovala jsem jej [porodní plán] s doulou, jinak s nikým...“*

(Linda)

*„Všechno jsme tak nějak probírali spolu [s partnerem].“*

(Dana)

*„Mimo přítele jsem to probírala ještě s Nadou [porodní asistentka], právě jsme byli na konzultaci.“*

(Monika)

*„... jsem se ho[partnera] pořád ptala – pojd' si to poslechnout, myslíš, že tam ještě něco chybí? ... vždycky, když jsem pak narazila na nějakou maličkost nebo on narazil, tak jsem to projela, jestli to tam je... takže jsme se na tom oba dva shodli.“*

(Miriam)

Pouze jediná z respondentek uvádí, že sestavený porodní plán dále s nikým nekonzultovala.

*„Ne, ne. Mě stačil ten návod v knize, který popisuje, jaká témata by si měla žena v porodním plánu ošetřit. To mi stačilo.“*

(Edita)

Porodní kurzy a jejich asistentky jako zdroje rad a konzultací při tvorbě porodních plánů a ověření jejich formy po sestavení lze očekávat i v současnosti, kdy je výměna informací výrazně snadnější v porovnání s nedávnou minulostí. Výsledky provedených šetření nezastupitelnou roli porodních asistentek potvrzují (tabulka 6). Aktivní úlohu partnerů rodiček při přípravě na porod dokládá jejich zájem o sestavený porodní plán a snaha rodiček s nimi tento plán konzultovat. Stav současného rozvoje a úrovně komunikačních technologií umožňuje okamžité vyhledání a výměnu informací – není proto překvapivé, že většina rodiček přiznává inspiraci porodními plány publikovanými na internetu a konzultuje své připravené porodní plány s jinými rodičkami na internetových diskusních fórech. Tento fenomén má za následek pokles významu literatury jako zdroje rad pro nastávající matky a zároveň umožňuje okamžitou výměnu názorů, kterou rodičky často využívají.

**Tabulka 6** Shrnutí výzkumných zjištění o radách a konzultacích při tvorbě porodního plánu

<b>Rady a konzultace při tvorbě porodního plánu</b>
<i>Rodičky se nejčastěji při tvorbě porodního plánu radily se svými porodními asistentkami a dulami (ať již v rámci porodních kurzů nebo osobně), případně využívaly internetových diskusních fór a informace sdílely mezi sebou. Poněkud překvapivá je absence literatury jako zdroje rad a informací, kterou uvedla jediná respondentka – zde se naplno projevuje éra nových informačních technologií, která umožňuje sdílet informace online a sestavovaný porodní plán konzultovat v reálném čase.</i>

### ***Doba a časové nároky na sestavení porodního plánu***

Vzhledem k významu porodního plánu pro samotné rodičky je důležité, aby jeho sestavení probíhalo zodpovědně, v klidné atmosféře v dostatečném předstihu před porodem a s patřičnou rozvahou. Naprostá většina respondentek tyto předpoklady potvrzuje a svůj porodní plán sestavuje v dostatečném předstihu.

*„... no vyloženě na papír jsme to hodili tak před třemi týdny [28. týden těhotenství vztaženo k předpokládanému datu porodu a dni uskutečnění rozhovoru].“*

(Monika)

*„ ... po tom, co jsem byla na mateřské, jsem začala o tom [sepsání porodního plánu] přemýšlet. Takže to mohlo být tak v 30. týdnu.“*

(Dana)

*„Na začátku 29. týdne teprve. Na mateřskou jsem šla pět týdnů před termínem.“*

(Edita)

I v relativně úzkém statistickém souboru lze ovšem nalézt výjimku potvrzující pravidlo.

*„ ... tak jsem si ho [porodní plán] sepsala, když jsem měla první posličky ... takže nějaký 36. týden.“*

(Miriam)

Běžný čas na sepsání porodního plánu kolísá u jednotlivých respondentek v rozpětí mezi jednou až několika hodinami. Pro většinu oslovených rodiček je příznačné, že k sestavení konečné písemné podoby porodního plánu přistupují až po relativně dlouhém promýšlení jeho obsahu.

*„No tak samotné sepsání bylo poměrně rychlé, ale bez toho přemýšlení, dejme tomu čtrnáct dní nebo tři týdny, by to tak rychlé nebylo. To přemýšlení trvalo dlouho, ale to samotné sepsání bylo hned.“*

(Pavčina)

*„Já si myslím, že jsem to psala dvě až dvě a půl hodiny odpoledne a pak jsem to konzultovala a doplňovala, co jsem si kdy vzpomněla. Ono to tak zrálo. Samotné psaní tak [trvalo] čtyři až pět hodin. Ale předtím jsem o tom už přemýšlela.“*

(Magda)

*„Tak tím, že už jsem to tak měla rozmyšlené, tak to šlo hodit jenom na papír, takže já nevím tak dvě tři hodiny dohromady.“*

(Monika)

*„Takže se tomu věnuji až posledních pět týdnů by se dalo říci... [sepsání porodního plánu] byla otázka tak dvou hodin.“*

(Edita)

Za předpokladu, že je rodička na sepsání porodního plánu připravena, lze jej sepsat i ve stresu méně než za tři hodiny.

*„... jsem měla první poslíčky asi v jednu ráno ... vzbudila jsem se hrůzou ... já rodím, nemám tašku, nemám plán, ty doklady ... jak jsem tady tak seděla, říkala jsem si – tak já to jdu napsat, to je ještě čas, to zvládnou. No tak jsem si sepsala plán a ve čtyři jsem si šla veselá a svěží zas lehnout.“*

(Miriam)

Celkově lze potvrdit, že většina respondentek skutečně sestavuje porodní plán s dostatečným předstihem před porodem, obvykle po pečlivé několik týdnů trvající úvaze, která jim umožní si podobu svého porodního plánu jednoznačně určit. Vytvoření samotné písemné podoby porodního plánu proto vyžaduje relativně krátké období několika hodin.

### ***Specifická přání uváděná v porodních plánech***

Společným rysem odpovědí všech respondentek byla touha po provedení spontánního porodu bez dodatečných a podle jejich mínění zbytečných zákroků a medikace. Požadavky na odmítnutí nastřížení hráze či podání oxytocinu za účelem urychlení porodu vyjadřovaly všechny respondenty. Specifická přání vyjadřovala polovina respondentek a nejčastější z nich se týkala brzkého a nerušeného kontaktu novorozence s matkou.

*„... bych si přála to samopřísátí – bonding. ... bych chtěla odložit koupání, odložit první vyšetření nebo ho provést na mém těle...“*

(Magda)

*„... ten bonding, co bych moc ráda, to je asi jediná věc, co bych zmínila... chtěla [bych] nerušený bonding, bez toho, aby mi tam neběhal nějaký neonatolog – honem, honem, teď mám tady deset minut, běžím z druhého patra, tak mi to dítě dejte, já ho vyšetřím a odejdu...“*

(Miriam)

*„...ale úplně nejdůležitější je pro mě určitě včasné přiložení miminka, pokud to půjde, aby ho nikam neodnášeli, neměřili a dali mi ho kůži na kůži, pokud bych já nemohla tak manželovi...“*

(Dana)

Dalším společným specifickým přáním, tentokrát u dvojice respondentek, byly požadavky na vybavení porodní místnosti. Toto přání hrálo dokonce významnou roli při výběru zdravotnického zařízení, ve kterém se rodičky rozhodly přivést své dítě na svět.

*„...protože bych chtěla pokoj s vanou. Nejenom, že uvažuji přímo o porodu do vany, ale i prostě během té první doby porodní. V té porodnici C si myslím, že je větší šance, že ten pokoj bude volný, protože mají většinou jen jeden pokoj s vanou v nemocnicích. V porodnici A je tak narváno, že ta šance je malá, že ten pokoj bude volný.“*

(Monika)

*„...chci a budu rodit v Brně a ne v porodnici, co jsem viděla v Bratislavě v porodnici D. Tam nebyla možnost trávit první dobu porodní s někým blízkým. Tam bych byla celou tu první dobu porodní s jinými maminkami, ale nebyla bych tam se svým mužem natož s doulou. Takže to rozhodlo.“*

(Edita)

Jiným specifickým přáním společným pro dvojici rodiček je nakládání s vlastním porodním plánem.

*„... aby ten porodní plán nepřišel do rukou nikomu jinému než těm lidem, kteří o mě pečují. Píši tam dost intimní věty a představa, že by to někde kolovalo, mě děs ... poradila mi moje porodní asistentka, že by měl být [porodní plán] dán i do dokumentace.“*

(Magda)

*„... určitě by ho tam měli dát [zařadit porodní plán do dokumentace], aby to mělo tu hodnotu, než aby to tam někde leželo...“*

(Dana)

Negativní zážitek z předchozího pobytu ve zdravotnickém zařízení, který již byl v předchozím textu práce zmiňován ve spojitosti s paní Magdou, může vést k vyjádření specifických přání týkajících se přímo zaměstnanců zdravotnického zařízení.

*„... další oddíl jsou obecná přání týkající se pobytu v nemocnici. Tam jsem zmiňovala, že bych prosila o trpělivost – někdy dráždím lidi tím, že jedním pomaleji. Pak, že mi vadí představa, že by tam bylo nějak více lidí. Takže bych tam nechtěla mediky, stážisty.... Mladá porodní asistentka by mi nevadila, protože ta se u toho třeba chce něco naučit a může mi být sama nějak užitečná – nechci tam někoho, kdo tam jen tak chodí a jenom okukuje... pak jsem napsala, že tam nechci novináře, kdyby to někoho napadlo, protože tady se budou otevírat nové porodní sály ... a řemeslníky. Napsala jsem taky, že mi vadí otevřené dveře...“*

(Magda)

Specifická přání respondentek jsou obecně ovlivněna jejich nejnítějšími pocity, zkušenostmi a požadavky vyplývajícími z představ o ideálním průběhu porodu. Tato přání mohou, jako je tomu u paní Magdy, představovat samotnou hranici, na kterou je rodička ochotna zajít, aniž by došlo k negativnímu ovlivnění jejich vzpomínek a dopadu na její psychiku. Opodstatněná specifická přání rodiček tak mají svoji vysokou hodnotu a zdravotnický personál by je měl přijmout s veškerou vážností.

### ***Význam, funkce a očekávání od porodního plánu***

Vzhledem k vlastnímu cíli výzkumného šetření je zřejmé, že všechny oslovené respondentky jsou přesvědčeny o významu porodního plánu pro uskutečnění porodu podle jejich přání a představ. Přesvědčení rodiček o funkci porodního plánu jako komunikačního nástroje se rovněž neliší, stejně jako očekávání, že zdravotnický personál si porodní plán přečte, bude se jej snažit dodržet a o každé odůvodněné odchylce bude rodičku informovat. Shoda přesvědčení všech respondentek je taková, že se je vhodné uvést relevantní citace ze všech provedených rozhovorů.

*„...váhu mu [porodnímu plánu] přikládám velkou. Určitě by mě hodně naštváli, kdyby ho okázale ignorovali – hlavně by mě hodně naštváli rutinní epiziotomií...“*

(Linda)



*„...určitě by to bylo fajn, kdybychom to společně prošli... čekám, že minimálně ty body [porodního plánu] se budou snažit dodržet, případně když nastane nějaký problém, tak mi řeknou, že to nejde dodržet a hlavně proč!“*

(Pavčina)

*„...měl by si to hlavně přečíst [personál zdravotnického zařízení] a snažit se vyjít vstříc, pokud to bude možné... To bych určitě uvítala... jestli by mi řekli, jo to je možné nebo toto ne, budeme se snažit... myslím si, že by si to měli alespoň přečíst a dát najevo, že je to zajímavá ... by mě to zarazilo, pokud by ten plán ani nečetli a někam založili...“*

(Blanka)

*„Doufám, že si ho aspoň přečtou a že se tím budou řídit, protože si myslím, že to není nic neobvyklého a ani nic, co by nechtěla spousta žen přede mnou. Takže si myslím, že by to měli akceptovat, jako že by to neměl být nějaký problém.“*

(Monika)

*„Já to tam v úvodu zdůvodňuju, že to sepisují proto, abych předešla nedorozuměním... no, doufám tedy, že si to přečtou a vezmou to vážně...“*

(Magda)

*„...když už musíme jít do porodnice jako do boje s porodním plánem, tak aby to bylo brané jako naše přání, ke kterému není potřeba přistupovat s nějakým despektem, aby to vzali jako něco, co my si přejeme pro usnadnění té komunikace ... mělo by to být bráno spíš jako věc, která by pomohla ten porod usnadnit.“*

(Miriam)

*„... doufám, že se do něho podívají a budou ho dodržovat.“*

(Dana)

Zajímavou cestu, jak zajistit, aby porodní plán splnil svou funkci, zvolila poslední respondentka paní Edita.

*„...já ho nebudu dávat porodní asistentce – budu ho mít u sebe jako návod, ale nebudu jej nikomu dávat... [porodní plán] je pro mě instrukce, moje poznámky... ale s porodní asistentkou nebo lékařkou jej chci raději komunikovat... budu ho mít před sebou, na začátku jim povím, co bych si přála, ale nebudu jim ho dávat jako plán...“*

(Edita)

Všechny výpovědi rodiček včetně představy, jak se personál porodnice seznámí s porodním přáním paní Edity, dokládají, že všechny respondentky pochopily základní funkci porodního plánu jako nástroje, který jim má umožnit zajištění vedení porodu tak, jak si jej představují. Ze všech výpovědí je patrné, že respondentky mají nedůvěru ke zdravotnickému personálu, že by se snažil jejich přání splnit a od porodního plánu očekávají, že jim zajistí šanci si splnění svých přání a představ zajistit.

### ***Závaznost porodního plánu a její legislativní zajištění***

Podmínkou pro to, aby porodní plán splnil svou funkci a očekávání rodiček, je jeho přijetí a dodržení personálem zdravotnického zařízení. Uvedená podmínka obsahuje dvě základní hlediska, a to závaznost porodního plánu a jeho právní vymahatelnost. Názory respondentek na obě hlediska se přitom poměrně dosti liší.

Závaznost porodního plánu v určitém rozsahu striktně vyžadují téměř dvě třetiny respondentek, přičemž požadavek na to, aby veškeré zásahy zdravotníků probíhaly podle porodního plánu, kolísá od absolutního dodržování předloženého plánu všemi zdravotníky až po platnost porodního plánu pouze na porodním sále.

*„Tak pokud by měl porodní plán plnit [svou] funkci, tak by určitě měl být závazný pro všechny a bylo by dobré, kdyby se to dodrželo.“*

(Pavλίna)

*„Podle mě by měl [porodní plán] být závazný. Rozhodně – protože je to přece moje tělo a já se mohu rozhodovat, co se mnou bude dít. Nikdo nemá právo dělat něco na něm, co si já nepřeji i kdyby mě to mělo uškodit.“*

(Linda)

*„Za mě určitě jo. [odpověď na otázku, zda má být dodržování porodního plánu závazné pro všechny zdravotníky]. Já jsem se bavila s kamarádkou, která měla takovou zkušenost, že v porodnici její porodní plán dodrželi naprosto perfektně, ale pak jí dítě odnesli na kontrolu na dětské oddělení ... tam plán neměli, takže jakékoli představy o tom, co by se mělo s dítětem dít, vzali rychle za své ...“*

(Miriam)

*„... můj plán se týká vesměs toho porodu ... takže by to mělo být závazný jenom pro ty pracovníky na tom porodním sále.“*

(Monika)

*„ ... plán by měl být závazný v momentě, pokud by jej maminka sestavovala s konkrétní porodní asistentkou a konkrétním lékařem... pokud by měli čas před tím porodem toto poskládat dohromady a zohlednit tam pohled maminky, ale i toho personálu, tak pak by měl být závazný. “*

(Edita)

Zbylá třetina respondentek si je vědoma obtížné vymahatelnosti porodního plánu a dodržování porodního plánu předpokládá na základě profesionálního chování zdravotníků.

*“...no závazný – ono ne vždy jde vše udělat, tak jak si to ona [rodička] naplánovala, protože ona sama neví, jak to proběhne... co si myslím, že by mělo být, tak je dobrá vůle a ochota... dobrá vůle se ale těžko právně prokazuje. “*

(Magda)

*„Nevím, jestli by [dodržování porodního plánu mělo být] úplně závazné, protože oni [personál zdravotnického zařízení] jsou ti profesionálové, kteří tomu rozumí líp než já. “*

(Blanka)

V otázce legislativního zakotvení závaznosti porodního plánu je shoda respondentek výrazně nižší a právní vymahatelnost požaduje pouze třetina rodiček.

*„Mělo by to být nějak ošetřeno. Pokud vy vysloveně napíšete, že si nepřejete podání nějakých hormonů a oni vám je přesto podají, tak to podle mě hraničí s nějakým dodržováním lidských práv a svobod ... prostě si myslím, že spousta zákroků, které se ženám dělají, by byly v běžném životě považovány za trestný čin... “*

(Miriam)

*„Já myslím, že by mělo – přinejmenším by tyto věci brali vážně a zabývali se tím... “*

(Magda)

*„ ... byla bych spíše pro. Například v případě té aplikace léků. Myslím si, že je to natolik velký zásah do organismu, který by měl být schválený tím člověkem. To by se nemělo dít bez souhlasu – myslím si, že hrubé porušení by mělo být nějakým způsobem postihnutelné. Každá žena má právo rozhodovat o svém těle a má zodpovědnost za své dítě. “*

(Linda)

Další třetina respondentek je proti právní úpravě závaznosti porodního plánu a jako své důvody uvádí obtížné a zdlouhavé možnosti dokazování porušení porodního plánu a rovněž

omezenou platnost porodního plánu v případě vzniku neočekávaných komplikací. Zbylé respondentky se k danému tématu nedokázaly vyjádřit.

*„Já bych byla spíše proti... protože některé maminky mají zkreslené představy ... za každou cenu trvat na svém, aby vše proběhlo tak, jak si to dříve vykreslily ... může nastat taková situace, kdy se hraje o čas a tam potom ...“*

(Blanka)

*„To si myslím, že asi spíše ne ... ještě toto řešit po porodu, je asi hodně komplikované.“*

(Pavčina)

*„Myslím si, že by se to těžko dokazovalo v těch určitých situacích ... myslím si, že by to [zdravotníci] měli dodržovat, už jenom kvůli těm ženám z nějaké lidské loajálnosti ... protože to je jejich práce, tak by to prostě měli dělat, ale nevím, jestli to upravovat zákonem. To už mi přijde takové dost ...“*

(Monika)

Mezi odpověďmi respondentek se objevil i zajímavý názor jak závaznost porodního plánu prosadit jinak než právní cestou.

*„...měla by být - nevím, jak to má Česká lékařská komora zařízené – zřízena etická komise, aby se těmito věcmi zabývala... kdy se žena cítí poškozena na svých právech... mohla by to řešit nezávislá etická komise, která by lidi nezavírala, ale snažila by se jim to nějak osvětlit, co dělají nebo co se vlastně stalo.“*

(Magda)

Vzhledem k tomu, že všechny respondentky výzkumného šetření považují porodní plán za užitečný a účinný prostředek zajišťující očekávaný průběh porodu, tak není překvapivé, že požadují zajištění jeho závaznosti. V otázce právní kodifikace závaznosti porodního plánu nevykazuje ovšem přesvědčení rodiček takovou shodu – mnohé si uvědomují obtížnost případného důkazního řízení či otázku dopadu případných komplikací během porodu na porodní plán. Shrnutí názorů respondentek je provedeno v tabulce 7.

**Tabulka 7** Shrnutí výzkumných zjištění o závaznosti porodního plánu a jeho právní úpravě

<b>Názor rodiček na závaznost porodního plánu a jeho právní úpravě</b>
<i>Většina respondentek je přesvědčena, že porodní plán musí být závazný, nicméně právní kodifikaci porodního plánu stejná většina rodiček odmítá. Způsob zajištění závaznosti porodního plánu některé rodičky vidí v profesionalitě personálu porodnického zařízení, nicméně alternativní způsob zajištění závaznosti žádná z nastávajících matek nenabízí.</i>

### **3.3.2 Konfrontace porodního přání a reality (II. fáze výzkumného šetření)**

Vzhledem k tomu, že záměrem této části diplomové práce je provést konfrontaci porodních přání s realitou, kterou lze nejlépe popsat na základě zkušeností respondentek získaných na porodním sále a během následného pobytu ve vybraném porodnickém zařízení, je úvodní část této kapitoly věnována stručným popisům průběhu porodů jednotlivých rodiček.

Vlastní vyhodnocení výzkumného šetření zaměřené na zodpovězení výzkumných otázek vztahujících se k porodnímu plánu je provedeno v následující části práce formou komentovaného souhrnu relevantních citací z odpovědí jednotlivých respondentek vztahujících se k danému tématu.

#### **3.3.2.1 Průběh porodů jednotlivých respondentek**

##### ***Blanka***

Paní Blanka si pro svůj porod vybrala porodnici na základě referencí a zkušenosti své dobré kamarádky, která v ní rodila. Do porodnice přijela s partnerem okolo desáté hodiny večerní s pravidelnými kontrakcemi, otevřená na 4 až 5 centimetrů. Pokoj s vanou nebyl při jejím příjmu k dispozici porodnici, z tohoto důvodu nemohl být preferovaný porod do vany uskutečněn. Paní Blance byly podány čípky na uvolnění branky a provedena dirupce vaku blan. V závěru porodu respondentka souhlasila rovněž s podáním infuze s oxytocinem pro posílení kontrakcí a svůj souhlas vyslovila také s nástřihem hráze. Původním přáním paní Blanky byl přirozený porod do vody, ale jak sama uvádí, s nabídnutými výkony dobrovolně souhlasila, protože si v daný okamžik přála mít porod co nejrychleji za sebou. Celý porod trval podle jejího odhadu sedm hodin počínaje příchodem na porodní sál a konče vypuzením placenty.

S chováním a jednáním zdravotnického personálu byla paní Blanka spokojena.

## **Linda**

Paní Linda považovala od začátku svůj porodní plán za oficiální dokument, a proto se při výběru porodnice rozhodla pro zdravotnické zařízení, kde zaměstnanci s porodními plány pracují a rodiče v jejich požadavcích a přáních vychází vstříc. V průběhu těhotenství paní Linda kontaktovala dlu pro případ, že by v porodnici měla s dodržováním porodního plánu nějaké problémy.

První kontrakce rodička začala pociťovat ve čtyři hodiny ráno, nicméně do šesté hodiny ranní se jí je dařilo, jak sama uvádí, „zaspávat.“ Po dvou hodinách strávených doma ve sprše se s manželem rozhodli odjet do porodnice. Když do porodnice kolem deváté hodiny ranní dorazili, byla již otevřená přibližně na 6 centimetrů. Respondentka uvedla, že byla klidná, protože díky informacím, které načerpala v průběhu těhotenství, věděla, že to co přichází, je v pořádku. Dulu ke svému porodu nakonec nevolala. Ačkoli byl pokoj s vanou volný, porod postupoval tak rychle, že by se vana ani nestihla napustit a rodička podle svých slov v té době sama naznala, že by v teplé vodě pravděpodobně nevydržela a proto od přání porodit do vody upustila. Chování porodní asistentky splnilo její očekávání, jednotlivé zásahy zvažovala a do porodu výrazně nezasahovala. Jediným významným zásahem ze strany porodní asistentky byla amniotomie v závěru porodu, na jejímž provedení se ovšem s paní Lindou předem domluvila. Porodní asistentka porod vedla takovým způsobem, že nedošlo ani k epiziotomii a ani k jinému poranění. Paní Linda preferovala přirozené natržení hráze, při příjmu však musela ošetřujícímu lékaři podepsat negativní revers, ve kterém vyjádřila, že si vysloveně epiziotomii nepřeje. Porod placenty byl aktivně vedený. Bezprostředně po porodu bylo miminko položeno nahé na tělo matky. Porodní vyšetření proběhlo přímo v porodním boxu. Po diskuzi se sestrou z novorozeneckého oddělení, která si přišla přibližně po dvou hodinách od porodu pro miminko, paní Linda souhlasila s vykoupáním miminka, ačkoli původně byl tento úkon v rozporu jejím porodním přáním. Celý porod trval podle rodičky šest hodin počínaje čtvrtou hodinou ranní – jednalo se tedy o velmi rychlý porod - na porodním sále strávila respondentka do narození dítěte pouhou jednu hodinu.

S průběhem porodu, jednáním a chováním zdravotnického personálu byla paní Linda nadměru spokojená.

## **Dana**

Paní Dana si sama zvolila uskutečnění porodu ve fakultní nemocnici, která se nachází nedaleko od jejího bydliště. Rozhodující faktorem pro její volbu byla malá vzdálenost a z ní plynoucí pocit bezpečí vzhledem k případným komplikacím. V porodním plánu vyjádřila

preferenci přirozeného porodu a obavy z rutinních zákroků, které se staly hlavním důvodem pro vyjádření jejích porodních přání.

Do vybrané porodnice přijela respondentka s manželem poté, co jí doma odtekla plodová voda. Vzhledem k tomu, že se současně s odtokem plodové vody nerozeběhly kontrakce a paní Dana měla pozitivní identifikaci streptokokové infekce, navrhla jí ošetřující lékařka vyvolání porodu pomocí tabletky prostaglandinu zavedeného do děložního čípku. Paní Dana s navrženým postupem, který zahrnoval i podání antibiotik, uvědoměle souhlasila. Ačkoli záměr respondentky prodělat přirozený porod nevyšel, porodní asistentka se paní Daně snažila splnit alespoň přání ostatní – nástřih hráze provedla až po domluvě, po porodu dítě nikam neodnášela, neměřila ani nevážila a hned jej položila matce na břicho a i pupečník nechala dotepat. Ošetření, změření a zvážení miminka proběhlo následně za přítomnosti otce až na porodním pokoji. Vzhledem k tomu, že novorozenec byl v pořádku, nebyla potřebná ani návštěva pediatra na porodním sále. Vše probíhalo bez problémů až na porod placenty, která se dlouho neodlučovala. Porodní asistentka se souhlasem rodičky podala ženě oxytocin a placentu zanedlouho porodila. V momentě, kdy porodní asistentka placentu vytáhla, paní Dana začala silně krvácet. Porodní asistentka zavolala na sál lékaře, kteří rodičce podali infuzi, a krvácení záhy ustalo. Po celou dobu zákroku měla paní Dana miminko u sebe a odevzdala jej až po dvou hodinách sestře z novorozeneckého oddělení. Po vzájemné domluvě rodičovského páru se sestrou odešel manžel na novorozenecké oddělení, kde dítě prohlédl pediatr. Přání matky dítě nekoupat bylo zdravotníky respektováno.

S průběhem porodem a chováním zdravotnického personálu v jeho průběhu byla paní Dana spokojená, své výtky následně směřovala k některým sestrám z oddělení šestinedělí a zejména pak z oddělení novorozeneckého, kterým vytýkala nedostatečnou vstřícnost a komunikaci.

### ***Edita***

Ačkoli je trvalým bydleštěm paní Edity Slovensko, rozhodla se strávit poslední dny ve svém rodném městě v České republice a porodit zde své dítě v jedné z tamních porodnic. K tomuto rozhodnutí dospěla po prohlídce jedné porodnice v Bratislavě, ve které nebylo možné trávit první dobu porodní se svým manželem. Porodnictví v České republice na základě mnoha referencí považuje za špičkové a porodníky za odborníky a profesionály, od kterých očekávala, že budou akceptovat její přání spolurozhodovat o porodu. Největší obavou paní Edity byl strach z manipulace ze strany zdravotnického personálu.

Do zvolené porodnice se paní Edita dostavila ve večerních hodinách poté, co jí doma otekla plodová voda. Celou noc strávila respondentka na porodním sále bez kontrakcí, takže bylo nutno porod druhý den vyvolat za pomoci léčiv. Při ranní vizitě ještě rozespalé rodiče bez jakékoli diskuze lékař zavedl tabletku prostaglandinu sloužící k vyvolání porodu do děložního čípku. Paní Editě se následně snížila teplota, poklesl krevní tlak a záhy nastoupily velmi intenzivní kontrakce. Porodní asistentka ji preventivně zavedla kanylu do žíly a nechala jí vykapat infúzi. Do příjezdu manžela a doly se její momentální zdravotní stav upravil. Následně se paní Edita s porodní asistentkou domluvila na dirupci vaku blan, protože se jí vak blan po odtoku plodové vody znovu zacelil. Po celou dobu trvání popsanych aktivit probíhal v rychlém tempu - od zavedení tablety prostaglandinu po porození miminka uběhlo pouhých 210 minut. Ve fázi tlačení byla paní Editě provedena episiotomie. V rozporu s porodním plánem a bez vysvětlení porodní asistentka nenechala po porodu dotepat pupečník a miminko změřila.

Výkon zdravotnického personálu hodnotí paní Edita nejednoznačně, chování porodní asistentky v závěru porodu přičítá chybě při předání noční a ranní směny.

### ***Miriam***

Přáním paní Miriam byl přirozený porod v domácím prostředí pod dohledem porodní asistentky, nicméně jak se sama vyjádřila, toto přání nechtěla realizovat kvůli hrozbě případného postihu pro asistentku, která by byla ochotna vyhovět tomuto jejímu přání.

Kompromisem se pro tuto rodičku stal ambulantní porod ve vzdálenější menší porodnici s porodní asistentkou, kterou si sama vybrala a která má s tímto zařízením smluvní vztah, na jehož základě může jako externí porodní asistentka porody vést. Ve snaze přiblížit nemocniční prostředí své představě si paní Miriam sepsala také porodní plán, který se snažila cíleně zaměřit na svoji osobu a své potřeby.

Porod paní Miriam můžeme považovat jako jeden z těch, který vyšel přesně podle sestaveného porodního plánu. Samotný porod se rozbíhal pomalu, rodička měla dostatek času na to, aby se společně se svým partnerem a svojí porodní asistentkou přesunula do vybrané porodnice, kam přijela k večeru otevřená na 4 centimetry. Porod vedla porodní asistentka tak, aby zachovala podmínky přirozeného porodu a vytvořila prostředí, ve kterém se mohla paní Miriam cítit bezpečně a svobodně ve všech svých projevech. V okamžiku, kdy byla rodička otevřená na 8 centimetrů a porod dál nepostupoval, provedla porodní asistentka po domluvě s rodičkou dirupci vaku blan. Paní Miriam neutrpěla po porodu žádné poranění a nebyly jí v souladu s jejím porodním přání podány ani preventivně nabízeny žádná analgetika ani jiná



medikace - pouze k vypuzení placenty jí byl s jejím souhlasem podán oxytocin. Po porodu byl ženě umožněn dvouhodinový nerušený bonding s miminkem. Dítě bylo po celou s matkou a opustilo ji až na vážení, na které jej manžel paní Miriam odnesl do vedlejší místnosti. Představa, že by musela své dítě po porodu odevzdat, dělala paní Miriam velké starosti, proto vstřícný přístup zdravotnického personálu v tomto bodě ocenila snad nejvíce. Celý porod až na drobné maličkosti zhodnotila vlastními slovy jako „*docela příjemnou záležitost*,“ a to zejména díky své porodní asistenci a tomu, že ostatní zdravotníci její přání respektovali.

Po rychlém vyřízení všech náležitostí a řádném poučení od starostlivého (jak jej sama popsala) staršího lékaře z novorozeneckého oddělení o všech možných rizicích a komplikacích, kterým sebe i své dítě vystavuje, opustí-li porodnici před uplynutím standardního období hospitalizace, paní Miriam nikdo nebránil po šesti hodinách po porodu odjet domů.

### ***Monika***

Paní Monika byla další ženou, která si přála uskutečnit přirozený porod pod vedením porodní asistentky, se kterou se seznámila na předporodním kurzu a která si získala její důvěru. Porodnici zvolila proto takovou, kde by porod její porodní asistentka mohla vést.

Vzhledem k tomu, že paní Monika již přenášela a očekávaný termín porodu nastal před několika dny, byla jí před příchodem do porodnice nabízena indukce porodu. Uvedenému zákroku se však paní Monika chtěla vyhnout a na radu své porodní asistentky vyzkoušela ricinový koktejl, po jehož užití se jí porod rozběhl a mohla odjet v doprovodu manžela a své porodní asistentky do porodnice. Paní Monika nakonec musela proti svému původnímu předpokladu rodit v několik kilometrů vzdálené porodnici, zamířit díky velmi rychlému nástupu pravidelných kontrakcí vyskytujících se po 2 až 3 minutách do nejbližšího zdravotnického zařízení. V této porodnici bylo vedení porodu zcela v rukou zdejšího zdravotnického personálu, který aplikoval své standardní postupy namísto respektování porodních přání, která paní Monika zdravotníkům předala. K samotnému závěru porodu kvůli nedostatku kyslíku u plodu byli porodní asistentkou na porodní sál přivoláni lékaři a Monice byla nasazena kyslíková maska. Narozeného chlapce ihned po porodu zkontroloval přítomný pediatr - ačkoli bylo vše v pořádku, přesto se situace s nerespektováním porodních přání rodičky opakovala.

Celý porod paní Moniky byl velmi rychlý a netrval déle jak čtyři hodiny. Rodička hodnotila svoji zkušenost s chováním zdravotnického personálu jednoznačně negativně a s odstupem času celý porod okomentovala slovy: „...*na člověka bezprostředně po porodu*

*působí hormony a člověk je prostě šťastný, ať už to proběhlo jakkoli - ale zpětně jsem to skoro i obřečela.“*

### ***Pavčina***

Paní Pavčina si pro svůj porod vybrala porodnici na základě doporučení doly, která vedla její předporodní kurz. Od vybraného zdravotnického zařízení očekávala, že zde bude porodu ponechán přirozený průběh a také, že v případě komplikací jí zde bude poskytnuta rychlá a odborná pomoc lékařů. Blížící se porod se pomalu začal ohlašovat přibližně tři dny před svým termínem, když paní Pavčina začala pociťovat první tonizace a mírně krvácela. K porodu se dostavila po popsáných třech dnech v brzkých ranních hodinách se stále nepravidelnými, ale silnými kontrakcemi. Po příchodu do porodnice jí zdravotníci oznámili, že je otevřená na 6 centimetrů a porod postupuje velmi rychle, což se potvrdilo narozením dcery po pouhých dvou hodinách od příjmu paní Pavčiny do porodnice. Rodička zvládla porod bez jakékoli medikace, bylo jí však opakovaně nabízeno provedení dirupce vaku blan, se kterým nakonec souhlasila. Ve fázi tlačení jí ošetřující lékařka mírně přidržela břicho, protože se dcerka pořád vracela zpět a byla jí provedena epiziotomie, kterou jí porodní asistentka doporučila po zhodnocení její úzké pánve. Paní Pavčina v bezprostředním období po porodu díky přívalu hormonů a radosti, že drží své dítě v náručí, moc nevnímala a nevybavuje si tak podrobnosti událostí, které se okolo ní odehrávaly.

Paní Pavčina svůj porod i chování zdravotnického personálu hodnotí velmi pozitivně, přestože jak dodala, v první době porodní nestihli provést vše, co si pro její zpříjemnění s manželem připravili.

### ***Magda***

Paní Magda výběr místa svého porodu velice pečlivě zvažovala. Nakonec si zvolila porodnici, která na ni při předporodních prohlídkách působila nejsympatičtěji. Její výběr rovněž ovlivnilo, jakým způsobem se o porodním plánu vyjadřoval zaměstnanec porodnice, který ji během prohlídky provázel. Pro případ, že by narazila na komplikace s respektováním svých přání, si přivedla ke svému porodu svoji porodní asistentku, která by ovšem v tomto případě porod vést nemohla a vystupovala spolu s manželem paní Magdy v roli osoby doprovázející ženu k porodu. Porod paní Magda probíhal po termínu, nabízené indukci porodu se ovšem rodička sama dlouho bránila, protože chtěla nechat porodu přirozený průběh. Ačkoli začátek porodu probíhal nad její očekávání velice dobře, samotný příchod novorozence na svět byl nakonec proveden akutním císařským řezem v celkové narkóze kvůli hypoxii plodu.

Poporodní rekonvalescence paní Magdy probíhala bez větších obtíží. Po operaci vstávala velice rychle a snadno a ihned se tak mohla začít starat o své dítě a mít jej u sebe. Do doby, než byla schopná se o dítě sama postarat rodiče, jí vozili miminko z novorozeneckého oddělení pouze na kojení.

Celý porod paní Magdy trval deset hodin a rodička během něj byla klidná, protože ve své blízkosti měla blízké osoby, kterým důvěřovala. S chováním zdravotnického personálu paní Magda nezaznamenala negativní zkušenost, nicméně vzhledem k celkové narkóze během akutního císařského řezu mohla zhodnotit pouze období, kdy byla při vědomí.

### **3.3.2.2 Souhrn zjištění výzkumného šetření**

Zatímco na první výzkumnou otázku, zda rodičky vnímají porodní plán jako nástroj pro zajištění svých porodních přání, bylo možno vzhledem ke shodným motivům uváděnými respondentkami, odpovědět kladně již po první fázi polostrukturovaného rozhovoru, odpověď na druhou výzkumnou otázku vyžadovala provést analýzu zjištění získaných během druhé části rozhovoru. Vyhodnocení spokojenosti rodiček s průběhem porodu přitom nelze pojímat na základě statistického vyhodnocení a to ze dvou důvodů – tím prvním je úzký výzkumný soubor složený pouze z osmi respondentek, tím druhým a významnějším je skutečnost, že pro každou z rodiček bude míra spokojenosti s vlastním porodem vyplývat z osobních preferencí – co může být pro jednu nastávající maminku akceptovatelné, to může druhá rodička označit za negativní zkušenost.

Konfrontace vyjádřených porodních přání je proto provedena na základě názorů rodiček vyjádřených během druhé části polostrukturovaného rozhovoru. Míra shody názorů či stupně spokojenosti jednotlivých rodiček je v této části práce považována za hlavní hodnotící kritérium. Odpovědi, které se výrazným způsobem vymykají obecně shodnému názoru respondentek, jsou okomentovány. Vyhodnocení bylo prováděno s cílem získat zpětnou vazbu rodiček vztahující se nejenom ke vztahu zdravotníků k porodním plánům a jejich zacházení s nimi, ale bylo zejména zaměřeno na respektování přání vyjádřených v porodních plánech. Zhodnocení vlastních subjektivních zkušeností rodiček se jejich porodními plány je provedeno v závěru této části práce.

### ***Porodní plán jako zdroj negativních reakcí zdravotníků***

Obava z autoritativního a neochotného chování personálu, nerespektování porodních přání byla vyjádřena v sedmi z osmi rozhovorů provedených před samotným porodem. Po porodu, dvě respondentky (Magda, Miriam) dokonce přiznaly, že se do poslední chvíle rozhodovaly,

zda si porodní plán k porodu vezmou. Důvodem pro toto jejich jednání byly obavy z možných negativních reakcí personálu, které by mohl porodní plán ještě před příchodem na porodní sál vyvolat.

*„Já jsem byla ke konci těhotenství opravdu skeptická, než jsem jela родit, že se mi vysmějí s porodním plánem ... do poslední chvíle jsem nevěděla, jestli si porodní plán budu nebo nebudu brát.“*

(Miriam)

*„ ... informační schůzku vedla paní, která porodní plány komentovala vysloveně ironicky. Sama jsem pak taky zvažovala, jestli ten plán vůbec sepsovat.“*

(Magda)

Ačkoli lze případ, kdy rodička rezignuje na předání připraveného porodního plánu zdravotníkům kvůli obavám z vyvolání jejich negativní reakce, považovat za absurdní, může se jednat o reálnou situaci. Motivy tohoto chování mohou být různé – vlastní pochyby či postoje zdravotníků, jak bylo potvrzeno výzkumným šetřením, anebo například negativní zkušenosti jiných rodiček sdílené na internetových fórech. Rezignaci rodičky na sepsání porodních přání anebo rozhodnutí připravený porodní plán nepředat ze strachu, že tímto činem vyvolá negativní reakci ošetřujícího personálu, proto nelze podceňovat.

### ***Zacházení zdravotnického personálu s porodním plánem***

Z prvotní reakce zdravotnického personálu na předložený porodní plán lze poměrně dobře odvodit vztah zdravotníka a postoj jeho pracoviště k porodním přáním a nepřímo i jak zdravotnický personál o ženách přicházejících porodit s porodním plánem smýšlí.

*„Porodní asistentka ho přečetla a řekla, že tam nevidí nic, co by nebyli schopni splnit. Jinak nějaká negativní reakce z její strany tam nebyla, při čtení se chovala korektně a skutečnost, že jsem si přinesla porodní plán, nijak nekomentovala. Zdálo se, že je na to celkem zvyklá. K jednotlivým bodům se detailně nevyjadřovala. Na diskusi nebyl čas, všechno se seběhlo dost rychle.“*

(Magda)

*„Doktor to [porodní přání] nejdříve projel, řekl mi, že všechno je splnitelné a pak šel tedy někam asi se domluvit s porodní asistentkou. ... Na boxu s porodní asistentkou jsme to tedy neprobírali, ale bylo vidět, že to četla. Řekla, ale že o tom ví. ... že tam neměla s ničím, ani problém.“*

(Linda)

*„Dala jsem jim jej už při registraci na ambulanci porodní asistentce, která mně přijímala. Ona [porodní asistentka] řekla, že si to přečte a že mi dá vědět. ... Přečetla si jej a řekla, že tam není žádný problém, že plán je splnitelný. ... V případě, že nebudou komplikace, tak by to mělo být v pořádku. Protože se tam standardně provádí věci, které jsem měla v plánu uveste.“*

(Blanka)

*„...jsem ten plán měla vložený v těhotenské průkazce, já sama bych v té chvíli na něj málem zapomněla, ale ona [porodní asistentka] si jej přečetla, protože na něj narazila a říkala, že tam mám body, které oni stejně se snaží dodržovat, že tam tedy není nic, co by tam nedodržovali. Takže jsme to spolu probrali. Všechno, co jsem tam měla, tak ona tak i dělá.“*

(Pavčina)

*„... žádné bolesti jsem neměla, tak jsme to [porodní přání] prošli celé předtím [před zavedením tabletky prostaglandinu].“*

(Dana)

*„Dával jim ho [porodní plán] manžel a pak už se mě nikdo na nic neptal a jeli podle něho. Jako by ho měli pořád u sebe. ... Bylo vidět, že ho opravdu četli.“*

(Miriam)

*„... porodní asistentka si ho v klidu přečetla ... [ale neprobrala].“*

(Monika)

Ojedinelým případem byla paní Edita, která své porodní přání zdravotního personálu přímo nepředala k založení do dokumentace, ale nechávala si jej na po porodním pokoji pro svoji a manželovu potřebu. Při příjezdu preferovala své připravené poznámky probrat ústně.

*„Po mém příjezdu večer [noční směna] působili již unaveně, ale měli trpělivost mne vyslechnout a probrat se mnou moje dotazy a přání.“*

(Edita)

Ve všech případech si tedy zdravotníci porodní plán přečetli - na některých pracovištích byly s rodičkami jejich porodní přání diskutovány ihned po příjmu na oddělení, v jiných porodnicích porodní plán pouze převzali s tím, že si jej přečtou. Na většině pracovišť vzápětí ujistili respondentky o tom, že se jejich porodní plán budou snažit dodržet. V případě paní Moniky si zdravotníci porodní plán pouze přečetli a nerespektovali jej.

### ***Respektování porodních přání***

Je zřejmé, že postoj zdravotníků k různým porodním přáním bude ovlivněn nejen možnostmi a postupy konkrétního pracoviště, ale také tím, zda uplatňování určitých porodních přání nebudou zdravotníci vnímat jako útok na svoji odbornost. Rovněž lze odůvodněně předpokládat, že rozhodující vliv na rodičino hodnocení, zda její porodní přání byla nebo nebyla respektována, bude mít její komunikace se zdravotnickým personálem - bude-li nutný zákrok, který si rodička nepřála, zdravotníky nejprve řádně vysvětlit a odůvodnit, nebude v naprosté většině případů rodičkou považován za nesplněné porodní přání.

- ***přítomnost blízké osoby u porodu***

Za nejčastější a jedno z nejvýznamnějších porodních přání bývá označován požadavek rodičky na přítomnost blízké osoby (nejčastěji partnera) u porodu. Ačkoli toto přání ani jediná rodička ve svém porodním plánu neuvedla, partner byl přítomen na porodním sále během porodu všech respondentek. Přítomnost vlastní porodní asistentky nebo dudy u porodu již tak obvyklá není, nicméně v žádné z porodnic s touto žádostí plně jedné poloviny rodiček (Monika, Miriam, Magda a Edita) problémy nebyly.

- ***amniotomie – dirupce vaku blan***

Dirupce vaku blan byla rodičkám nabízena nejčastěji, a to i v případě, že se jednalo o normálně probíhající porod a rodička si amniotomii nepřála. Všechny uskutečněné amniotomie však byly provedeny po domluvě a se souhlasem rodiček. Přehled splnění porodního přání neprovádět dirupci vaku blan je uveden v následující tabulce 8.

**Tabulka 8** *Splnění porodního přání respondentek neprovádět dirupci vaku blan*

<b>rodička</b>	<b>amniotomie v porodním přání</b>	<b>amniotomie u porodu</b>	<b>odůvodnění splnění přání</b>	<b>splnění přání</b>
Blanka	přirozený průběh porodu	ano	se souhlasem	ano
Linda	porod neurychlovat	ano	se souhlasem	ano
Pavčina	přirozený průběh porodu	ano	se souhlasem	ano
Edita	přirozený průběh porodu	ano	odtok plodové vody *	ano
Miriám	porod neurychlovat	ano	se souhlasem	ano
Magda	porod neurychlovat	-	-	-
Monika	porod neurychlovat	-	-	-
Dana	přirozený průběh porodu	ne	odtok plodové vody *	ano

\* Paní Editu přijela do porodnice s odteklou plodovou vodou, amniotomie byla provedena s jejím souhlasem, protože se její vak blan opětovně zacelil. Paní Dana již přijela do porodnice s odteklou plodovou vodou

Hodnocení naplnění porodního přání uváděné v tabulce je provedeno na základě poskytnutí souhlasu rodičky s uskutečnění výkonu – přání bylo považováno za splněné i tehdy, pokud rodička potvrzení vaku blan sama schválila.

Paní Magda a paní Monika v rozhovorech neuvedly vzhledem ke komplikacím, které provázely jejich porod, zda jim byla amniotomie provedena, takže dirupci vaku s jistotou nelze vyloučit a splnění přání není možno vyhodnotit.

- ***epiziotomie - nástřih hráze***

Druhým nejčastějším zásahem do průběhu porodu ze strany zdravotníků byla epiziotomie, která byla provedena u pěti respondentek. Šest respondentek ve svých porodních přáních uvedlo, že si nástřih hráze nepřejí z preventivního důvodu a případný nástřih hráze chtějí konzultovat. Čtyři uskutečněné epiziotomie byly provedeny se souhlasem rodičky a až po vzájemné domluvě s ní. V případě paní Moniky si epiziotomii vynutily komplikace v závěru porodu, avšak nikdo ji na její provedení předem neupozornil. Paní Miriám a Linda si epiziotomii v případě nekomplikovaného porodu vysloveně nepřály a preferovaly přirozené natržení. V případě paní Lindy si ošetřující lékař nejprve vyžádal negativní revers. U obou žen však bylo přání neprovádět nástřih hráze respektováno. Paní Linda neměla po porodu žádné porodní poranění a paní Miriám utrpěla pouze drobné poranění, které se na její přání

ani nešlo. Porod paní Magdy skončil akutním císařským řezem, proto k epiziotomii nedošlo. Přehled splnění porodního přání neprovádět nástřih hráze je uveden v tabulce 9.

**Tabulka 9** Splnění porodního přání respondentek neprovádět nástřih hráze

<b>rodička</b>	<b>episiotomie v porodním přání</b>	<b>episiotomie u porodu</b>	<b>odůvodnění splnění přání</b>	<b>splnění přání</b>
<b>Blanka</b>	nikoli preventivně	ano	se souhlasem	ano
<b>Linda</b>	preference přirozeného natržení	ne	respektováno	ano
<b>Pavčina</b>	nikoli preventivně	ano	se souhlasem	ano
<b>Edita</b>	nikoli preventivně	ano	se souhlasem	ano
<b>Miriam</b>	preference přirozeného natržení	ne	respektováno	ano
<b>Magda</b>	nikoli preventivně	-	-	-
<b>Monika</b>	nikoli preventivně	ano	bez souhlasu	ne
<b>Dana</b>	nikoli preventivně	ano	se souhlasem	ano

Vzhledem k faktu, že nelze posoudit, zda byla episiotomie v jednotlivých případech prováděna preventivně nebo nikoli, lze předpokládat, že pokud k jejímu provedení dala rodička souhlas, bylo toto porodní přání splněno – s tímto vědomím je možno považovat porodní přání neprovádět preventivně nástřih hráze u šesti respondentek za splněné.

- ***přestřížení a dotepání pupečnicku***

Přání přestříhnout pupečník až po jeho dotepání, pokud nenastanou neočekávané komplikace, projevilo všech osm respondentek. Výskyt neočekávaných komplikací na konci porodu toto přání zabránil splnit u dvou rodiček – v případě paní Magdy vyloučil splnění jejího přání akutní císařský řez, u paní Moniky bylo její přání vyloučeno komplikacemi v závěru druhé doby porodní. Ze zbylých šesti rodiček pouze polovina (Dana, Linda, Miriam) s jistotou uvedla, že jim bylo přání nechat dotepat pupečník splněno. V případě paní Edity nebylo toto porodní přání splněno bez uvedení důvodu a zbylé dvě rodičky nemohly dotepání pupečnicku s jistotou potvrdit. Přehled splnění porodního přání přestřížení a dotepání pupečnicku je uveden v tabulce 10.



**Tabulka 10** Splnění porodního přání respondentek nechat dotepat pupečník

rodička	dotepání pupečníku v porodním přání	dotepání pupečníku u porodu	odůvodnění splnění přání	splnění přání
Blanka	nechat dotepat	neví	-	-
Linda	nechat dotepat	ano	respektováno	ano
Pavčina	nechat dotepat	neví	-	-
Edita	nechat dotepat	ne	pochybení personálu	ne
Miriam	nechat dotepat	ano	respektováno	ano
Magda	nechat dotepat	ne	komplikace	nemožné
Monika	nechat dotepat	ne	komplikace	nemožné
Dana	nechat dotepat	ano	respektováno	ano

- ***samovolný porod placenty***

Přání vyčkat na spontánní porod placenty uvedly ve svém porodním plánu pouze tři respondentky. Toto porodní přání však bylo splněno pouze u jedné z nich, a to paní Miriam, protože s podáním oxytocinu na podporu vyloučení placenty sama souhlasila. V případě paní Moniky se zdravotníci chystali oxytocin podat bez předchozího vyžádání souhlasu rodičky a paní Monika si musela své přání důrazně obhájit - nelze je tedy považovat za bezvýhradně vyplněné. Paní Magdě zabránil v uskutečnění jejího porodního přání akutní císařský řez.

- ***bonding (přiložení novorozence na kůži matky) nebo položení miminka do náruče matky***

Přání zajistit položení miminka bezprostředně po porodu do náruče anebo přiložení miminka ke svému tělu na kůži (bonding) projevilo ve svých porodních plánech všech osm respondentek. Nejméně polovině z rodiček bylo jejich porodní přání splněno, další dvě respondentky nemohly splnění svého přání potvrdit, protože si na dobu po porodu přesně nevzpomínají z důvodu silného citového pohnutí. V případě paní Magdy bylo nemožné její přání splnit pro narkózu, do které byla přivedena z důvodu provedení akutního císařského řezu, zatímco paní Monika se splnění svého přání musela opět důrazně domáhat vzhledem k tomu, že zdravotníci její přání odmítli respektovat. Přehled splnění porodního přání provést bonding nebo položit novorozence rodičce do náruče je uveden v tabulce 11.

**Tabulka 11** Splnění porodního přání provést bonding nebo položit novorozence do náruče

rodička	bonding v porodním plánu	bonding u porodu	odůvodnění splnění přání	splnění přání
Blanka	miminko do náruče	neví	-	-
Linda	miminko do náruče	ano	respektováno	ano
Pavčina	miminko do náruče	neví	-	-
Edita	bonding po porodu	ano	respektováno	ano
Miriam	bonding po porodu	ano	respektováno	ano
Magda	bonding po porodu	ne	akutní císařský řez	nemožné
Monika	miminko do náruče	ne	musela si vyžádat	ne
Dana	bonding po porodu	ano	respektováno	ano

- **odklad měření a vážení novorozence**

Přání odložit tradiční úkony prováděné zdravotnickým personálem s novorozenci, jakými jsou vážení a měření narozeného dítěte, projevilo ve svých porodních plánech pět respondentek. Odložení měření a vážení na pozdější dobu bylo však umožněno pouze dvěma z nich. V případě paní Magdy znemožnil splnění jejího přání akutní císařský řez, u zbylých dvou rodiček však bylo nevyplnění porodního přání způsobeno zdravotníky. Přehled splnění porodního přání neprovádět měření a vážení je uveden v tabulce 12.

**Tabulka 12** Splnění porodního přání respondentek odložit měření a vážení novorozence

rodička	měření a vážení v porodním přání	měření a vážení u porodu	odůvodnění splnění přání	splnění přání
Edita	měření a vážení odložit	ne	pochybení personálu	ne
Miriam	měření a vážení odložit	ano	respektováno	ano
Magda	měření a vážení odložit	ne	akutní císařský řez	ne
Monika	měření a vážení odložit	ne	bez udání důvodu	ne
Dana	měření a vážení odložit	ano	respektováno	ano

- ***přítomnost alespoň jednoho z rodičů v průběhu vyšetření dítěte***

Paní Daně byla přítomnost manžela při kontrole dítěte na novorozeneckém oddělení dovolena. Manžel paní Lindy takové štěstí neměl, přestože mu bylo dovoleno, aby doprovodil sestru z novorozeneckého oddělení s miminkem na pediatrické vyšetření, k vlastnímu vyšetření zdravotníky připuštěn nebyl. Partner Moniky se po návratu s novorozeneckého oddělení, kde miminko mělo být vykoupáno, vrátil na porodní sál bez něj. Paní Magdě opět zabránil splnění jejího přání akutní císařský řez, její miminko bylo převzato do péče na novorozeneckém oddělení a následně přivázeno po třech až čtyřech hodinách na kojení, do té doby, než vstala a mohla se o něj postarat sama. Přehled splnění porodního přání zajistit přítomnost alespoň jednoho z rodičů v průběhu vyšetření dítěte je uveden v tabulce 13.

**Tabulka 13** *Splnění porodního přání rodiček přítomnosti rodiče během vyšetření dítěte*

<b>rodička</b>	<b>přítomnost rodiče u vyšetření požadovaná v porodním plánu</b>	<b>přítomnost rodiče u vyšetření po porodu</b>	<b>odůvodnění splnění přání</b>	<b>splnění přání</b>
Blanka	-	-	-	-
Linda	ano	ne	bez udání důvodu	ne
Pavčina	ano	ano	respektováno	ano
Edita	ano	ano	respektováno	ano
Miriam	ano	ano	respektováno	ano
Magda	ano	ne	akutní císařský řez	nemožné
Monika	ano	ne	neví	ne
Dana	ano	ano	respektováno	ano

- ***nadstandardní pokoj***

Splnění přání rodiček o poskytnutí nadstandardního pokoje se odvíjelo od toho, zda byl volný. Z hlediska zájmu zdravotnického personálu o porodní přání respondentek se však jednalo o přání, na které se zdravotníci aktivně sami vyptávali – vliv komerčního pozadí (příjmů pro konkrétní zdravotnické zařízení) jistě není nezanedbatelný.

- **respektování porodních přání na novorozeneckém oddělení**

Přestože výzkumné šetření bylo primárně zaměřeno na hodnocení respektování porodního plánu na porodním sále, nelze neuvést výpovědi dvou respondentek, ve kterých rodičky vyjádřily svou nespokojenost s respektováním svých přání a vstřícností zdravotnického personálu z novorozeneckého oddělení.

*„ ... do nás chtěli cpát ty příkrmy a já jsem se tomu bránila a oni – no my víme, že vy máte ten svůj porodní plán – měli k tomu takový negativní postoj. ... Jsem si říkala, když už tak aspoň přes tu cévku. No, ale to mi taky říkali – to bude komplikované, budete muset chodit k nám na novorozenecké. Prostě strašný problém, protože každý tam vyfasoval stříkačku, každé narvali ten příkrm a já jediná jsem tam byla problémová ... Takže ve skutečnosti, přestože jsem si udělala nějaký porodní plán tak musím přistoupit na to jejich a dávat příkrm. Nakonec jsme teda odolali.“*

(Monika)

*„... teď to vážení, taky strašná věc pro maminky, které jim děti neprospívají tak rychle, je to blbě na psychiku hrozně. ... Jsem si říkala, že tam bude zas ta protivná sestra a zas do mě bude hučet, že je to málo a nutila by mi příkrmy. Při dalším vážení jsme naměřili 50, to zas bylo moc. Tak pak přišla ta sestra, že tolik jí nesmíme dávat...“*

(Dana)

Z uvedených výpovědí respondentek je patrné, že porodní plán může sehrát svou roli v prosazování přání rodičky snáze na porodním sále, kde je očekáván a zdravotnický personál se s ním naučil zacházet. Vymahatelnost přání týkajících se zacházení s miminkem na novorozeneckém oddělení mohou narážet na nedostatečný přenos informací anebo na odlišné poměry panující na tomto oddělení.

### **3.3.2.3 Faktory ovlivňující dodržení porodního plánu**

Z analýzy rozhovorů provedených s rodičkami po porodu vyplývá, že hodnocení toho, zda porodní plán splnil nebo nesplnil svoji úlohu a tedy, zda jej rodičky budou vnímat jako smysluplný nástroj pro zajištění svých přání, nelze posuzovat na základě statistické analýzy. Sledování smysluplnosti porodního plánu nemůže být založeno na podílu splněných porodních přání vyjádřeném procentuálně podle toho, které body z porodního plánu byly rodičce splněny a které dodrženy nebyly. Statistický pohled nelze podle stejného principu aplikovat ani na určení míry ochoty zdravotnického personálu porodní plán dodržet.

Naplnění porodního plánu a jeho použití jako nástroje zajišťujícího splnění přání rodiček a orientaci zdravotnického personálu v těchto přáních ovlivňuje několik faktorů, které byly identifikovány na základě provedeného výzkumného šetření. Vlivy jednotlivých faktorů mohou působit samostatně nebo se prolínat, v každém případě je ovšem celkový dojem rodičky z porodu určen jejich působením.

- ***postoj zdravotníků k přirozenému porodu***

Vztah zdravotnického personálu k porodnímu plánu je určován zejména jeho postojem k přirozenému porodu, ochotou s porodním plánem pracovat a ponechat rodiče důležitý pocit spolurozhodování o porodu. Pozitivní zkušenost s postojem zdravotnického personálu vztahujícímu se k přání rodit přirozeným způsobem uvedlo sedm respondentek, negativní zkušenost uvedla jediná – paní Monika – v jejím případě se však jednalo o absolutní nerespektování jejich přání a rutinní aplikaci modelu aktivně lékařsky vedeného porodu. Jak lze poznat z následujících dvou výpovědí, postoj zdravotníků se může projevit různými způsoby.

*„Musím říct, že mě překvapili ty různé polohy, které mi ta porodní asistentka nabízela.“*

(Pavčina)

*„...na porodním sále se na to dost vykašlali a postupovali asi nějakým jejich standardním postupem, když mi ho vzali a začali ho tam cedulkovat, tak jsem myslela, že vyletím z kůže, když ho tam chtěli potom ještě měřit a vážit, což v porodním plánu bylo výslovně i napsané, že to chceme odložit... Myslím si, že ten přístup byl opravdu otravný. Asi jenom dvě sestřičky byly takové, že i třeba poradily a měly zájem nás nějak podpořit a pomoci.“*

(Monika)

- ***schopnost zdravotnického personálu komunikovat s rodičkou***

Důležitost schopnosti komunikace ve smyslu předávání informací o průběhu porodu a zejména pak v jeho problematických fázích při případných komplikacích a neočekávaných situacích na porodním sále, byla pro většinu žen zásadní. Znovu je důležité zdůraznit, že i v případě komunikace hraje velkou roli navození pocitu spolurozhodování rodičky o průběhu porodu.

Průzkum na několika příkladech prokázal, že komunikační dovednosti zdravotnických pracovníků a jejich schopnost bez nežádoucích emocí věcně prodiskutovat s klientkami jejich přání a rozhodnutí vyjádřená v porodním plánu, včetně vysvětlení případných rizik, jsou stále velice pozadu za odbornými znalostmi porodníků. Mnohé porodní asistentky i lékaři jsou na

špičkové odborné úrovni, ale postrádají schopnost vnímat rodičku jako partnera během diskuse.

*„Naráz se na mě nějací lidi, kteří tam přišli, vrhli a začali mi tlačit na břicho..., ale že by se v tu chvíli se mnou prostě pobavili to ne. ... myslím, že by měli určitě více komunikovat, říct, co se chystají udělat, co se děje. Tam jen kolem mě jen chodili a říkali, že má málo kyslíku. Bylo tam hrozně moc lidí v té místnosti a já jsem prostě nevěděla, co se děje.“*

(Monika)

Celý incident, tak jak jej paní Monika popsala, pokračoval i poté, co si pediatři vzali dítě ihned ke kontrole, protože ke konci porodu byly na monitoru známky hypoxie plodu. Novorozený chlapec byl sice v pořádku, ale paní Monice o tomto závěru neinformoval pediatr, který dítě vyšetřil a odešel beze slova, ale její porodní asistentka, kterou si ke svému porodu přivedla. Rodička pak následně s podporou své porodní asistentky musela upozornit a důrazně okřiknout zdravotníky, kteří začali okamžitě po odchodu pediatra dítě označovat, vážit a měřit, aby jí ho dali do náručí.

Existují však i pozitivní zkušenosti rodiček, které lze doložit na příkladech porodní asistentky z následujících výpovědí:

*„Při ranní vizitě, mne lékař, kterého jsem neznala, prohlédl a ještě rozespale mi zavedl tabletu na urychlení porodu, bez diskuse se mnou. Ano bylo to potřeba, ale přesto mne to zaskočilo a rozhodilo. Porodní asistentka vycítila nedobrou atmosféru po zavedení tablety, přišla, utěšila mne a pravděpodobně zajistila změnu lékaře, potom už ke mně chodil jiný doktor.“*

(Edita)

*„ ... porodní asistentka byla suprová. Všechno mi říkali, na všechno se mě ptali.“*

(Dana)

*„Všechno opravdu se mnou konzultovali, přesně jak jsem to měla napsané – pokud by chtěli udělat něco jinak, než je v tom plánu, tak jedině po domluvě se mnou nebo když bych nebyla schopná já tak s manželem, a toto dodrželi na sto procent.“*

(Miriam)

*„... na všechno se mě ptali. Podle mě by byly splněná všechna má přání uvedená v porodním plánu, protože mi řekli – my víme, že to v porodním plánu máte takhle, ale že mi doporučuji toto. Proběhla tam potom nějaká diskuze a pak jsem třeba řekla, že jo, že s tím souhlasím. ... hodně mi pomáhalo ujištění porodní asistentky, že všechno probíhá jak má.“*

(Linda)

*„ ... na ostatní věci se mě v zásadě ptali, domlouvali se se mnou a informovali mě a to bylo pro mě nejpodstatnější. ... Rozhodně si myslím, že velice dobře probíhala komunikace mezi porodní asistentkou a partnerem, protože porodní asistentka i s ním vše řešila, když jsem třeba nebyla schopná já.“*

(Edita)

*„ v podstatě všechny ty body se mnou řešili.“*

(Pavčina)

Obecně platí, že pokud jsou komunikační dovednosti personálu na odpovídající úrovni, dokáže rodička lépe přijmout, že porod přesně neproběhl podle jejího původního přání.

*„Snažili se ho dodržovat, aspoň jsem viděla tedy tu snahu. O to víc se mi pak snáze přijímalo to, že to nevyšlo tak, jak jsem si to představovala, že by to mohlo být.“*

(Blanka)

O tom, že důležitá může být nejen komunikace mezi zdravotníkem a rodičkou, ale jak se ukázalo v případě paní Edity, pro naplnění porodního plánu může být důležitá i komunikace mezi samotnými zdravotníky. V případě paní Edity totiž došlo k nepředání informací o porodním plánu během předání noční a ranní směny a z tohoto důvodu nebyla některá přání rodičky splněna (jednalo se většinou o rutinně prováděné výkony v porodnicích – přerušení pupečníku bez čekání na jeho dotepání a měření miminka bezprostředně po jeho narození).

*„Co jsem si myslela, že je samozřejmostí a neproběhlo zřejmě, že jsem se domnívala, že si porodní asistentky při předání ráno předají i to, že mám porodní plá, a co v něm tak zhruba mám. Ranní směna již však o mém porodním plánu nevěděla a neznala jej. ... Bohužel, jak jsem již říkala při výměně personálu, nebyla možnost ani síla porodní plán s personálem probrat.“*

(Edita)

V rámci objektivit je ovšem nutno poznamenat, že situace by se mohla vyvíjet jinak, pokud by paní Edita svůj plán dala zdravotníkům k dispozici a mohl by tak být založen do dokumentace, takže by existovala možnost, že by se s porodním plánem mohl personál ranní směny seznámit samostatně – namísto toho měla paní Edita porodní plán u sebe a vzhledem k rychlému průběhu porodu neměla možnost ani dostatek sil se pokusit personál ranní směny se svým porodním plánem seznámit.

- ***průběh vlastního porodu***

Jak již bylo uvedeno několikrát v předchozím textu, porod je děj, který nelze naplánovat. Průběh vlastního porodu má proto rozhodující vliv na následné vnímání této události rodičkou – zejména je-li provázen neočekávanými obtížemi. Rychlý a hladký průběh porodu rodička vnímá a hodnotí úplně jinak než porod, při kterém se objeví komplikace – jako mohou být respondentkami zmiňovaný odtok plodové vody bez nastoupení kontrakcí, hypoxie miminka či akutní císařský řez. Velkou roli samozřejmě bude hrát i osobnost rodičky, její psychický stav a zejména schopnost se vyrovnat s neočekávaným průběhem porodu. Následující výpovědi rodiček uvedené předpoklady potvrzují vliv porodu na porodní plán v pozitivním i negativním smyslu.

*„ ... jsem tam měla napsáno ten přirozený porod a ten můj porod byl velice přirozený, což ale bylo myslím daný víc tím, že to bylo tak rychlé a nebyl na nějakou medikaci ani čas.“*

(Pavčina)

*„Když mi to [porodní plán] doktor četl, že bych se chtěla vyhnout epidurálu. Tak mi řekl, že by se to stejně nestihlo. ... mi řekli, že se ta vana nestihne ani napustit. ... porodila jsem do tří hodin od příjezdu.“*

(Linda)

*„ ... začalo to odtokem plodové vody ... Doktor mi řekl, že by byl rád, kdybych dneska porodila kvůli tomu streptokokovi. Takže už jsem věděla, že porodní plán nemůže být dodržen, kvůli tomu, že jsem neměla bolesti a mělo se to vyvolat. Nakonec mi to tedy vyvolali.“*

(Dana)

*„ ... začalo to odtokem plodové vody. ... Samotný porod mi museli bohužel vyvolat druhý den, protože jsem byla bez bolesti a porod se nerozběhl.“*

(Edita)

*„Po první kontrakci mi odtekla plodová voda a pak to šlo strašně rychle za sebou ... Ke konci měli strach, že už má málo kyslíku, že byl nějak moc dlouho v těch porodních cestách. ... Takže nám ho odstříhli hned, jak se narodil, což jsme nechtěli. ... vím, že ten samotný průběh porodu, nedovolil dodržet úplně všechno.“*

(Monika)



*„...i když porodní plán naplněn, nebylo to dáno neochotou personálu, ale tím, že celkový scénář byl jiný, než s jakým porodní plán počítal.“*

(Magda)

- ***možnosti jednotlivých porodnic***

Vybavení jednotlivých porodnic samozřejmě určuje možnosti splnění porodních přání – má-li rodička uvedeno ve svém porodním přání, že by ráda uskutečnila porod do vody a zdravotnické zařízení není vybaveno porodním boxem s vanou, je přání rodičky znemožněno v samém počátku. Nicméně ani v případě, že si rodička ověří vybavení porodnice ve vztahu ke svému porodnímu přání, neméně důležitou roli může sehrát kapacita daného zdravotnického zařízení, tak jako se to stalo dvěma respondentkám provedeného výzkumného šetření. V obou případech byl porodní box s vanou obsazen jinými rodičkami.

*„...nadstandard s vanou nebyl volný.“*

(Monika)

*„Bohužel pokoj s vanou volný nebyl.“*

(Blanka)

- ***časová a pracovní vytíženost personálu.***

Zejména v porodnicích s vysokým počtem porodů ročně se může stát, že ošetřující personál se musí věnovat i více porodům najednou – tento fakt může mít vliv na splnění přání uvedených v porodním plánu. Důvodem v tomto případě jistě nebude neprofesionální přístup zdravotníků, ale prostý fakt, že díky časovým a procedurálním nárokům musí ošetřující personál učinit kompromisy, zajišťující nezbytnou úroveň péče pro všechny rodičky přítomné v daný okamžik na porodním sále. Paralelní vedení porodů jednou porodní asistentkou zaznamenaly dvě respondentky šetření – v podmínkách našeho zdravotnictví nemusí mít tedy časová a pracovní vytíženost personálu zanedbatelný vliv na plnění porodních přání.

*„... sama [porodní asistentka] měla na starosti ještě další rodící ženu, takže se musela vzdálit.“*

(Magda)

*„... moje porodní asistentka rodila vedle paralelně dvojčata, takže se na mě chodila více méně jen podívat, takže jsem ráda, že tam byl [partner] se mnou.“*

(Blanka)

- **samotná rozhodnutí rodičky**

V některých případech od svých porodních přání ustoupí samotná rodička. Důvody pro tento krok mohou být různé a záleží čistě na osobě rodičky a jejím aktuálním psychickém a fyzickém stavu. Změna původního porodního plánu byla zaznamenána i v průběhu šetření – jedná se o naprosto přirozený jev.

*„Ano, bylo to potřeba, urychlit to trochu. I ten oxytocin jsem nakonec souhlasila. Jsem to chtěla už mít za sebou, tak jsem souhlasila.“*

(Blanka)

### 3.3.2.4 Porovnání vlivu faktorů ovlivňujících dodržení porodního plánu

Výčet všech nejdůležitějších faktorů, které ovlivňují dodržení porodního plánu, uvádí následující tabulka 14.

**Tabulka 14** Shrnutí faktory ovlivňující naplnění porodního přání

<b>Faktory ovlivňující naplnění porodního přání</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>postoj zdravotnického personálu k přirozenému porodu</i></li><li>• <i>schopnost zdravotnického personálu komunikovat s rodičkou</i></li><li>• <i>průběh vlastního porodu</i></li><li>• <i>možnosti jednotlivých porodnic</i></li><li>• <i>časová a pracovní vytiženost zdravotního personálu</i></li><li>• <i>rozhodnutí samotné rodičky</i></li></ul>

Z uvedených faktorů, které se mohou stát překážkou pro porodní přání, se vliv zdravotnického personálu, jeho vstřícnost a ochota s porodním přáním ženy pracovat a snaha jej naplnit, jeví jako rozhodující prvek v následném hodnocení porodu a spokojenosti rodičky. Vliv průběhu porodu je v konečném důsledku menší (samozřejmě za předpokladu, že se dítě narodí zdravé), zatímco možnosti jednotlivých zdravotnických zařízení budou mít na splnění představ rodičky nepodstatný vliv.

Také tolik diskutované vnímání bolesti ženy popisují daleko lépe v případech, kdy během porodu měly oporu ve zdravotnickém personálu, jehož snahou bylo přiblížit porod představám rodičky, tak jako tomu bylo v případě tří respondentek provedeného šetření.

*„Ono to bolelo, ale přišlo mi to jako smysluplná bolest. Nebyla to tupá bolest, jako například kdybych si nechala řezat do nohy.“*

(Miriam)

*„Pokud jde o porodní bolesti, ty mi nepřišly tak strašné, jak obvykle popisují. ... V knížkách to přirovnávají první fázi maratonu, píše se tam, že žena to má chuť vzdát a potřebuje povzbuzování, mě to tak nepřišlo, byla jsem klidná a měla jsem dobrou náladu, což bylo dáno také tím, že se do porodu v první fázi nezasahovalo žádnými prostředky, které by ho měli urychlit.“*

(Magda)

*„...celou dobu jsem si věřila, že to zvládnou a měla pocit, že je vše v pořádku.“*

(Linda)

### **3.3.2.5 Zkušenost rodiček s porodním plánem**

I když porodní plán nezajistil všem respondentkám průběh porodu, který si představovaly na základě svých vyjádřených porodních přání, všechny rodičky svoji zkušenost s porodním plánem hodnotí jako pozitivní. Na otázku, zda by porodní plán využily v případě dalšího porodu, odpověděly všechny respondentky kladně. Kladný názor projevily všechny respondentky i v otázce doporučení porodního plánu ostatním ženám připravujícím se na porod. Smysl porodního přání lze na základě zkušeností respondentek nalézt nejenom v usnadnění komunikace s personálem na porodním sále, ale rovněž v mnoha dalších oblastech, která jsou popsány v následujícím textu s doprovodem citací z rozhovorů s rodičkami.

- ***přehledné vyjádření přání a představ rodičky***

Prvotní účel sestavení porodních přání je rodičkami dobře chápán a všechny ve svých rozhovorech potvrzují, že porodní plán jako přehledné vyjádření svých představ, přání a požadavků vnímají. Ze všech odpovědí respondentek lze uvést nejvýstižnější citaci z rozhovoru s paní Editou.

*„vidím v něm [porodním přání] smysl. Pro mě osobně je porodní plán jasné a srozumitelné shrnutí mých představ o porodu a bezprostředních chvílích po něm.“*

(Edita)

- **příprava rodičky na porod**

Dobrá psychická stav rodičky, její celková pohoda a myšlenková orientace na blížící porod představuje jeden ze základních předpokladů pro úspěšné zvládnutí přirozeného porodu. Porodní plán tak představuje významný příspěvek pro zajištění psychické pohody rodičky, protože jeho sestavení umožní nastávající matce, aby se s porodním procesem seznámila, udělala si svoji představu a překonala obavy a strach.

*„Díky plánu tím, že jsem si jej sestavila a prošla jsem si vším, s čím se mohu v porodnici setkat, jsem si připadala připravenější a i jistější, že jsem nešla úplně do neznámého, aspoň částečně tedy“ [pobavený úsměv].*

(Edita)

- **ujasnění vlastních priorit rodičky**

Rodičky shodně uvádí, že sestavení porodního přání mělo vliv na ujasnění jejich priorit a přípravu na události, které probíhají na porodním sále.

*„Pomohl mi asi ve všem, si ujasnit, co bych chtěla, nechtěla, protože bych to předtím asi vůbec neřešila, kdybych si ho nepsala.“*

(Dana)

*„... hlavně si při tom psaní porodního plánu člověk, ujasní to, jak by to chtěl, a připraví se na to líp.“*

(Monika)

*„... kdyby mi nabízeli nějaký zákrok nebo léky, tak jaký jsem si na to udělala názor a mohla to s nimi prodiskutovat.“*

(Edita)

- **možnost ženy vyjádřit souhlas nebo nesouhlas**

Pro některé z respondentek představoval porodní plán rovněž prostředek jak zprostředkovat zdravotnickému personálu svůj souhlas nebo nesouhlas se zákroky prováděnými v průběhu porodu a po něm.

*„Pro mne to byla možnost vyjádřit předem svoje představy o tom, čím souhlasím a nesouhlasím během porodu.“*

(Linda)

*„Co chci a co si přeje, jak by to mělo být, nebo na co chci upozornit, protože pak si na to nemusím vzpomenout při těch bolestech.“*

(Blanka)

Typickým případem, kdy může vyjádření souhlasu nebo nesouhlasu s určitým zákrokem uskutečněné v porodním plánu pomoci, je rychlý průběh porodu při kterém není čas na dlouhá vysvětlování – potěšitelné je, že rodičky si tuto možnost uvědomují a berou ji v úvahu.

*„Porod se může seběhnout rychle, a na místě pak není čas vysvětlovat, co si přeju a co ne. Díky porodnímu plánu to zdravotní personál věděl.“*

(Magda)

- ***zlepšení komunikace mezi rodičkou (rodičovským párem) a zdravotnickým personálem***

Většina respondentek uvedla, že porodní plán výrazně přispěl ke zlepšení a zjednodušení komunikace mezi rodičkou a zdravotníky – nejvýstižněji vyjádřily tento názor paní Linda a Edita.

*„Přínos byl rozhodně v usnadnění komunikace na obou stranách.“*

(Linda)

*„Při příjezdu do porodnice jsem byla přijímající lékařkou na svoje představy tázána a díky porodnímu plánu jsem s ní mohla jasně a srozumitelně komunikovat.“*

(Edita)

Nezpochybnitelným uplatněním porodního plánu jako komunikačního nástroje, jsou situace, kdy rodička není schopna se zdravotníky komunikovat a bezprostředně reagovat na jejich dotazy, protože se nachází v takové fázi porodu, která jí účinnou komunikaci znemožňuje.

*„...mi to usnadnilo tu komunikaci v II. době porodní, v které jsem očekávala, že nebudu schopna komunikovat. A taky jsem nebyla [ úsměv]. Tak jsem byla ráda, že už to bylo někde na papíře a že si to mohli přečíst. ... vyvedlo by mě to z koncentrace na to samotné tlačení a mě by to více bolelo.“*

(Linda)

*„porodní asistentka si ho v klidu přečetla, protože já už jsem nebyla nějak moc schopná něco komentovat.“*

(Monika)

- ***předcházení a vyloučení zbytečných nedorozumění***

Porodní plán může být vhodným způsobem použit i k tomu, aby si rodička zajistila takové podmínky, které jí vyhovují a zdravotnický personál upozornila například na to, že si nepřeje být zbytečně vyrušována.

*„Já sama bych si ho sepsala rozhodně znovu, protože vím, že jsou věci, které radě lidí nevadí, ale mně by vadily, takže jsem na ně chtěla předem upozornit, abych předešla nedorozuměním.“*

(Magda)

- ***zajištění lepší spolupráce mezi rodičí ženou a zdravotnickým personálem***

Sestavení porodního přání umožní rodičce se lépe připravit na porod a informace obsažené v porodním přání přiblíží zdravotnickému personálu přání ženy, která vstupuje na porodní sál - dá se tedy odůvodněně předpokládat, že pokud se obě strany budou snažit porodní plán dodržet, musí se spolu snažit spolupracovat. Odpovědi respondentek tento předpoklad zcela potvrzují.

*„... kdyby se mě pak někdo ptal, jestli chci tohle nebo tohle, tak bych asi nevěděla, co v tu chvíli odpovědět. Takže jsme na to byli trochu připraveni [díky porodnímu přání], co nás může potkat.“*

(Dana)

*„... a potom teda následně to, že ta asistentka ví, co si maminka přeje [díky porodnímu přání] a může se to snažit dodržet.“*

(Pavčina)

*„Personál je určitě taky radši, když ví přání rodičky. Myslím si, že to byla i pro obě strany lepší spolupráce.“*

(Linda)

*„Myslím si, že to pro ně bylo ulehčení, že jsme si všechno řekli, jak chceme, hodně věcí jsme si dělali sami, takže tam za námi ani moc nemuseli chodit.“*

(Dana)

- ***zdroj informací o ženě pro zdravotní personál***

Dobře sestavený porodní plán může rovněž zdravotnickému personálu ošetřujícímu rodičku na porodním sále pomoci poznat osobnost a postoje ženy, které pomáhají přivést na

svět její dítě a toto poznání může vést i k nastavení určitých pout mezi rodičkou a porodní asistentkou.

„ ... [porodní asistentka] *může pak ženu i díky němu [porodnímu přání] trochu i poznat a minimálně zjistit to, že se na porod připravovala.*“

(Edita)

### 3.3.2.6 Shrnutí přínosů porodních přání

Shrnutí přínosů porodních přání provedené na základě odpovědí rodiček uvádí tabulka 15.

**Tabulka 15** Shrnutí přínosů porodního přání

<b>Přínos porodního přání stanovený ze zkušeností rodiček po porodu</b>	
<b>přínosy pro rodičku (rodičovský pár)</b>	<b>přínosy pro zdravotnický personál</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• příprava rodičky na porod</li> <li>• ujasnění priorit</li> <li>• možnost sdělit svá přání a představy</li> <li>• možnost vyjádřit nesouhlas se zákrokem</li> <li>• zajištění spolurozhodování o porodu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zdroj informací o rodičce</li> <li>• zlepšení přípravy na porod</li> <li>• možnost stanovení specifického přístupu k rodičce na základě jejich přání</li> </ul>
<b>přínosy společné pro obě strany</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• usnadnění komunikace během porodu</li> <li>• zlepšení spolupráce mezi rodičkou a zdravotníky</li> <li>• předcházení a vyloučení zbytečných nedorozumění</li> <li>• zajištění přání rodičky během situací, ve kterých je běžná komunikace vyloučena</li> </ul>	

Všechny respondentky v části výzkumného rozhovoru prováděného po porodu uvedly, že byly se svým porodním plánem spokojeny, svůj porodní plán by neměnily a považují jej za dobře sestavený a promyšlený. Většina respondentek dále uvedla, že by svůj porodní plán ani nechtěla ničím doplnit. Výjimku v tomto případě představovala paní Magda, která by ze své po své zkušenosti na porodním sále ocenila konzultaci zdravotnického personálu při nastavování teploty klimatizace. Své porodní přání by si po své zkušenosti s porodem placenty doplnila i paní Dana, která by v porodním plánu požadovala samovolné porození placenty a na základě informací, které jí podala porodní asistentka při příjmu by se ještě

v porodním plánu snažila upřednostnit v případě císařského řezu epidurální anestezii namísto anestezie celkové.

Zkušenosti respondentek na porodním sále umožnily těmto rodičkám rovněž zhodnotit, zda informace, které pro sestavení svého porodního plánu získávaly od porodních asistentek, během porodních kurzů, z internetu a literatury, jsou radami vhodnými pro sestavení účelného porodního plánu. Ze zkušeností respondentek výzkumného šetření vyplynuly následující postřehy, které jsou v dobrém souladu s praxí:

- svá porodní přání sepisovat přehledně a v bodech;
- dodržovat zásady slušné komunikace;
- formulovat přání flexibilně, počítat i s možnými komplikacemi;
- zkonzultovat porodní plán s porodní asistentkou nebo ošetřujícím lékařem při příjezdu do porodnice, konzultaci provést před zahájením porodu na porodním sále;
- jednotlivá přání podrobně promýšlet na základě vyhledaných informací;
- rozhodně nepřebírat porodní plány volně dostupné na internetu;
- jako nejvhodnější zdroj informací a rad preferovat předporodní kurz;
- s porodním plánem podrobně seznámit partnera nebo jinou doprovázející osobu, v případě, že rodička není schopna komunikace je doprovázející osoba jediným garantem realizace porodního plánu;
- vytištěný porodní plán předat zdravotnickému personálu a požadovat jeho založení do zdravotní dokumentace rodičky.



## 4 DISKUZE

Cílem výzkumného šetření prováděného v rámci této diplomové práce bylo zjistit jak jsou na porodních sálech plněny požadavky rodiček, které nastávající matky zahrnují do svých porodních přání. Má-li totiž porodní plán plnit svůj účel efektivního nástroje usnadňujícího komunikaci mezi rodičkou a zdravotnickým personálem, musí být na jedné straně kvalitně připraven ženou chystající se na porodním sále přivést na svět své dítě a na straně druhé respektován zdravotnickým personálem rodiče s jejím úkolem pomoci.

Ověření předpokladu o vhodnosti porodního plánu k zajištění splnění porodních přání rodiček bez zbytečných nedorozumění a konfliktů bylo provedeno za pomoci kvalitativního výzkumného šetření. Kvalitativní forma výzkumu byla použita prvoplánově proto, že umožňovala získat značné množství informací od omezeného vzorku respondentek, dovolovala předem stanovené výzkumné otázky přizpůsobit potřebám probíhajícího výzkumného šetření a jako taková je orientována na člověka. Všechny tyto vlastnosti byly s výhodou využity v průběhu obou fází polostrukturovaných rozhovorů, pomocí kterých bylo šetření s celkem osmi rodičkami prováděno.

Napadne-li budoucí rodičku během těhotenství myšlenka na sestavení porodního plánu, musí být za tímto jejím rozhodnutím (pokud je myšleno vážně a není pojímáno jako trend) určitý silný motiv. V souladu se závěry předchozích výzkumů (Takács, Kodyšová a Seidlerová, 2012; Mošová, 2010) zjištěno, že nejdůležitějším motivem rodiček pro sestavení porodního plánu jsou vztahy se zdravotnickým personálem na porodním sále, ale po uskutečnění vlastního porodu i mimo něj.

Je zřejmé, že rodička přichází do porodnice s určitými představami, které jsou následně ostře konfrontovány s realitou českého porodnictví založeného na modelu aktivně lékařsky vedeného porodu. I přes dosahované výborné výsledky v péči o rodičku a novorozence jistě není dobrou vizitkou českého zdravotnictví fakt, že nejčastějším i motivy uváděnými rodičkami pro vyjádření jejich porodních přání jsou ztráta kontroly nad průběhem vlastního porodu a snaha se bránit nechtěným rutinním zákrokům. Obavy z malé empatie zdravotnického personálu, strach z nedostatečné podpory zdravotníků na porodním sále, reálná pravděpodobnost setkání s neochotou sdílet informace, případně je rovnou zatajovat – to všechno jsou faktory, kterými respondentky odůvodňují svá rozhodnutí pro sepsání porodního plánu – touha po přirozeném porodu tak neplyne z nějakých módních trendů, ale je reakcí na skutečně stále běžné chování zdravotníků.

A stejně jako tomu bylo v případě jiných výzkumných šetření (Mošová, 2010), i v případě tohoto rozsahem omezeného výzkumu lze potvrdit, že se jedná o jev nezávislý na věku a rodinném stavu rodiček. Určitým specifickým zjištěním provedeného šetření bylo zjištění, že výrazným impulsem pro sestavení porodního plánu může být i snaha o sebezpoznání a prohloubení vlastních znalostí – v případě paní Edity tak sehrál porodní plán svoji roli komunikačního nástroje orientovaného směrem k osobě rodičky.

Pokud se rodička na základě silného motivu rozhodne sestavit porodní plán, pak ke svému záměru potřebuje adekvátní zdroj nebo zdroje informací. V souladu s publikovanými závěry předešlého výzkumu (Mošová, 2010) rodičky uvádí mezi zdroji informací internet, různé prameny z dostupné literatury a samozřejmě porodní kurzy. Jako velmi zajímavé se ukázalo zjištění, že všechny zdroje informací jsou rovnocenné, což je v rozporu se závěry dostupnými z výše uvedené studie. Příčinou tohoto jevu může být buď vysokoškolské vzdělání všech respondentek prováděného šetření, které lze spojovat se snahou o zajištění vyvážených informací a nebo prostý fakt, že použitý výzkumný soubor byl příliš úzký na to, aby se zde mohly statisticky významnou měrou projevit preference respondentek – který důvod je pravdivější nelze zodpovědně určit. V případě samotného sestavování porodního plánu, jeho formě a obsahu uvádí rodičky jako rozhodující zdroj informací porodní kurzy a případnou pomoc nejčastěji vyhledávaly poněkud překvapivě u svých porodních asistentek nebo vedoucích porodních kurzů. Tato informace je opět v rozporu se zjištěním prezentovaným v diplomové práci zabývající se problematikou porodních plánů a neexistuje pro něj jiné vysvětlení než osobní preference konkrétních rodiček.

Specifickým přínosem výzkumného šetření provedeného v rámci zadání této diplomové práce se stalo určení období, během kterého byl porodní plán nejčastěji sepsován spolu s časovými nároky na jeho sestavení. Ukázalo se, že naprostá většina nastávajících maminek si sepsovala plán po zralé úvaze na začátku třetího trimestru těhotenství. Vlastní sepsání porodních přání trvalo respondentkám nejčastěji od jedné do tří hodin, a bylo prováděno, jak rodičky samy zdůrazňovaly, po předchozí důkladné rozvaze, která trvala i několik týdnů. Potvrzením o tom, jak je důležitá kvalitní a s dostatečným předstihem provedená příprava na sepsání porodního plánu, může být případ paní Miriam, která dokázala sestavit porodní plán jako jediná z oslovených rodiček těsně před porodem - sepsovat sice začínala ve stresu, ale tříhodinovým bezproblémovým sestavováním porodního plánu se dokázala uklidnit.

Budeme-li se věnovat podrobněji specifickým přáním rodiček uváděných v porodních plánech, zjistíme, že jsou zcela v souladu se zjištěními předchozích výzkumných šetření

(Mošová, 2010). Specifická přání jednotlivých respondentek se týkala zajištění přítomnosti blízkých osob (včetně vlastních porodních asistentek) během porodu na porodním sále, konkrétního vybavení porodní místnosti (dvě z oslovených rodiček měly zájem o porod do vody), brzkého a nerušeného kontaktu s novorozencem i načasování úkonů týkajících se narozeného miminka jako je koupání, vážení a podobně. Určité negativní vnímání stavu našeho zdravotnictví vedlo dvě respondentky k zapsání požadavku o zařazení porodního plánu přímo do své zdravotní dokumentace a negativní zkušenost paní Magdy s předchozí hospitalizací vedla tato rodičku k tomu, že do svého porodního přání uvedla požadavek na vyloučení všech osob, které se nebudou podílet na jejím porodu z porodního sálu.

Očekávání respondentek spojovaná s porodními plány jsou obecně vysoká a všechny rodičky oslovené v rámci šetření byly přesvědčeny o tom, že porodní plán jim pomůže zajistit průběh porodu podle jejich přání a představ. Shoda o užitečnosti porodního plánu je mezi respondentkami tak přesvědčivá, že ji lze považovat za přímé potvrzení předpokladu o funkci porodní plán jako efektivního nástroje zajišťujícího pomoc při prosazením přání nastávajících maminek během jejich porodu. O nezastupitelném významu porodního plánu v úloze garanta očekávaného průběhu porodu bez zbytečných rušivých rutinních zákroků zdravotníků byly dokonce dvě třetiny respondentek přesvědčeny do takové míry, že požadovali zajistit závaznost porodního plánu pro ošetřující personál – jakým způsobem a do jaké míry má tato závaznost být zajištěna se ovšem rodičky neshodly.

Zatímco na první výzkumnou otázku, zda rodičky vnímají porodní plán jako nástroj pro zajištění svých porodních přání, bylo možno poměrně jednoduše kladně zodpovědět vzhledem ke shodným motivům uváděnými respondentkami již po první fázi polostrukturovaného rozhovoru, odpověď na druhou výzkumnou otázku, zda porodní plán splnil očekávání rodiček i po konfrontaci se zážitky během vlastního porodu vyžadovala vzájemné posouzení několika aspektů, z nejdůležitějších byla spokojenost respondentek s plněním jejich porodních přání a chováním zdravotnického personálu během porodu.

Výsledky výzkumného šetření vykazovaly poměrně dobrou shodu se závěry předchozích výzkumů (Takács, Kodyšová a Seidlerová, 2012; Mošová, 2010), nicméně existovaly oblasti, ve kterých se výsledky značně odlišovaly. Jedním z těchto případů bylo přání na přítomnost blízké osoby u porodu – co se dříve považovalo za jedno z nejdůležitějších přání pro prokazatelně kladný dopad přítomnosti partnera nebo blízké osoby na průběh porodu, se nyní stává standardem a žádná z respondentek toto přání na přítomnost partnera do porodního plánu neuváděla, ačkoli všechny byly partnerem doprovázeny. Polovině respondentek bylo

ovšem splněna i přání méně obvyklé, když v roli blízké osoby vystupovala jejich porodní asistentka nebo dula.

Plnění dalšího porodního přání nevykazovalo výrazné rozdíly o výsledků výše uvedených studií použitých ke srovnání. Preventivní nástřih hráze respondentky ve svých porodních plánech shodně odmítaly, většina z nich však na základě vysvětlení podaných zdravotníky v průběhu vlastního porodu vydala k epiziotomii souhlas. Toto jednání rodičky považovaly za splnění svého porodního přání, protože podle jejich názoru byl nástřih hráze proveden v nutném případě a s jejich svolením. Porodu bez urychlení se podařilo realizovat pouze dvěma rodičkám, nicméně i toto porodní přání naprostá většina rodiček považovala za splněné, protože k dirupci blan plodu vydala zdravotníkům svůj souhlas.

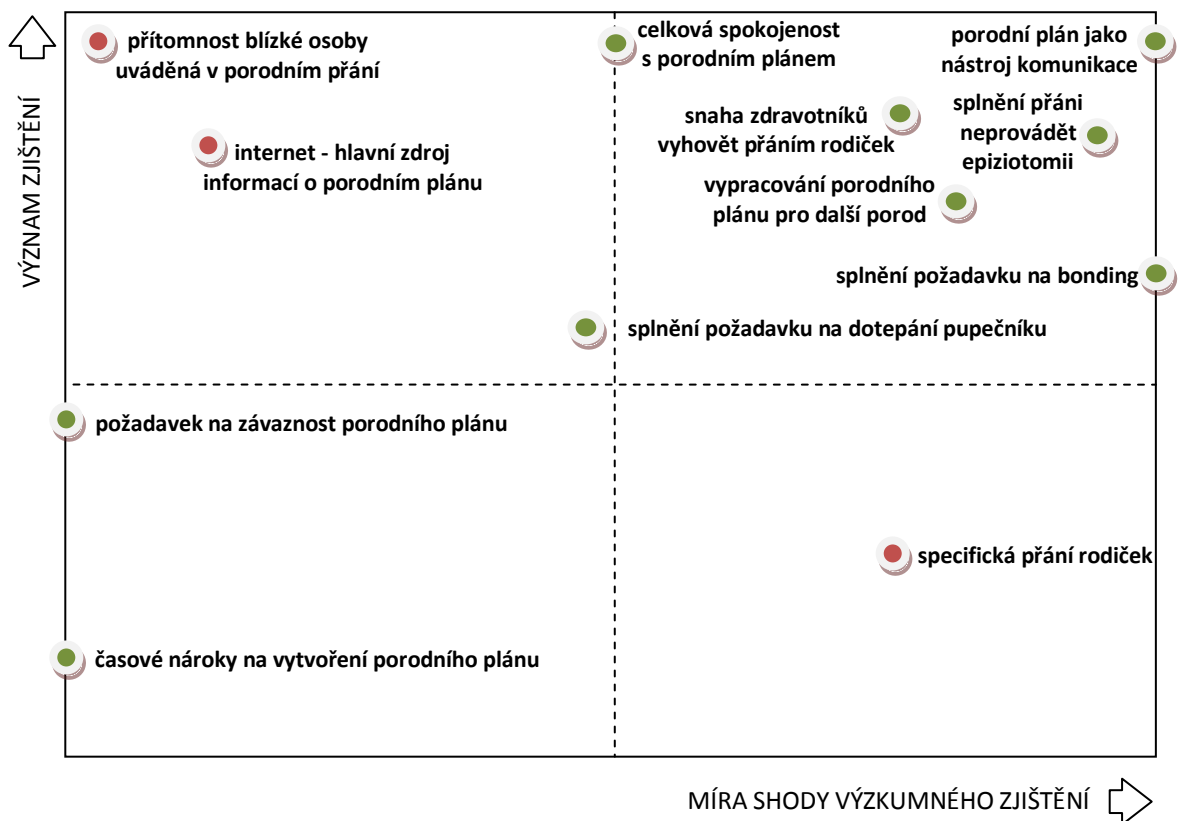
Vzhledem k tomu, že průběh porodu nelze předvídat, je potřeba, aby zdravotnický personál situace, během kterých dochází k odchýlkám od porodního plánu, rodiče vysvětlil – jen tak se lze vyvarovat zklamání ženy z nedodržení jejich porodních přání. V souladu s výsledky publikované studie (Mošová, 2010) došlo v naprosté většině neočekávaných situací k podání informací rodiče, pouze u porodu paní Moniky se zdravotníci zachovali jinak. Samostatná částí porodního plánu respondentek se zabývaly také péčí o novorozence po porodu – všechny rodičky si přály nechat dotepat pupečník, ponechat dítě po porodu u sebe a neodnášet je na měření a vážení. V naprosté většině případů byly tyto jejich požadavky splněny.

Výše popsané výsledky šetření tak potvrzují ve shodě s předchozími studii, že rodičkám bývá v jejich požadavcích a přáních, která uvádějí v porodních plánech vyhovováno. Spokojenost rodiček s využitím jejich porodních plánů nezávisí většinou na tom, zda byl porodní plán nekompromisně dodržován, ale spíše na tom, zda byla ze strany zdravotnického personálu porodní přání (a samotná rodička) respektována a o nutných změnách porodního plánu byly průběžně zdravotníky podávány informace. Je potěšitelné, že v průběhu tohoto výzkumného šetření respondentky vyjádřily spokojenost se svým porodním plánem a přesvědčení využít možnost sestavit si porodní plán i ke svému dalšímu porodu.

Největší překážkou pro splnění porodních přání stále zůstává postoj zdravotnického personálu, jeho snaha a vstřícnost a jeho ochota porodní přání rodičky naplnit. Přístup zdravotníků k porodnímu plánu lze poměrně dobře zjistit již při jeho předložení – příjemným zjištěním se jeví skutečnost, že v porovnání s referenční studií (Mošová, 2010) byl porodní plán personálem přečten v případě všech respondentek a u více jak poloviny rodiček byl i prodiskutován. Přečtení porodního plánu ovšem nezajišťuje jeho dodržení, jak se ostatně přesvědčila paní Monika, na jejímž případě lze poměrně dobře popsat další aspekty chování

zdravotnického personálu, a to ochotu rodičí ženě podávat informace a aktivně vycházet jejím přáním vstříc. Aktivně lékařsky vedený porod paní Moniky, který probíhal bez aktivní komunikace s rodičkou a komplikace v závěru porodu, po jejichž vyřešení a narození zdravého syna ošetřující lékař s rodičkou nekomunikoval a dítě bylo matce odebráno v rozporu s jejím přáním na měření a vážení, dokládá chování zdravotnického personálu, které je v příkrém rozporu s očekáváním rodiček a lze se s ním v našem porodnictví stále setkávat. Pouze za uspokojivé zjištění lze považovat fakt, že podobné chování personálu bylo zaznamenáno pouze jednou.

Souhrn porovnání výsledků výzkumného šetření s referenční studií (Mošová, 2010) je proveden grafickou formou na obrázku 4.



**Obrázek 4** Shoda výzkumných zjištění diplomové práce a referenční studie

V grafu na obrázku 4 míra shody vybraných závěrů výzkumného šetření a studie roste směrem doprava, subjektivně hodnocený význam zjištění směrem nahoru, přičemž barva bodu indikuje, zda bylo zjištění indikováno s vyšší četností v referenční studii (červená) nebo v předložené diplomové práci (zelená). Ačkoli je porovnatelnost závěrů do jisté míry omezena rozsahem výzkumných souborů, míra shody v nejdůležitějších závěrech je vysoká a potvrzuje důležitost významu porodního plánu v současném porodnictví.

Limitem provedeného výzkumného šetření je mimo jakoukoli pochybnost použitý velice úzký výzkumný soubor tvořený pouze osmi respondentkami - cílem šetření však nebylo provádět co nejširší plošný výzkum, ale pouze zajistit relevantní data pro předloženou diplomovou práci. Další omezení tohoto výzkumného šetření představuje složení výzkumného souboru vzhledem k tomu, že jej tvoří pouze ženy s vysokoškolským vzděláním a všechny z nich jsou navíc prvorodičky, lze odůvodněně předpokládat, že u těchto skupin žen bude převládat spíše kritičtější hodnocení péče poskytované v našich zdravotnických zařízeních. V neposlední řadě může významnější omezení prováděného šetření představovat i jeho lokalizace - ačkoli byl výzkum prováděn po zralé úvaze ve větším městě s cílem zajistit současně rozmanité složení zkoumaného souboru respondentek a ověřit respektování porodních přání v různých typech porodnic, znamenalo to rovněž, že se šetření zúčastní s největší pravděpodobností pouze rodičky z Jihomoravského kraje. Výsledky takto úzce lokalizovaného výzkumu nemusí být tedy zcela relevantní pro jiné oblasti České republiky.

Ačkoli bylo prováděné výzkumné šetření omezené účelu zpracování diplomové práce, odhalilo některá témata, kterými by bylo vhodné věnovat zvláštní pozornost a výzkum zaměřit těmito směry. Nezbytně nutnou podmínkou pro pokračování a zkvalitnění výzkumu je však rozšíření výzkumného souboru na úroveň vhodnou i pro případnou statistickou analýzu. Nové výzkumné šetření by tak mělo pracovat se souborem zahrnující alespoň 50 a více respondentek.

Na základě vyhodnocených odpovědí respondentek se jako zajímavé téma jeví aplikace porodního plánu a jeho respektování na novorozeneckém oddělení a oddělení šestinedělí, posouzení spokojenosti s chováním zdravotnického personálu na těchto odděleních a identifikace příčin případných rozdílů mezi nimi.

## 5 ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala problematikou využití porodního plánu jako efektivního nástroje pro zajištění komunikace mezi zdravotnickým personálem a rodičkou v průběhu porodu. Závěrem práce bylo prozkoumat do jaké míry, jakým způsobem a zda vůbec jsou na porodních sálech plněna přání rodiček zapsaná v jejich porodních plánech. Nedílnou součástí bylo rovněž zajištění zpětné vazby – tedy názorů rodiček o smysluplnosti sestavení porodního plánu získaných po jejich zkušenostech nabytých na porodních sálech.

Na základě těchto cílů práce byly sestaveny dvě základní výzkumné otázky zjišťující, zda rodičky vnímají porodní plán jako nástroj k zjištění očekávané péče během porodu i po něm a zda porodní plán splnil očekávání rodiček i po konfrontaci se zážitky během vlastního porodu. Základní výzkumné otázky byly doplněny v průběhu výzkumného šetření několika otázkami vedlejšími, takže se během rozhovorů podařilo získat také názory rodiček týkajících se jejich představ o motivech pro sestavení porodního přání, příprav, častých nároků i závaznosti porodního plánu. Výzkumné šetření proběhla formou dvoufázových polostrukturovaných rozhovorů s celkem osmi rodičkami (vždy před porodem a po něm) a jeho cíle se podařilo splnit.

Na základě odpovědí a reakcí rodiček lze konstatovat, že v naprosté většině z nich byla jejich porodní přání splněna. Závažným zjištěním výzkumného šetření se stal fakt, že všechny rodičky, tedy i ty, kterým nebyla porodní přání vyplněna, považují svůj porodní plán za smysluplný a pro svůj další porod by jej určitě využily znovu. Smysl porodního plánu, respondentky spatřují nejen v usnadnění komunikace se zdravotnickým personálem, ale i v tom, že sestavení porodního plánu pomůže ženě před porodem přehledně vyjasnit své představy či přání a ujasnit si své priority. Všechny respondentky by na základě svých zkušeností ostatním nastávajícím matkám doporučily sestavení porodního plánu a jeho použití během porodu.

Výzkumné šetření odhalilo i přetrvávající problémy českého zdravotnictví. Ačkoliv lze potvrdit, že vztah zdravotníků k rodičkám a míra respektování jejich porodních přání se zlepšuje, stále ještě existují případy, kdy je s rodičkou zacházeno jako s nesvéprávným člověkem, zákroky jsou na ni prováděny rutinně a bez jejího souhlasu zcela v souladu s dřívějším modelem aktivně lékařsky vedeného porodu.

Výsledky výzkumného šetření je možné považovat za další příspěvek ke studiu účelu a využití porodních plánů a ačkoliv lze považovat kvalitu získaných informací za adekvátní

účelu šetření, je nutno přihlédnout k úzkému výzkumnému souboru a lokalizaci provedeného výzkumného šetření – rozhodně by v budoucnu bylo žádoucí šetření zopakovat na širším výzkumném souboru rozmístěném na většinu územního celku.

V neposlední řadě lze výsledky výzkumu použít jako inspiraci pro těhotné ženy, připravující se k porodu a porodní asistentky, kterým umožní lépe porozumět představám rodiček.



## 6 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

APERIO et al. *Porodní příběhy: rodíme se jednou*. Praha: Smart Press, 2006, 256 s. ISBN 80-870-4903-9.

BALASKAS, Janet. *Aktivní porod: stručný průvodce přirozeným porodem*. Praha: Argo, 2010, 223 s. ISBN 978-80-257-0178-2.

BENEŠOVÁ, Zdena. Nejčastější chyby při sestavování porodního plánu. In: *Bioklub* [online]. 09.01.2013 [cit. 2013-10-24]. Dostupné také z: <http://www.bioklub.cz/lide/rodina-a-partnerstvi/1606-nejcastejsi-chyby-pri-sestavovani-porodniho-planu>

BINDER, Tomáš. *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 2011, 297 s. ISBN 978-802-4619-071.

COHAIN, Judy. The myth of a safer hospital birth for low risk pregnancies. In: *GreenMedInfo: Education Equals Empowerment* [online]. 2012 [cit. 2013-12-08]. Dostupné také z: <http://www.greenmedinfo.com/blog/myth-safer-hospital-birth-low-risk-pregnancies>

ČECH, Evžen. *Porodnictví. 2.*, přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 544 s. ISBN 80-247-1303-9.

ČECHOVÁ, Věra, Marie ROZSYPALOVÁ a Alena MELLANOVÁ. *Speciální psychologie. 3.*, nezm. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, 173 s. ISBN 80-701-3342-2.

ČERMÁKOVÁ, Blanka. *K porodu bez obav*. Brno: ERA, 2008, 144 s. ISBN 978-80-7366-114-4.

ČESKO. Vyhláška 98/2012 ze dne 22.3.2012 o zdravotnické dokumentaci. In: *Sbírka zákonů Česká republika*. 2012. Dostupné také z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>

ČESKO. Zákon č. 372/2011 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011. Dostupné také z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=372~2F2011&rpp=15#seznam>

ČESKO. Listina základních práv a svobod. In Sbíрка zákonů, Česká republika. 1993, částka 1, usnesení předsednictva České národní rady č. 2, s. 17-23. Dostupný také z <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=22426>

GOER, Henci. *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. Překlad Jiří Královec. Praha: One Woman Press, 2002, 549 s. ISBN 80-86356-13-2.

HAŠKOVÁ, Hana. *Názorové difference k současným změnám v českém porodnictví*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd České republiky, 2001a, 51 s. ISBN 80-859-5097-9.

HAŠKOVÁ, Hana. Sociální aspekty porodu: Zpráva z výzkumu. In: *Aperio* [online]. 2001b [cit. 2013-08-08]. Dostupné také z: <http://aperio.cz/257/socialni-aspekty-porodu-zprava-z-vyzkumu-2001>

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

HREŠANOVÁ, Ema. *Kultury dvou porodnic: etnografická studie*. V Plzni: Západočeská univerzita, 2008, 216 s. ISBN 978-807-0437-490.

CHERTOK, Léon. *Psychosomatické metody bezbolestného porodu: historie, teorie a praxe: výběr*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1966, 85 s.

JIRÁSKOVÁ, Vlasta. Porodní plán - porodní přání. *Děti a my*. 2012, roč. 12, č. 1, 21 s. ISSN: 0323-1879.

KAMENÍKOVÁ, Miloslava. Naslouchat a respektovat porodní přání rodiček? Kdy ano, kdy ne?. *Perinatologie*. 2003, roč. 2003, č. 2, 11-12 s. ISSN: 1210-7832

KAMENÍKOVÁ, Miloslava. Porodní plán. *Praktická gynekologie: moderní časopis pro gynekology a porodníky*. 2009, roč. 13, č. 4, 240-241 s. ISSN: 1211-6645.

KAUFMANN, Jean-Claude. *Chápající rozhovor*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2010, 151 s. ISBN 978-80-7419-033-9.

KLAUS, Marshall H, John H KENNEL a Phyllis H KLAUS. *Porod s doulou: rádce pro rodiče a doprovázející osoby při porodu*. Praha: One Woman Press, c2004, 277 s. ISBN 80-86356-34-5.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Klinická hypnóza*. 3., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2009, 304 s. ISBN 978-802-4725-499.

LABUSOVÁ, Eva a Ilona MRZÍLKOVÁ SUSOVÁ. *Průvodce porodnicemi České republiky: ucelený přehled služeb porodnic Čech, Moravy a Slezska s hodnocením: informativní texty o přirozeném porodu doplněné autentickými porodními příběhy*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Aperio, 2004, 239 s. ISBN 80-903087-2-4.

LIGA LIDSKÝCH PRÁV. *Férová nemocnice* [online]. © 2008 [cit. 2013-11-10]. Dostupné z: <http://www.ferovanemocnice.cz/>

LOUČKOVÁ, Ivana. *Integrovaný přístup v sociálně vědním výzkumu*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2010, 311 s. ISBN 978-80-86429-79-3.

MALÝ, Zdeněk a Jiří GOGELA. *Alternativní porodnictví*. In: *Porodní dům u Čápa* [online]. 2000 [cit. 2014-04-26]. Dostupné také z: <http://www.pdcap.cz/Texty/Versus/AlterPorod.html>

MONGAN, Marie F. *Hypnoporod*. Praha: Triton, 2010. 243 s. ISBN 978-807-3873-646.

MOŠOVÁ, Kristina. *Porodní plá - vize a skutečnost*. České Budějovice, 2010. 83 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

MURKOFF, Heidi Eisenberg, Sandee Eisenberg HATHAWAY a Arlene EISENBERG. *Co čekat v radostném očekávání*. V Praze: Slovart, 2004, 595 s. ISBN 80-720-9457-2.

ODENT, Michel. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo, 1995, 152 s. ISBN 80-85794-05-2.

PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti: [český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím - až do dvou let dítěte]*. 4. vyd. Praha: Galén, c2009. 738 s. ISBN 978-80-7262-653-3.

- RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
- REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009, 184 s. ISBN 978-80247-3006-6-
- ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-802-4719-412.
- SIMKIN, Penny. *Partner u porodu: vše, co potřebujete vědět, abyste mohli ženě při porodu pomoci*. Praha: Argo, 2000, 245 s. ISBN 80-720-3308-5.
- SOVOVÁ, Petra. *Práva žen v těhotenství, během porodu a práva rodičů v poporodním období z hlediska volby lékařské péče*. In: *Feminismus* [online]. 2006 [cit. 2014-10-25]. Dostupné také z: [http://www.feminismus.cz/download/prava\\_zen\\_v\\_tehotenstvi.pdf](http://www.feminismus.cz/download/prava_zen_v_tehotenstvi.pdf)
- SPURNÁ, Zuzana. *Psychoprofylaktická u těhotných žen*. Brno, 2010. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/265141/fss\\_b/BAKALARSKA\\_PRACE.txt](https://is.muni.cz/th/265141/fss_b/BAKALARSKA_PRACE.txt). Bakalářská práce. Masarykova universita, Fakulta sociálních studií, Katedra psychologie
- STADELMANN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. 3.přeprac. vyd. Praha: OneWomanPress, 2009, 513 s. ISBN 978-80-86356-50-1.
- ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Porodní plán*. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2006a, roč. 15, č. 4, 501 - 503. ISSN 1211-1058.
- ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Možnost informované volby*. In: *Porodní dům U čápa* [online]. 2006b [cit. 2014-11-15]. Dostupné z: <http://www.pdcap.cz/Texty/PDF/BrozuraPrani.pdf>
- ŠTROMEROVÁ. *Zpráva o stavu českého porodnictví*. In: *Porodní dům U čápa* [online]. 2007 [cit. 2014-12-15]. Dostupné také z: <http://www.pdcap.cz/Texty/Zprava.html>
- ŠTROMEROVÁ, Zuzana et al. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Praha: Argo, 2010, 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3.

ŠTROMEROVÁ, Zuzana. Lékařsky vedený porod. In: *Porodní dům U čápa* [online]. Praha, 2013a [cit. 2014-11-14]. Dostupné také z: <http://www.pdcap.cz/Texty/Versus/LekarPorod.html>

ŠTROMEROVÁ, Zuzana. Přirozený porod. In: *Porodní dům U čápa* [online]. Praha, 2013b [cit. 2014-11-11]. Dostupné také z: <http://www.pdcap.cz/Texty/Versus/AktivniPorod.html>

ŠTROMEROVÁ, Zuzana. Shrnutí a porovnání obou metod. In: *Porodní dům U čápa* [online]. Praha, 2013c [cit. 2014-12-06]. Dostupné také z: <http://www.pdcap.cz/Texty/Versus/PorovnanMetod.html>

TAKÁCS, Lea, Eliška KODYŠOVÁ a Jitka SEIDLEROVÁ. Souvislost psychosociálních aspektů perinatální péče s některými zákroky a zdravotními komplikacemi v průběhu porodu. *Česká gynekologie*. 2012, roč. 77, č. 3. ISSN 1210-7832

TAKÁCS, Lea a Jitka MLÍKOVÁ SEIDLEROVÁ. *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví: kvalita perinatální péče očima rodiček: zpráva z výzkumu*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, 2012, 119 s. ISBN 978-80-7308-431-8.

TRESS, Wolfgang a Johannes KRUSSE a Jürgen OTT. *Základní psychosomatická péče*. Praha, 2008, 394 s. ISBN 978-80-7367-309-3.

Úmluva o lidských právech a biomedicíně. In: *Sbírce mezinárodních smluv*. 1997/2001. Dostupné také z: <http://www.ferovanemocnice.cz/data/Umluva%20o%20biomedicine.pdf>

UZIS. Rodička a novorozenec 2012 [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013 [cit. 2014-02-16]. ISBN 978-80-7472-087-1. Dostupné také z: <http://www.uzis.cz/publikace/rodicka-novorozenec-2012>

VAN TEILINGEN, Edwin. A Critical Analysis of the Medical Model as Used in the Study of Pregnancy and Childbirth. In: *Sociological Research online* [online]. 2005 [cit. 2013-11-24]. Dostupné také z: <http://www.socresonline.org.uk/10/2/teijlingen.html>

VELEBIL, Petr. Okamžik zrození. *Sanquis* [online]. 2008, roč. 2008, č. 57 [cit. 2013-12-04]. Dostupné také z: [http://www.address.cz/data/www.sanquis.cz/articles/files/57\\_50-52\\_zrozeni.pdf](http://www.address.cz/data/www.sanquis.cz/articles/files/57_50-52_zrozeni.pdf)

VÍTOVÁ, Kateřina. Několik poznámek k českému porodnictví. In: *Aperio* [online]. 19.03.2011 [cit. 2013-10-11]. Dostupné také z: <http://www.aperio.cz/252/nekolik-poznamek-k-ceskemu-porodnictvi>

WHO [World Health Organization]. Care in normal birth: Practical guide. In: *WorldHealthOrganization* [online]. 1996 [cit. 2013-09-29]. Dostupné také z: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/MSM\\_96\\_24\\_/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/MSM_96_24_/en/)

ZEMAN, Zdeněk a Antonín DOLEŽAL. *Právní odpovědnost a právní vztahy v porodnictví*. Praha: Galén, c2000, 231 s. ISBN 80-7262-024-x.