

# Porodní plán

Barbora Žaludková

---

Bakalářská práce  
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2023/2024

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Barbora Žaludková**  
Osobní číslo: **H21062**  
Studijní program: **B0913P360017 Porodní asistence**  
Forma studia: **Prezenční**  
Téma práce: **Porodní plán**

## Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti Porodního plánu.

Příprava metodiky přehledové studie.

Formulace kritérií pro výběr dokumentů k přehledové studii.

Realizace rešerše dokumentů k cíli přehledové studie.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků přehledové studie, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

**Seznam doporučené literatury:**

DUŠOVÁ, B., M. HERMANOVÁ a V.MAJDYŠOVÁ. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada, 2017. 144 s. ISBN 978-80-271-2787-0.

HUDÁKOVÁ, Z. a M KOPÁČIKOVÁ. *Příprava na porod*. Praha: Grada, 2017. 136 s. ISBN 978-80-271-9747-7.

MEDEIROS, R. et al. Repercussions of Using the Birth Plan in the Parturition Process. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online], 2019, vol. 40, pp 8-9. ISSN: 1983-1447. DOI: 10.1590/19831447.2019.20180233.

MORGAN, M. F. *Hypnoporod*. Triton, 2010. 243 s. ISBN 978-80-7387-364-6.

PROCHÁZKA, M. a kol. *Porodní asistence: Učebnice pro vzdělávání a každodenní praxi*. Maxdorf, 2020. 788 s. ISBN 978-80-7345-618-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Věra Vránová, Ph.D.**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **3. listopadu 2023**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2024**

---

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan



**Mgr. Věra Vránová, Ph.D.**  
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2024

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně .....10.5.2024.....

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá problematikou porodního plánu. Cílem této práce je vyhledat a analyzovat dostupné informace o porodním plánu. Dílčí cíle jsou popsat a porovnat jednotlivé porodní plány, komponenty porodních plánů a zjistit, jak implementace komponentů porodního plánu ovlivňuje průběh porodu a poporodní adaptaci novorozence. Na závěr bude vyhotoven vzorový porodní plán. Pro tuto bakalářskou práci byla zvolena metodika přehledové studie. Na hodnocení a porovnání bylo zvoleno 27 odborných článků a 6 porodních plánů, z nichž byly interpretovány výsledky. Porodní plán umožňuje ženám dát najevo jejich preference a přání ohledně porodu. Může být také dobrým komunikačním prostředkem mezi ženou a zdravotnickým personálem.

Klíčová slova: porodní plán, porod, vliv na průběh porodu, analgezie, bonding

## **ABSTRACT**

Bachelor's thesis deals with the issue of birth plan. The main objective of this thesis is to find and analyze available information about the birth plan. Specific aims include describing and comparing various birth plans, identifying the components of birth plans, and find out the impact of implementing birth plan components on the course of labor and neonatal postpartum adaptation. A sample birth plan will be developed as a culminating outcome. A comprehensive literature review methodology was adopted for this thesis. 27 scientific articles and 6 birth plans were selected for evaluation and comparison, and their findings were interpreted. Birth plans empower women to express their preferences and wishes regarding childbirth. They can also serve as an effective communication tool between women and healthcare providers.

Keywords: birth plan, birth, influence and course of childbirth, pain relief, bonding

Děkuji Mgr. Věře Vránové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, ochotu, rady, vstřícnost a čas, které mi věnovala. Chtěla bych poděkovat i mé rodině a přátelům, kteří mi byli oporou nejen při psaní této práce, ale i v průběhu celého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

## **OBSAH**

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1 STANOVENÍ CÍLE PRÁCE.....</b>	<b>12</b>
1.1 DÍLČÍ CÍLE .....	12
1.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	12
<b>2 METODOLOGIE PRÁCE.....</b>	<b>13</b>
2.1 REŠERŠE A ČASOVÉ OMEZENÍ .....	15
<b>3 POPIS A POROVNÁNÍ PORODNÍCH PLÁNŮ .....</b>	<b>17</b>
3.1 DESIGN A ZPŮSOB VYPLŇOVÁNÍ .....	17
3.2 STRUKTURA A KOMPONENTY PORODNÍCH PLÁNŮ .....	17
<b>4 KOMPONENTY PORODNÍHO PLÁNU.....</b>	<b>22</b>
4.1 ANALGEZIE .....	22
4.2 BONDING.....	27
4.3 PORODNÍ POLOHY .....	27
4.4 EPIZIOTOMIE .....	29
<b>5 VLIV IMPLEMENTACE KOMPONENTŮ PORODNÍCH PLÁNŮ NA PRŮBĚH PORODU A POPORODNÍ ADAPTACI NOVOROZENCE.....</b>	<b>31</b>
<b>DISKUZE .....</b>	<b>40</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>44</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>46</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>47</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>51</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>52</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>53</b>



## ÚVOD

Porod je jedním z nejdůležitějších momentů v životě ženy. Tímto okamžikem se z ní a muže stávají rodiče naplnění pocitem štěstí, radosti a lásky. Pro mnohé ženy je však porod zdrojem strachu a nejistoty. Tyto pocity pramení z neznámého, z nedostatku kontroly nad situací, z obav o své zdraví a zdraví svého dítěte. To mohou být důvody, proč si ženy sepisují své porodní plány. Chtějí se aktivně podílet na rozhodování o tom, co se bude dít s nimi a jejich dítětem. Porodní plán je dokument, ve kterém žena shrne své preference a přání týkající se porodu. Zároveň může porodní plán sloužit jako komunikační prostředek mezi ženou a porodnickým týmem.

Tato bakalářská práce se bude zabývat problematikou porodního plánu. Budou popsány a porovnány jednotlivé porodní plány s jejich nejčastějšími komponenty. Zaměří se na to, jestli aplikace komponentů porodního plánu ovlivňuje průběh porodu.

Prvním dílčím cílem této práce je popsat a porovnat jednotlivé porodní plány dostupné na internetu. Bude popisovat design a způsob vyplňování. Porovnávat mezi sebou bude jednotlivé plány a jejich komponenty.

Komponenty porodního plánu se mohou lišit v závislosti na preferencích a individuálních potřebách každé ženy. Ovšem o některé vyjadřují ženy ve svých plánech větší zájem. Tato práce si klade za cíl zjistit, o co ženy jeví největší zájem. O těchto položkách budou následně získány informace ze studií a bude prozkoumáno, jaký mají vliv na průběh porodu a poporodní adaptaci novorozence.

Zdravotničtí pracovníci hrají klíčovou roli v tom, jak moc budou jednotlivá přání žen naplněna. Porodní plán může poskytnout informace o tom, jak je žena obeznámena o jednotlivých intervencích a využít toho, že znají její preference a přání. Díky tomu mohou být nápomocni k co nejlepšímu zážitku z porodu. Tato práce zkoumá, jak implementace komponentů porodního plánu ovlivňuje průběh porodu a poporodní adaptaci novorozence.

Na závěr této práce bude sestaven vzorový porodní plán. Bude vycházet z poznatků získaných z analýzy odborných studií a dostupných porodních plánů. Cílem je, aby byl srozumitelný, přehledný a snadno pochopitelný pro všechny ženy bez ohledu na jejich vzdělání a znalosti v oblasti porodnictví. Tento vzorový porodní plán bude zahrnovat všechny důležité komponenty, které ženy obvykle zmiňují. Ty budou srozumitelně

popsány, aby ženy lépe porozuměly porodnické terminologii a usnadnilo jim to tak komunikaci se zdravotnickým personálem.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 STANOVENÍ CÍLE PRÁCE

Hlavním cílem bakalářské práce je sumarizovat dostupné informace o porodním plánu.

## 1.1 Dílčí cíle

1. Popsat a porovnat porodní plány.
2. Zjistit, jaké jsou nejčastější komponenty porodních plánů
3. Zjistit, jak realizace komponentů porodního plánu ovlivňuje průběh porodu a poporodní adaptaci novorozence.

## 1.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky byly vytvořeny na základě dílčích cílů bakalářské práce.

1. Jak vypadají a jak se liší jednotlivé porodní plány?
2. Jaké jsou nejčastější komponenty porodních plánů?
3. Jak realizace komponentů porodních plánů ovlivňuje průběh porodu a poporodní adaptaci novorozence?

## 2 METODOLOGIE PRÁCE

### POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI Vyhledání validních zdrojů pro zpracování bakalářské práce

#### ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



#### VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA

**Klíčová slova v ČJ: Porodní plán, porod, vliv na průběh porodu, analgezie, bonding**

**Klíčová slova v AJ: Birth plan, childbirth, influence and course of childbirth, pain relief, bonding**

**Jazyk: čeština, angličtina**

**Období: 2014-2024**

**Další kritéria: dostupnost plných textů, články, přehledové studie**



#### DATABÁZE

**PubMed, Google Scholar, EBSCO, ProQuest, Wiley Online Library, Web of Science**

#### POČET VYHLEDANÝCH ČLÁNKŮ

**3 881**



#### VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA

**duplicita, kvalifikační práce, nesplnění vyhledávacích kritérií, publikace starší 10let**

#### SUMARIZACE POUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

**PubMed – 8 článků**

**EBSCO – 7 článků**

**ProQuest – 3 články**  
**Google Scholar –7 článků**  
**Wiley -2 články**  
**Web of Science – 1 článek**



**SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ – ČLÁNKŮ**

**BCM Pregnancy and Childbirth 3 články**  
**BCM Woman´s Health 1 článek**  
**Birth issues in perinatal care – 1 článek**  
**Cochrane Library – 2 články**  
**Cureus – 1 článek**  
**Expert Review – 1 článek**  
**Healthcare – 1 článek**  
**International Journal of Enviromental Research and Public Health – 2 články**  
**International Journal of Obstetrics Anesthesia – 1 článek**  
**J. Med Ethics – 1 článek**  
**Journal of Clinical Medicine – 1 článek**  
**Journal of Education and Practice – 1 článek**  
**Kontakt – 1 článek**  
**Latino Am. Enfermagem– 1 článek**  
**Maternal & Child Nutrition – 1 článek**  
**Midwifery – 1 článek**  
**PLOS ONE – 1 článek**  
**Reproductive Health – 1 články**  
**Revista Brasileira de Enfermagem – 1 článek**  
**Revista Gauchá de Enfermagem – 1 článek**  
**Revista Latino – Americana de Enfermagem 1 článek**  
**The effectiveness of Aromatherapy – 1 článek**  
**Women and Birth – 1 článek**

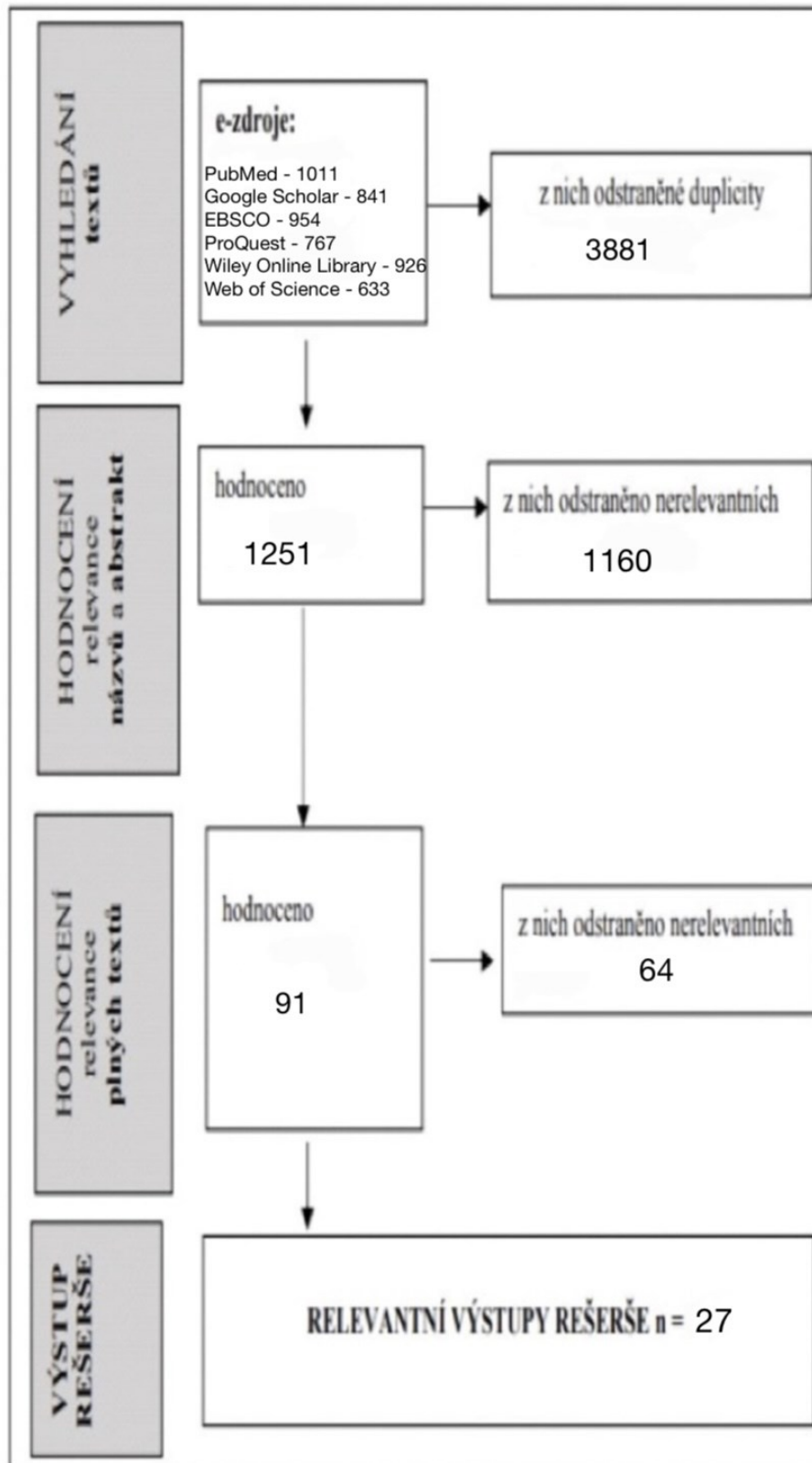


**PRO TVORBU TEORETICKÝCH VÝCHODISEK BYLO POUŽITO  
27 DOHLEDANÝCH ČLÁNKŮ  
2 KNIHY**

## **2.1 Rešerše a časové omezení**

Rešerše článků potřebná pro tuto bakalářskou práci byla prováděla v databázích Google Scholar, PubMed, EBSCO, ProQuest, Medline, Wiley, Web of Science. Pro vyhledávání relevantních článků byla použita klíčová slova a omezení publikace článků mezi lety 2014 a 2024. Rešerše probíhala 17.-19.10.2023, 2.11.2023, 15.1.-20.1.2024.

Obrázek 1 - Postupový diagram ŠIROKÉ literární rešerše



Obrázek 1 Diagram PRISMA



### 3 POPIS A POROVNÁNÍ PORODNÍCH PLÁNŮ

V této bakalářské práci jsou srovnány české a anglické vzory porodních plánů. Porovnáván je design, způsob vyplňování a struktura porodních plánů.

#### 3.1 Design a způsob vyplňování

Existuje více možností, jak může porodní plán vypadat. Jednotlivé komponenty plánu a přání žen mohou být zobrazeny pomocí piktogramů s krátkým vysvětlením nebo pomocí psaného textu. Porodní plán si může žena vytvořit sama, s pomocí porodní asistentky, anebo využít dostupného vzoru.

Některé porodnice nabízí jejich porodní plány. V této bakalářské práci byly srovnány porodní plány z porodnice v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně (dále jen KNTB), z Ústavu pro péči o matku a dítě v Podolí (dále jen ÚPMD) a z Oblastní nemocnice Kolín (dále jen ONK). Všechny plány obsahují logo nemocnice, využívají psaného textu bez použití piktogramů. Nejdelší porodní plán nabízí KNTB, a to v délce 5 stran. Porodní plán z ÚPMD a ONK jsou v rozsahu 2 stran. Všechny 3 plány nabízí možnost zaškrťování u jednotlivých položek. Porodní plán z KNTB obsahuje 6 otevřených otázek s prostorem na vypsání.

Dále byly srovnávány porodní plány My birth preferences (viz. Příloha P 4), My birth plan (viz. Příloha P 5), Porodní plán (viz. Příloha P 6). Všechny tyto porodní plány jsou v rozmezí jedné strany. Porodní plán My birth plan je rozdělen na části do barevných obdélníků. Porodní plán My birth preferences využívá možnosti zaškrťování a je rozdělen do 2 částí. Přičemž porodní plán „Porodní plán“ lze na webové stránce individuálně upravit, takže může obsahovat více položek a mít obsah na více stran. Plán, který se ve svém designu naprosto liší od ostatních, je porodní plán „Porodní plán“, využívá totiž piktogramů. Jednotlivé přání jsou rozděleny do obdélníku, které jsou rozřazeny do jednotlivých dob porodních, péči o novorozence a péči o novorozence na oddělení rooming-in. Piktogramy jsou vyobrazeny jednoduše s využitím černé, červené, bílé a šedé barvy. Vedle jednotlivých piktogramů je vždy krátce vysvětleno, co znamenají.

#### 3.2 Struktura a komponenty porodních plánů

Porodní plány z KNTB, ÚPMD, ONK obsahují pár úvodních vět, potom následuje část určená k vyplnění. Na začátku těchto plánů jsou informace o následném způsobu vyplnění plánu o tom, že porodní plány lze dodržet, když bude porod probíhat fyziologicky tak, aby

nebyla ohrožena matka a dítě. Porodní plán z ÚPMD musí být dle popisu konzultován v prenatalní poradně s lékařem nebo porodní asistentkou. V ONK je konzultace pouze doporučena. V porodním plánu z KNTB není žádná informace o doporučení nebo povinnosti konzultace v prenatalní poradně.

Porodní plán My birth preferences na začátku obsahuje informaci, že má tento plán být prodiskutován s lékařem, mají být zaznamenány preference a kopie má být při příjezdu do nemocnice předána příslušnému zdravotníkovi. Porodní plány My birth preferences, My birth plan a Porodní plán neobsahují žádnou informaci o dodržení porodních plánů s podmínkou fyziologického průběhu porodu bez ohrožení matky nebo dítěte. Por. plán My birth preferences a My birth plan obsahují kolonky pro vyplnění jména ženy, partnera, porodní asistentky nebo lékaře. Kolonka pro vyplnění termínu porodu je pouze v plánu My birth plan.

Porodní plán z ONK je po úvodu rozdělen do 3 částí. První část je zaměřená na fyziologický porod. Zde je možné si přát doprovod k porodu, klidné prostředí a zachování intimity, volnost pohybu, tlumené světlo, poslech hudby, praktikování dýchacích technik. Tato část je dále rozdělena na další 3 části podle dob porodních. V I. době porodní je možno vybrat si z porodu bez medikace, omezení vaginálního vyšetření a monitorace plodu, volnosti pohybu, využití porodnických pomůcek, využití vany, sprchy a aromaterapie, nepodání klyzma, neoholení genitálu. Ve II. době porodní je možnost zaškrtnutí 2 kolonek – zvolení si vlastní polohy, odmítnutí epiziotomie, v případě, že nehrozí vážné poranění. K části o III. době porodní bylo přidáno i ošetření novorozence. Zde je na výběr z 9 kolonek, které se týkají bondingu, odloženého podvazu pupečníku, přestřižení pupečníku otcem, ošetření novorozence v postýlce vedle porodního lůžka a následné vrácení zabaleného novorozence, ošetření novorozence v postýlce a vrácení nahého novorozence na matčin hrudník, nepokládání novorozence na matčino břicho (nejprve jeho ošetření a navrácení zabaleného novorozence do postýlky), přítomnost novorozence na porodním sále po celou dobu, měření miminka až 2. den a nenatahování jeho končetin, neodstraňování mázku z těla novorozence (první koupel matkou). Ve 2. části zaměřené na císařský řez je na výběr ze 4 kolonek – přítomnost doprovodu v případě svodné anestezie, přítomnost doprovodu u prvního ošetření novorozence, přiložení novorozence k prsu v průběhu císařského řezu, bonding s otcem. Poslední část je zaměřená na hospitalizaci na oddělení šestinedělí, zde je možnost výběru z 5 kolonek – pobyt na nadstandardním pokoji, společný pobyt s dítětem, trvalá přítomnost otce dítěte v průběhu

hospitalizace, kontrola stavu porodní asistentkou, pomoc laktační poradkyně. Jednotlivé věty možností jsou ovšem podmíněny uvozovacími větami „pokud to poporodní adaptace miminka dovolí“ a „pokud to situace umožní“ .

Porodní plán z ÚPMD je rozdělen do 3 částí: část A – v případě fyziologického porodu, ta je dále rozdělena podle jednotlivých dob porodních, část B – v případě císařského řezu, část C – v době pobytu matky a otce v porodnici. Část A byla uvedena informacemi o standardní péči v průběhu porodu, která v této porodnici probíhá. Potom následuje rozdělení do I., II. a III. doby porodní. V I. době porodní je zde možnost vedení porodu bez medikace, nabízení analgezie, odmítnutí aplikace klyzmatu. Ve II. době porodní je možnost vybrání si konzultace o vhodné poloze, odmítnutí nástřihu, možnost bondingu. Ve III. době porodní je možnost odmítnutí preventivního podání uterotonik, jejich funkce je zde vysvětlena jako léky, které se podávají na odloučení placenty a slouží jako prevence poporodního krvácení. Část B obsahovala informaci o standardní péči při císařském řezu. Zde je možnost zaškrtnutí jen jednoho pole, a to přání přiložení dítěte k prsu v průběhu císařského řezu, pokud to stav dovoluje. Část C opět obsahuje pár informací o standardním postupu na oddělení. Zde je možnost výběru ze 3 možností, a to neodstranění mázku z těla dítěte a možnost provedení první koupele matkou, návštěva laktační poradkyně před použitím kloboučků a informovanost o nutnosti dokrmení novorozence.

Většina otázek z porodního plánu z KNTB je formulována tak, aby se na ně dalo odpovědět ano nebo ne, popřípadě jsou zde možnosti dalších odpovědí. Obsahuje i prostor pro napsání představ o porodu, obav z porodu, pomůcek, které by žena ráda využila a kdo bude doprovodem. Porodní plán není rozdělen do částí, ale je v něm určitá posloupnost toho, jak jdou jednotlivé činnosti a intervence v průběhu porodu za sebou. Do otázek, na které lze odpovědět ano nebo ne, patří otázky zaměřené na absolvování předporodního kurzu, farmakologické tlumení bolesti (jsou zde vypsány možnosti – epidurální analgezie, entonox, analgetika, které jsou vysvětleny, jako léky proti bolesti. U každé možnosti lze vybrat ano nebo ne), vyzvednutí placenty, bonding, možnost mít dítě u sebe po dobu pobytu porodním sále (pokud to stav dítěte dovolí), stálou přítomnost dítěte s matkou na oddělení šestinedělí (pokud to zdravotní stav dovolí), možnost umístit dítě na novorozenecké oddělení v případě únavy, zájem o nadstandardní pokoj, zájem o pobyt na rodinném pokoji. Otázky, kde lze vybrat ano, ne nebo jinou možnou odpověď, se týkají protržení vaku blan (zde jsou dalšími možnostmi konzultace, zvážení a ponechání na personálu), infuze s oxytocinem (další možnosti konzultace, zvážení a ponechání na

personálu), nefarmakologických metod pro podporu porodu (možné metody jsou zde vypsané a další možností je opět konzultace a zvážení a ponechání na personálu). Dalšími otázkami byly preference vedení porodu (s lékařským vedením, s porodní asistentkou a ponechání na personálu), preferovaný způsob anestezie v případě císařského řezu (celková narkóza nebo spinální anestezie), způsob vyprázdnění (klystýr, bez vyprázdnění, dle doporučení), místo pro porod miminka (vana, porodní postel, porodnická stolička, žíněnka, poloha, do které žena sama dospěje), nástřih hráze (zde je uvedeno, že se neprovádí rutinně. Možnost výběru je mezi nepřáním si nástřihu a nástřihu pouze, když je ohroženo dítě nebo hrozí velké poranění). Další otázka je zaměřena na pupečník (možnosti: přestřihnoutí ihned, ponechat dotepat, přestřížení doprovodem, ponechání na personálu).

Porodní plán My birth preferences je rozdělen na dvě části – v průběhu porodu a po porodu. V první části je možno zaškrtnout 15 kolonek. Týkají se fotografování a filmování porodu, volného pohybu v průběhu porodu, monitorace plodu, intravenózního vstupu, upřednostnění spontánního odtoku plodové vody, medikace, epidurálu, tlačení, polohy, použití zrcadla (aby mohla žena pozorovat, jak porod postupuje), dotknutí se hlavy dítěte a císařského řezu. Dále je zde prostor pro zaznačení libovolných pomůcek v průběhu porodu. Na konci této části je taky prostor pro doplnění.

Druhá část porodního plánu My birth preferences je zaměřena na čas po porodu. Tato část obsahuje 16 kolonek, které lze zaškrtnout. Týkají se bondingu, osušení dítěte, oddáleného podvazu pupečníku, přestřížení pupečníku, uložení krve z pupečníku, koupání dítěte, vážení dítěte, kojení, přítomnost partnera u dítěte v případě nutných zákroků, laktanční poradkyně, krmení dítěte a poslední položka se týká mužské obřízky. Opět je zde možnost na doplnění.

Porodní plán My birth plan je rozdělen do 8 částí – informace o nynějším těhotenství, atmosféra, farmakologické tlumení bolesti, nefarmakologické tlumení bolesti, preferovaný způsob porodu, polohy, po porodu, co má žena v plánu. V kolonce informací o nynějším těhotenství je na výběr ze: streptokoka B, gestačního diabetu, pozitivního herpes viru, Rh inkompatibility. V části zaměřené na atmosféru jsou možnosti následující: ticho, tlumené světlo, mít vlastní oblečení, minimalizovat rušení, omezené množství personálu (žádní studenti), omezené vaginální vyšetření, nechat plodovou vodu odtéct spontánně a je zde volné pole na doplnění. V části zaměřené na farmakologické tlumení bolesti jsou možnosti: prosím nenabízet, prosím nabídnout, ráda bych měla epidurál, další: (pole pro doplnění).

V části nefarmakologického tlumení bolesti je na výběr: vana/sprcha, dýchací techniky, masáž, aromaterapie, hypnoporod, pohyb a další (pole pro doplnění). V části preferovaného způsobu porodu jsou možnosti: vaginální porod, VBAC, císařský řez, prodýchat si sestup dítěte, samovolné natržení, použití zrcadla, řízené tlačení, ne forceps a VEX a další (volné pole). V části porodních poloh je možnost vyzkoušet: balón, dřep, polohu na boku, porodnickou stoličku, stoj, vanu, na všech čtyřech porod na posteli a zde možnost pro doplnění není. Část po porodu se zabývá oznámením pohlaví dítěte, bondingem, utíráním dítěte, přestřížením pupeční šňůry, uschování nebo darování pupečnickové krve a přirozeným porodem placenty. Poslední část tohoto porodního plánu obsahuje, co žena plánuje, zde je na výběr z kolonek: kojení, krmení z lahvičky, odsávání mateřského mléka, koupel dítěte doma, koupel dítěte v nemocnici, obřízka v nemocnici, u medikace pro dítě je na výběr z: podání vitamínu K, vykapání očí, vakcína proti hepatitidě typu B a první se prosím zeptat.

Porodní plán „Porodní plán“ (viz. Příloha P 6) je rozdělen do 5 částí – I. doba porodní, II. doba porodní, III. doba porodní, péče o novorozence a péče o novorozence na oddělení. Tento porodní plán je pouze vzor, který si může žena sama upravit na webové stránce. V I. době porodní je zaměřen na medikaci a urychlování porodu, volný pohyb, monitoraci plodu, vanu, sprchu, možnost jídla a pití, vaginální vyšetření a dirupci vaku blan. Ve II. době porodní je zaměřen na prostředí a atmosféru, epiziotomii, polohu při porodu, prevenci a epiziotomie, neurychlování porodu. Ve III. době porodní je zaměřen na dotepání pupečníku, bonding, kojení, prostředí a porod placenty. V části péče o novorozence je zaměřen na separaci novorozence a matky, podání vitamínu K, vykapávání očí, měření, vážení a koupání. Poslední část tohoto porodního plánu je zaměřena na péči o novorozence na oddělení, zde je zaměření na přítomnost rodičů u vyšetření, příkrmy, podávání glukózy a dudlíky.

## 4 KOMPONENTY PORODNÍHO PLÁNU

Na základě pročitání článků a porodních plánů bylo zhodnoceno, že mezi nejčastější položky zmiňované v porodních plánech patří analgezie, nechtění epiziotomie, volnost pohybu, porod v ženou zvolené poloze a bonding.

Je důležité zmínit, že každý člověk je individuální, má osobní postoje, názory a potřeby. V moderním porodnictví jsou ženy chápány jako aktivní účastnice a mohou se podílet na interaktivním procesu. (Dušová, Hermanová a Majdyšová, 2017)

### 4.1 Analgezie

Bolest je nevyhnutelnou částí porodu, způsobují ji děložní kontrakce a dilatace porodnické branky. Jsou ovšem možnosti, jak tlumit vnímání bolesti. Máme farmakologické a nefarmakologické možnosti, jak ženě ulevit od bolesti v průběhu porodu. V dnešní době se často používají nefarmakologické praktiky díky jejich popularitě, jednoduchosti aplikace, nízké rizikovosti a cenové dostupnosti. (Tabatabaeichehr a Mortazavi, 2020)

Analgezie slouží ke zmírnění bolesti ženy v průběhu porodu. Může zároveň snížit riziko z hlediska matky a novorozence a zároveň reguluje jejich stresovou zátěž. Řadí se zde nefarmakologické a farmakologické metody. (Hudáková a Kopáčiková, 2017)

Je důležité, aby ženy měly dostatek informací o dostupných metodách analgezie, aby se mohly rozhodnout, kterou chtějí použít a cítí, že je pro ně vhodná. Cheung a kol. zkoumali, kde ženy získávají informace, co ovlivňuje jejich rozhodování a jak získané informace v těhotenství ovlivňují zážitek z porodu. V první kategorii ohledně získávání informací zjistili, že nejčastějším zdrojem informací byl internet a poté předporodní kurzy, dny otevřených dveří na porodnicích, přátelé, rodina a zdravotničtí pracovníci. Všechny participantky uvedly, že nejdůvěryhodnějším zdrojem byli právě zdravotničtí pracovníci, kvůli jejich vzdělání, vědomostem a zkušenostem. Ve druhé kategorii – vliv informací na porodní úzkost, některé participantky uvedly, že příliš mnoho informací napomohlo ke vzniku úzkostí, zatímco jiným to napomohlo k uklidnění. Nedostatek informací o úlevách od bolesti a neoficiální zdroje informací přispěly k rozvoji úzkostí. Třetí kategorie se zabývala používáním informací na přípravu k porodu. Důležitými aspekty přípravy byly příprava porodního plánu a edukace o managementu porodních bolestí. Zjišťování si informací o farmacích, které lze použít v průběhu porodu pomohlo ženám být více

otevřené i těmto možnostem. Prenatální poradnu považovala většina za nedostatečnou, protože chyběl čas se dotázat na možnosti úlevy od bolesti. Čtvrtá kategorie se zaměřovala na používání informací jako pomoc zvládnání bolesti. Participantky se snažily vysvětlit, jak bolest ovlivňovala jejich rozhodování. Pro většinu bylo důležité použít vědomosti, na základě daných situací a přizpůsobovat je tak. Intenzivní bolest a neúčinná analgezie vedla k pocitům beznaděje a malé spokojenosti. Vědomí a znalosti o dostupných možnostech úlevy od bolesti pomohly ženám mít nad sebou kontrolu a najít tak společně metodu, která jim bude nejpříjemnější. Pátá a poslední kategorie byla zaměřena na osobní priority a ovlivnění externími zdroji. Hledat si informace před porodem a být tak informována napomohlo k naplnění očekávání osobních priorit. Například, když byla největší prioritou ženy bezpečnost pro dítě, tak se zajímaly o metody úlev od bolesti, které jsou nejbezpečnější pro jejich dítě. Vnější vlivy (předešlý porod, sociální síť, média, přátelé, rodina) ovlivnily to, jak s informacemi bylo zacházeno. (Cheung et al., 2022)

Ve Španělsku se výběrem analgezie v porodních plánech a jejím použitím zabýval López-Gimeno a kol. (2021). Studie zahrnovala 422 žen, z toho mělo porodní plán 216 žen a 206 jej nemělo. Studie probíhala v pěti nemocnicích. Ženy byly dle zvolené metody analgezie rozděleny do 3 skupin – farmakologická analgezie, nefarmakologická a kombinace farmakologické a nefarmakologické. Z těch, které si připravily porodní plán si farmakologickou metodu zvolilo 195 žen, nefarmakologickou 109 žen, farmakologickou s nefarmakologickou 87 žen. Co se farmakologické analgezie týče, nejčastěji používanou metodou byla epidurální analgezie, kterou použilo 186 žen s por. plánem, lokální anestezii použilo 11 žen s por. plánem, rajský plyn inhalovaly 2 ženy s por. plánem, celkovou anestezii měly 3 ženy. Jako nefarmakologické metody byly používány relaxační techniky – 42 žen s por. plánem, dýchání jako analgezie – 88 žen s por. plánem, masáž – 35 žen s por. plánem, hydroanalgezie – 29 žen s por. plánem, lokálně aplikované teplo – 3 ženy s por. plánem, balón – 19 žen s por. plánem, jiné metody – 5 žen s por. plánem. Epidurální analgezie byla nejčastěji používaná, protože je to nejfrekventovanější metoda používaná v nemocnicích, ve kterých byla studie prováděna. V některých studiích byla epidurální analgezie považována za nějaký zlatý standard úlev od bolesti. Dle některých studií byla epidurální analgezie nejpreferovanější metodou v porodních plánech. Jen jedna nemocnice nabízí inhalaci rajského plynu, tudíž byl ve výsledku nejméně používanou metodou. Jedna třetina žen z těch, které si připravily svůj porodní plán, využily farmakologické i nefarmakologické metody tišení bolesti. Polovina žen s por. plánem využily jako první

volbu tišení bolesti nefarmakologické praktiky (dýchání, relaxace, dýchání, hydroanalgezie, aplikace lokálního tepla).

Jednou z nefarmakologických metod tišení bolesti je aromaterapie, jedná se o aplikaci esenciálních olejů z přírodních zdrojů. Oleje mají neurologický a fyzický efekt. Používání aromaterapie vzrostlo a stalo se velmi populární i přesto, že má dávnou historii. O používání této metody nejsou známy žádné vedlejší účinky ani rizika pro matku a novorozence. (Tabatabaeichehr a Mortazavi, 2020)

O efektu jednotlivých esenciálních olejů používaných v průběhu porodu se ve své přehledové studii zabývali Tabatabaeichehr a Mortazavi. Mezi charakteristiky jednotlivých studií patří počet participantů mezi 48-600, publikace článků v letech 2003 až 2018, dostupná plná verze textu, efekt aromaterapie na porod. (2020)

Výsledky:

Levandulový olej byl nejpoužívanější, jeho inhalace má blahodárny vliv na snížení vnímání intenzity bolesti v průběhu porodu a zároveň snižuje úzkost a strach z porodu. Některé studie ukázaly, že průměrný čas potřebný k požadovanému efektu je 30-60 minut inhalace. Masáž tímto olejem snižuje bolest v aktivní fázi porodu. Lze jej aplikovat do koupele ve vaně nebo porodním bazénku.

Růžový olej (olej z růží) nebyl tak četně používán jako levandulový, který je dle výsledků studií více efektivní ve snížení porodní bolesti. Jedna studie ukázala, že tento olej snižuje bolest hlavně, když je porodní branka otevřená na 8-10 cm. Inhalace růžového oleje je v porovnání s koupelí více účinná.

U jasmínového oleje se autoři v jednotlivých studiích shodovali v tom, že masáž jasmínovým olejem je daleko efektivnější na snížení porodních bolestí než jeho inhalace.

Olej z pelargonie (Geranium) po 20 minutách inhalace výrazně snižuje úzkost a strach z porodu, dokonce víc než olej z pomerančové kůry. Ale jeho inhalace na bolest nemá zásadní vliv, o něco lépe jsou na tom masáže s tímto olejem.

Esenciální oleje mají dobrý vliv na úlevu porodních bolestí, úzkosti, pozitivně ovlivňují šestinedělí, poporodní deprese, kvalitu spánku, bolest po císařském řezu a po epiziotomii. (Tabatabaeichehr a Mortazavi, 2020)

Hydroterapie je jednou z alternativních metod tišení bolesti v průběhu porodu. Zahrnuje ponoření co největší části těla ženy (ideálně i hrudník a prsa) do teplé vody. Její aplikace je



doporučována od momentu, kdy je porodnická branka otevřena na 5 cm. Poprvé byla přijata jako jedna z analgetických metod v Anglii v roce 1993 v článku „Changing Birthing“. Vydala jej Royal College of Midwives jako doporučení ukládat rodící ženy do teplé koupele. (Mallen-Perez et al., 2018)

Hydroterapie byla používána jako relaxační technika a forma analgezie již delší dobu, nicméně její původ není známý. Má vliv na psychiku a fyzickou stránku. Byla hojně užívána v Číně, Egyptě, Japonsku, Řecku a Římě. Mezi benefity hydroterapie se řadí pozitivní zkušenost s porodem, menší četnost epidurální analgezie, lepší vypořádání se s bolestí, kratší porod, pocit ženy mít kontrolu nad svým porodem, větší komfort. Nicméně, co se novorozence a jeho poporodní adaptace týká, tak se American College of Obstetricians and Gynecologists a The American Academy of Pediatrics shodují, že zde může být potenciaální riziko. A to převažuje benefity pro ženu. Některé studie se shodují, že není rozdíl v poporodní adaptaci novorozence u žen, které použily hydroterapii a u těch, které ne. Využívat hydroterapii se doporučuje až v pozdější části I. doby porodní. (Mellado García et al., 2023)

Mellado García et. al. se ve své studii zabývali tím, jestli je hydroterapie bezpečná pro matku a novorozence, jejím vlivem na poporodní krvácení, hypotenzi, horečku matky, komplikace novorozence, Apgar skóre v 1. a 5. minutě, pH z umbilikální artérie, KTG. Studie byla retrospektivní observační. Byla provedena v souladu s Helsinskou deklarací pro výzkum na lidských subjektech a schválila ji etická komise nemocnice Costa del Sol v roce 2018. Participantky byly náhodně vybrány z anonymní databáze. Jednalo se o ženy, které porodily v nemocnici Costa del Sol od ledna 2010 do prosince 2020. Kritéria zahrnovaly nízkorizikové termínové těhotenství, jednočetné těhotenství, polohu podélnou hlavičkou, příjem k porodu pro indukci porodu nebo spontánní začátek porodu. Participantky byly rozděleny do 2 skupin – ty, které využily možnosti hydroterapie v průběhu porodu (skupina hydroterapie) a ty, které ji nevyužily (kontrolní skupina). Jednalo se o 248 těhotných – 124 ve skupině hydroterapie a 124 v kontrolní skupině. Potom byl celkový počet navýšen na 377. (2023)

Výsledky ukázaly, že hydroterapie je bezpečná jak pro novorozence, tak pro matku. Nebyly zjištěny žádné rozdíly mezi kontrolní skupinou a skupinou hydroterapie v hypotenzi, poporodním krvácení, horečce, poporodními komplikacemi, poporodní adaptaci novorozence, Apgar skóre v 1. a 5. minutě, pH krve z umbilikální artérie, KTG. U skupiny hydroterapie byla menší četnost dystokie ramének, menší četnost císařských

řezů. Hydroterapie nemá vliv na operativní porody. Závěrem této studie je, že využití hydroterapie v I. době porodní je bezpečné a možná má vliv na větší četnost kojících žen. V závěru autoři porovnávali výsledky jejich studie se studiem jiných autorů. Ve většině výsledků se shodovali. (Mellado-García et al,2023)

Švédsko, podobně jako jiné země, čelí narůstajícímu počtu intervencí v průběhu porodu. Westergren et al. zabývali zkoumáním medikalizace porodu skrz preference žen a použitými metodami analgezie. Jednalo se průřezovou studii. Zahrnuty do ní byly ženy s porodním plánem a bez porodního plánu, které porodily mezi březnem a červnem 2016 ve Švédské porodnici. Vyřazeny byly ženy, které podstoupily plánovaný císařský řez, porodily předčasně (před 28.tt), čekaly dvojčata. 129 žen mělo přichystaný porodní plán, který jim byl představen jako část rutinní předporodní péče, ale jeho vyplnění bylo dobrovolné. Obsahoval 4 polouzavřené otázky, které měly ženy doma vyplnit. Jedna otázka se týkala právě preferencí tišení bolesti. Ženy měly na výběr z nefarmakologického tišení bolesti (dýchací techniky, relaxační masáž, hydroterapie, suché teplo, akupunktura, injekce se sterilní vodou). Při příjezdu do porodnice porodní asistentka prošla porodní plán s rodičkou a prodiskutovaly spolu ženiny představy a potřeby. Po porodu byl porodní plán naskenován a uložen do elektronické karty každé ženy. 92 žen ve svých porodních plánech zmínilo a preferovalo použití nefarmakologických metod úlevy od bolesti, 82 žen chtělo inhalovat oxid dusičitý (rajský plyn), 23 žen chtělo využít epidurální analgezii, pro 57 žen byla epidurální analgezie druhou možností, 74 žen chtělo o metodě pohovořit s porodní asistentkou. V průběhu porodu 60 žen ze skupiny s porodním plánem využilo nefarmakologického tišení bolesti, 106 inhalaci oxidu dusičitého, 52 epidurální analgezii, 12 blokaci spinálního nebo pudendálního nervu. Dále byly ženy v obou kategoriích rozřazeny do 2 kategorií, na primipary a multipary. V kategorii žen s porodním plánem bylo 78 primipar a 51 multipar. (2019)

Primipary nejvíce preferovaly nefarmakologické tišení bolesti (74,4 %), 61,5 % chtělo využít inhalace oxidu dusičitého, 46,2 % by rádo využilo epidurální analgezii jako druhou možnost, 16,7 % jako první možnost a 69,2 % by se chtělo poradit s porodní asistentkou. V průběhu porodu u nich byla nejvíce zastoupena inhalace oxidu dusičitého (87,2 %). Ve stejném počtu 53,8 % využily nefarmakologické tišení bolesti a epidurální analgezii a 14,9 % z nich využilo blokaci spinálního nebo pudendálního nervu. (Westergren et al., 2019)

Multipary projevíly ve svých porodních plánech největší zájem o nefarmakologické tišení bolesti a o inhalaci oxidu dusičitého a to v 66,7 % u obou metod. Epidurální analgezii jako

druhou možnost by si přálo 41,2 %, jako první možnost 19,6 % a 20 % by si přálo prodiskutovat s porodní asistentkou. V průběhu porodu multipary nejvíce využily inhalaci oxidu dusičitého 74,5 %, nefarmakologického tišení bolesti využilo 35,3 %, epidurální analgezie 19,6 % a pouze 4,1% blokace spinálního nebo pudendálního nervu. (Westergren et al., 2019)

## 4.2 Bonding

Bonding, neboli skin-to-skin kontakt, probíhá ihned po porodu novorozence, kdy se nahý novorozenec položí na nahý hrudník nebo břicho matky. Novorozenec je zakryt pouze suchými a předem nahřátými plenkami a dečkami. (Kuamoto, Bueno and Riesco, 2021)

Separace matky a novorozence je stále velmi hojná. Často jsou v porodnicích novorozenci odneseni, oblečeni a až poté přineseni matce, nebo uloženi do postýlky. Bonding by měl začít ideálně ihned po porodu a trvat nepřetržitě do konce prvního kojení. Umístění novorozence na hrudník matky podnítl neurochování, které zajišťuje naplnění základních biologických potřeb. Období bezprostředně po narození je velmi citlivým obdobím pro programování chování a fyziologie. Bonding má vliv jak na novorozence, tak i na matku. U žen, které absolvovaly skin-to-skin kontakt je pravděpodobnější, že budou kojit v období 4 měsíců po porodu než u žen, které jej se svým novorozencem neměly. Je u nich také větší pravděpodobnost, že budou plně kojit již od propuštění z nemocnice. Kojenci, u kterých proběhl bonding, měli vyšší skóre stability kardio-respiračního systému, vyšší hladinu glukózy v krvi. V tělesné teplotě není téměř žádný rozdíl u novorozenců, u kterých bonding proběhl, a u těch, u kterých ne. (Moore et. al, 2016)

Bonding přináší spoustu výhod pro novorozence, tento kontakt pomáhá novorozenci si udržet svou teplotu, hladinu glukózy v krvi, snižuje riziko vzniku novorozenecké žloutenky. Bonding nemusí být prováděn jen po spontánním porodu, ale lze jej provést i po císařském řezu, po kterém spousta žen uvádí problémy s laktací a kojením. Ve většině porodnic se po císařském řezu bonding neprovádí. Nicméně, jde provést již na operačním sále, alespoň na chvíli, když je tomu sál uzpůsoben. Když není, tak je možné jej provést s otcem, nebo na dospávacím pokoji s matkou. (Stevens et al., 2014)

## 4.3 Porodní polohy

Poloha, ve které žena přivádí na svět své dítě, má velký vliv na náročnost porodu. Spokojenost žen s jejich porodem a péčí velmi ovlivňuje fakt, že porod bývá náročný.

V současnosti většina žen rodí buď v pololeže na zádech, nebo v polosedě. Polohy jako sed, stání, dřep, leh na boku, a la vache, patří mezi méně používané. Lékaři, porodní asistentky a zdravotní sestry patří mezi nejdůležitější zdravotníky, kteří mají významný vliv na rozhodování o tom, v jaké poloze žena bude rodit. Některé polohy mohou být nápomocné při porodu. Existuje celá řada porodních poloh, které může žena při tlačení zaujmout. Nemusí to být jen poloha v pololeže. (Satone and Tayde, 2023)

Po celém světě je nejčastější polohou při porodu poloha supinní, neboli na zádech (zahrnuje i polohu laterální, polosed, nebo litotomickou), a to i přes to, že existují důkazy proti jejímu používání. Přítomnost porodních lůžek na porodních boxech vede k tomu, že ženy leží rovně a považují to za normální. Většinu váhy nesou záda, to vede k boji s gravitací a plod je stavěn do nepříznivého úhlu pro průchod pánví. Někdy může tato poloha i negativně ovlivnit děložní kontrakce, které jsou potom méně účinné. Poloha na zádech bývá spojována s nárůstem epiziotomií a mírou instrumentálních porodů. Krevní ztráta je v této poloze nižší stejně jako míra poporodního krvácení. (Satone and Tayde, 2023)

Dřep patří mezi oblíbené polohy, žena nese váhu převážně na nohou, může se ale opírat nebo tahat za podpěru. Bývá považován za jednu z nejpřirozenějších poloh. Hraje zde velkou roli gravitace, jak v I. tak i II. době porodní. Dítě má v pánvi větší prostor k pohybu. Nevýhodou je obtížnost pro ženy v této poloze setrvat déle, kvůli bolesti kolenou a zad, která se po nějakém čase stráveném v této poloze dostaví. (Satone and Tayde, 2023)

Dalším z druhů poloh jsou sedací polohy. Rozlišujeme polosed a sed s rovnými zády. Při sedu s rovnými zády těhotná sedí vzpřímeně na posteli, porodní stoličce, nebo jakékoliv jiné pomůcce. V polosedě žena zaujímá úhel větší než 45 stupňů od lůžka. V této poloze je opět obrovskou výhodou gravitace, která podporuje sestup dítěte. Na porodní stoličce se navíc více otevře pánev, ale je zde vyšší riziko krevní ztráty větší než 500ml. (Satone and Tayde, 2023)

Další z možných pozic jsou porody v kleku. Žena klečí, předklání se a je opřena o pěsti, dlaně anebo o pomůcku. Pokud u porodu pociťuje žena bolest v zádech, tato poloha jí může pomoci, protože na pánev není vyvíjen žádný vnější tlak, a tak se může žena volněji pohybovat. (Satone and Tayde, 2023)

Porod ve vzpřímené nebo polovzpřímené poloze s sebou nese řadu benefitů pro matku i dítě. Vzpřímené polohy napomáhají děloze silněji a efektivněji se stahovat, dítě má

možnost se dostat do lepší pozice a může rychleji procházet pánví. Polohy v sedu a v leže na boku umožňují větší flexibilitu pánve a usnadňují rozšíření pánevního východu. (Berta et al., 2019)

#### 4.4 Epiziotomie

Studie, které zkoumaly porodní plány ukázaly, že v nich často ženy odmítají epiziotomii. Ve skutečnosti je nepravděpodobné, že by ženy epiziotomii vysloveně za žádné okolnosti nechtěly. Spíše se ji chtějí vyhnout, pokud je to možné. Záleží, do jaké míry je možné v porodnické praxi se přizpůsobit přání žen. Proto je velmi důležité mluvit s ženami o jejich preferencích. Některé ženy si ale nepřejí být vyrušovány v průběhu porodu a rozhodovat se, proto je dobré zahrnout preference a přání do porodního plánu. (Pijl et al, 2023)

Při spontánním vaginálním porodu může dojít k natržení pochvy a hráze, většinou k tomu dojde při porodu hlavičky dítěte. Někdy se toto poranění může rozšířit až k rektu. Tato rána je poté zašita. Aby se zabránilo vážnějším poraněním, lékaři doporučují chirurgické nastřížení hráze nůžkami, nebo skalpelem. Tento zákrok má usnadnit porod a je prevencí větších poranění. V některých zemích je epiziotomie prováděna rutinně a je standardním postupem při porodu. Sešití je nutné jak po samovolném natržení, tak i po epiziotomii. Obojí může způsobit bolest, krvácení, infekci, bolest při sexu a můžou i přispět k dlouhodobé inkontinenci moči. (Jiang et al, 2017)

V mnoha zemích se ženy často setkávají se zákroky prováděnými bez jejich souhlasu, jedním z nich často bývá epiziotomie. Zákroky prováděné bez souhlasu žen tvoří významnou část případů označovaných jako neúcta a zneužívání během porodu nebo porodnické násilí. Získávání souhlasů během porodu není věnována velká pozornost (s výjimkou císařských řezů). Souhlas k zákrokům během porodu je nutný, ale nemusí být vždy výslovný nebo plně informovaný. Doporučuje se individuální přístup. Období před porodem by se mělo využít k podání informací a zjištění postoje a preferencí ženy ohledně určitých zákroků. Výslovný souhlas by měla žena podat v okamžiku zákroku, pokud si v prenatálním období nepřála jinak. Pokud je ale v průběhu porodu naléhavá situace a žena nedá jasnou odpověď, mohou zdravotníci přistoupit k jasně sdělenému souhlasu. (Pijl et al, 2023)

Ženy v Nizozemí a Spojeném království udávají minimální informovanost a nedostatek možnosti volby ohledně zákroků, které mohou být pro ženu znepokojující a hrají

významnou roli v negativních a traumatických zkušenostech z porodu. Neodsouhlasené zákroky nejsou rovnoměrně rozloženy mezi všechny skupiny žen. To odpovídá o rozdílné péči, kterou ženy dostávají, způsobenou rasovými a socioekonomickými rozdíly. Ke všem zákrokům u porodu, stejně jako lékařským zákrokům, je nutný souhlas. Existují důkazy, že ne všechny ženy chtějí dát souhlas ke každému zákroku. (Pijl et al, 2023)

Jiang et al. (2017) se ve své review zabývali studiem selektivní a preventivní epiziotomie. Review zahrnovala 11 studií, s celkovým počtem 5977 žen. Studie pocházely z 10 různých zemí. Ženy, u kterých byla provedena selektivní epiziotomie mají o 30% menší riziko závažného porodního poranění ve srovnání s ženami, u kterých byla provedena rutinní epiziotomie. Krevní ztrátou se zabývaly jen 2 studie a ty měly nízkou kvalitu, takže nevíme, zda existuje rozdíl v průměrné krevní ztrátě mezi epiziotomií v porovnání se samovolným natržením hráze. Posouzení bolesti v oblasti poranění nebylo provedeno pečlivě, tudíž neexistuje kvalitní důkaz o bolesti perinea 3. den po porodu.

Práce zdravotníků o ženy na porodním sále zahrnuje péči o nejintimnější části těla. Vyšetření těchto částí těla je vnímáno jako komplikované a invazivní, to si někdy právě zdravotníci, pro které jsou tato vyšetření rutinní, neuvědomují. Narušení intimních částí těla bez souhlasu je bohužel rozšířeným společenským fenoménem, který s sebou nese zahanbující, ponižující a dehumanizující význam. Proto je důležité, aby se vulvy a pochvy dotýkalo s respektem a souhlasem. (Pijl et al, 2023)

Péče o těhotnou ženu je jednou z mála oblastí medicíny, kde se na jedné osobě (těhotná žena) rutinně provádějí výkony a léčba, které s sebou nesou riziko újmy s cílem prospět zdraví jiné osoby (plodu). Během porodu se jedná o zdraví 2 budoucích jedinců (matky a dítěte), ale pouze na jedné osobě se provádí navrhované zákroky, které může odmítnout, nebo s nimi souhlasit. Na druhou stranu během porodu je omezen čas a prostor na poskytnutí informací a případnou diskuzi. Jednak proto, že některá rozhodnutí jsou časově omezená, a proto, že žena může být unavená a prožívá bolest. Některé studie dokonce ukazují, že si kvůli intenzitě porodu ženy nepamatují poskytnutí souhlasu. (Pijl et al, 2023)

## 5 VLIV IMPLEMENTACE KOMPONENTŮ PORODNÍCH PLÁNŮ NA PRŮBĚH PORODU A POPORODNÍ ADAPTACI NOVOROZENCE

Porod je pro ženu velkým milníkem v životě. Je proto důležité zahrnout ženu do rozhodování o její péči. Porodní plány jsou častá metoda, jak se může žena do tohoto procesu zapojit, jejich používání je doporučováno WHO a NICE. (Jolles et al, 2019)

Dle WHO je pro pozitivní porodní zkušenost důležité sociokulturní přesvědčení ženy, její očekávání, psychická stabilita, emocionální podpora, porod v bezpečném a intimním prostředí a zkušený kompetentní zdravotnický pracovník. To je založeno na přesvědčení, že většina žen chce fyziologický porod, pocit úspěchu a kontroly nad tím, co se s ní děje. Toho dosáhne zapojením se do rozhodování, to může udělat právě prostřednictvím porodního plánu. (Rodríguez-Almagro, et. Al,2019)

Porodní plán je nástroj, jak žena může dělat sdílené rozhodnutí ohledně intervencí v průběhu porodu. Jedná se o psaný dokument, díky kterému žena vyjádří své očekávání, přání, obavy ohledně porodu a době po porodu. Artieta-Pinedo et al., 2024 na základě pilotního testu zjistili, že statisticky významný vzorek je 200 žen. Proto byla studie provedena ve 20 ordinacích porodních asistentek od března 2020, dokud nedosáhli vzorku 247 vyplněných dotazníků. Dotazník byl v digitální formě. Odkaz na něj obdržely ženy, které splňovaly daná kritéria. Vzhledem k tomu, že porodní asistentka má ve Španělsku v kompetenci péči o těhotné ženy bez komplikací, do studie byly zařazeny ženy s nízkorizikovým těhotenstvím, starší 18 let a s dobrou úrovní španělštiny. Většina žen uvedla, že je pro ně důležité být doprovázené partnerem, mít u porodu co nejintimnější prostředí, a aby měla porodnice špičkové vybavení. Velmi významný je pro ženy také první kontakt s dítětem, který musí být nepřetržitý a k provedení jakéhokoli zákroku musí být poskytnut souhlas. Přestřížení pupeční šňůry a přítomnost většího počtu odborníků nebyly prioritami. Tato studie ukázala, že tvorba porodního plánu má návaznost i na úroveň nejvyššího dosaženého vzdělání. Nejvíce si jej tvoří ženy s vysokoškolským vzděláním (54,5 %), potom ženy se středoškolským vzděláním (35,2 %) a nejméně bylo žen se základním vzděláním (10,2 %). (Artieta-Pinedo et al, 2024)

Dle Alba-Rodríguez, Coronado-Carvajal and Hidalgo-Lopezosa (2022) porodní plán zvyšuje zájem o porodní proces a zpříjemňuje zážitek z porodu. Cílem jeho studie bylo

zjistit, jak ovlivňuje používání porodního plánu průběh porodu a osobní zkušenosti žen. Pro studii si vybral kvalitativní metodu. Studie probíhala ve veřejné nemocnici v Andalusii pomocí rozhovorů. Vyčlenili si 4 kategorie – respektování přání žen, informace a primární péče, očekávání ohledně péče, výsledky užívání porodního plánu. Díky rozhovorům v 1. kategorii zjistili, že některé matky si připravily porodní plán, aby daly najevo svoje preference a přání, jiné na sobě pocíťovaly méně stresu a cítily se připraveny. Cítily, že by se chtěly podílet na rozhodování ohledně intervencí v průběhu porodu a porodní plán je prostředkem komunikace mezi nimi a zdravotnickým personálem. Někteří autoři tohoto článku se shodli, že je porodní plán nástroj, jak mohou ženy poukázat na důvěru ve zdravotnické pracovníky. Ve 2. kategorii (Informace a prenatální péče) zjistili, že se v předporodních kurzech snaží přizpůsobit potřebám moderních žen. Nespokojenost daly ženy najevo, když vedoucí kurzu neměl zkušenosti se psaním a strukturou porodního plánu. Někteří autoři se shodli, že ne všechny ženy mají kvalitní zdroj informací, a to může vést k problémům. Ve 3. kategorii (Očekávání o péči) zjistili, že některé ženy byly s naplněním péče velmi spokojeny, naopak jiné ženy uvedly velkou nespokojenost, ta měla ovšem návaznost na nerealistické představy a přání a uvádí, že tyto nerealistické představy a přání mají za důsledek nespokojenost s porodem. V poslední 4. kategorii většina žen uvedla porodní plán jako užitečný prostředek k získání informací v průběhu jeho přípravy, jiné uvádí, že porodní plán nezlepšil porodní proces, nicméně měl efekt na snížení strachu ze samotného porodu a menší míru bolesti. Závěr této studie je takový, že porodní plán poskytuje ženám spoustu poznatků o porodu, je komunikačním nástrojem, v prenatální péči je poskytováno málo informací, tak si je ženy musí hledat mimo zdravotnické zařízení a informace nemusí být tak kvalitní. Míra spokojenosti závisí na míře naplnění jejich očekávání, to je ovlivněno okolnostmi porodu. Ženy projevovaly velký zájem v péči po porodu (bonding a kojení) zde většinou zdravotnický personál selhal. Porodní plán jim dodal sílu a schopnost si prosadit svůj názor.

V České republice se částečně ve své studii zabývala Ratislavová a kol. (2023) vlivem porodního plánu na porod. Zjistila, že ženy s porodním plánem byly méně spokojeny než ženy bez porodního plánu. Dle této studie porod pozitivně ovlivňuje spíše přítomnost blízké osoby, soukromá porodní asistentka nebo dula.

Dle Bell, Dahleb a Davisa (2023) je problematický název porodní plán, upřednostňují spíše porodní přání nebo porodní preference. Použití slova plán může vést ke zklamání, že vše nevyšlo podle něj. Ženy mohou být nepřizpůsobivé v různých situacích, mají příliš



pozitivní představy o průběhu porodu. Když si žena píše porodní plán, je důležité, aby rozuměla terminologii. Proto je doporučováno prodiskutovat svůj porodní plán s porodní asistentkou, která ženě dovysvětlí nejasnosti a přiblíží jí různou problematiku. Existují 3 hlavní způsoby, jak si vytvořit porodní plán: 1. Sestavený ambulantně pomocí diskuze mezi těhotnou a zdravotníkem, 2. Připraven těhotnou a poté prodiskutován a 3. Připraven jen těhotnou žen bez diskuze. Porodní plán pak poskytuje ženám schopnost se zapojit a orientovat se v jejich možnostech v průběhu porodu, tím jsou ženy více sebevědomé. (Bell, Dahleb a Davisa, 2023)

Dle Farahat a kol. je podle některých sester a lékařů vyšší riziko císařského řezu a horšího šestinedělí, když má žena s sebou porodní plán. Může mít potom idealizované představy o porodu. Většinou se tyto ženy připraví teoreticky, ale už tak nedbají na psychickou a mentální přípravu k porodu, která je velmi důležitá. (2015)

Implementace porodního plánu neovlivňuje délku II. doby porodní, ale I. doba porodní je průměrně o hodinu delší. Ženy, které mají porodní plán, méně dostávají oxytocin a méně často je u nich prováděna dirupce vaku blan. (Ghahremani a kol, 2022)

Spokojenost žen s porodem má co dočinění s naplněním jejich představ. Používání porodního plánu může často vést k pocitu zmatenosti, frustrace, pokud nejsou přání z nějakého důvodu naplněna. Ženy s plány nejsou flexibilní, naplánují si svůj porod a nejsou schopny se přizpůsobit situacím, které si žádají nějaké intervence. Přesto, že méně intervencí se provádí u žen s porodním plánem, bývá u nich menší spokojenost s průběhem porodu než u žen bez plánu. Porodní asistentky a porodníci hrají klíčovou roli v naplnění porodního plánu. Jejich podpora je velmi důležitá, hlavně u prvorodiček. Nicméně zdravotníci tvrdí, že není příliš času prodiskutovat možnosti a rizika porodu. (Mederiros et al, 2019)

Porodní plány mohou být nepřizpůsobivé, s nerealistickými představami, a to může vést ke konfliktům a negativním zkušenostem. Porod, zážitek z něj a poporodní adaptace jsou pak často negativně ovlivněny. (Hidalgo-Lopezosa et al., 2021)

V některých zařízeních je k dispozici zjednodušený proces pro tvorbu porodního plánu. Nicméně, když není k dispozici, může vzniknout značná heterogenita v por. plánech. Až 39 % obsahu porodního plánu je z internetu. Porodní plány tak mohou obsahovat nesprávné a zastaralé informace z různých webových stránek s nejasnou lékařskou hodnotou. To může zapříčinit, že si nemocniční personál nemusí porodní plány přečíst,

když bude tvořit plán péče. Místo toho by se měly por. plány proměnit, aby netvořily napětí mezi lékaři a rodičkami. Měly by pak být spíše dobrým komunikačním nástrojem. Některé studie tvrdí, že diskuze o možnostech, které žena v průběhu porodu má, bývají prospěšné. Takže i když ne vše je z por. plánu splněno, mohou být ženy spokojené. Jiná studie zastává názor, že ženy, které mají připraven por. plán a jsou s ním neústupné, se vystavují možnosti zklamání, když jejich plán nemůže být realizován. Podle porodních asistentek a porodníků často představují porodní plány pokus o kontrolu a plánování porodního procesu, který ale nelze kontrolovat a plánovat. Další studie uvádí, že 33 % žen s por. plánem spolu s 26 % jejich doprovodů, že por. plány mohou vést k neústupnosti a potencionálně špatným výsledkům. 29 % žen a 14 % lékařů a porodních asistentek tvrdí, že por. plány mohou vést k falešnému pocitu kontroly, a nemusí tak ženám umožnit se připravit na nepředvídatelné situace. U žen, které mají rizikové těhotenství, por. plán může dokonce zintenzivnit negativní pocity ve vztahu k porodu. (Mei et al., 2016)

Cílem studie Mei et al. (2016) bylo zjistit, zda byly požadavky žen v plánech naplněny. Bylo to 8 specifických kritérií – neprovedení dirupce vaku blan, neprovedení epiziotomie, forcepsu, nepodání epidurální analgezie, oxytocinu, intravenózních analgetik a pro novorozence nepodání vitamínu K. Po porodu ženy vyplnily dotazník spokojenosti, kde měly zhodnotit svůj zážitek z porodu ve 3 oblastech: a) celková spokojenost s porodním zážitkem, b) zda porodní zážitek odpovídal jejich očekávání, c) zda se během porodu cítily mít věci pod kontrolou. Dotazník byl ve formě Likertovy škály. Otázky byly položeny jako kladné věty a ženy měly ke zhodnocení použít 5 bodů na škále, kde 1 znamenala „rozhodně souhlasím“ a 5 „rozhodně nesouhlasím“. Celkem 148 žen splňovalo kritéria a byly osloveny ohledně této studie. Jen 143 žen dalo souhlas, ale 34 z nich u sebe v době příjmu neměly kopii svého porodního plánu. A z celkového počtu 109, které splňovaly všechna kritéria, jen 94 vyplnilo dotazník spokojenosti. Z analýzy porodních plánu bylo zjištěno 23 různých požadavků. Průměr bylo 10 požadavků, nejčastější bylo mít v por. plánu uvedeno 12 požadavků. Za vysoký počet požadavků bylo považováno 15 a více. Ve 100 % se shodovaly ženy v přání neprovést epiziotomii. Byl vypočítán poměr šancí s cílem zjistit, jak klesá pravděpodobnost provedení určitého zákroku, když si žena tento krok nepřeje. Neprovedení epiziotomie bylo splněno na 100 %. Novorozenci žen, které si vysloveně nepřály podání vitamínu K, měli velmi malou pravděpodobnost jeho podání. Na základě poporodního průzkumu bylo zjištěno, že čím více se splnilo požadavků z por. plánu, tím více byla žena spokojená. Čím více položek má žena uvedeno v por. plánu, tím

se snižuje pravděpodobnost jejich naplnění. Požadavkům na nepodání epidurální analgezie a nepodání oxytocinu bylo vyhověno.

Ve Španělsku se porovnáváním průběhu porodu a neonatálními výsledky zabýval Hildago-Lopezosa et. al (2021). Jednalo se o multicentrovou retrospektivní kazuistickou studii, která probíhala mezi lety 2009 až 2013 v nemocnicích v jižním Španělsku. Do studie bylo zařazeno 457 žen. 178 z nich mělo připravený porodní plán a 279 z nich jej nemělo. Kritéria pro zařazení do studie byly nízkorizikové těhotenství, termínové těhotenství a ženy v aktivní fázi porodu. Vyloučeny byly ženy s rizikovým těhotenstvím, plánovaným císařským řezem, akutním císařským řezem, mnohočetným těhotenstvím, porodem mimo porodnice, kde studie probíhala a porodem před 37. týdnem gestace. Provedena byla komparace mezi poporodní adaptací matky, novorozence a sociodemografií.

Ženy byly rozděleny do 2 skupin. Kontrolní skupiny tvořily ženy bez porodního plánu a případovou skupinu tvořily ženy s porodním plánem. V případové skupině byl průměrný věk 33 let +/- 4,32. Nejvyšší dosažené vzdělání bylo u 23,3 % žen základní, u 27,3 % střední s maturitou a u 49,3 % vysokoškolské vzdělání. Zaměstnáno bylo 78 %. Vdáno bylo 61,6 % žen, 36,2 % mělo stabilního partnera a 2,2 % bylo nezadaných. Primipar bylo 75,3 %, sekundipar 20,8 %, multipar 3,9 %. Indukováno bylo 27 % porodů, spontánně se rozběhlo 73 %. Epidurální analgezií mělo 69,7 % žen (124), z toho bylo 101 primipar a 23 multipar. Oxytocin v průběhu porodu dostalo 42,6 % žen (75), z toho bylo 66 primipar a 9 multipar. Amniotomie byla provedena u 34,3 %, smolková plodová voda byla u 14,3 %. Přerušovaný monitoring plodu byl u 24,3 %, externí u 67,6 % a interní u 8,1 %. Délka I. doby porodní byla 6,28 +/- 3,6 hodin, délka II. doby porodní byla 39,66 +/- 23,8 minut. (Hildago-Lopezosa et. al ,2021)

V kontrolní skupině byl průměrný věk 30,17 +/- 5,13 let. Nejvyšší dokončené vzdělání bylo u 59,8 % základní, 24,5 % střední a u 15,7 % vysokoškolské. Zaměstnaných bylo 61,7 %. Vdaných bylo 70,3 %, stabilního partnera mělo 25,4 %, svobodných bylo 4,3 %. Primipar v této skupině bylo 56,6 %, sekundipar 34,1 %, multipar 9,3 %. Spontánně se porod rozběhl u 81 %, indukován byl u 19 %. Epidurální analgezií dostalo 80,3 % (224 žen), z toho bylo 143 primipar a 81 multipar. Oxytocin v průběhu porodu dostalo 55,1 % (152 žen), z toho 100 bylo primipar a 52 multipar. Amniotomie proběhla u 55,6 %, smolkovou plodovou vodu mělo 17,9 %. Přerušovaný monitoring byl pouze u 0,4 % (1 žena), externí monitoraci mělo 83,6 %, interní 16 %. Průměrná délka I. doby porodní byla

u této skupiny 5,2 +/- 3,31 hodin a délka II. doby porodní byla 39,67 +/- 25,2 minut. (Hildago-Lopezosa et. al ,2021)

Porod je přirozený proces, na který mají velký vliv prostředí a zdravotní intervence. V polovině 20. století se začaly porody odvádět více v nemocnicích než doma. S tím přišlo i rutinní zařazování zdravotních postupů, jako jsou nástřih hráze, holení, klystýr a indukce porodu, aniž by jejich používání bylo podloženo vědeckými důkazy. Ženy byly díky pobytu v nemocnici považovány za nemocné, které potřebují léčit. V roce 1985 začal proces standardizace, kdy by si každá žena měla zvolit typ porodu, který chce. Porodní plán vychází z respektování bioetického principu autonomie, tím se posiluje kontrola ženy nad průběhem porodu a přidává tak ke spokojenosti. Je také důležitým nástrojem pro přípravu k porodu, může pomoci ženám zmírnit obavy díky informacím a komunikaci. Pro těhotné je důležité se cítit bezpečně a podporovaně. Porodní plán pozitivně ovlivňuje průběh porodu, bezpečnost a spokojenost žen. (Suárez-Cortés et al, 2015)

V kohortové studii se Suárez-Cortés et al. zabývali vlivem porodního plánu na průběh porodu porovnáním žen, které si porodní plán připravily a těch, které ne. Porodní plán si ze vzorku 9 303 žen připravilo pouze 240 (2,6 %). Porovnání proběhlo díky analýze kontingenčních tabulek. Porovnávalo se mezi sebou 7 proměnných – bonding, volba polohy, klystýr, příjem potravy a tekutin, eutokický porod (neinstrumentální, ne císařský řez), oddálený podvaz pupečníku a holení genitálu. Bonding (neboli skin to skin kontakt) mělo 60,4 % ve skupině žen s por. plánem oproti 27,4 % ve skupině bez něj. Polohu při porodu si zvolilo 62,5 % žen s por. plánem oproti 48,1 % bez por. plánu. Klystýr dostalo jen 10,4 % u žen s por. plánem a 6,8 % bez něj. Jedlo a pilo při porodu 42 % žen s por. plánem a 33 % ve skupině bez něj. Přirozený porod bez lékařského zásahu mělo 81,66 % žen s por. plánem a 73,8 % bez por. plánu. Oddálený podvaz pupečníku mělo 78,3 % žen s por. plánem a 63,1 % bez něj. Genitál byl oholen 16,6 % žen s por. plánem a 12 % bez por. plánu. Je nutno vyzdvihnout, že porodní plán pozitivně ovlivňuje vyšší četnost bondingu, pozdí podvaz pupečníku a míru přirozených porodů. To jsou postupy, díky kterým se přímo i nepřímo snižují výdaje na hospitalizaci žen a novorozenců. Díky položkám jako volba polohy pro porod, příjem potravy a tekutin, použití klystýru a holení genitálu je posílena autonomie žen. (2015)

Dle Hidalgo-Lopezose et al., může být porodní plán nápomocný k dobré poporodní adaptaci novorozence a matky. V jejich studii se zabývali retrospektivní, deskriptivní analýzou. Do studie bylo zahrnuto 178 žen, které měly připraven porodní plán k porodu.

Mezi kritéria výběru patří – nízkorizikové těhotenství, jednočetné těhotenství, porod v termínu, poloha plodu podélná hlavičkou. Sběr dat probíhal od ledna 2009 do ledna 2013. Průměrný věk rodiček byl 33 let +/- 4,32. Nejmladší rodička měla 19 let a nejstarší 42 let. Co se vzdělání týče, nejvíce žen, které si por. plán připravily bylo s vysokoškolským vzděláním, a to v zastoupení 49,4 %, potom následovaly ženy se středoškolským vzděláním (27,3 %) a ženy se základním vzděláním (23,3 %). Nejčastější položky zmiňované v porodních plánech byly: vyhnout se epiziotomii, používání oxytocinu, dirupci vaku blan a mít možnost volného pohybu v průběhu porodu. Primigravid bylo celkem 75,3 %, sekundigravid 20,8 % a multigravid 3,9 %. Porodní plán byl zcela dodržen u 7,9 % žen, ze tří čtvrtin u 29,2 % žen, z poloviny u 32,5 % žen, ze čtvrtiny u 27 % žen a vůbec nebyl dodržen u 3,4 % žen. Epiziotomii mělo 43 % žen, oxytocin byl použit u 42,1 %, epidurální anestezie byla aplikována 69,7 % žen, spontánně porodilo 66,9 % žen, instrumentální porod byl u 19,1 % žen a císařský řez u 14 %. Spontánně porodilo 66,9 %, instrumentální porod mělo 1,1 % a císařský řez 14 %. Děti žen, u kterých se dodržela většina položek z porodního plánu, měly lepší Apgar skóre v 1. minutě a lepší hodnoty pH z pupečnickové krve než děti žen, u kterých se porodní plán z větší části nedodržel. Studie ukázala, že čím více se dodržuje porodní plán, tím lepší je Apgar skóre a hodnota pH pupečnickové krve. (2017)

V Egyptě se Farrahat a kol. (2015) ve studii zabývali vlivem implementace porodního plánu na poporodní adaptaci matky a novorozence a zážitkem z porodu žen. Do studie bylo zahrnuto 37 zdravotnických pracovníků a 260 těhotných žen starších 18 let, primipary s bezproblémovým těhotenstvím a týdnem gestace mezi 36.-42. týdnem. Ženy byly rozděleny na intervenční skupinu a kontrolní skupinu. V kontrolní skupině bylo 130 žen, které dostaly rutinní péči. Žen v intervenční skupině bylo 130, ty obdržely péči s ohledem na jejich porodní plán. Každá žena z intervenční skupiny podstoupila 30-40 minutový rozhovor, dostala seznam intervencí, která si má prostudovat a sestavit si porodní plán. Poté vedly o jejich porodním plánu diskuzi a porodní asistentka jim vše dovysvětlila. Porodní plán byl při příjmu na porodní sál předán porodní asistentce a lékaři. Ti se snažili vyhovět všem bodům z porodního plánu. Zatímco kontrolní skupině byla poskytnuta rutinní péče. Lékařů a sester se potom ptali, jak šel por. plán aplikovat do praxe a jaké byly překážky. Před propuštěním byly u obou skupin zaznamenávány mateřské a novorozenecké výsledky. Spokojenost s porodem byla hodnocena pomocí Mackeyho škály. Průměrný věk v intervenční skupině byl 20,6 let +/- 1,9. V kontrolní skupině to bylo

19,9 let +/- 2,1. Nejvyšší zastoupení žen v obou skupinách bylo ve skupině s nejvyšším dosaženým středoškolským vzděláním, a to v 80 % a 82 %. Většina žen v obou skupinách byla v domácnosti, v kontrolní skupině 92 %, v intervenční skupině 77 %. Ženy z intervenční skupiny byly více spokojeny a měly pozitivnější zkušenost s porodem než ženy z kontrolní skupiny. V délce porodu nebyl téměř žádný rozdíl. Bez jakékoli intervence porodilo 12 % z intervenční skupiny, zatímco ze skupiny kontrolní pouze 1,5 %. Epiziotomii mělo 80 % z kontrolní skupiny a 77 % ze skupiny intervenční, císařský řez podstoupilo 18 % z kontrolní skupiny a 10,5 % z intervenční skupiny. Vyšší Apgar skóre +/- o 2 body v 1. i 5. minutě měli novorozenci žen intervenční skupiny.

Dle Ahmadpour et al. (2022) účast matky při rozhodování hraje významnou roli ve zvládnání stresu, taky ovlivňuje fyzický a psychický stav ženy. Porodní asistentky a lékaři mají jedinečnou možnost využít, že můžou ženám předat spoustu informací a být pro ně podporou v těhotenství a při porodu. Zdravotnický personál může zvýšit svou úroveň zapojením pacientů do plánu péče a sebestarání. Ve studii porovnávali poporodní adaptaci novorozence a matky mezi skupinou matek s porodním plánem a tzv. kontrolní skupinu (bez porodního plánu) v Íránu. Sběr dat probíhal od října 2020 do ledna 2021. Výzkumu se zúčastnilo 106 žen. Na zhodnocení byla použita celá řada hodnotících stupnic (Škála podpory a kontroly u porodu, Škála strachu z porodu, PTSD škála symptomů, ...). Výsledky ukázaly, že skupina žen s porodním plánem měla značně menší strach z porodu a měly nižší skóre na škále poporodní deprese. Naopak nezávislý t-test ukázal, že v I., II. a III. době porodní nebyl skoro žádný rozdíl. Ze skupiny žen s porodním plánem 3 podstoupily akutní císařský řez (2 kvůli deceleracím plodu a 1 kvůli nepostupujícímu porodu), z kontrolní skupiny jej podstoupilo 14 žen (8 kvůli deceleracím plodu, 4 pro nepostupující porod a 2 pro nesestupování plodu do porodního kanálu). V obou skupinách byli 3 novorozenci přeloženi na novorozeneckou JIP. Apgar skóre v 1. minutě bylo výrazně vyšší u skupiny s porodním plánem, v 5. minutě již nebyl téměř žádný rozdíl. Porodní plán redukuje strach z porodu, poporodní depresi, posttraumatické stresové symptomy, zvyšuje frekvenci vaginálních porodů a Apgar skóre v 1. minutě. Porodní plán také může zlepšit a zpříjemnit zážitek z porodu. Ženy si v porodním plánu raději vybírají nefarmakologické tlumení bolesti, což může efektivně ovlivnit porod.

Ghahremani a kol. ve své přehledové studii srovnává vliv aplikace porodních plánů. Dle některých studií ženy, které si plánují vaginální porod, často podstoupí císařský řez. Nicméně studie s větším množstvím participantů ukazují, že o několik % méně žen

podstoupí císařský řez, když se aplikuje jejich porodní plán. Posttraumatický stres bývá spojen s nenaplněním očekávání naplánovaného porodu, nicméně průřezová studie ukázala, že když se porodní plán naplňuje co nejvíce, tím se naplňuje i dobrý zážitek z porodu. Aplikace porodního plánu slouží jako prevence posttraumatického stresu. U epiziotomie, porodního poranění třetího a čtvrtého stupně nebyl žádný rozdíl s četností. Ženy, které si připraví svůj porodní plán, častěji začínají kojit hned na porodním boxu. Apgar skóre bylo výrazně nižší u primipar s porodním plánem, stejně jako hodnoty pH z pupečnickové krve a byla větší potřeba resuscitovat novorozence od matek s porodním plánem. U multipar rozdíly nebyly. (2022)

Aplikace porodního plánu zlepšuje poporodní adaptaci novorozence a matky, snižuje počet císařských řezů, zvyšuje procento přirozených porodů, novorozenci mají vyšší Apgar skóre a lepší výsledky hodnot z pupečnickové krve. Stoupá procento oddáleného podvazu pupečníku, více se provádí bonding a snižuje se počet hospitalizovaných novorozenců na JIP. (Medeiros a kol, 2019).

Hidalgo-Lopezosa se v části své studie věnoval i poporodní adaptaci novorozence a matky. Srovnával mezi sebou ženy s porodním plánem a bez něj. Ve skupině žen s porodním plánem byla menší četnost císařských řezů u primipar (18 % a 29 % ve skupině žen bez porodního plánu), u multipar žádné významné rozdíly nebyly. U instrumentálního porodu, poranění hráze 3. nebo 4. stupně nebyly téměř žádné rozdíly mezi skupinami žen s porodním plánem a bez něj. U novorozenců byl významný rozdíl v Apgar skóre v 1. minutě, u skupiny s porodním plánem bylo menší než 7 u 8,1 % a u skupiny bez porodního plánu 20,6 %. PH arteriální krve bylo menší než 7,20 u 8,7 % ve skupině s por. plánem a bez por. plánu to bylo 21,2 %. Resuscitace novorozence proběhla u 4 % ve skupině s por. plánem a u 15,9 % ve skupině bez něj. (2021)

## DISKUZE

Prvním cílem této bakalářské práce bylo popsat jednotlivé porodní plány a porovnat je mezi sebou. Nejčastější formou, v jaké porodní plány bývají, je psaná forma. Existuje ale i zobrazení pomocí piktogramů. Porodní plány lze najít na internetu, některé porodnice mají jejich vytvořené porodní plány. V této bakalářské práci bylo srovnáno 6 porodních plánů, 3 byly z internetových stránek nemocnic, 3 byly náhodně vybrány. Porodní plány z porodnic měly jednu společnou vlastnost, a to že na jejich začátku bylo pár úvodních informací o vyplnění, o dodržení plánu, pokud porod probíhá fyziologicky, aby nebyla ohrožena matka ani dítě. Rozdílem v těchto informacích je, že porodní plán z ÚPMD musí být konzultován v prenatální poradně, z ONK je konzultace doporučena, z KNTB o tomto není žádná informace. Porodní plán My birth preferences má podobnost s plány z ÚPMD a ONK, na jeho začátku je informace, že má být prodiskutován s lékařem. Porodní plány My birth plan a „Porodní plán“ obsahovaly kolonky pro vyplnění jmen, a My birth plan obsahuje i kolonku pro vyplnění termínu porodu. Porodní plány z ONK a ÚPMD byly rozděleny na kategorie – fyziologický porod, císařský řez a hospitalizace na oddělení. Porodní plán My birth preferences je rozdělen na dvě části – v průběhu porodu a po porodu. Porodní plán My birth plan je rozdělen na osm částí – informace o nynějším těhotenství, atmosféra, farmakologické tlumení bolesti, nefarmakologické tlumení bolesti, preferovaný způsob porodu, polohy, po porodu, co má žena v plánu. Porodní plán „Porodní plán“ je rozdělen do 5 částí - I. doba porodní, II. doba porodní, III. doba porodní, péče o novorozence a péče o novorozence na oddělení. Porodní plán z KNTB nebyl rozdělen do částí, nicméně otázky měly určitou posloupnost. Všechny plány se zmiňovaly o analgezii, poloze při porodu, epiziotomii, bondingu a přestřížení pupečníku po porodu. Zmínku o prostředí, omezení vaginálního vyšetření a omezení monitorace plodu mají porodní plány z ONK, My birth plan a „Porodní plán“. Anglické porodní plány obsahovaly jako jediné kolonku o použití zrcadla a dotknutí se hlavičky při porodu, možnost uschování krve a tkáně z pupečníku nebo jejich darování. Porodní plán My birth preferences dokonce obsahoval kolonku o fotodokumentaci nebo videozáznamu porodu. Z porodních plánů navržených nemocnicí, jediný porodní plán z KNTB obsahoval zmínku o vyzvednutí placenty.

Druhým cílem bylo zjistit, jaké jsou nejčastější komponenty porodních plánů. Pro tento cíl bylo pročteno velké množství porodních plánů a studií. Nejčastěji zmiňované položky



porodního plánu jsou – analgezie, bonding, porod v ženou zvolené poloze, vyvarování se epiziotomii. O analgezi, bondingu, porodních polohách a epiziotomii byly prostudovány různé články a studie.

Nefarmakologické tišení bolesti je dle Tabatabaeichehr velmi populární, cenově dostupné, nízkorizikové a jednoduše se používá. Naproti tomu López-Gimeno zjistil, že ženy ve svých plánech častěji uvádějí farmakologické tišení bolesti. Největší zájem je projeven o epidurální analgezi. Z nefarmakologických metod byly nejvíce zastoupené relaxační techniky, dýchání, masáž, hydroanalgezie. Dle Westergrena nejčastěji ženy uváděly nefarmakologické tišení bolesti. Aby se ženy mohly rozhodnout, kterou metodu chtějí použít, je podle Cheung důležitý zdroj informací. Často to jsou internet, předporodní kurzy, přátelé, rodina a zdravotničtí pracovníci. Důležité je, jaká je priorita ženy. Nedostatek informací a špatné zdroje můžou vést k rozvoji deprese.

Pro prostudování nefarmakologických metod byly vybrány: aromaterapie a hydroanalgezie. Aromaterapie je sice starou metodou, ale nyní se stává opět populární. Její velkou výhodou je, že není známý žádný vedlejší účinek ani riziko pro matku nebo dítě. Dle výsledků studie Tabatabaeichehr byl nejpoužívanějším olejem levandulový olej, jehož inhalace snižuje vnímanou bolest, úzkost a strach. Další z hojně používaných metod je hydroanalgezie, která má podle Mellada Garcíi vliv na psychickou i fyzickou stránku, slouží tak jako relaxační technika. Nicméně u této techniky může údajně existovat potencionální riziko pro novorozence. To ovšem Mellado García ve své studii vyvrátil. A dokonce zjistil, že je u žen, které hydroanalgezi využijí, menší pravděpodobnost dystokie ramének a menší četnost císařských řezů.

Dále se tato práce zabývala bondingem, neboli kontaktem kůže na kůži. Podle Moore je v porodnicích stále častá separace matky a novorozence. Období po porodu je velmi citlivým obdobím. Bonding má velký vliv na novorozence a matku. Velmi ovlivňuje i to, jak matka bude kojit své dítě, výši hladiny glukózy v krvi novorozence, stabilitu kardio-respiračního systému. Dle Stevense bonding napomáhá k udržení tělesné teploty novorozence, hladiny glukózy v krvi a snižuje riziko vzniku novorozenecké žloutenky. Tento kontakt může být proveden i po císařském řezu a může tak napomoci k rozvoji laktace a kojení.

Volba polohy, ve které žena bude rodit, je jednou z často zmiňovaných položek porodních plánů. Poloha je podle Satone a Tayde důležitá, ovlivňuje náročnost porodu. Žena nemusí rodit jen v pololeže, ale existuje velká řada poloh, které napomáhají porodu. Právě supinní poloha vede k častým epiziotomiím, instrumentálním porodům a může negativně ovlivnit

děložní kontrakce, na druhou stranu v této poloze bývá menší krevní ztráta. Ta naopak bývá větší při porodu na porodní stoličce. Dle Berta je porod ve vzpřímené poloze velkým benefitem pro matku a novorozence. Vzpřímená poloha napomáhá děloze k efektivnějším kontrakcím.

Dle Pijl se chtějí ženy spíše vyhnout epiziotomii, než že by ji vysloveně odmítaly. Problémem je, že se některé zákroky provádí bez souhlasu žen. V porodnické praxi může být náročné se přizpůsobit ženám, některé si nepřejí být rušeny. Jiang uvádí, že je epiziotomie v některých zemích stále standardním postup a je tak prováděna rutinně. Je menší riziko většího porodního poranění u žen se selektivní epiziotomií, než u žen s rutinní epiziotomií.

Třetím cílem bylo zjistit, jak porodní plán ovlivňuje průběh porodu a poporodní adaptaci novorozence. Všichni autoři se shodli, že díky porodnímu plánu se může žena zapojit do procesu péče a spolurozhodovat tak o některých intervencích. Spousta studií proběhla porovnáváním 2 skupin. Jednu skupinu tvořily ženy s porodním plánem a druhou tvořily ženy bez porodního plánu. Do většiny studií byly zařazeny ženy s nízkorizikovým těhotenstvím a jednočetným těhotenstvím. Některé studie také zjistily, že si porodní plán připravují hlavně ženy s vysokoškolským vzděláním.

Názory autorů na porodní plány se velmi lišily. Ahmadpour, Arieta-Pinedo, Jolles, Alba-Rodríguez považují porodní plán za dobrý nástroj ke komunikaci a tvrdí, že přináší důležitý pocit kontroly, který zvyšuje sebevědomí žen a snižuje stres. Medeiros, Ratislavová, Bell, Farahat Hidalgo-Lopezosa a Mei tvrdí, že se ženy můžou upnout na představu dokonalého porodu a trvat na tom, co si naplánovaly. Nejsou tak přizpůsobivé situacím, které si žádají nějaké intervence, se kterými nepočítaly.

Ghahremani a Mei se shodují na tom, že spokojenost žen s porodem je dána počtem splněných položek z porodního plánu, zdrojem informací odkud žena čerpá, realistickou představou porodu, prodiskutováním porodního plánu v prenatální poradně nebo v průběhu porodu. Dle Mei pochází až 39 % porodních plánů z internetu, kde mohou být nesprávné a zastaralé informace. Farahat tvrdí, že se ženy přípravou svých porodních plánů soustřeďují na teoretickou přípravu a zapomínají na psychickou a mentální přípravu. Dle Alba Rodríguez ne všechny ženy mají dostatek informací a získávají si je mimo zdravotnická zařízení.

Velká část výsledků studií ukázala, že aplikace porodního plánu do porodního procesu snižuje riziko epiziotomie, císařského řezu, méně se provádí dirupce vaku blan a ženy méně dostávají syntetický oxytocin. Ghahremani dokonce tvrdí, že slouží i jako prevence posttraumatického stresu a ženy, které porodní plán měly, více kojí. Výsledky také ukázaly lepší výsledky Apgar skóre v 1. minutě, v 5. minutě nebyl zpozorován téměř žádný rozdíl. Dle Suaréze Cortése se více provádí bonding, ženy si samy volí svou polohu pro porod, porodní plány zvyšují četnost přirozených porodů bez lékařských zásahů a personál častěji u žen s porodním plánem nechá dotepat pupečník. Ve studii Ahmadpour bylo zjištěno, že aplikace porodního plánu redukuje strach z porodu a poporodní depresi, ženy s plány si častěji vybírají nefarmakologické tišení bolesti, což pozitivně ovlivňuje porod. V rozporu je i četnost resuscitace novorozence. Zde se svými výsledky střetávají Hidalgo-Lopezosa a Ghahremani. Podle Hidalgo-Lopezose se resuscitovalo méně dětí od žen, které si připravily porodní plán. Naproti tomu Ghahremaniho výsledku ukazují opak.

## ZÁVĚR

Porodní plán a jeho používání se v dnešní době stává stále populárnějším. Zároveň může být kontroverzním tématem, hlavně ze stran zdravotnických pracovníků. Tato bakalářská práce sumarizuje poznatky z dostupných studií o porodních plánech. Popisuje a srovnává vzory porodních plánů, analyzuje nejčastějších komponenty porodních plánů, popisuje je a zjišťuje, jak implementace komponentů porodních plánů ovlivňuje průběh porodu a poporodní adaptaci novorozence.

Porodní plány mohou mít spoustu podob. Můžou být psané nebo zobrazené pomocí piktogramů s dovysvětlením. Některé nemocnice mají svoje porodní plány, které může žena využít. Častým zdrojem vzorových porodních plánů v dnešní době bývá internet. Většina plánů z této studie se vyplňovala pomocí kroužkování.

Nejčastějšími položkami porodního plánu bývají analgezie, bonding, epiziotomie a porod v ženou zvolené poloze. Metod, jak lze tlumit bolest u porodu bez použití medikace, je mnoho. Mezi často používané patří hydroanalgezie a aromaterapie. Bonding, neboli kontakt kůže na kůži, má blahodárný vliv pro matku i dítě, upevňuje jejich vztah a napomáhá kojení. Epiziotomie je stále prováděna rutinně ve spoustě zařízení. Ženy se jejímu provedení snaží vyhnout a přejí si její provedení jen když je ohroženo dítě, anebo hrozí velká porodní poranění. Existuje řada poloh, ve kterých může žena přivést na svět svoje dítě. Některé polohy napomáhají otevření pánve a usnadňují tak vchod dítěte do porodních cest.

Porodní plán může porod ovlivnit pozitivně, ale i negativně. Velmi záleží na tom, odkud žena čerpala informace. Pokud se jedná o spolehlivé zdroje informací, v ideálním případě by to měla být porodní asistentka nebo lékař, tak bude zážitek z porodu ovlivněn pravděpodobně pozitivně. Dalším důležitým bodem je, aby byla žena flexibilní v situacích, které si žádají nějakou intervenci. Na druhou stranu musí být daná intervence nutná a personál ji nesmí vykonávat rutinně a z důvodu jeho pohodlnosti. Velkou roli hraje personál, který ženě poskytuje péči. Právě na něm záleží, jak moc budou přání ženy naplněna. Čím více položek je z porodního plánu splněno, tím větší bývá spokojenost s průběhem porodu.

Po prostudování příslušných studií a porodních plánů byl vytvořen porodní plán, který objasňuje pojmy, kterým by některé ženy nemusely rozumět. To by mělo částečně zamezit

dohledávání informací z nekvalitních zdrojů. Pojmy byly vysvětleny tak, aby byly co nejvíce srozumitelné pro všechny ženy.

Všechny stanovené cíle byly splněny. Doporučení pro praxi: Je připraven vzorový porodní plán, který je doporučen konzultovat s porodní asistentkou.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANOVÁ a Vladimíra MAJDYŠOVÁ. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Online. Praha: Grada, 2017 [cit. 2023-10-13]. ISBN 978-80-271-2787-0.

Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/potreby-zen-v-porodni-asistenci-1272864/>

HUDÁKOVÁ, Zuzana a Mária KOPÁČIKOVÁ. *Příprava na porod*. Online. Praha: Grada, 2017 [cit. 2024-04-29]. ISBN 978-80-271-9747-7. Dostupné z:

<https://www.bookport.cz/e-kniha/priprava-na-porod-1306533/>

**SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ**

AHMADPOUR, Parivash, Sanaz MOOSAVI, Sakineh MOHAMMAD-ALIZADEH-CHARANDABI, Shayesteh JAHANFAR a Mojgan MIRGHAFORVAND. Effect of implementing a birth plan on maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*. Online. 2022. Vol. 22, no.862, s.1-14. Dostupné z: doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05199-5>. [cit. 2024-05-01].

ALBA-RODRÍGUEZ, Raquel; María CORONADO-CARVAJAL, Pilar; HIDALGO-LOPEZOSA, Pedro. The Birth Plan Experience—A Pilot Qualitative Study in Southern Spain. *Healthcare*. Online. 2022. Vol.10, no.95, s.1-8. [cit. 2024-05-01].

ARTIETA-PINEDO, Isabel, Carmen PAZ-PASCUAL, Arturo GARCIA-ALVAREZ, Paola BULLY, Ema Q GROUP a Maite ESPINOSA. Does the birth plan match what is relevant to women? Preferences of Spanish women when giving birth. *BMC Women's Health*. Online. 2024. Vol.24, no.42, s.1-12. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1186/s12905-023-02856-5>. [cit. 2024-05-01].

BELL, Catherine H, Hannah G DAHLEN a Deborah DAVIS. Finding a way forward for the birth plan and maternal decision making: A discussion paper. *Midwifery*. Online. 2023. Vol.126, s.1-4. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103806>. [cit. 2024-05-01].

BERTA, Marta, Helena LINDGREN, Kyllike CHRISTENSSON, Sollomon MEKONNEN a Mulat ADEFERIS. Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. Online.2019, Vol. 19, no.466, s.1-8. Dostupné z :doi:<https://doi.org/10.1186/s12884-019-2620-0>. [cit.2024-04-08].

FARAHAT, Amal Hussain, Hanan El Sayed MOHAMED, Shadia Abd ELKADER a Amina EL-NEMER. Effect of Implementing A Birth Plan on Womens' Childbirth Experiences and Maternal & Neonatal Outcomes. *Journal of Education and Practice*. Online. 2015. Vol. 6, no.6, s.24-31. ISSN 2222-288X. Dostupné z: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1083654.pdf>. [cit. 2024-05-01].

GHAHREMANI, Taylor, Kathleen BAILEY, Julie WHITTINGTON, Amy PHILLIPS, Bethany SPRACHER, Sheila THOMAS, Everett MAGANN. Birth plans: definitions,

content, effects, and best practices. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. Online. 2023. S.977-982. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.12.011>. [cit. 2024-05-01].

HIDALGO - LOPEZOSA, Pedro, Anna María CUBERO- LUNA, Andrea JIMÉNA- RUZ, María HIDALGO- MEASTRE, María Aurora RODRÍGUEZ-BORREGO a Pablo Jesús LÓPEZ-SOTO. Association between Birth Plan Use and Maternal and Neonatal Outcomes in Southern Spain: A Case-Control Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Online. 2021, Vol. 18, no. 456, s. 1-8. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph18020456. [cit. 2024-04-13].

CHEUNG, M, M KOVACEVIC, M PILAR, M MOZEL a S LEE. Qualitative study of labour pain relief information: what women get, what they want, and how it influences their decisions and satisfaction. *International Journal of Obstetric Anesthesia*. Online. 2022, no. 52, s.1-4. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijoa.2022.103591. [cit. 2024-04-08].

JIANG, H, X QIAN, G CARROLI a P GARNER. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth (Review). *John Wiley & Sons, Ltd*. Online. 2017, Vol. 2. Dostupné z: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub3/epdf/abstractdoi:10.1002/14651858.CD000081.pub3>. [cit. 2024-04-10].

JOLLES, Myrthe W., Marieke DE VRIES, Martine H. HOLLANDER a Jeroen VAN DILLEN. Prevalence, characteristics, and satisfaction of women with a birth plan in The Netherlands. *BIRTH Issues Perinatal Care*. Online. 2019, Vol. 46, s. 686-692. Dostupné z: doi:10.1111/birt.12451. [cit. 2024-05-01].

KUAMOTO, Rosely Sayuri, Mariana BUENO a Maria Luiza Gonzalez RIESCO. Skin-to-skin contact between mothers and full-term newborns after birth: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm*. Online. 2021. Vol. 74, no. 4, s.1-17. Dostupné z: doi:<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0026>. [cit. 2024-05-01].

LÓPEZ-GIMENO, Encarnación, Gemma GEMMA, M. Mercedes VICENTE-HERNÁNDEZ, Meritxell ANGELET, Griselda VÁZQUEZ GARRETA a Gloria SEGURANYES. Birth plan presentation to hospitals and its relation to obstetric outcomes and selected pain relief methods during childbirth. *BPregnancy and Childbirth*. Online. 2021. Vol. 21, no. 274, s.1-9. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1186/s12884-021-03739-z>. [cit. 2024-05-01].



LÓPEZ-GIMENO, Encarnación, Gloria SEGURANYES, Mercedes VICENTE-HERNÁNDEZ, Lucía BURGOS CUBERO, Griselda VÁZQUEZ GARRETA a Gemma FALGUERA-PUIG. Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience. *PLOS ONE*. Online. 2022. Vol. 17, no. 9, s.1-20. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274240>. [cit. 2024-05-01].

MEDEIROS, Renata Marien Knupp, Grazielle FIGUEIREDO, Áurea Christina de PAULA CORREA a Márcia BARBIERI. Repercussions of using the birth plan in the parturition process. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Online. 2019. Vol. 40, no. s.1-12. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>. [cit. 2024-05-01].

MEI, Jenny Y., Yalda AFSHAR, Kimberley D. GREGORY, Sarah J. KILPATRICK a Tania F ESAKOFF. Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. *BIRTH*. Online. 2016, Vol. 43, no. 2, s. Dostupné z: doi:[10.1111/birt.12226](https://doi.org/10.1111/birt.12226). [cit. 2024-04-15].

MELLADO-GARCÍA, Elena, Lourdes DÍAZ-RODRÍGUEZ, Jonathan CORTÉS-MARTÍN, Juan Carlos SÁNCHEZ-GARCÍA, Beatriz PIQUERAS-SOLA a Raquel RODRÍGUEZ-BLANQUE. Safety and Effect of the Use of Hydrotherapy during Labour: A Retrospective Observational Study. *Journal of Clinical Medicine*. Online. 2023. Vol. 12, s.1-10. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.3390/jcm12175617>. [cit. 2024-05-01].

MOORE, E.R., N BERGMAN, GC ANDERSON a N MEDLEY. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *Cochrane Library*. Online. 2016. Vol. 11, s. 1-125. Dostupné z: doi:DOI: [10.1002/14651858.CD003519.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4). [cit. 2024-04-06]

MALLEN-PEREZ, Laura, M Teresa ROÉ-JUSTINIANO, Núria COLOMÉ OCHOA, Alicia Ferre COLOMAT, Montse PALACIO a Carme Terré RULL. Use of hydrotherapy during labour: Assessment of pain, use of analgesia and neonatal safety. *Enfermería Clínica*. Online. 2018. Vol. 28, no. 5, s. Dostupné z: doi:[10.1016/j.enfcli.2017.10.004](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.10.004). [cit. 2024-05-09].

RATISLAVOVÁ, Kateřina, Eva HENDRYCH LORENZOVÁ, Kristina JANOUŠKOVÁ a Colin MARTIN. Psychosocial factors affecting women's satisfaction with birth. *Kontakt*. Online. 2023. Vol. 25, no.4, s.292-297. Dostupné z: doi:[10.32725/kont.2023.047](https://doi.org/10.32725/kont.2023.047). [cit.2024-05-02].

RODRÍGUEZ-ALMAGRO, Julián, Antonio HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, David RODRÍGUEZ-ALMAGRO, José Miguel QUIRÓS-GARCÍA, Juan Miguel MARTÍNEZ-

GALIANO a Juan GÓMEZ-SALGADO. Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Online. 2019. Vol. 16, no. 1654, s.1-13. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph16091654. [cit. 2024-05-01].

SATONE, Prasiddhi a Surekha A. TAYADE. Alternative Birthing Positions Compared to the Conventional Position in the Second Stage of Labor: A Review. *Cureus*. Online. 2023. Vol. 15, no. 4, s.1-11. Dostupné z: doi:10.7759/cureus.37943. [cit. 2024-05-01].

STEVENS, Jeni, Virginia SCHMIED, Elaine BURNS a Hannah DAHLEN. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Maternal and Child Nutrition*. Online. 2014. Vol. 10, s. 456-473. Dostupné z: doi:10.1111/mcn.12128. [cit. 2024-04-07].

SUÁREZ-CORTÉS, María, David ARMERO-BARRANCO, Manuel CANTERAS-JORDANA a María Emilia MARTÍNEZ-ROCHE. Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Online. 2015. Vol. 23, no. 3, s.520-526. Dostupné z: doi:10.1590/0104-1169.0067.2583. [cit. 2024-04-14].

TABATABAEICHEHR, Mahbubeh a Hamed MORTAZAVI. The Effectiveness of Aromatherapy in the Management of Labor Pain and Anxiety: A Systematic Review. *Ethiop J Health Sci*. Online. 2020. Vol. 30, no. 3, s. 449-458. Dostupné z: doi:doi:http://dx.doi.org/10.4314/ejhs.v30i3.16. [cit. 2024-04-07].

VAN DER PIJL, Marit, Corine VERHOEVEN, Martine HOLLANDER, Ank DE JONGE a Elselijn KINGMA. The ethics of consent during labour and birth: episiotomies. *J Med Ethics*. Online. 2023. Vol.49, no. , s.611-617. Dostupné z: https://jme.bmj.com/content/medethics/49/9/611.full.pdf doi:10.1136/jme-2022-108601. [cit. 2024-04-10].

WESTERGRENN, Agneta, Kerstin EDIN, Marie LINDKVIST a Monica CHRISTIANSON. Exploring the medicalisation of childbirth through women's preferences for and use of pain relief. *Women and Birth*. Online]. 2020. Vol. 34, s.118-127. Dostupné z: doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2020.02.009. [cit. 2024-05-01].

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

KTG      Kardiokograf

NICE     Národní institut pro zdraví a klinickou kvalitu

Por. plán   Porodní plán

WHO      Světová zdravotnická organizace

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Diagram PRISMA .....	16
--------------------------------	----

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Porodní plán z Oblastní nemocnice Kolín (ONK)

Příloha P II: Porodní plán z Ústavu pro péči o matku a dítě (ÚPMD)

Příloha P III: Porodní plán z Krajské nemocnice Tomáše Bati (KNTB)

Příloha P IV: My birth preferences

Příloha P V: My birth plan

Příloha P VI: „Porodní plán“

## Porodní plán

Gynekologicko-porodnické oddělení ONK, a.s.

Vážené nastávající maminky,

předkládáme Vám vzorový porodní plán, podle kterého máte možnost si sestavit svůj vlastní porodní plán. Jednotlivé body, které Vás zaujaly, zaškrtněte a případné další požadavky napište na závěr Vašeho porodního plánu. Bylo by vhodné Vaš porodní plán předem zkontrolovat v naší prenatální poradně s lékařem či porodní asistentkou. Pokud bude Vaš porod probíhat fyziologicky, budeme respektovat a plnit Vaše přání. Přáním, která by omezovala maximální ochranu života a zdraví Vás a Vašeho miminka, vyhovět nemůžeme.

V případě normálního fyziologického porodu:

- přeji si přítomnost doprovodu na porodním sále
- přeji si klidné prostředí během porodu se zachováním intimity
- přeji si volnost pohybu
- přeji si tlumené osvětlení porodního sálu
- přeji si poslech hudby dle vlastního výběru
- přeji si praktikovat dýchací techniky

I. doba porodní:

- přeji si vedení porodu bez medikace
- přeji si omezení vaginálního vyšetření a monitoring plodu na maximálně možnou míru
- přeji si volnost pohybu, využití porodnických pomůcek (balón, porodní stolička, závěs), využití vany a sprchy
- nepřeji si aplikovat klyzma
- nepřeji si holit pubické ochlupení
- přeji si využít aromaterapii

II. doba porodní:

- přeji si při tlačení zvolit polohu na porodnickém stole či porodní stoličce, která mi bude nejlépe vyhovovat
- nepřeji si nástřih hráze, nebude-li riziko vážného poranění

III. doba porodní a ošetření novorozence:

- pokud to poporodní adaptace miminka dovolí, přeji si bonding – okamžité přiložení novorozence na mé tělo
- pokud to poporodní adaptace miminka dovolí, přeji si odložený podvaz pupečníku - nejdříve 1 minutu po porodu miminka

- pokud to poporodní adaptace miminka dovolí, přeji si přestřížení pupečnicku otcem
- pokud to poporodní adaptace miminka dovolí, přeji si první ošetření novorozence přímo v postýlce vedle porodního lůžka a následné vrácení zabaleného novorozence do mé náruče či do náruče otce
- pokud to poporodní adaptace miminka dovolí, přeji si první ošetření dítěte přímo v postýlce vedle porodního lůžka a následné vrácení svlečeného novorozence na můj hrudník
- pokud to poporodní adaptace miminka dovolí, přeji si nepokládat novorozence po porodu na mé břicho – přeji si nejprve jeho ošetření a navrácení zabaleného novorozence do postýlky vedle mého lůžka
- pokud to poporodní adaptace miminka dovolí, přeji si, aby novorozenec zůstal se mnou na porodním sále po celou dobu
- přeji si, aby miminko bylo měřeno až druhý den a nebyly mu natahovány končetiny
- přeji si, aby miminko bylo jen jemně otřeno a nebyl mu odstraňován mázek z těla (přeji si své dítě vykoupat poprvé sama)

V případě vedení porodu císařským řezem:

- pokud to situace dovolí, přeji si v případě svodné anestezie přítomnost doprovodu na operačním sále
- pokud to situace dovolí, přeji si přítomnost doprovodu u prvního ošetřování dítěte
- pokud to můj stav a stav dítěte dovolí, přeji si přiložení dítěte k prsu v průběhu císařského řezu
- pokud to stav dítěte dovolí, přeji si provedení bondingu otcem dítěte

V průběhu hospitalizace na šestinedělí:

- pokud to situace umožní, přeji si nadstandardní pokoj
- pokud to situace umožní, přeji si trvalý společný pobyt s dítětem (rooming- in)
- pokud to situace umožní, přeji si během hospitalizace trvalou přítomnost otce dítěte na mém pokoji (možné pouze na nadstandardním pokoji)
- přeji si kontrolu mého stavu porodní asistentkou
- přeji si pomoc laktační poradkyně s kojením

Další požadavky

Jméno a příjmení těhotné: .....

Rodné číslo těhotné (není-li, datum narození): .....

Vyplnil: ..... Podpis:..... datum:.....

Děkujeme za spolupráci a těšíme se na Vás.  
Tým porodníků a porodních asistentek ONK

# PŘÍLOHA P II: PORODNÍ PLÁN Z ÚPMD

ÚSTAV PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ  
Podolské nábřeží 157, 147 00 Praha 4 – Podolí,  
Ředitel: doc. MUDr. Jaroslav Feyereisl, CSc.  
IČO: 000 23 698



## Vzorový porodní plán ÚPMD

### Nastávající maminko,

dle našeho "Vzorového porodního plánu" si máte možnost sestavit svůj vlastní porodní plán, který musí být předem zkontrolován v prenatální ambulanci s porodní asistentkou nebo lékařem. Tento plán je volně přístupný na internetových stránkách - [www.upmd.cz](http://www.upmd.cz).

Jednotlivé body, které Vás zaujaly, si zaškrtněte.

Pokud Vaše těhotenství probíhá fyziologicky a pokud to dovolí nekomplikovaný průběh jednotlivých porodních dob a stav Vašeho miminka, nabízíme Vám možnost přirozeného porodu. Požadavkům nad rámec bodů uvedených ve "Vzorovém porodním plánu" není možné vyhovět s ohledem na maximální ochranu života a zdraví Vás a Vašeho miminka.

### A. V případě normálního fyziologického průběhu porodu

Standardní péče v průběhu porodu zahrnuje zachování intimity, klidné prostředí, tlumené osvětlení porodního sálu, poslech relaxační hudby a praktikování dechových technik, volnost pohybu během porodu a přítomnost 1 či 2 doprovázejících osob. Váš souhlas či nesouhlas s přítomností studentů je vyjádřen v informovaném souhlasu. V průběhu fyziologického porodu probíhá monitorace plodu a vaginální vyšetření každé 2 hodiny. Je možné využívat porodní pomůcky (balón, porodní stolička, žíněnka apod.), sprchu k tlumení porodních bolestí, zaujímat úlevové polohy.

V případě dobré adaptace je miminko po porodu okamžitě položeno na tělo matky (bonding). Pupečník se nechává dotepat, miminko se váží, ale neměří, a zůstává s vámi po celou dobu na porodním sále. Miminko se po porodu pouze jemně otírá, koupe se přibližně 24 hodin po porodu (2.den).

#### I. doba porodní

- Přeji si vedení porodu bez medikace;
- nepřeji si nabízení analgezie, v případě potřeby o ni sama požádám;
- nepřeji si aplikování klyzmatu.

#### II. doba porodní

- Po konzultaci s porodní asistentkou/lékařem si přeji sama zvolit nejvhodnější polohu pro porod;
- nepřeji si preventivní nástřih hráze;
- přeji si nepřetržitý bonding po dobu pobytu na porodním sále (vážení a 1. ošetření miminka proběhne až po 2 hodinách).

#### III. doba porodní

- Nepřeji si preventivní podání uterotonik po porodu miminka (léků na odloučení placenty a prevence poporodního krvácení).





## B. V případě vedení porodu císařským řezem

Standardní péče v průběhu císařského řezu zahrnuje přítomnost doprovodu v případě spinální anestezie a přítomnost doprovodu u prvního ošetření novorozence. V případě celkové anestezie je přítomnost doprovodu možná pouze u ošetření novorozence. U plánované operace se cévka do močového měchýře zavádí až po aplikaci spinální anestezie. Pokud to stav matky a dítěte dovolí, pupečník se ihned po narození nepřerušuje. Bonding s otcem je možný na oddělení šestinedělí.

- Přeji si přiložit dítě k prsu i v průběhu císařského řezu, pokud to můj stav i stav dítěte dovolí.

## C. V době pobytu matky a novorozence v porodnici

Pokud to stav matky i dítěte dovolí, matka je společně s dítětem ve dne i v noci (rooming in). Pokud se matka z jakéhokoliv důvodu nemůže starat o své dítě, může se o něj starat otec nebo osoba, kterou matka určí (platí pouze za předpokladu, kdy si matka hradí nadstandardní pokoj). Vitamín K se miminku po porodu podává injekčně nebo orálně ve formě kapiček (způsob podání je zvolen v informovaném souhlasu).

- Přeji si, aby mázek z těla miminka nebyl odstraňován (přeji si své dítě poprvé umýt sama);  
 před případným použitím kloboučků, prosím, o návštěvu laktační poradkyně;  
 přeji si být dopředu informována o nutnosti dokrmování.

Děkujeme za spolupráci

tým lékařů a porodních asistentek ÚPMD

# PŘÍLOHA P III: PORODNÍ PLÁN Z KNTB



## GYNEKOLOGICKO – PORODNICKÉ ODDĚLENÍ

### PORODNÍ PŘÁNÍ

Vážený rodiče,

přichází pro Vás velice očekávaná chvíle, porod Vašeho miminka.

I přesto, že se na něj velice těšíte, jsme si vědomi, že samotný porod může být spojen i s obavami a nejistotou.

Abychom Vám zajistili maximální pohodlí, připravili jsme pro Vás dotazník, kterým bychom rádi zjistili Vaši představu o průběhu porodu.

Nám pomůže v rozhodování, jak konkrétně postupovat u Vašeho porodu a Vy budete mít už předem představu o průběhu a vedení porodu.

Budeme se maximálně snažit naplnit Vaše přání, zároveň bychom rádi upozornili na to, že u porodu mohou nastat situace, které to nemusejí umožnit. Tyto situace se týkají především bezpečí Vás a Vašeho dítěte. Věříme, že v tomto případě náš postup pochopíte.

Jakékoliv případné změny, mimo domluvené postupy v dotazníku, Vám budou podrobně vysvětleny a budete s nimi pečlivě obeznámeni.

Při příjmu na oddělení Vám bude natočený KTG záznam a budete vyšetřena lékařem. Další postup bude záviset na Vašich přáních a na aktuální situaci.

Přejeme si, abyste se u nás cítili bezpečně a respektovaně.

Kontakty:

Ambulance porodního sálu: 577 552 923

Vrchní sestra: Bc. Ivana Cvičková 733 554 291

**Moje představy o porodu:**

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

.....  
.....  
**Moje představy a obavy týkající se porodu a pobytu v porodnici:**

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

**V průběhu těhotenství jsem absolvovala kurz:**

ANO  NE

**V případě, že jste odpověděla ANO, uveďte prosím (pokud chcete), kde jste kurz absolvovala:**

.....  
.....

**Mým doprovodem u porodu bude, budou:**

.....  
.....

**Preferuji porod:**

S lékařským vedením

Přirozený s porodní asistentkou

Ponechám na personálu

**Lékařské zásahy před a v průběhu porodu – protržení vaku blan:**

ANO  NE

chci konzultovat a zvážit  ponechám na personálu

**Infuze s Oxytocinem:**

ANO  NE

chci konzultovat a zvážit  ponechám na personálu

**V případě císařského řezu preferuji způsob anestezie:**

Celková narkóza  Spinální anestezie

**Způsob vyprázdnění:**

klystýr  bez vyprázdnění  dle

doporučení

**Pomůcky, které bych ráda využívala při porodu** (např. aromaterapie, CD s oblíbenou hudbou, fotoaparát, video .....)

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

**Chci využít některé nefarmakologické metody k podpoře porodu** – napářku, masáže, aromaterapii, polohování, sprchu, míč, žíněnku, přitmě, muzikoterapii k tlumení porodních bolestí, teplou sprchu či vanu v první době porodní při otevírání porodních cest

bolestí, teplou sprchu či vanu v první době porodní při otevírání porodních cest

ANO  NE

chci konzultovat a zvážit  ponechám na personálu

**V případě farmakologického tlumení bolesti dám přednost:**

Analgetikům (léky proti bolesti) ANO  NE

Epidurální analgezi ANO  NE

Entonox ANO  NE

**Pro porod miminka bych ráda zvolila:**

Vanu

Porodní postel

Porodnickou stoličku

Žíněnku

Polohu, do které sama dospěji

**Nástřih hráze neprovádíme rutinně, přesto bychom rádi znali Vaši preferenci:**

Nástřih si nepřeji

Pouze v případě, že je ohroženo moje dítě nebo hrozí větší natržení hráze

**Pupečník si přeji:**

Přestřihnout ihned

Nechat dotepat

Pupečník přestřihne můj doprovod

Ponechám na personálu

**Mám zájem o vyzvednutí placenty:**

ANO  NE

**Mám zájem o BONDING:**

ANO  NE

**Během doby, kterou strávím po porodu na porodním sále, chci mít své dítě u sebe**  
(pokud nebude ze zdravotních důvodů nutné, aby bylo dítě v péči pediatrů):

ANO  NE

**Na oddělení šestinedělí chci mít své dítě stále u sebe** (pokud to můj zdravotní stav a zdravotní stav mého dítěte dovolí)

ANO  NE

**V případě mého vyčerpání nebo únavy chci mít možnost, umístit své dítě na dohodnutou dobu na novorozeneckém oddělení:**

ANO  NE

**Mám zájem o pobyt na nadstandardním pokoji a akceptuji výši poplatku dle ceníku nemocnice:**

ANO

NE

**Mám zájem o pobyt na rodinném pokoji společně s partnerem nebo blízkou osobou a akceptuji výši poplatku dle ceníku nemocnice:**

ANO

NE

**Pokud máte pro nás nějaká další sdělení, uveďte je prosím:**

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

**Přejeme Vám bezproblémový a pohodový průběh porodu a příjemný pobyt na našem Gynekologicko-porodnickém oddělení.**

**Kolektiv Gynekologicko-porodnického oddělení**

# PŘÍLOHA P IV: MY BIRTH PREFERENCES



Name: \_\_\_\_\_ Doctor or midwife: \_\_\_\_\_

Attendant(s): \_\_\_\_\_

*Use this checklist to guide your discussion with your practitioner. Note your preferences and give copies to your caregivers when you arrive at the hospital.*

## LABOR

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> I'd like to have my labor photographed or filmed.  | <input type="checkbox"/> I'd like to be offered an epidural or other pain medication as soon as possible.                     |
| <input type="checkbox"/> I'd like to move around freely during labor.   | <input type="checkbox"/> I'd like to be allowed to push when and how I feel I should.   |
| <input type="checkbox"/> I'd like intermittent or wireless fetal monitoring.                                      | <input type="checkbox"/> I'd like to be coached on when to push and for how long.   |
| <input type="checkbox"/> If I need an IV, I prefer a saline or heparin lock.                                      | <input type="checkbox"/> I'd like to choose the position I deliver in.  |
| <input type="checkbox"/> I'd prefer to let my water break naturally.  | <input type="checkbox"/> I'd like to view my baby's birth using a mirror.   |
| <input type="checkbox"/> I'd like to use labor props, such as:<br>_____<br>_____                                  | <input type="checkbox"/> I'd like to touch my baby's head as it crowns.   |
| <input type="checkbox"/> Please don't offer me any pain medication. I plan to use natural pain relief techniques. | <input type="checkbox"/> If I have a c-section, I'd like to have the drape lowered so I can view the birth.<br>_____<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> I'll decide whether to use pain medication as my labor progresses.                       |   |

## AFTER DELIVERY

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> I'd like to hold my baby skin-to-skin immediately after delivery.  | <input type="checkbox"/> If my baby has to be taken from me for medical treatment, I'd like my partner or attendant to go along. |
| <input type="checkbox"/> I'd like my baby to be dried off before being brought to me.   | <input type="checkbox"/> I plan to exclusively breastfeed my baby while in the hospital or birth center.                         |
| <input type="checkbox"/> I'd like to delay clamping and cutting the umbilical cord.   | <input type="checkbox"/> I'd like to meet with a lactation consultant for breastfeeding guidance.                                |
| <input type="checkbox"/> I'd like my partner or attendant to cut the umbilical cord.  | <input type="checkbox"/> I plan to feed my baby formula.   |
| <input type="checkbox"/> I plan to donate my baby's cord blood to a public bank.  | <input type="checkbox"/> I'd like to be consulted before my baby is offered a bottle or a pacifier.                              |
| <input type="checkbox"/> I plan to store my baby's cord blood in a private bank.  | <input type="checkbox"/> If my baby's a boy, I want him to be circumcised at the hospital.<br>_____<br>_____<br>_____            |
| <input type="checkbox"/> I'm not banking my baby's cord blood.  |  |
| <input type="checkbox"/> I'd like to delay newborn procedures such as bathing and measuring for the first hour to give me a chance to feed and bond with my baby. |  |
| <input type="checkbox"/> I'd like all procedures done and all medications given to my baby to be explained to me beforehand.                                      |  |
| <input type="checkbox"/> I'd like my baby evaluated and bathed in my presence.  |  |

# PŘÍLOHA P V: MY BIRTH PLAN

## My Birth PLAN

NAME: \_\_\_\_\_

PARTNERS NAME: \_\_\_\_\_

DUE DATE: \_\_\_\_\_

DOCTOR/MIDWIFE: \_\_\_\_\_

### I HAVE:

- GROUP B STREP
- GESTATIONAL DIABETES
- POSITIVE FOR HERPES
- RH INCOMPATIBLE WITH BABY
- NONE OF THE ABOVE
- OTHER: \_\_\_\_\_

### PREFERRED ATMOSPHERE

- QUIET
- DIM LIGHTS
- WEAR MY OWN CLOTHES
- MINIMAL INTERRUPTIONS
- LIMITED STAFF (NO STUDENTS)
- LIMITED CERVICAL EXAMS
- ALLOW WATER TO BREAK ON ITS OWN
- OTHER: \_\_\_\_\_

### PAIN MEDICATION

- PLEASE DON'T OFFER
- PLEASE OFFER MEDICATIONS
- I'D LIKE AN EPIDURAL
- OTHER: \_\_\_\_\_

### PAIN MANAGEMENT

- BATH/SHOWER
- BREATHING TECHNIQUES
- MASSAGE
- AROMATHERAPY
- HYPNOBIRTHING
- MOVEMENT
- OTHER: \_\_\_\_\_

### PREFERRED DELIVERY METHOD

- VAGINAL  VBAC
- C-SECTION  OTHER: \_\_\_\_\_
- BREATHE BABY DOWN  TEAR NATURALLY
- COACHED TO PUSH  FEEL BABY CROWN
- USE A MIRROR
- NO FORECEPS OR VACUUM

### BIRTH POSITIONS

#### I WOULD LIKE TO TRY:

- BIRTH BALL  STANDING
- SQUATTING  BATH
- LIE ON SIDE  ALL FOURS
- BIRTH STOOL  IN BED

### AFTER DELIVERY

#### SEX OF BABY ANNOUNCED BY:

- PARTNER  STAFF  FIND OUT MYSELF
- IMMEDIATE SKIN TO SKIN
  - WIPE BABY FIRST
- PARTNER TO CUT CORD
- BANK/DONATE CORD BLOOD
- DELIVER PLACENTA NATURALLY

#### I PLAN ON:

- BREASTFEEDING  BOTTLE FEEDING
- EXPRESSED BREAST MILK

#### I'D LIKE BABY:

- BATHED AT HOME  BATHED IN HOSPITAL
- CIRCUMCIZED IN HOSPITAL

#### MEDICATIONS FOR BABY

- PLEASE ASK FIRST  VITAMIN K
- HEP B VACCINE  ANTIBIOTIC EYE OINTMENT

## PŘÍLOHA P VI: „PORODNÍ PLÁN“

### Porodní plán – vzor k individuální úpravě.

1. doba porodní	2. doba porodní	3. doba porodní	Péče o novorozence
 <p>Nenabízet medikaci. Neurychlovat. Přírozený porod.</p>	 <p>Ticho. Přítmí. Tepló. Neodpočítávat a neřídít dýchání. Netlačít na fundus.</p>	 <p>Dítě na pupečníku na břicho matky. Samopřísátí.</p>	 <p>Neoddělovat dítě od rodičů. Vyšetření na těle matky.</p>
 <p>Volný pohyb. Monitorování doplerem se souhlasem.</p>	 <p>Nenastřihávat hráz.</p>	 <p>Ticho. Přítmí. Tepló.</p>	 <p>NE – Vitamin K.</p>
 <p>Možnost využití vany/sprchy.</p>	 <p>Volná poloha při porodu</p>	 <p>Dotepání pupečníku. Přestřihne otec.</p>	 <p>Nevykapávat oči.</p>
 <p>Možnost jíst a pít.</p>	 <p>Teplé obklady hráze při tlačení (mimo porod do vody)</p>	 <p>Netahat za pupečník; fyziologický porod placenty.</p>	 <p>Neměřít. Nevážit.</p>
 <p>Minimalizovat vnitřní vyšetření a pouze se souhlasem</p>	 <p>Neurychlovat. Netahat dítě za hlavu. Počkat na dorotování.</p>		 <p>Nekoupat.</p>
 <p>Spontánní prasknutí plodových obalů</p>			

Podpisy:

**Péče o novorozence (na oddělení rooming-in)**

 Všechny procedury, vyšetření atd. v přítomnosti rodiče

 Nepřikrmovat náhražkami

 Nepodávat glukózu

 Nedávat dudlíky

thebestseasonofmylife.wordpress.com  
Úprava a příklad: Ivana Antalová,  
Kateřina Ilorávková a spol.



# PŘÍLOHA P VII: VZOROVÝ PORODNÍ PLÁN

\*\*\*

## Porodní plán

Dobrý den vážená budoucí maminko,  
Nyní máte k dispozici vzorový porodní plán, který si můžete sama vyplnit, popřípadě  
doupavit dle vašich preferencí. Jelikož je porod velmi významná životní událost, je důležité  
abyste se cítila co nejpříjemněji, v bezpečí a byla dostatečně obeznámena s průběhem porodu  
a všemi možnostmi intervencemi v jeho průběhu.  
Jaké máte představy o porodu? Odkud jste informace čerpala?

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

**Přejete si dostat očistné klyzma?** (Jedná se o naplnění střeva teplou vodou, abyste  
vyprázdnila obsah střev a udělala tak více prostoru miminku při sestupu pánví. Další výhodou  
je prohrátí orgánů a tím pádem jejich uvolnění.)

ANO

NE

**Jak si přejete využít formy tišení bolesti?**

Teplou vodu ( Ve sprše či vaně)  
Aromaterapii ( Použití vonných esenciálních olejů. Každý má jiný účinek. Dají se použít  
formou inhalace nebo masáže.)  
Masáž břicha nebo zad  
Vaginální napářku ( Jedná se o metodu, kdy se využívá tepla. Sedíte na speciální stoličce  
s otvorem, kterým proniká bylinná pára a nahřívají se tak porodní cesty a hráz. Je i prevencí  
velkých porodních poranění.)  
Nahřátý polštářek ( Suché teplo může napomoc ke zmírnění bolesti a uvolnění)  
Dýchací techniky  
Inhalaci rajskeho plynu  
Analgéтика (léky na tišení bolesti)  
Epidurál  
Nechám si poradit

**Přejete se při záznamu KTG volně pohybovat?** ( Při porodu musíme monitorovat srdeční  
akci miminka pomocí sond na břiše, které jsou připevněny speciálními pásy. Srdeční akce  
nám ukazuje, jak se miminku daří a jak reaguje na porod. Každé miminko na změny reaguje  
jinak.)

ANO

Je mi to jedno, nechám na vašem rozhodnutí

Chci ležet

**Přejete si podání infuze s oxytocinem?** (Oxytocin je hormon, který způsobuje děložní  
kontrakce, tělo si jej vytváří samo. Ale někdy ho produkuje méně.)

Přála bych si dovysvětlit proč jej mám dostat a jeho účinek

Přenechám rozhodnutí na personálu

NE

**Přejete si podání infuze s oxytocinem?** (Oxytocin je hormon, který způsobuje děložní kontrakce, tělo si jej vytváří samo. Ale někdy ho produkuje méně.)  
Přála bych si dovysvětlit proč jej mám dostat a jeho účinek  
Přenechám rozhodnutí na personálu  
NE

**Přejete si jednorázové podání oxytocinu na porod placenty?** (Pomáhá k odloučení placenty a zmírňuje krevní ztrátu po porodu)  
ANO NE

**Jaký je Váš názor na epiziotomii?** (Nastřížení hráze, které by mělo urychlit porod a zamezit většímu porodnímu poranění)  
Nepřeji se preventivní epiziotomii  
Chtěla bych ji jen v případě, když jsem ohrožená já nebo miminko  
Raději bych využila nahřívání hráze teplými obklady, vaginální napáěrku nebo teplou vanu na změkčení hráze  
Doma jsem praktikovala masáž hráze jako prevenci  
Doma jsem trénovala s Aniballem jako prevence

**Přejete si dirupci vaku blan?** (Jedná se o protržení plodových obalů, díky kterému odečte plodová voda. Hlavička miminka tak více dolehne na porodní cesty. Tím se vylučuje více oxytocinu a může to napomoc děložním kontrakcím a někdy urychlit porod.)  
ANO Přeji si o tom být informována  
NE Přála bych si dovysvětlit důvod

**V jaké si přejete rodit poloze a kde?**

V polosedě Na porodnické posteli  
Ve stoje Na porodním gauči  
Ve dřepu Ve vaně  
Na boku  
Na všech čtyřech  
Chci k mé poloze dospět v průběhu porodu

**Přejete si počkat na dotepání pupečnicku před jeho přestřížením?** (Dotepání pupečnicku má velkou výhodu pro miminko. Doplní se tím zásoba krve miminka. Trvá to cca 1-5 minut. Potom se pupečník přestříhne)  
ANO  
NE

Přeji si aby pupeční šňůru přestříhnul partner po dotepání  
Chtěla bych přestříhnout pupeční šňůru sama po dotepání

**Přejete si bonding?** (Po porodu je vám miminko ihned položeno na vaše nahé břicho nebo hrudník a setrvává zde po dobu 2hodin od porodu. Bonding má obrovské výhodu v budování kontaktu mezi matkou a miminkem, podporuje tvorbu mateřského mléka.)

ANO

NE

Ano, ale pokud bude potřeba šití po porodu tak chci aby byl přerušen a miminko měl u sebe doprovod, popřípadě proběhlo zvážení. Poté chci pokračovat.  
V případě císařského řezu chci aby proběhl bonding s otcem dítěte a poté se mnou.

**Přejete si, aby vám personál pomohl s kojením a přiložil miminko k prsu?**

ANO

NE