

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B 5349

Denisa Kocmánková

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

Porodní plán a možnost jeho uplatnění na porodním sále

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Sosnovcová

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsme uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 23.03.2012

.....

Děkuji své vedoucí práce Mgr. Lence Sosnovcové za odborné vedení práce, trpělivost, pečlivost a cenné rady. Dále děkuji Mgr. Kateřině Ratislavové za odborné rady při zpracování praktické části.

Anotace

Příjmení a jméno: Kocmánková Denisa

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Porodní plán a možnost jeho uplatnění na porodním sále

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Sosnovcová

Počet stran: číslované 59, nečíslované 24

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 27

Klíčová slova: porodní plán, porodní asistentka, rodička, normální porod, rutinní postupy

Souhrn:

Bakalářská práce se zaměřuje na uplatnění porodního plánu při normálním fyziologickém porodu. Popisuje, které ženy si porodní plán nejčastěji sestavují a jaké důvody je k tomu vedou. Dále rozebírá nejčastější přání žen v porodním plánu.

Praktická část bakalářské práce se zabývá kvalitativním výzkumem, kde je použit polostandardizovaný rozhovor. Obsahuje písemně sepsaný rozhovor s dvěma ženami, které měly porodní plán u sebe a zároveň názory dvou porodních asistentek, které pečovaly o ženy během porodu a pracovaly s jejich porodními plány. Bakalářská práce je zaměřena na důvody, které vedou ženy k sepsání plánu, zda se jejich porodní plán uplatnil a jaké byly jejich pocity po porodu. Také se soustředí na pocity porodních asistentek z porodních plánů žen.

Annotation

Surname and name: Kocmánková Denisa

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Birth plan and the possibility of its application in the delivery room

Consultant: Mgr. Lenka Sosnovcová

Number of pages: numbered: 59, non-numbered 24

Number of appendices: 9

Number of literature items used: 27

Key words: birth plan, midwife, mother, natural childbirth, routine procedures

Summary:

This thesis focuses on the application of the birth plan in a normal physiological birth. It describes which women usually compile the birth plan and what are the reasons for doing so. It describes the most often wishes of women in their birth plans. The practical part of the thesis deals with the qualitative research where a semi-structured interview is used. It includes a transcribed interview with two women who had a birth plan and also views of two midwives who cared for the women during the childbirth and worked with their birth plans. The thesis is focused on the reasons that lead women to write the plan; whether their birth plan was realised and what were their feelings after the birth. It also focuses on the midwives' feelings about the women's birth plans.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Poskytování péče při normálním porodu	10
1.1 Rutinní postupy	10
1.2 Vliv prostředí a chování personálu na rodičku	11
2 Porodní plán	14
2.1 Rozdělení rodiček dle porodních asistentek	14
3 Součásti porodního plánu	17
3.1 Výběr místa porodu	17
3.2 Doprovod ženy při porodu.....	18
3.3 Vyšetření za porodu.....	19
3.4 Výživa během porodu.....	20
3.5 Klyzma.....	21
3.6 Předporodní holení pubického ochlupení	21
3.7 Protržení vaku blan	22
3.8 Nástřih hráze	23
3.9 Porodní bolesti a jejich tlumení.....	24
3.9.1 Nefarmakologické metody tlumení bolesti	25
3.9.2 Farmakologické metody tlumení.....	29
3.10 Polohy při porodu	31
3.11 Řízené tlačení.....	31
3.12 Přerušování pupečníku.....	32
3.13 Bonding.....	32
3.14 Rooming-in	33
4 Komplikace porodu	34
4.1 Předčasný porod.....	34
4.2 Umělé vyvolání porodu	34
4.3 Císařský řez.....	35
PRAKTICKÁ ČÁST	36
5.1 Formulace problému	36
5.2 Cíle.....	36
5.3 Metodika výzkumu	36
5.4 Vzorek respondentů.....	36
5.4 Zpracování výsledků.....	37
Rozhovor č. 1: žena A	37
Rozhovor č. 2: porodní asistentka	45
Rozhovor č.3: žena B.....	51
Rozhovor č. 4: Porodní asistentka	56

6 DISKUZE	60
ZÁVĚR.....	65
SEZNAM LITERATURY	67
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	70
SEZNAM PŘÍLOH.....	71
7 PŘÍLOHY	72

ÚVOD

Porodní plány se objevily v souvislosti se silně medikalizovaným porodnictvím v 80. letech 20. století, jako nástroj, který měl ženě ujasnit, jaké vlastně má o svém porodu představy a co by si přála. Jejich zavedení úzce souvisí s etickými otázkami, jež jsou spojené s informovaným souhlasem a odmítnutím určitých procedur a zákroků. Původně byly navrženy proti lékařským intervencím, nyní se ovšem využívají i v případech, kdy ženy přímo vyžadují některé lékařské zásahy. Porodní plány a jejich interpretace souvisí se samotným porodním věděním žen (popsáno níže). Odráží se v nich jejich aktivní přístup k porodu a jejich vzdělání.

Zásadní převrat v českém porodnictví byl v osmdesátých letech, kdy byl postupně zaváděn například systém rooming-in a ustupovalo se od rutinních postupů. Na rozdíl od západních zemí, kde byly tyto změny spíše na podnět klientek, v českých zemích byl tento tlak vyvíjen spíše ze strany lékařů a zdravotnických odborníků. Bohužel i přes tato opatření si porodnictví zachovalo silně medikalizovaný charakter, který trval i po roce 1989. Tento přístup začal být silně kritizován až na konci devadesátých let. Hlavně klesající porodnost vedla v České republice ke zvyšování důležitosti jednotlivých klientek pro porodnice, které byly kolem devadesátých let ohroženy zavřením z důvodů nízkého počtu porodů. Z toho vznikaly rostoucí konkurence mezi porodnicemi, které tím byly nuceny přilákat co nejvíce klientek. V první řadě to byl už samotný fakt, že samy klientky měly právo se rozhodnout, kde přivedou své dítě na svět. Zásadním prvkem v průběhu porodu je „porodní vědění“, kterým žena disponuje. Toto vědění obnáší znalosti nejen biologických procesů týkajících se těhotenství a porodu, ale i sociální vědění, pod kterým si můžeme představit znalost lékařských zákroků (jak při těhotenství, tak i za porodu), také i orientaci v byrokratickém systému nemocnic, díky které klientky mohou dosáhnout svého přání. (8)

V mé bakalářské práci se zabývám uplatněním porodního plánu při normálním porodu. Rozebírám, které intervence do něj ženy navrhuji nejčastěji, jakým rutinním výkonům je potřeba se vyhnout a co vede ženy k sestavení porodního plánu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 POSKYTOVÁNÍ PÉČE PŘI NORMÁLNÍM PORODU

Hlavním cílem péče je zajistit zdraví matky i dítěte s minimálním výskytem intervence, která je indikována pro bezpečí jak matky, tak dítěte. Při normálním porodu by měl existovat opodstatněný důvod pro intervenci do přirozeného porodu.

Co je to vůbec „normální porod“? Dle WHO normální porod definujeme jako: *„spontánně vyvolaný, s nízkým rizikem na počátku porodu i v průběhu celé I. i II. doby porodní. Dítě se narodí spontánně v pozici hlavou napřed, v období mezi ukončeným 37. a 42. týdnem těhotenství. Po porodu jsou matka i dítě v dobrém stavu“* (MZČR,2002, str. 6)

Poskytovatel péče má čtyři základní úkoly. První úkol je podporovat ženu, jejího partnera a rodinu během porodu a v období po porodu. Druhý úkol je sledovat ženu za porodu, monitorovat dítě před porodem i po porodu, zhodnotit rizikové faktory a včas odhalit komplikace. Třetí úkol je v případě potřeby provádět menší zásahy (amniotomie, episiotomie, a jiné) a pečovat o dítě po porodu. A poslední čtvrtý úkol doporučení ženy na vyšší úroveň péče, pokud jsou zřejmé rizikové faktory nebo nastanou komplikace, které toto doporučení opodstatňují. (27)

1.1 Rutinní postupy

Příjem rodičky do zdravotnického zařízení a její příprava na porod obvykle zahrnuje několik rutinních postupů, které se týkají zejména měření teploty, tepu, a krevního tlaku, dále klystýr a většinou pak následuje oholení pubického ochlupení.

První tři postupy (měření teploty, tepu a krevního tlaku) jsou zcela pochopitelné, jelikož mohou mít vliv na celkový výsledek porodu a tím i na vedení porodu. Žena by měla být s těmito výkony seznámena a měly by jí být vysvětleny. Měření teploty každé 4 hodiny - dle partografu WHO - je nezbytné, jelikož zvýšení teploty může signalizovat probíhající infekci v těle a proto je tento postup důležitý, aby se v případě potřeby zahájila včasná léčba. Také může být příznakem dehydratace. Měření krevního tlaku v pravidelných intervalech je zase důležité z hlediska kontroly fyzického a duševního stavu rodičky. Náhlé zvýšení tlaku může být známkou, že by porod měl být urychlen nebo převedena péče o rodičku na vyšší úroveň.

Klystýr a holení (blíže se těmto tématům věnují následující kapitoly) se již dlouho považují za nepotřebné a neměly by být prováděny, pokud si o ně žena sama nezažádá. (27)

Dle WHO existuje klasifikace praktik, které se využívají při normálním porodu. Tyto postupy se dělí do čtyř kategorií v závislosti na jejich užitečnosti, účinnosti a škodlivosti. V této klasifikaci se odrážejí názory Technické pracovní skupiny pro normální porod. Rutinních postupů se týká kategorie B - tedy praktiky, které jsou jednoznačně škodlivé nebo neefektivní a které by měly být eliminovány. Patří sem právě rutinní postupy a to provádění klystýru, holení pubického ochlupení, intravenózní infuze během I. doby porodní, profylaktické zavedení intravenózní kanyly, rutinně nařízená poloha vleže na zádech během porodu a využití polohy na porodnickém lůžku s podpěrkami nebo bez podpěrek během porodu. Dále sem patří vyšetření per rectum, použití rentgenové pelvimetrie, aplikace uterotonik v kterékoli době před vypuzením plodu, zaměření úsilí na tlačení se zadržným dechem (Valsalvův manévr) během II. doby porodní, masáž a roztahování perinea za porodu, aplikace orálních tablet ergometrinu a intraparenterální aplikace ergometrinu ve III. době porodní jako prevence nebo kontrola krvácení. A mezi poslední praktiky patří rutinní výplach dělohy po porodu a manuální vyšetření dělohy po porodu. (27)

1.2 Vliv prostředí a chování personálu na rodičku

Atmosféra při průběhu I. a II. doby porodní je faktor, který má také zcela zásadní vliv na rodičku. Je rozdíl, jestli žena rodí v noci nebo ve dne, kdy je rozdíl v počtu personálu pohybujícího se na oddělení a tím spojeného hluku na chodbách a počtu osob střídajícího se na pokoji rodičky. Jedním z průkopníků, který zastával myšlenku „šetrného porodu“, byl Fréderick Leboyer. Neměl tím na mysli, aby byl průběh porodu šetrný, nýbrž aby všichni přítomní u porodu přivedli dítě na svět normální, přirozenou cestou a připravili mu přechod z matčina těla co nejšetrněji. Tím myslí atmosféru při porodu a prostředí, které rodičku a novorozence obklopuje. Přitom je důležité, aby z prostředí působilo pohodlí a bezpečí. Poslední dobou se u nás stále více porodnic přiklání k vytvoření prostředí, které je příjemné pro rodičku a připomíná jí domov, ať už jen barevně vymalovaným pokojem, květinami, obrazy, či dalšími maličkostmi, kterými se dá i z vykachličkovaného pokoje vytvořit příjemné prostředí. *„Žena musí pocítit, že ji ti, co o ni pečují, skutečně doprovázejí a během jejích porodních bolestí a porodu duševně podporují. Ženě v bolestech se musí zprostředkovat pocit bezpečí, aby se cítila*

jako v hnízdě, a pokud si přeje, může se jí v pozadí pustit její oblíbená hudba. Musí se chránit před zbytečnostími a hlukem. Rodička potřebuje ochranu a izolaci od vnějších vlivů, jako je telefon, zvonek, či hluk z ulice.“ (Stadelmann, 2001, s. 216-217)

Rodičku vyruší i pouhé zvonění jejího mobilního telefonu, kdy může podrážděně reagovat nebo osobní rozhovory personálu (jako o dovolené, novinkách v jejich soukromém životě, a podobně): Těchto poznámek by se měli zdravotníci vyvarovat.

Dalším důležitým faktorem, který ovlivní rodičku, je jednání personálu na porodním sále. Příjemné jednání personálu s rodící ženou a jejím doprovodem je základ pro navození atmosféry důvěry. Vlídny kontakt sám o sobě se řadí k prostředkům, které snižují vnímání bolesti.

„Neosobní či nepřátelský přístup může naopak podněcovat strach, který blokuje zdárný průběh porodu. Projevy neprofesionálního chování (kárání, ponižování či zesměšňování rodící ženy, šeptání doktora se sestrou, vyprávění vtipů, přítomnost mnoha lidí s nejasnou rolí, podávání nekonkrétních informací) vyvolávají u některých žen obavy, nejistotu, pláč a pocity bezmoci.“ (Aperio, 2006, str. 235)

Personál, který pečuje o ženu, by se měl vždy představit a sdělit svou roli v péči o rodičku. Měl by poskytovat informace vždy konkrétní a v takovém množství, jaké je nutné, aby žena věděla. Pokud budou ženě nějaké informace zatajovány nebo dokonce vůbec neposkytnuty, může být žena zcela vyděšena. V případě komplikací by mělo být ženě vysvětleno, co se vůbec stalo a průběh dalšího postupu řešení tohoto problému či možnosti řešení a jejich následky. Podání informací by mělo být srozumitelné, bez odborných výrazů, aby jim žena jako laik porozuměla. Důležité je také rozhodnutí, kdy a jakou informaci ženě sdělit, má-li cenu vyjadřovat své obavy před klientkou dříve, než se potvrdí daný problém. Také záleží na tom, zda má sdělení pro ženu nějaký smysl, jestli jí může v něčem pomoci. Informace se stává užitečnou, je-li pro ženu přínosná v tom směru, že se může na situaci připravit nebo má možnost něco změnit či zlepšit. (1)

„Produktivní chování porodní asistentky k ženě při porodu se vyznačuje: vysokou mírou empatie, respektu a tolerance k přáním a projevům rodičky. Porodní asistentka se snaží přispívat psychologickými prostředky ke zdárnému průběhu porodu, usiluje o redukci nežádoucí psychické zátěže a snaží se být oporou ženě. Využívá spíše nedirektivních technik, zjišťuje představy rodičky o porodu a snaží se přispět k jejich realizaci, popřípadě uvádí tyto představy na pravou míru, pokud jsou přání ženy nereálná. Při porodu se snaží porodní asistentka udržet intimní atmosféru, klidnou, tichou, poskytující pohodlí a bezpečí. Péče o rodičku by měla být samozřejmě individuální, prováděna

jednou porodní asistentkou (alespoň po dobu její služby), ke které si může žena vytvořit vztah naplněný důvěrou. Porodní asistentka podporuje i doprovázející osobu u porodu, snaží se ji vést k aktivní pomoci rodičce, poskytnout jí rady a doporučení.“
(Ratislavová, 2008, str. 62)

Jiný přístup je zase k rodičkám, které jsou pasivní, úzkostné či nejisté. Zde musí být porodní asistentka schopná využít všech dostupných psychologických metod, aby ženu porodem provedla a ona odcházela z porodního sálu posílená a spokojená.

„Kontinuální empatická a tělesná podpora rodičky (porodní asistentkou, partnerem, doulou) přináší mnoho výhod: kratší trvání porodu, menší potřebu medikace, nižší výskyt porodnických komplikací, lepší poporodní interakci s novorozencem, lepší kojení. Ještě na konci šestinedělí mají ženy s podporou při porodu signifikantně vyšší sebeúctu a nižší úzkost. Studie sledující vliv podpory rodičky profesionálním zdravotnickým personálem ukazují výrazně pozitivní efekt, než má podpora partnerem.“
(Ratislavová, 2008, str. 62)

2 PORODNÍ PLÁN

V poslední době se stává porodní plán moderní součástí přípravy na porod. Jeho přijatelnější název je porodní přání, jelikož lépe vystihuje jeho podstatu. Je to tedy soupis požadavků a přání ženy týkající se péče a okolností porodu, a to buď s partnerem, doulou nebo lektorkou předporodní přípravy. Ideální je ovšem příprava za pomoci porodní asistentky nebo lékaře ze zvoleného zařízení k porodu. (1)

Výhody jeho sestavení jsou: v klidu a předem si může žena stanovit vlastní priority, při sestavení s partnerem nebo doprovázející osobou, si vzájemně mohou ujasnit svá očekávání a jednotlivosti kolem porodu a vyjádřit si navzájem zásadní požadavky. Porodní plán tedy neseписují jen pro zdravotníky, ale i pro ně samé. (3)

Porodní plán zároveň vede k usnadnění komunikace mezi zdravotníky a ženou, tím, že žena uvede předem najevo na čem jí záleží a čemu by se chtěla vyhnout. Každopádně porodní plán nijak nenahrazuje informovaný souhlas, žena musí být o prováděných zákrocích informována a souhlasit s nimi. Pokud žena odmítá zákrok, který považují zdravotníci za nezbytný, měli by ženě vysvětlit, z jakého důvodu ho chtějí provést a proč je pro ně nezbytný. Pokud se jedná ovšem o výkon, který není nutný, měli by přání rodičky respektovat. Některá přání ovšem nemohou být ženě splněna, a to z toho důvodu, že nejsou v jejich zařízení technicky možná (například porod do vody). Zároveň není možné, aby žena striktně na lékaři požadovala provedení určitého výkonu. (12)

Napsat odborně správně porodní plán není tak jednoduché, jak se může mnohým zdát. Mělo by se myslet i na porodní nepravidelnosti, jež mohou při porodu nastat, v tom případě by se neměl stát dogmatem, jehož úzkostlivé dodržování by mohlo ohrozit rodičku a dítě. Profesionálně napsaný plán by měl myslet na každý úsek porodu i na více alternativních možností. Nikdy nelze zaručit hladký průběh porodu. (21)

2.1 Rozdělení rodiček dle porodních asistentek

Za nejdůležitější atributy rodiček řadí porodní asistentky vzdělání. Nemají tím na mysli jen dosažený stupeň vzdělání, ale spíše preferování samostudia - četbu knih a časopisů o otázkách ohledně porodu a těhotenství.

Podle výzkumu socioložky Mgr. Emy Hrešanové si nejčastěji vypracovávají porodní plán takzvané „přírodačky“, tedy „přírodní“ ženy a „normální maminky“. Přírodačky jsou ženy, které jsou o průběhu porodu velmi informovány. Jejich vědomosti pocházejí z časopisů a knih, velmi často zahraniční provenience a

v současnosti také z internetu. Propagují přirozený, tzv. alternativní způsob porodu. Hrešanová ještě tuto skupinu žen dělí ve své etnografické studii na „ortodoxní přírodačky“ a „moderní přírodačky“. Přírodačky jsou dle porodních asistentek obecně starší, lépe finančně zajištěné a mívají lepší postavení. Obvykle navštěvují předporodní kurzy, které vedou soukromé porodní asistentky příklánějící se k alternativním porodům. Vedle ortodoxních a moderních přírodaček jsou tu ještě tzv. „normální maminky“, „vesnické maminky“ a poslední skupinou jsou „technokratické maminky“. Následovně budou tyto skupiny popsány podrobněji. (9)

Ortodoxní přírodačky propagují silně přirozený neboli alternativní model porodu. Jsou naprosto přesvědčené o své pravdě a věří, že jejich postoj je jediný správný a zároveň věří, že jim lékaři chtějí uškodit. Vyznačují se obrovskou nedůvěrou ve zdravotnický personál a prostředí porodního sálu považují za nepřátelské. Podle druhé kategorie jsou tyto ženy velmi radikální a neústupné ve svých postojích.

Moderní přírodačky jinak také nazývané „přemoudřelými“ maminkami. Jde o skupinu žen, které se k lékařskému modelu porodu staví kriticky. Také preferují alternativní tišení porodních bolestí. Do porodnice si s sebou přináší také porodní plány, ale to z toho důvodu, že je to „moderní“ záležitost nebo jim to poradila kamarádka. Podle asistentek jsou otevřenější než ortodoxní přírodačky a nejsou tak striktní. Hlavním rozdílem je, že dokáží dělat kompromisy, vyžaduje-li to situace v průběhu porodu. (9)

Normální maminky jsou ženy z různých úrovní dosaženého vzdělání, různými příjmy a zaměstnáním. Hlavním rozdílem, je jejich přístup k personálu. Zdravotnický personál respektují a uznávají ho. Nekriticky přijímají rady a doporučení od zdravotníků. Zároveň si také více připouštějí, než předchozí skupiny, že se jejich dítěti může něco stát. Pro nás zdravotníky je tato skupina takovou normou - představují klientelu, na kterou jsme v porodnicích zvyklí. (9)

Vesnické maminky do porodnic většinou přichází z okolních měst a vesnic. Tyto ženy moc nenavštěvují předporodní kurzy a ani cvičení pro těhotné. Většinou z důvodu, že je to moc nezajímá nebo že jsou zaneprázdněné. Dalším důvodem může být vysoká cena předporodních kurzů, které si některé ženy nemohou dovolit. Za místo porodu si obvykle vybírají nejbližší porodnici. Pokud se jedná o prvorodičky, jsou většinou mladší než ženy z předchozích kategorií. Často v této skupině bývají i ženy, které rodí po několikáté. Mnohé z nich nemají vysoké vzdělání a žijí se spíše jako dělnice. (9)

Technokratické maminky se přiklánějí k lékařské technologii a vkládají do ní obrovské naděje. V podstatě se tyto ženy bojí porodu a věří, že jim lékařské technologie pomohou překonat strach. Podle porodních asistentek chtějí mít vše „pojištěné“. Často dobrovolně podstupují amniocentézu neboli odběr plodové vody, aby se ujistily, že je plod v pořádku. Upřednostňují také porod císařským řezem, kterým se chtějí vyhnout porodním bolestem. Tato skupina důvěřuje technice až moc, což také není dobře. (9)

3 SOUČÁSTI PORODNÍHO PLÁNU

Na začátku porodního plánu je ideální uvést osobní údaje ženy (jména obou rodičů, termín porodu, adresu, rodná čísla, kontakt, zdravotní pojišťovnu, gynekologa, dětského lékaře, vybraná jména pro miminko, alergii, léky užívané v těhotenství, popřípadě dietu). Poté se může do plánu napsat shrnující vzkaz personálu, jaký typ péče si rodička představuje, aby se v zařízení cítila bezpečně. Nejlépe je se v plánu zmínit o konzultaci všech zásahů během porodu. (3)

Porodní plán si často sepisují ženy, které se chtějí vyhnout právě rutinním výkonům a chtějí dát přednost spíše alternativnějším způsobům. Mohou do něj zahrnout podání oxytocinu na posílení stahů, protržení vaku blan, preventivní zavádění kanyly, vynucené polohy, řízené tlačení, provedení epiziotomie, rychlé přerušování pupečníku, možnost volného pohybu, potřebu jídla a pití, ovlivnění bolesti nebo omezení osob v místnosti. Žena, u které byl předchozí porod traumatizující nebo je nábožensky založená, může mít specifická přání.

Porodní plán by měl však vycházet z doporučených postupů, tak aby byl prospěšný jak pro matku, tak i pro dítě. Porodní plán by si žena měla vytisknout ve více kopiích. Jeden odevzdá hned při příjmu, kde se založí do dokumentace. Porodní asistentka, která bude při porodu o ženu pečovat, si porodní plán přečte a projde si s ženou jednotlivá přání, popřípadě se dohodnou na jiných alternativních možnostech. Další kopii by si žena měla ponechat u sebe, její přání by měla dobře znát i doprovázející osoba. (12)

3.1 Výběr místa porodu

Dnes již ženy mají na vybranou, zda родit ve zdravotnickém zařízení nebo doma. Při výběru porodu doma, je sice porodní asistentka schopna vést samostatně nekomplikovaný porod a má k dispozici i přenosné technické vybavení, ale musíme si uvědomit, že porod v domácnosti je vždy spojen s větším rizikem. V průběhu porodu doma mohou kdykoli vzniknout neočekávané komplikace a některé z nich lze úspěšně řešit jen v nemocnici, kde je připraven tým odborníků, laboratorní zázemí, přístroje i léky. (5)

Výběr porodnice závisí obvykle na více faktorech a to jak objektivních, tak subjektivních. Každý má své priority, které ho ve výběru ovlivňují. Většina žen si vybírá porodnice v místě bydliště. Je to logický výběr, vzhledem ke vzdálenosti a náročnosti cesty. Dále pak se řídí vlastní zkušeností, zkušenostmi či názory blízkých

osob, doporučením lékaře anebo úplně jiným, pro budoucí maminku velmi důležitým faktorem. (11).

Na rozhodování o volbě porodnice by se měl podílet i člověk, který bude ženu doprovázet. Než se žena bude rozhodovat o výběru porodnice, měla by se nejdříve seznámit s možností porodu a to nejlépe v nějakém předporodním kurzu. Pokud se žena zajímá o alternativní metody, měla by přihlídnout při výběru na toleranci porodnice k těmto alternativním metodám, ne všechna zařízení je totiž akceptují.

Podle WHO by si měla zvolit místo, kde se cítí bezpečně, a na takové periferní úrovni, kde je dostupná náležitá péče (FIGO 1992). U malého rizika to může být doma, na malé porodnické klinice nebo v porodním centru ve městě, a možná i na porodnickém oddělení větší nemocnice. Musí to však být místo, kde je veškerá pozornost a péče směřována na její potřeby a bezpečí, a které bude co nejbližší jejímu domovu a kultuře. Pokud se porod uskuteční doma nebo v porodním domě, měl by být v rámci příprav na porod sestaven plán pro případné převezení do řádně vybaveného zařízení. (27)

3.2 Doprovod ženy při porodu

Jedním ze zásadních faktorů zdárného průběhu porodu je pocit bezpečí. K tomu napomáhá prostředí, v němž žena rodí, a lidé, kteří ji doprovázejí. Význam doprovodu ženy u porodu vstoupil do popředí zvláště v době, kdy došlo k přesunutí porodů z domova do nemocničních zařízení. Pro mnoho žen je velmi důležitý už jen pocit, že u sebe mají blízkou osobu, dodává jim to obrovský klid. Zřejmě to je důvod, proč toto přání zařazují hned na začátek svého porodního plánu. Jiným ženám spíše prospívá aktivní pomoc, a to v podobě masírování, podpírání, podávání obkladů, nápojů či jídla, hlazení nebo slovní podpora. Často jsou ženy rády i za to, že za ně má kdo jednat, pokud toho nejsou v danou chvíli samy schopné. Na doprovod u porodu nemá žena právní nárok, ale porodnická zařízení si mohou sama ve svých interních předpisech stanovit, koho si rodička s sebou může přivést. V dnešní době však už všechny porodnice umožňují doprovod ženě k porodu. (1)

Rodící ženy často vyžadují, aby byl poblíž někdo, koho dobře znají a potřebují si vytvořit speciální vztah alespoň k jedné osobě. V naší společnosti tuto osobu obvykle zastává partner. Dnes není vůbec zvláštní jev, absolvuje-li partner se ženou i předporodní kurzy. Ovšem nemusí to být vždy výhodou, mít partnera u porodu. Pro muže je někdy tato situace náročná, může pro ně být těžké pozorovat, přijmout a pochopit

instinktivní chování ženy. Naopak se jí někdy snaží zadržet, aby nevypadávala z racionálního, sebekontrolujícího stavu. To, že ve všech tradičních společnostech asistují stále rodičkám ženy, nikoli muži, není jen shoda okolností. (20)

Dalším doprovodem ženy u porodu se může stát dula – jde o speciálně vyškolenou ženu, která poskytuje tělesnou, emocionální a informační podporu ženám během těhotenství, porodu a šestinedělí. Speciální cíl její práce je přispívat k dobré fyzické a psychické pohodě matek a novorozenců. Dula nezasahuje do kompetencí porodních asistentek, ani lékařů. Je zastánkyní přirozeného porodu, ale zároveň chápe fyziologii porodu i emocionální potřeby rodičky. Zůstává se ženou po celou dobu porodu a je jí k dispozici i při zahájení kojení, některé duly dokonce nabízí i drobné pomocné práce. (14)

Podpora ženy jinými rodinnými příslušníky nebo přáteli není zase tak častá, ale je také možná. Přítomnost matky, sestry nebo přítelkyně se může stát také prospěšnou, ovšem pokud mají s porodem pozitivní zkušenosti, jinak by to mohlo negativně ovlivnit průběh porodu samotné rodičky. (23)

Je obvyklé, že porodní asistentky se starají o více rodiček najednou a z toho důvodu se s ženou nemají čas sblížit a vytvořit potřebný vztah a důvěru. Pro otce je zase obtížné požádat o pomoc nebo si vlastně uvědomit, jaký typ pomoci jeho partnerka potřebuje. Dula však přináší rodičce jiný stupeň podpory, než partner, který k ní má důvěrnější vztah, je pro ženu zkušenou osobou a pomocnicí. (13)

Každopádně žena by měla být u porodu doprovázena osobami, kterým důvěřuje a s kterými se cítí dobře. Primární zdroj sociální podpory se může stát pro rodičku velice přínosný a zdravotníci by měli její volbu plně respektovat. (23)

3.3 Vyšetření za porodu

V průběhu porodu je důležitým vyšetřením vaginální vyšetření. Lze jím monitorovat pomalost či rychlost otevírání porodních cest. Jsou zde však stanovené intervaly mezi vyšetřeními, zpravidla po dvou hodinách. Pokud je vše v pořádku měla by být frekvence vyšetření přiměřená a podle potřeby, raději méně než striktně dle šablony. (11)

Kromě pravidelného vaginálního vyšetření se žena bude ještě setkávat s pravidelným poslechem ozev, s kontrolou fyziologických funkcí, sledování srdeční frekvence plodu a kontrakční činnosti matky. Přítomnost srdeční akce plodu bude chodit porodní asistentka poslouchat za pomoci stetoskopu nebo v současné době spíše

kapesním ultrazvukovým detektorem ozev plodu (UDOP). Při posuzování srdeční akce se hodnotí frekvence, pravidelnost a ohraničení. Normální frekvence se pohybuje v rozmezí 110-150 tepy/ minutu. V druhé době porodní se poslouchají ozvy plodu po každé kontrakci. Zkušená porodní asistentka by měla rozlišit srdeční frekvenci matky od plodu. Dále je pro zdravotníky důležitá kontrola srdeční frekvence ženy, krevní tlak a tělesná teplota. Hodnoty mimo normu mohou signalizovat různá rizika ohrožení stavu matky, tak i plodu. Ženy si často žádají ve svých porodních plánech soukromí a minimální rušivé podněty během porodu, což je díky výše uváděných vyšetřením znemožňováno. (4)

Dalším vyšetřením, které žena u porodu absolvuje je tzv. kardiokografické vyšetření. Jde o snímání srdeční frekvence plodu a současně i děložní motility. Tato metoda umožňuje včas diagnostikovat vedle poruch děložní činnosti i hypoxemické nitroděložní ohrožení plodu tak, aby se zavčas mohla podniknout opatření zamezující případnému poškození nebo úmrtí plodu. Probíhá tak, že se ženě připevní na břicho dvě sondy, jedna z nich snímá srdeční činnost dítěte a druhá napětí děložní stěny. Tyto informace se zobrazují na displeji, kde se zároveň tiskne záznam. Trvá zhruba 20 - 30 minut, většinou se natáčí v poloze na zádech nebo na boku. Při normálním a nekomplikovaném porodu se může tato metoda provádět přerušovaně, ovšem jedná-li se o rizikový porod nebo jsou-li přítomny jakékoli známky ohrožení plodu, monitoruje se kontinuálně. Některé rodičky však považují kardiokografické vyšetření za narušení přirozeného porodu a omezení pohybu. Příchodem této metody zároveň stoupl počet císařských řezů. (4, 11)

Pokud dojde k nepravidelnostem je potřeba použít specifitější metodu, kterou je intrapartální fetální pulzní oxymetrii (dále IFPO) a intrapartální analýzu S-T segmentu (dále STAN). IFPO je metoda hodnotící periferní krevní perfuzi stanovením arteriální saturace kyslíku. Jedná se o neinvazivní metodu, která nám blíže diagnostikuje hypoxemii, fetální hypoxii či asfyxii. Další metodou pro diagnostiku hypoxie plodu je STAN, kdy je snímáno EKG plodu spirální elektrodou umístěnou na naléhající části plodu. Tato zařízení jsou ekonomicky náročná a nejsou součástí vybavení každé nemocnice. Rodička je při použití těchto metod omezená v pohybu. (4)

3.4 Výživa během porodu

Názory na výživu během porodu se velmi liší. Mnohdy se ospravedlňuje zákaz jídla a pití obavou z vdechnutí (tzv. aspirace) žaludečního obsahu v celkové anestézii

(Mendelsonův syndrom). Pro většinu žen to není během porodu žádný problém, neboť na jídlo stejně nemají chuť, většina z nich však silně pociťuje potřebu se napít. Obava z rizika vdechnutí žaludečního obsahu v anestézii, je oprávněná a vážná.

Omezení jídla a pití během porodu však nezaručuje snížení žaludečního obsahu. Za práh rizika možného vdechnutí se považuje množství 25 ml žaludečních tekutin. Studie prokazují, že žádný časový odstup, kdy rodička naposledy jedla a pila, nezaručí, že objem jejího žaludečního obsahu klesne pod toto množství. Proto z opatrnosti by měli anesteziologové vždy k ženě přistupovat, jako by měla plný žaludek a jednat podle toho.(27, 7)

Někdy si průběh porodu vyžaduje obrovské množství energie. Vzhledem k tomu, že délku I. a II. doby porodní nikdy nelze odhadnout, musí být zdroje energie doplňovány, aby nebyl narušen dobrý stav matky a plodu. Zákaz orálního příjmu může vést k dehydrataci a ketóze. Orální příjem se běžně nahrazuje intravenózní (nitrožilní) infúzí glukózy a tekutiny, která ovšem omezuje rodičku v pohybu.

Anesteziologové a porodníci v České republice poslední dobou netrvají na přísném zákazu jídla a pití během I. doby porodní. Rodička by měla být ale opatrná a pít pouze po doušcích. Nejlepší jsou izotonické nápoje, jelikož snižují kyselost žaludečních šťáv, pocit ke zvracení a zvyšují pohodlí rodičky na porodním sále. (27, 21)

3.5 Klyzma

Mezi nejčastější rutinně prováděné výkony patří podání klystýru. Je to jednoduchý a rychlý úkon. Existuje ovšem i jiná možnost vyprázdnění a to Yal gel. Klystýr má více výhod než jen vyprázdnění střeva. Pokud se dá příjemně teplý, může prohrát děložní segment a uvolnit ho. Dále stimuluje silnější kontrakce, vytváří více prostoru pro sestup hlavičky a nejdůležitější výhodou je snížení infekce, kterou by mohlo být dítě kontaminováno za porodu (v klasické poloze se totiž dítě rodí obličejem ke konečníku). Dnes by to již mělo fungovat tak, že sama žena by si měla rozhodnout, zda-li si vyprázdnění střeva přeje nebo ne. Proto při tvoření porodního plánu, by měla žena zvážit fakta pro a proti, zda si klystýr bude přát nebo ne.

3.6 Předporodní holení pubického ochlupení

Dnes se již od předporodního holení ustupuje. Dříve zde byla teorie, že ochlupení je osídleno bakteriemi, které mohou infikovat dítě při východu z pochvy, a oholení se zdálo být jediným způsobem, jak této kontaminaci předejít. Ovšem od té doby co se

celá oblast kolem pochvy před porodem otírá dezinfekčním roztokem, není již přenos pravděpodobný. V některých studiích bylo dokonce prokázáno, že více infekcí se vyskytlo u žen oholených před porodem než neoholených. Je to způsobeno drobnými mikroskopickými trhlinkami v kůži, které vzniknou i při nejopatrnějším holení a představují tak ideální prostředí pro uchycení bakterií. Další hledisko oholení může být i ponížení ženy a navíc po porodu může nastat další nepříjemná věc související s ním, a to svědění a pálení dorůstajícího ochlupení. Pokud jsou ženy ale zvyklé se holit nebo depilovat, není důvod v těhotenství přestávat.

Někteří lékaři mají oprávněný pocit, že holení usnadňuje provedení epiziotomie a hlavně pak jejího sešití, protože oblast rány je pak čistší a přehlednější. Proto se tedy ještě v některých zdravotnických zařízeních u nás přiklání k rutinnímu holení. Pokud se žena setká s lékařem nebo porodní asistentkou, kteří vyžadují holení, mohou pro to mít své oprávněné důvody, ale má-li žena námitky, může zahrnout své požadavky právě do porodního plánu. (18)

3.7 Protržení vaku blan

Umělé protržení vaku blan si ženy, které se přiklání k přirozenému porodu, zásah nepřejí. Plodová voda nejčastěji začne odtékat v I. době porodní, pokud není provedena dirupce. *„Po odtoku plodové vody se děložní kontrakce zesilují a průběh porodní doby se zkracuje. To je dáno vyvoláním Fergussonova reflexu, kdy intimní naléhání hlavičky na oblast vnitřní branky stimuluje zde uložené Frankenhauserovo ganglion, které vysílá impulzy neurohypofýze ke zvýšení sekrece oxytocinu. Proto se dirupce provádí jak k posílení děložních kontrakcí, tak k indukci porodu. Po odtoku plodové vody dochází v 80% k nástupu děložních kontrakcí do 24 hodin.“* (Roztočil, 2008, str. 117)

Jde o malý a nebolestivý zákrok, který se provádí obdobně jako vaginální vyšetření při průběhu porodu. Lékař zavede po vyšetřující ruce do porodních cest k plodovým obalům, které se klenou před hlavičkou plodu, tenký nástroj s malým háčkem na konci, tzv. diruptor, a praskne jím plodové obaly.

Ovšem je tu i riziko spjaté s časně provedenou dirupcí, může totiž způsobit výhřez (prolaps) pupečníku, tedy situaci, kdy pupečník sestoupí do porodního kanálu dříve než dítě. Je to velmi vážná komplikace, vyžadující okamžitý císařský řez, jelikož pupečník se může při kontrakci dostat do sevření mezi hlavičku dítěte a matčinu pánev. Jde o poměrně vzácný problém, ale je více pravděpodobný právě na počátku porodu, kdy je hlavička ještě poměrně vysoko. Jakmile hlavička dítěte sestoupí do pánve, zapadne do

děložního hrdla a poté již nemůže dojít k prolapsu pupečníku. Někdy se může objevit v souvislosti s tímto výkonem u dítěte i porucha srdečního rytmu. (7)

3.8 Nástřih hráze

Nástřih hráze neboli epiziotomie, je nejčastější porodnický výkon prováděný v závěru II. doby porodní. Jde o výkon, který se má provádět po pečlivém zvážení. Nejčastěji se k němu přistupuje při prořezávání hlavičky – především u primipar, kdy hráz brání jejímu dalšímu postupu a hrozí zde ruptura poševního introitu a perinea. Další případy, kdy se přistupuje k provedení nástřihu je rigidita a zjizvení hráze, velký plod, malý a nezralý plod (jako prevence jeho traumatizace), porod plodu v poloze koncem pánevním, deflexní poloha hlavičky a před vaginálními porodnickými operacemi jako je porod per forcipem, vakuuumextrakcí, obratem či extrakcí.

Epiziotomie se obvykle provádí při rozvinuté hrázi a prořezávají se hlavičce na vrcholu kontrakce speciálními nůžkami se zevním zaoblením a tupým zakončením jedné branže. Energický střih se vede kolmo na rozepjatou hráz rovnoměrně, směrem do pochvy i na perineum mezi dvěma prsty druhé ruky, kterými se zároveň brání rychlému postupu hlavičky. Rodička při kontrakci tlačí a jakmile se provede nástřih, vyzve se k vydechnutí, aby nedošlo k nechtěnému prodloužení nástřihu, a poté se pokračuje v tlačení. Druh nástřihu může být prováděn podle zvyku oddělení. V případě jizvy po předešlém porodu a při počínající ruptuře hráze je lateralizace nástřihu určena těmito okolnostmi. Pokud se jedná o předčasný porod, porod koncem pánevním a před porodnickými operacemi, předchází provedení epiziotomie ještě lokální opich 1% Mesocainem. (4)

V poslední době se stává epiziotomie velice diskutovaným tématem, jelikož řada porodnic ještě v dnešní době přistupuje k tomuto výkonu rutinně. Mnoho lékařů a porodních asistentek se brání výrokem, že krátký čistý nástřih je lepší než potrhané poranění. Všechno má své pro a proti. Komplikace u provedené epiziotomie mohou být hematom, zánět rány nebo dehiscence rány.

Ženy v plánech často uvádí, že masírovaly hráz v těhotenství a proto by byly rády, kdyby se nástřih neprováděl, pokud nebude nezbytně nutný a nebude ohroženo jejich miminko. Proto se nabízí otázka, zda má preventivní masáž hráze opravdu vliv na rozvolnění hráze a tím prevenci nástřihu? „*Automasáže v průběhu těhotenství a zejména v posledních dvou měsících před porodem mohou pravděpodobně přinést prospěch v lepším rozvolnění hráze za porodu a mohou pomoci snížit riziko vzniku závažných*

poranění v oblasti konečníku. Při pohledu do literatury však žádná známá odborná studie jednoznačně nepotvrdila snížení počtu závažných poranění po masážích hráze ve srovnání s frekvencí a závažností porodních poranění u maminek, které masáže neprováděly. Přesto se dá říci, že přínos masáže hráze převyšuje možná rizika. Vznik vlastního poranění za porodu je však ovlivněn mnoha dalšími faktory, jako je velikost plodu, spolupráce rodičky, operativní vedení porodu a zkušenost porodníka. Proto nelze v žádném případě tvrdit, že u ženy, která si pravidelně masíruje hráz, nebude při porodu nutné provést nástřih.“ (Chmel, 2008, str. 57)

3.9 Porodní bolesti a jejich tlumení

„Bolest při porodu je specifickou bolestí, je součástí přirozeného tělesného procesu, žena se na ni může po dobu několika měsíců připravovat, je časově omezená, trvá hodiny (ne dny, týdny), přichází v pravidelném rytmu a v intervalech mezi nimi bolest ustává, končí porodem novorozence jako (většinou) emočně kladně nabitým zážitkem a odměnou.“ (Ratislavová, 2008, str. 67)

Porodní bolest je ovšem prospěšná, jelikož žena pocítí svou zranitelnost, přeruší svou dosavadní činnost a automaticky vyhledá pomoc. Porodní bolest může rodička cítit buď v podbřišku, kříži nebo v obou těchto místech.

Organismus ženy reaguje při porodu na porodní bolesti vylučováním hormonů. Začne se vyplavovat adrenalin, který dodává ženě sílu. Dalšími vylučovanými látkami jsou endorfíny, jež při porodu tlumí bolest a jejich hladina se zvyšuje. Nejdůležitější roli hraje přirozený hormon oxytocin, který přispívá ke zlepšení nálady, tlumí paměťové centrum a zvyšuje práh bolesti. Umělý oxytocin však tyto účinky nemá.

Normální porodní bolest je navíc prospěšná i pro plod a to tím, že látky, které se při ní vyplavují do krve, napomáhají finální přípravě plic plodu. Také jak se odlévá krev z končetin do mozku a srdce plodu, tím mobilizují energetické zásoby a chrání je před nedostatkem kyslíku.

Metody tlumení porodních bolestí se od sebe liší podle své účinnosti, délky působení a technické náročnosti. Ženy ve svých plánech upřednostňují spíše alternativní metody pro tlumení bolesti. Podá-li se metoda porodnické analgezie správně a ve správný okamžik, pak může toto tlumení přispět i ke zmenšení porodnických komplikací jak u matky, tak i u dítěte. Tlumení těchto bolestí lze rozdělit na nefarmakologické a farmakologické. (23, 1, 4)

3.9.1 Nefarmakologické metody tlumení bolesti

Z počátku porodu ženy často volí přirozené metody, při výběru analgezie. Není to doménou jen tzv. „přírod'áček“. Ke každé rodičce by se mělo přistupovat individuálně a sama žena by měla mít buď z literatury nebo z předporodního kurzu rámcovou představu, jaké metody se dají při porodu využít. V dnešní době by měly porodní sály nabízet takovou škálu analgezie, kterou by bylo možné uspokojit většinu žen. (21)

Nefarmakologické tlumení pomáhá rodičkám zvládat porodní bolesti bez využití léků. Jejich velkou výhodou je, že neškodí matce ani plodu, nepředstavují žádné riziko alergické reakce ani škodlivý účinek jako některé z léků a dají se kdykoli přerušit a nahradit farmakologickým tlumením.

Mezi nejčastější metody tlumení bolesti patří psychoprofylaktická příprava, hypnóza, dýchání a relaxace, audioanalgezie, akupunktura, akupresura, elektroanalgezie (TENS), hydroanalgezie, alternativní polohy během porodu, homeopatie, relaxační masáže a aromaterapie. U nás se všechny tyto metody neuplatňují, proto se bakalářská práce zabývá pouze aktuálními metodami. (22)

Psychoprofylaktická příprava je nejvýznamnější metodou mezi nefarmakologickými způsoby ovlivnění bolesti za porodu. Provádí se pomocí předporodních kurzů, jejichž obsahem je seznámit ženu s průběhem porodu, minimalizovat její strach a fyzicky ji připravit na porodní zátěž.

Předporodní kurzy nahrazují přirozené zkušenosti žen z dřívějších dob, kdy ještě byly porody v domácím prostředí. Poskytují ženám velkou pomoc, jelikož jim dávají potřebné informace, umožní jim setkávat se s lidmi ve stejné situaci a ženy si udělají na své mateřství čas. Kurzy pořádají buď samy porodnice, organizace nebo soukromé porodní asistentky. Součástí bývají i další odborníci a to z řad fyzioterapeutů a laktačních poradkyň. Hlavním cílem je psychicky připravit ženy na porod, partnery na rodičovství, naučit se správně pečovat o dítě a o sebe během šestinedělí. Kurz by měl také nastávající maminky seznámit s rozsáhlou nabídkou v péči v těhotenství, při porodu a po něm, z které by si žena měla vybrat takovou, kterou pro sebe považuje za nejlepší. Je však známo, že čím víc žena věří svým přirozeným schopnostech normálně porodit, tím lépe si dokáže vybrat vhodnou péči a tím lépe snáší těhotenství a porod. Důležité je také neopomenutí i možných komplikací (například neplánovaný císařský řez, předčasný porod a další), aby se mohli partneři připravit i na tuto možnost. Ovšem kurzy by se měly vést pozitivním tónem a optimismem. (1)

Dýchání a relaxace - Uvědomělé dýchání během kontrakcí a mimo ně ovlivňuje výsledek a bolestivost porodu. Kromě ovládnutí dýchání hrudníkem, je vhodné k porodu nacvičit i dýchání břichem. U porodu rozlišujeme dva základní typy dýchání - břišní dýchání a tzv. psí dýchání.

Břišní dýchání se využívá v první půlce I. doby porodní. Jde o klidné, hluboké a volné dýchání. U tohoto typu dýchání dochází k prokrvení břicha a tudíž i dělohy, které přispívá k zásobení plodu kyslíkem. Zároveň se rodička tímto dýcháním může zklidnit, uvolnit a koncentrovat se.

Další typ je psí dýchání, což je vlastně rychlé povrchové dýchání, které tolik nenamáhá bránici, a tím nadlehčuje oblast dělohy. Využívá se v druhé půlce II. doby porodní. Je pomocníkem ve chvíli, kdy zesilují kontrakce a je vyvíjen tlak na konečník. Návčik dýchání je součástí každého předporodního kurzu. (15)

Hydroanalgezie - Použití vody jako způsob analgezie je známo už po staletí. Patří sem koupele, relaxační sprchy, náčinky s horkou nebo studenou vodou, termofomy přikládání na oblast beder. Na našem území se nejvíce používá koupel a relaxační sprcha.

V dnešních porodnicích jsou již pro rodičky k dispozici sprchy nebo vany. Horká koupel vede ke snížení vnímání bolesti a zároveň k rychlejšímu otevírání porodních cest. V I. době porodní je pobyt ve vodě bezpečný, nedochází k riziku vzniku infekce, jak si mnoho lidí myslí. Koupel se dá použít i jako protistresový prostředek, odvádí totiž pozornost rodičky jiným směrem. (21, 11)

Muzikoterapie - *„Muzikoterapie je metoda využívající hudbu ke zmírnění porodních bolestí. Pomocí hudby jsou stimulovány různé části mozku, které mají vliv na fyziologické rytmy v organismu. Dochází k psychickému a fyzickému uvolnění, dýchání i srdeční tep jsou pravidelné. Je zcela neškodná, jak pro těhotnou ženu, tak pro plod. Nevýhodou je nízký analgetický účinek, je tedy popisována jako doplňující metoda. Žena může během porodu poslouchat přenos tzv. bílého šumu. Šum připomíná zvuk zurčící vody. Během kontrakcí si žena může měnit intenzitu zvuku dle svých pocitů. Další možností je poslech hudebních motivů a kompozic, které mají relaxační účinek. Relaxační hudba je skvělým doplňkem ke všem metodám zvládnutí porodních bolestí. Je úzce spojena s aromaterapií a masáží. Žena by si sama měla vybrat hudbu, která pro ni bude vhodná.“* (UNIPA, internetový zdroj)

Použití hudby při porodu snižuje hladinu stresu především u párů, kterým v nemocničním prostředí není příliš příjemně. Hudba je osobní záležitostí, která pomáhá zútlumit prostředí a uklidnit jak samotné maminky, tak i jejich doprovod. (14)

Úlevové polohy, možnost volného pohybu v I. době porodní - Ženy instinktivně samy zaujímají polohy, při kterých pociťují úlevu od bolesti. Právě v předporodních přípravách jsou ženy s úlevovými polohami seznámeny a mají možnost si je nacvičit. Během porodu také zkušené porodní asistentky nabízí a názorně předvádí ženám různé úlevové polohy. Tyto polohy napomáhají k lepšímu průběhu porodu, k minimalizaci bolestí, k lepší děložní činnosti a správnému sestupu dítěte do porodních cest.

Existuje mnoho možností poloh, lze je rozdělit na polohy vleže, v sedu, v kleku, v dřepu, ve stoje. Poloha vleže na boku s míčkem mezi kolena lze použít jako odpočinkovou polohou, uvolňuje tlak na hemoroidy a mezi úsilím o tlačení se snadněji odpočívá. Polohy v sedu mohou být na míči, na porodním vaku, porodní stoličce. Houpání na míči může zpříjemnit i urychlit porod, mírní bolesti zad. Tuto polohu lze zkombinovat s masáží zádočných oblastí. Poloha v kleku může vést také k mírnění bolesti zad, umožňuje pohyb pánví a tělem, uvolňuje tlak na hemoroidy. Poloha v dřepu zase pomáhá mírnit bolesti zad, využívá však zemské gravitace, rozšiřuje pánevní vchod, vyžaduje menší úsilí při tlačení. Polohy ve stoje jsou nejčastějšími volenými polohami. Patří sem chůze, stoj se zády opřenými o stěnu a pomalé tancování. Tyto polohy využívají zemské gravitace, podporují rotaci a sestup plodu.

Jak popisuje WHO, několik studií prokazuje negativní působení polohy vleže na zádech – těžká děloha působí kompresi velkých cév a tím snižuje průtok krve, což může mít důsledek jak na plod, tak na matku. Současně tato poloha může mít i za následek snížení kontrakcí. V dnešní době snad všechny nemocnice ustupují této striktní poloze na zádech a umožňují rodičkám opravdu volnost pohybu, pokud to jejich stav dovoluje. (22, 27)

Aromaterapie - Pod pojmem aromaterapie se často představují mnoha lidí omezují jen na aromalampy. Ve skutečnosti má aromaterapie mnohem větší rozsah použití: koupele, masážní tělové oleje, balzámy, zábaly, obklady, náplasti. Předností olejů je, že jejich účinné látky se sliznicemi nebo pokožkou dostávají do těla (do krve), projdou metabolismem a za několik hodin jsou opět beze zbytků vyloučeny. Během použití vysílají také signály do mozku a vyvolávají tím i účinek na psychické úrovni. Oleje jsou přijatelné tím, že nezatěžují organismus odpadními látkami. Účinky jsou rychlé a

mohou být velmi silné, ale zároveň odborníci nabádají k opatrnosti, zvláště pokud jde o těhotné a kojící ženy.

Éterické oleje působí na celou řadu tělesných a psychických funkcí: dovedou např. působit antisepticky, antidepresivně, snižovat krevní tlak, ničit plísně, uvolňovat křeče, tišit bolest atd. Díky tomu mohou ženám pomáhat při běžných těhotenských obtížích ale také při porodu a kojení. Z psychické stránky umožňují ženě postupně dozrát v matku, připravit se na porod, otevřít se přirozeným procesům v těle, důvěřovat si, že bude dobrou matkou, a vůbec prožívat mateřství pozitivně. Oleje se tedy mohou stát i prevencí obávané laktační psychózy a lehčích forem psychických poporodních obtíží, které ztrpčují první dny s miminkem velkém množství šestinedělek.

Pokud si žena zvolí aromaterapeutické prostředky jako lék, je třeba dbát na jejich kvalitu, neboť některé aromaterapeutické zboží může obsahovat náhražky přírodních éterických olejů, které léčebně nepůsobí. Důležitým faktorem při jejich použití je jejich trvanlivost – pokud jsou opravdu přírodní a bez použití konzervantů, pak je jejich použitelnost relativně krátká a je nutné je dobře skladovat (v temnu, při pokojové teplotě a dobře uzavřené). (10)

Pomůcky k aromaterapii má v dnešní době řada porodnic již k dispozici. Ženy, které o tuto metodu předem stojí a mají ji zmíněnou v porodním plánu, často přichází již s namíchanou směsí olejů, kterou chtějí při porodu použít. Možnosti využití a vhodné použití olejů jsou uvedené v příloze.

Masáž křížové oblasti - V první době porodní je masáž spodní části zad nejvíce efektivní. Z pánve vedou nervy, které vychází z bederních obratlů a z oblasti křížové, kde právě zde může masáž přispět ke zmírnění bolesti. Masáž je vhodná při kontrakci, mimo kontrakci by měla rodička relaxovat. Může ji provádět doprovázející osoba (partner nebo dula). Partner se této technice může naučit v předporodních kurzech, duly tuto metodu ovládají. K masáži se může využít masážní olej, který si s sebou žena do porodnice přinese. Některým ženám je hloubková masáž při kontrakci nepříjemná a dávají přednost jen povrchovému doteku.

Masáže, kterými lze ulevit od bolestí mohou být prováděny tlakem na kost křížovou, kdy doprovázející osoba vyvíjí silný tlak na křížovou oblast, do té míry, jak je pro ženu příjemný. Dále se mohou provádět krouživé pohyby nebo tahy od boku na střed kosti křížové a zpět do stran. K těmto technikám se mohou použít dlaně rukou, prsty, hřbet ruky, masážní pomůcky, tenisové míčky nebo postačí plastová láhev

naplněná studenou vodou. Prioritou je, jak ženě masáž vyhovuje a upřesnění místa, kde je pro ni masáž nejúčinnější. (2, 6)

3.9.2 Farmakologické metody tlumení

Moderní medicína nabízí již vysoce účinné medikamenty porodní analgezie. Avšak jejich účinnost přináší i negativní působení jak na matku, tak i na dítě. Může dojít k narušení porodního procesu nebo k jeho komplikacím, například utlumení dítěte, poklesu krevního tlaku matky nebo projevům vedlejších účinků. V následujícím textu jsou zmíněna nejčastější analgetika podávaná za porodu, jako spazmolytika, analgetika a epidurální analgezie. (1)

Spazmolytika a analgetika - Spazmolytika jsou léky, které podáváme za porodu na potlačení spasmů hladkého svalstva. Jejich terapeutický účinek není příliš výrazný, proto je vhodná jejich kombinace s analgetiky. Při porodu se podávají parenterálně a to i.m, i.v., ale nejčastěji per rectum ve formě rektálních čípků. Při volbě tohoto léčiva nám může být indikací např. tuhá nebo spastická děložní branka, která brání plynulému pokračování porodu. V dnešní době se v porodnicích nejvíce setkáme s látkou butylskopolamin (pod firemním názvem Buscopan).

Analgetika jsou používána v dávkách, které bolest úplně neodstraní, pouze ztlumí. Nevýhodou však bývá, že mohou způsobit útlum dechu matky i plodu, hypotenzi či zvracení. Po použití aplikace i.m. může dojít k maximálnímu útlumu dechového centra až za 2 – 3 hodiny po podání látky, z toho důvodu se dává přednost aplikaci i.v. po menších dávkách.(4, 24)

Nejúčinnější skupinou analgetik jsou opiátová analgetika (u nás pod názvem Dolsin), která působí jak na bolest, tak na psychiku rodičky. Jejich podání je v injekční formě, a to buď do svalu, nebo nitrožilně. Mají hodně příznivců, ale také odpůrců. Pravdou ovšem je, že bolest tlumí spolehlivě. Zásadní nevýhodou je fakt, že působí tlumivě na plod v děloze, tudíž by se neměla podávat na konci porodu, aby se dítě nenarodilo ospalé, také mohou vyvolat sníženou sebekontrolu nebo si rodička porod nebude moci vůbec vybavit. (11)

Epidurální analgezie - Synonymem je periduální analgezie. Jde o místní anestetikum a malým množstvím opioda, které se podává do epidurálního prostoru. Epidurální oblast leží na vně obalu míchy a znamená vlastně okolo tvrdé pleny. Pro nenarušení fyziologie porodu a pohybu ženy, je třeba podat správnou dávku vhodného lokálního anestetika ve správný čas a na správné místo, které je hluboké asi 4 mm.

Každá rodička má individuální vzdálenost kůže a zad. Tato technika patří k nejčastěji užívaným a je u rodiček velmi oblíbená.

Epidurální analgezii podáváme tehdy, když chceme dosáhnout vysokou účinnost proti bolesti, není to však zcela bezbolestné, jelikož porodní bolesti k porodu potřebujeme, nechává se zbytek bolesti zejména na hrázi. Tím rodička cítí tlaky a mírnější bolest v II. době porodní, docílí se dobré spolupráce a správného tlačení.

K podání této analgezie existují přímo indikace při některých zdravotních nebo porodnických problémech. Mezi ně patří: kardiovaskulární choroby, plicní choroby, diabetes mellitus, oční nemoci, choroby jater, epilepsie, preeklampsie anebo kdykoliv hrozí ženě fyzické či duševní vyčerpání. Dále u předčasně rozeného dítěte, u porodu dvojčat, při poruchách placenty, u polohy koncem pánevním nebo po termínu porodu.

Situace, kdy se tato analgezie nesmí podat, jsou pokud je žena alergická na místní anestetikum, při infekci v místě pichu, pokud s tím rodička nesouhlasí, při poruchách krevní srážlivosti, při akutní hypoxii plodu, pokud se začne předčasně odlučovat placenta, při krvácení anebo při překotném porodu.

Při výběru této metody rodičkou, by měla být žena řádně informována a musí být podepsány potřebné souhlasy. Podmínkou podání je otevřená branka na 3 – 4 cm u prvorodiček a 2–3 cm u druhorodiček, dále by měla být vstouplá vedoucí část plodu v pánevním vchodu a protržený vak blan 30 min před nebo po zavedení analgezie. Při zavádění je rodička v poloze na levém boku a udělá „kočičí hřbet“. Proveďte se zarouškování a dezinfekce v bederní oblasti. Mírně se znečistí kůže a podkoží a pak se látka podá do epidurálního prostoru. Lékař zavede epidurální katetr (velmi tenkou hadičku), který připevní na záda ženy a připevní na rameno. Celý výkon trvá asi 5 -10 minut a je víceméně nebolestivý.

Přednosti této metody ideálně splňují podmínky porodnické analgezie, podává se místně, a proto se do krve dítěte a matky dostane jen nepatrné množství. Neovlivňuje tak dítě a ženu nijak neomezuje v pohybu. V případě potřeby je možné metodu rozšířit na epidurální anestezii, při které lze provést kteroukoliv porodnickou operaci.

Ovšem i tato metoda má své nedostatky. Je k ní potřeba zkušený anesteziolog, jde o technicky náročnější metodu tlumení bolesti, hrozí riziko snížení krevního tlaku ženy, je zde riziko i poranění obalů míchy, které bude mít za následek bolest hlavy po porodu. Také ještě může dojít k oslabení děložních kontrakcí. (21)

Bohužel vše má své klady a zápory a ani tato moderní metoda toho není výjimkou. Příznivci přirozeného porodu nejsou této metodě nakloněni, pořád je to totiž zásah do přirozeného průběhu.

3.10 Polohy při porodu

Při každém fyziologickém porodu je nejlepší polohou pro samotný porod ta, ke které žena sama dospěje. S přání ženy родit ve vybrané poloze se také často setkáváme v porodních plánech. Donedávna byla možná jen jediná vhodná poloha na zádech. Není vhodná, jelikož může snížit přísun kyslíku pro plod nebo může vyvolat bolestivější kontrakce. Zároveň je to nevyhnutelná pozice, pokud je nutné provést nějaký zákrok.

Mnoho porodnic v dnešní době nabízí i možnost různých pomůcek pro porodnické polohy. Jednou z těchto pomůcek je porodní stolička. V této pozici by žena ovšem neměla setrvat dlouho, jelikož hrozí otok rodidel a tím i větší riziko poranění. Další polohou je dřep, kdy je možno využít i jako oporu partnera. Tato poloha je dobrá pro správné zapojení břišního lisu, k uvolnění pánve a efektivnímu tlačení. Pro ženu je po nějaké době však náročná a měla by se po pár kontrakcích zase na chvíli postavit. Nejčastěji užívanou pozicí je poloha v polosedě s pokrčenými koleny. Je výhodná jak pro matku, tak i pro plod. U matky není nijak náročná, naopak rozšiřuje pánevní rozměry. U plodu zase umožňuje správný přísun kyslíku. Nedoporučuje se u žen s vysokým krevním tlakem nebo bolestmi v křížové oblasti, u plodu není vhodná při snížené srdeční frekvenci. Méně častou pozicí je poloha na všech čtyřech. V této poloze se snižuje otok branky, ale současně by mohlo dojít k únavě paží. Tomu lze předejít opřením horní části těla. Porodních poloh existuje široká škála, záleží na samotné ženě k jaké poloze dospěje a také na okolnostech, pokud jí dovolí jí zvolenou polohu využít. (19)

3.11 Řízené tlačení

Další z praktik, která patří do rutinních postupů, je řízené tlačení. Jde o postup, kdy zdravotník sám rozhodne, kdy a jak bude žena tlačit. Tento postup ovšem není vhodný, jelikož může dojít k nesprávnému vstupování hlavičky do porodních cest, nekomfortu plodu nebo ke zbytečnému poranění matky. Toto časné tlačení mnohdy končí použitím kleští. Pokud nastane situace, má-li žena epidurální analgezií, nemusí mít pocit na tlačení a v tomto případě je použití řízeného tlačení vhodné. Ženy často v porodním plánu uvádí, že si přejí tlačit spontánně. Pokud probíhá vše fyziologicky, není důvod,

proč nevyčkat na spontánní nástup pocitu na tlačení. Podle WHO tento postup nepřináší žádné výhody, a proto patří do postupů, které jsou nevhodně používány. (1, 3)

3.12 Přerušlení pupečníku

Rozumí se tím definitivní přerušlení fyzického spojení matky a dítěte. Je považováno za slavností zakončení porodu. Mnohdy je přání ženy nechat pupečník dotepat. Někdy to však není kvůli organizačním důvodům ženě umožněno. Před přestřížením by však měla být zanechána pauza alespoň 5 minut, aby se průtok krve v pupečníku zpomalil, má vliv i na zklidnění dítěte a jeho postupnou adaptaci na nové prostředí. Toto přání není reálné v případě, že má matka Rh negativní faktor, tady se musí pupečník přerušit co nejdříve. (1)

3.13 Bonding

Pojem bonding se objevil v sedmdesátých letech minulého století, kdy američtí pediatři Marschal Klaus a John Kennel poprvé použili termín „bonding“, jako první kontakt matky s dítětem. V češtině označení „bonding“ znamená lepení – připoutání, jinak také „opatrovatelská připravenost“. Zastávali myšlenku, že existuje biologicky naprogramované období bondingu, které začíná bezprostředně po porodu a trvá přibližně dalších 12 hodin, jež jsou nejdůležitější pro budování základních emočních vazeb mezi matkou a dítětem. Teorii těchto dvou pediatrů u nás podpořili velmi známí a uznávaní profesori – Matějček a Langmeier.

Novorozenec má po porodu neuvěřitelný behaviorální potenciál, díky kterému je biologicky připraven navázat vztah s matkou. Pro matku je toto období také důležité, vzhledem k procesu integrace dítěte. Zajímavé je, že matčiny bradavky mají stejný pach jako plodová voda, kterou má novorozenec po porodu na sobě, proto dokáže bradavku aktivně sám najít. Tomuto přirozenému ději ovšem nesmí bránit překážky, jako například pach mýdla, dezinfekce, gumové rukavice a jiné.

Bonding lze považovat za mechanismus, který se objevil z toho důvodu, aby mobilizoval síly matky a motivoval matku k péči o bezbranného tvora. Také výzkumy prokazují pozitivní vliv u matek, kterým byl po porodu umožněn. V českých porodnicích k němu přistupují různě. Někde pouze po porodu na chvíli přiloží dítě na břicho matky. V jiných osvěcenějších porodnicích nechají matku a dítě vzájemně seznamovat po dobu dvou hodin, pak stejně zahájí rutinní postupy, při kterých matku a dítě odloučí. (16)

Pro správnou podporu bondingu se lze řídit následujícími kroky. Ihned po porodu položit dítě na matku, nejlépe „skin to skin“, tedy kůže na kůži. Jeho podpora po dobu dvou hodin, ideální doba je 12 hodin. Zajistit teplo, jak matce, tak i dítěti jako jednomu celku. Ošetřit dítě na těle matky. Umožnit oční kontakt matky a dítěte (vhodně napolohovat matku). Pomoc s přisátím dítěte k bradavce s ohledem na jeho připravenost. Zajistit pohodlnou polohu pro matku, klidnou atmosféru a intimní prostředí. Eliminovat elementy, které by mohly interakci matky a dítěte narušit. Doporučit odložení posílání zpráv o narození dítěte. (17)

Podpora bondingu je jednou z hlavních priorit, kterou matky uvádí v porodním plánu, proto je vhodné odevzdat kopii porodního plánu i na novorozenecké oddělení.

3.14 Rooming-in

Všechny porodnice v České republice v dnešní době již nabízí možnost rooming-in, což je společný, časově neomezený pobyt matky s dítětem na oddělení šestinedělí. Je umožněna pouze pod podmínkou, že to stav dítěte i matky umožňuje, tedy po normálním nekomplikovaném porodu. Tato metoda má pozitivní vliv na laktaci a vytvoření včasné interakce mezi matkou a dítětem. Psychologové tento systém péče doporučují, jelikož jak je známo, v prvních dnech po porodu je vytváření vzájemného citového pouta mezi matkou a dítětem nejdůležitější. Matka se naučí reagovat na signály potřeb dítěte. V případě potřeby se může obrátit na dětskou sestru, která jí vysvětlí péči o novorozence, naučí ji praktickým dovednostem a poskytne jí rady. (1, 23)

4 KOMPLIKACE PORODU

Ne vždy probíhá porod tak, jak by si žena přála, aby proběhl. Porod spadá mezi fyziologické procesy, avšak někdy vznikají při tomto procesu komplikace, které ohrožují zdraví ženy anebo vývoj plodu a narození živého a zdravého novorozence.

V porodním plánu by žena měla počítat s komplikacemi, které by mohly nastat. Ženy často mají uvedeno, co si přejí, pokud by nastal nějaký problém. Nejdůležitější je pro ně v tomto případě informovanost, chtějí být předem informovány o všem, co se s nimi bude dít a také chtějí spolurozhodovat a o tom, co bude následovat za postupy. Mají také uvedeno, kdo bude za ně rozhodovat, pokud by nebyly schopné samy rozhodnout. (4, 17)

4.1 Předčasný porod

Jde o plody narozené před dokončeným 37. týdnem gravidity, což je méně než 259 dní od prvního dne poslední menstruace. Horní hranice je dobře definovatelná, ale spodní hranice se v mnoha zemích rozchází. V České republice je dolní hranice 24. ukončený týden těhotenství. Váhové rozpětí se pohybuje v tomto případě mezi 500 g až 2500 g. V tomto případě by pro ženu byla v plánu prioritou právě informovanost, možnost hospitalizace a bondingu na jednotce intenzivní péče. (24)

4.2 Umělé vyvolání porodu

Nazývá odborně indukce porodu. Jde o umělé vyvolání děložní činnosti za účelem ukončení těhotenství. Jde o medikamentózní provokaci porodu, kdy jsou děložní kontrakce stimulovány podáním léků. Provádí se při přenášení, při riziku pokračování těhotenství, a to z důvodu těhotenského diabetu, preeklampsii, u velkých plodů a podobně. V nižších týdnech gravidity z důvodu mrtvého plodu nebo z genetických či zdravotních indikací. Při odtoku plodové vody na konci těhotenství, kdy po odtoku uplyne 12 až 24 hodin a nerozběhnou se samovolně kontrakce, porod se také vyvolává v důsledku rizika přenesení infekce na plod. (21)

K indukci porodu se používá protržení vaku blan (pokud je hrdlo dostatečně otevřené), podání prostaglandinů či oxytocinu (při uzavřeném hrdle) nebo stimulace plodových obalů, ke které nám slouží Hamiltonův hmat. I v tomto případě je možné, aby si ženy vypracovaly porodní plán. Jejich prioritou v něm ovšem bude informovanost a spolurozhodování na dalších postupech porodu. Postupům, jako je

dirupce vody plodové, Hamiltonův hmat či podání umělého oxytocinu se ženy bohužel v tomto případě nevyhnou. (1)

4.3 Císařský řez

Císařský řez se odborně nazývá sectio caesara, je nejčastější porodnickou operací, kdy je plod extrahován z dělohy matky břišní cestou. Může se provádět pouze za podmínky, že naléhající část plodu (hlavička nebo konec pánevní) není vstoupá v porodních cestách. K provedení této operace může být několik důvodů, a to jak ze strany matky, tak i plodu. Patří sem nepoměr mezi naléhající částí plodu a porodními cestami, patologie pánve, krvácení za porodu, zdravotní komplikace matky, patologické uložení plodu, velký plod, vícečetné těhotenství, prolaps pupečníku, akutní hypoxie plodu, psychologické důvody či jiné. (24)

Ženy si sestavují porodní plán i k případu, že předem ví o provedení plánovaného císařského řezu. Mezi jejich hlavní požadavky v tomto případě patří preferování spíše spinální anestezie, ukázat dítě po jeho vybavení rodičům, nehospitalizování na JIP (pokud není ohrožen jejich život), ale chtějí mít tu možnost být s dítětem a s manželem hospitalizovány na nadstandardním pokoji. Dalším jejich požadavkem je, aby bonding probíhal alespoň s otcem dítěte, když to stav matky neumožňuje. (17)

PRAKTICKÁ ČÁST

5.1 Formulace problému

Porod patří mezi náročné životní situace. Je to pro ženu nová, neobvyklá a zátěžová situace, se kterou se každá vyrovnává jinak. Některá se chce na tuto situaci co nejlépe připravit, nastudovat literaturu, informovat se od žen, které tuto zkušenost již mají a seznámit se s různými možnostmi výběru. Jiná žena chce mít tuto situaci co nejrychleji za sebou a plně se odevzdá zdravotnickému personálu, který podle ní nejlépe ví, co je potřeba. Cílem průzkumu je zjistit, proč se ženy rozhodují pro sestavení porodního plánu, jaké jsou jejich nejčastější potřeby a jaké jsou jejich pocity z porodu.

5.2 Cíle

Cíl 1: Zjistit z jakého důvodu si ženy plán stanovují.

Cíl 2: Analýza nejčastějších potřeb žen při porodu.

Cíl 3: Zjistit, zda-li se plán při porodu uplatnil.

Cíl 4: Analýza pocitů žen po porodu.

Cíl 5: Analýza pocitů zdravotníků z porodního plánu.

5.3 Metodika výzkumu

Do své bakalářské práce jsem si zvolila kvalitativní formu výzkumu, díky kterému je možné prozkoumat problém hlouběji. Použila jsem polostandardizovaný rozhovor.

5.4 Vzorek respondentů

Rozhovor byl určen ženám, které měly s sebou u porodu porodní plán a porodním asistentkám, které o ženy během porodu pečovaly a musely s jejich porodním plánem pracovat. Výběr respondentů byl záměrný. První respondentku jsem označila jako ženu A, druhou respondentku jako ženu B. Nejdříve uvádím rozhovor se ženou a pak rozhovor s porodní asistentkou, která pečovala o ženu v průběhu porodu. Žena A rodila v porodnici v Západních Čechách, žena B rodila v porodnici na Jižní Moravě. Ve výzkumu porovnávám potřeby žen, jejich pocity a priority. Také se soustředím na postoj porodních asistentek k porodním plánům. Všechny rozhovory byly použity do praktické části mé bakalářské práce a byly zaznamenávány písemnou formou.

5.4 Zpracování výsledků

Rozhovor č. 1: žena A

Iniciály ženy: M.P., 32 let, vdaná, vysokoškolské vzdělání. První těhotenství a první porod.

„Proč jste se rozhodla pro porodní plán?“

„Já jsem měla docela obavy ze svého porodu. Ještě před tím, než jsem byla těhotná, tak jsem pátrala po tom, proč mám takové obavy. Asi to bylo z výkonů, které jsem věděla, že mě tam čekají. Zjistila jsem, že je dobré mít porodní plán, pokud porod bude probíhat fyziologicky, budu mít možnost tam klást svá přání, která budou respektovaná. Také jsem to brala, že já jsem jejich klient a proč bych nemohla mít nějaké přání.“

„Kde jste se o porodním plánu dozvěděla?“

„Našla jsem si paní, která mě doprovázela v těhotenství a pomáhala mi po právní stránce zpracovávat porodnici, kde jsem chtěla родit. Zvažovala jsem dlouho, kterou porodnici zvolit. Tahle paní mě prvotně přivedla na ten nápad - sepsat si k porodu porodní plán. Pak jsem se o něm dozvěděla podrobněji z knížek Bonding - porodní radost, Hovory s porodní bábou a z různých brožur. Také jsem čerpala z informací na internetu, různé diskuze a tak.“

„Co pro Vás bylo v plánu nejdůležitější?“

„Pro mě je porod intimní záležitost a chtěla jsem, pokud by to bylo možné, aby probíhal přirozeně. Chtěla jsem, aby mě už nikdo nerušil. Nechtěla jsem, aby se mě už někdo na něco vyptával. I když porodní asistentka byla velice příjemná, tak mě její neustálé dotazování rušilo. Už jsem před tím vyplňovala nějaké informace. Dalším důležitým bodem pro mě byla informovanost, abych prostě věděla, co se se mnou bude dít. A nejdůležitější pro mě byl bonding.“

Paní M. P. vedlo k sepsání porodního plánu strach, z rutinních výkonů, které na ni v nemocnici podle jejích slov čekaly. Chtěla mít porod alespoň nějakým způsobem pod

svým dohledem, pokud by to bylo možné. Zjišťovala si, která nemocnice je přístupnější k její podpoře přirozeného porodu. Přečetla hodně literatury, aby se dozvěděla o možnostech porodního plánu co nejvíce. Prioritou porodního plánu pro ni byla informovanost, přirozenost porodu a hlavně podpora bondingu.

„Jak probíhal Váš porod?“

„Začaly mi silné kontrakce kolem 12 hodiny v poledne po 5 minutách, než jsme přijeli do porodnice - což bylo 70 km, jsem měla nález 7 cm otevření po dvou a půl hodinách, což jsem si říkala, že je skvělé. Potom to moc nepostupovalo, jelikož po 5 hodinách byl nález stejný. Už jsem byla vyčerpaná. Nakonec mi byla udělána dirupce, malé se prý nedařilo moc dobře. Byl pak na mě vyvíjen velký tlak, ať pořádně tlačím.“

„Měla jste u porodu doprovod?“

„K porodu jsem chtěla dulu. Sehnala jsem si porodní asistentku, která dělá práci duly. Chtěla jsem ji proto, aby mě u porodu podporovala, snažila se zastavovat rutinní postupy, znala mé přání a v případě, kdybych nebyla schopna rozhodovat, mě zastoupila. Manžel přímo u porodu nechtěl být, jelikož je toho názoru, že některé věci patří jen ženám a já byla stejného názoru, protože ve chvíli, kdy by mi bylo nejhůř, bych nechtěla ještě myslet na manžela, jak to vnímá a prožívá. Byl se mnou ze začátku porodu a poté, co se malá narodila.“

„Z jakého důvodu jste odmítla léky na urychlení porodu?“

„Oxytocin jsem odmítala z toho důvodu, že jsem nejen slyšela, ale také mi to přišlo logické, že když se do těla dá něco, co není jeho, že to není ono a vlastně se mi to i potvrdilo, jelikož jsem Oxytocin nakonec dostala, když šly ozvy dolů. Cítila jsem to nepřirozeně ve svém těle. Nakonec bylo vše v pořádku, malá se narodila a za Apgar skóre neměla stržené žádné body. Ted' si myslím, že by to malá zvládla i bez Oxytocinu. Poslední půl hodinu při porodu se udělal velký stres. Seběhl se tam i anesteziolog a primář z neonatologie a řekli mi, že pokud nebudu pořádně tlačit, tak provedou císařský řez. Což pro mě byla motivace pro velké tlačení. Nakonec se tam pohádali s mojí doulou

po porodu a já nakonec musela ještě jejich hádku utnout. Vůbec to pro mě nebyla příjemná situace. “

Porod paní M. P. probíhal zpočátku velice dobře, vše bylo v pořádku. V určité části otevírání porodních cest se však porod zadrhnul a nepostupoval. Byla jí doporučena ze strany lékaře dirupce, se kterou nakonec paní kvůli stavu miminka souhlasila. Jako podporu si s sebou vzala do porodnice dula. Manžel přímo u porodu nebyl, ale vyčkával na chodbě do narození dcery. Podání léku k urychlení porodu paní v porodním plánu odmítala. Nechtěla do těla žádné tělu nepřírozené látky. Nakonec se tomu nevyhnula a byl jí s jejím souhlasem podán Oxytocin ve formě infuze v závěru porodu. Bylo to z důvodu, že kontrakce nebyly takové, jaké to stav dítěte i matky vyžadoval. Dítě bylo potřeba co nejdříve vybavit. Na paní byl vyvíjen velký stres ze strany lékařů, což ji nakonec motivovalo k výkonnějšímu tlačení. Po narození dcery se pohádali lékař a dula, kvůli infuzi s oxytocinem, což pro paní byl velice nepříjemný okamžik, který jí kazil navazování vztahu s dcerou.

„Jak jste se stavěla k podání klyzma a holení?“

„To jsem si říkala, že by to pro mě bylo hrozně nepříjemné, takže jsem se snažila tak nějak připravit doma. Hlavně jsem tedy chtěla, aby mě už někdo rušil. O klystýru jsem se dočetla z WHO, že to není úplně doporučený postup. Může to poškodit střeva, navíc to není příjemné. “

„Byly Vám podány léky proti bolesti?“

„Nechtěla jsem být nějak tlumená, protože jsem chtěla, aby bylo miminko přirozeně vnímavé, hlavně kvůli bondingu, na tom mi záleželo nejvíce. Dávala jsem přednost alternativním metodám, aromaterapii. Analgetika mi nebyly vůbec podány. Strávila jsem většinu času ve sprše, před tím ještě ve vaně, když byly kontrakce snesitelné. Měla jsem pocit soukromí, takové přítmi. “

„Jaký byl Váš důvod k odmítnutí Hamiltonova hmatu?“

„Nechtěla jsem ho, jelikož jsem si přečetla, že není dokázána jeho účinnost. Několika kamarádkám to bylo provedeno, aniž by na to byly upozorněny. Poté si stěžovaly, že měly velké bolesti břicha.“

„Bylo Vám umožněno jíst a pít za porodu?“

„Měla jsem v plánu uvedeno, aby byl umožněn příjem jídla a pití, ale nakonec jsem vůbec nejedla a pila jsem pouze oslazený čaj. Chvillemi mi totiž bylo špatně, takže jsem na jídlo neměla ani pomyšlení.“

„Měla jste možnost volného pohybu?“

„Měla jsem možnost neomezeného pohybu. Nakonec jsem nevyužila ani balon, chodila jsem na toalety, do sprchy. Prováděla jsem různé úlevové polohy, byla jsem opřena o porodnické křeslo.“

K odmítání postupů jako je holení, podání klyzma či provedení Hamiltonova hmatu, měla paní své opodstatněné důvody. Žádné výzkumy, které četla, nedokazovaly, že by měly tyto postupy pozitivní vliv na vývoj porodu. Paní také dávala přednost alternativním způsobům tlumení bolesti, před farmakologickými. Nechtěla, aby léky měly účinek na plod a byl narušen bonding. Při porodu chtěla mít tu možnost se napít a najíst, ta ji však byla umožněna jen částečně díky zvyklostem oddělení. Paní to ovšem nevadilo, jelikož sama nepociťovala chuť k jídlu. Měla představu, že u porodu využije všechny možnosti volného pohybu, které jí porodnice nabízela. Nakonec zvolila pouze sprchu a vanu, prováděla různé úlevové polohy.

„Co Vás vedlo k odmítnutí protržení vaku blan?“

„Jelikož jsem zastánce přirozeného porodu. Připadalo mi protržení vaku blan jako dosti velký zásah a zbytečný. Ale po tom, co porod moc nepostupoval, už jsem byla vyčerpaná, lékař mi řekl, že když píchnete vodu, že se mi hodně uleví a pomůže to i miminku, jsem souhlasila. Řekl, že je to, jako bych chtěla prorvat balonek naplněný

vodou, že to bude dobré i pro miminko, takže jsem svolila. Nicméně zkusil vodu píchnout dvakrát, ale nic se nedělo, voda neodtekla. Takže to bylo opravdu zbytečné.“

„Jak jste se stavěla k epiziotomii?“

„V těhotenství jsem masírovala hráz. Přišlo mi z knih, že některé porodní asistentky, které se o tom nebály mluvit se přikláněly k tomu, že je lepší přirozené natržení než-li nástřih, že pokud není natržení nějaké velké, je lepší pro zhojení z anatomického hlediska. Má dula u porodu říkala, že mi byl proveden zbytečný nástřih. Já vím, že se obhajují tím, že se jim to lépe šije, ale pořád je to moje tělo.“

„Proč jste odmítala řízené tlačení?“

„Nechtěla jsem, aby mi někdo říkal, kdy mám tlačit a kdy ne. Cítila jsem, že budu vědět, kdy mám tlačit a kdy ne. Říkala jsem si, že čím víc si do porodu nechám zasahovat, tím více mi bude vzdálený a já v něm budu mít pasivní roli a to jsem právě nechtěla. Nakonec se kolem mě spustil takový šrumelec, že jsem byla vybudena k většímu tlačení. Takže to vlastně nakonec bylo řízené tlačení.“

„Jak probíhal porod placenty? Aplikovali Vám nakonec léky na její odloučení?“

„Placenta šla porodit lehce, asi do 5 minut. Akorát mě mrzí, že jsem ji neviděla, o to jsem porodní asistentku zapoměla poprosit. No mě pořád běžela ta infuze s Oxytocinem, a nakonec mi ještě přidávali. Měla jsem pocit, že se ten umělý Oxytocin rychle spotřebovává.“

„Jak probíhalo ošetření miminka a bonding?“

„Chtěla jsem se přesvědčit, jestli je to vážně pravda, čeho všeho jsou miminka po narození schopné, že jsou aktivní, že jsou schopné navázat oční kontakt. Po narození malou jen zabalili a nechali ji na mě. Ani si už přesně nevybavuji, jestli ji ošetřovali na mě nebo ne, ale myslím, že ano. Malá ani neplakala, opravdu se snažila sama najít bradavku, zvedala hlavičku a koukala na mě. Nechali mi ji dvě hodiny u sebe, pak si ji odnesli.“

„Proč jste odmítla příkrmování miminka?“

„Četla jsem, že první dva dny miminko příkrmování nepotřebuje. Ale nakonec příkrmování probíhalo, ale pouze v mé přítomnosti.“

Body týkající se epiziotomie, dirupce vaku blan, podpory spontánního tlačení či podání léků k urychlení porodu se paní bohužel nesplnily. Pro nečekané komplikace paní změnila své rozhodnutí a souhlasila se všemi výše uváděnými postupy, které jí lékaři odůvodnili tím, že to je pro dobro jak jí samotné, tak pro dobro dcery. Prioritou pro paní bylo zdraví její dcery, proto dala na doporučení lékařů. Porod placenty byl rychlý, byl to možná také dle paní účinek dobíhající infuze s Oxytocinem. Bonding probíhal dobře. Paní si však nepamatuje, jestli bylo dítě ošetřené na ní nebo ne. Celkově mám z rozhovoru s paní pocit, že na období, kdy začala tlačit a kdy byla odvezena na šestinedělí, má jen mlhavé vzpomínky. Co se týče příkrmování dcery, ani toto přání nebylo splněno, ovšem příkrmy probíhaly pouze za přítomnosti matky.

„Myslíte si, že se Váš plán při porodu uplatnil?“

„Jsem moc ráda, že jsem si svůj plán sestavila. Hodně mi to porod změnilo – posunulo mě to. Bez něj by se mě nikdo na nic neptal. Neujasnila bych si, jak ten porod chci.“

„Jaký se Vám jevil přístup personálu k Vámi sestavenému plánu?“

„Porodní plán jsem odevzdala hned při příjmu. Detailně ho studovali. Pokud něčemu nerozuměli, tak se mě zeptali. Také se ptali, jestli by mi to vadilo, kdyby něco provedli jinak. Ptala se převážně porodní asistentka. Lékař měl jen jednu připomínku – že doufá, že to bude probíhat dobře, aby byli všichni spokojení. To mě znejistilo. Vnímala jsem to, jako že bude nějaký problém. Potom jsem cítila hrozně veliký stres z personálu, všichni se radili. Myslím si, že se snažili, aby neudělali nic špatně, abych si nemohla ztěžovat. Přišlo mi, že nějaké věci se mi snažili vytknout, abych to byla já, kdo má pocity viny a oni byli ti dobří.“

„Jak jste byla spokojena s porodní asistentkou a celkově s personálem?“

„Porodní asistentka byla výborná, jen na začátku hodně mluvila, snažila se mě povzbuzovat, ale já osobně jsem neměla na to, jí to říct, že stojím o klid, nakonec jí to něžně řekla má dula. Doktor byl také v pohodě, až do poslední půl hodiny, kdy se pohádali s mou doulou. Bylo to pro mě v tu chvíli dost nepříjemné a nepochopitelné. Prvně jsem si říkala, že u něj určitě taky pracovaly nervy, ale druhý den za mnou přišel na šestinedělí a řekl mi takové věci, které neměl. Co se týče porodu, nechci říkat, že udělal co neměl, myslím si, že za těch podmínek co byly si myslím, že udělal to, co musel. Ale jsem na něj naštvaná za to, co mi řekl na tom šestinedělí, že být na něm, mám po porodu za 4 hodiny, ale já mu argumentovala tím, že jsem nepřišla rychle porodit.

Informovanost byla k mému překvapení výborná, snažili se mě o všem informovat. I můj porodní plán akceptovali.“

Souhrn:

Porodní plán si paní M. P. zvolila z toho důvodu, že chtěla mít svůj porod pod kontrolou a chtěla se vyhnout rutinním postupům, které by jí bránily v přirozenosti porodu. Díky literatuře a jiným zdrojům, které kvůli sestavení plánu přečetla, si byla však vědoma komplikací, které by mohly při porodu nastat, proto počítala i s variantou, že její plán nebude splněn úplně dle jejích přání. Porod paní M. P. z počátku probíhal dobře, později se však v určité části zaseknul a nepostupoval. Dítěti se po nějaké době podle CTG záznamu nedařilo dobře. Proto byly některé body v plánu s paní prodiskutovány a provedeny jinak, než si původně přála. Zdá se, že paní neměla problém s ústupem od svých původních požadavků. Záleželo jí hlavně na stavu dcery. Podle rozhovoru s paní se mi jevílo, že si část, kdy byla porozena dcera, moc nevybavuje. Nevěděla, zda byla dcera ošetřena na ní nebo ne. Každopádně bonding po porodu proběhl bez problémů. Paní však uvedla dvě nepříjemné situace, které ji mrzí dodnes. První situací bylo, kdy se před ní po narození dcery pohádal lékař a její dula. Sama paní musela zasáhnout a upozornit je na to, že to není vhodné. Druhá situace nastala, když za ní lékař přišel na oddělení šestinedělí a vytknul jí, že kdyby následovala zavčas jeho rad, mohla mít porozeno už mnohem dříve.

Za sestavení plánu byla paní ráda, jelikož si zaprvé sama ujasnila, co je pro ni nejdůležitější a za druhé měla aspoň možnost zasahovat do svého vlastního porodu. Podle ní by se jí jinak nikdo na nic neptal. S informovaností byla paní moc spokojena.

Přístup k porodnímu plánu a k ní samotné se jí zdál ze strany zdravotníků velice opatrný. Opravdu s ní rozebírali každý bod. Paní si myslí, že jejich pečlivost a starostlivost pramenila ze strachu, aby si na ně paní náhodou neztěžovala. Také jí přišlo jako by se jí snažili vnuknout myšlenku, že cokoli by se u porodu stalo, byla by to její chyba. Celkové chování personálu hodnotí paní za příjemné, až na určité situace. Porodní asistentka, i když byla podle paní moc příjemná, jí ze začátku narušovala svými častými návštěvami a povzbuzovacími frázemi intimní prožívání porodu.

Rozhovor č. 2: porodní asistentka

Porodní asistentka: K. S., vysokoškolské vzdělání, praxe na porodním sále 4 roky, bezdětná. Pečovala o paní M. P. během porodu.

„Jaký názor máte na porodní plán paní M. P.? Dělal Vám problém vést porod s porodním plánem a respektovat její přání?“

„Neměla jsem s ním problém, jediné co se u nás dělá rutině, je zavádění flexily (máme za sebou dvakrát zvládnutý DIK, tak možná z této zkušenosti), proto pokud si ji matky nepřejí, dáváme jim podepsat negativní revers. Přání nebyla nijak zvláštní, jen mě překvapila nepřítomnost otce u porodu. Kopii porodního plánu jsem odevzdala i na neonatologické oddělení. Paní chtěla přítmi, hudbu, aromaterapii, kontakt skin to skin, přiložení do 30min, chtěla veškeré informace, doprovod u porodu a možnost volného pohybu, což mi přišlo samozřejmostí. Nepřála si vyloženě jen medikaci a dirupci. U nás se běžně dělá aromaterapie, kontakt skin to skin, přiložení po porodu, hudba u porodu, volný pohyb, možnost pití. CTG paní nevadilo-chtěla znát stav miminka.“

„Jak postupoval porod u paní? Vyskytly se nějaké komplikace?“

„Porod stál na 8 cm, držel to vak blan, paní pak řekla, po doporučení lékaře, že chce dirupci a dula začala být arogantní i vůči paní. CTG záznamy byly fyziologické, pak při tlačení však spadly ozvy plodu. Voda plodová měla po dirupci kašovitou konzistenci. Pro kontrakce asi po 7 minutách byla paní napojena infuze pro posílení kontrakcí a myslím, že se nakonec dělal i VEX. Dula byla hysterická a křičela na nás. Paní chtěla hlavně, aby dítě šlo ven.“

„Jak na Vás paní působila?“

„Působila na mě, že sama nedělá rozhodnutí, vždy se dívala na dula, jestli kývne nebo ne a to i po porodu na šestinedělí. Trvala na tom, že nechce flexilu (podepsala revers), medikace nebyla nutná a dirupci nechtěla a dokud si paní o ni výslovně neřekla, tak se nedělala. Spolupracovala dobře, pokud mi ovšem s paní dovolila dula

mluvit - chtěla mě od paní separovat a neakceptovala to, že potřebuju znát potřeby paní a musím se s ní domluvit, co kdy chce.“

„Myslíte, že byla dula pro paní oporou?“

„Vůbec se mi nezdála pro paní jako opora, seděla daleko od paní i za dveřmi ani jí nepomohla se sprchou nebo masáží, byla arogantní a ani se nám při příjmu nepředstavila. Zakazovala mi komunikaci s paní, přitom podle mě nevadila paní komunikace. Nechtěla, abych poslouchala ozvy, když na CTG záznamu byly DIP 1 a tvrdila, že jsou to normální ozvy plodu.“

Porodní asistentka K. S. neměla problém s respektováním porodního plánu paní M. P. a podle povídání mi přišla, že je na práci s porodními plány zvyklá. Zdál se jí srozumitelný a přání paní chápala. Pouze nechápala nepřítomnost partnera u porodu. Porodnice umožňovala automaticky většinu přání, která měla paní v plánu uvedená. Jen paní odmítla jediný rutinní postup nemocnice a to zavedení flexily, proto musela podepsat negativní revers. Porod paní se vyvíjel dobře, až do okamžiku, kdy se zastavil a nepostupoval dále. Byla u ní dle porodní asistentky na její vlastní žádost provedena dirupce, kdy odtekla kašovitá voda plodová. Poté začaly při tlačení alterovat ozvy a postupovaly se kroky k rychlému vybavení dítěte. Všechny kroky byly se souhlasem paní. Porodní asistentce připadala paní, jako by neuměla sama udělat rozhodnutí, pořád se dívala na dula a řídila se jejím názorem. Spolupráce s paní byla dobrá, pokud do toho nezasahovala dula. Dula se podle porodní asistentky vůbec nechovala jako podpora paní, byla arogantní, ani se nepředstavila. Porodní asistentce vadilo, že jí neumožňovala kontakt s paní.

„Co si myslíte o odmítání holení a klystýru?“

„Holení záleží na přání ženy. Klystýr sice také, ale já ho doporučuji kvůli místu, kterého tam není moc a pro příjemnější pocit při tlačení, já osobně bych ho chtěla, ale nenutíme ho. Některé maminky přijdou s Yalem a chtějí raději Yal gel.“

„Jak se stavíte k odpírání jídla a pití při porodu?“

„U nás je ženám dovoleno pít sladký čaj, pokud nemají gestační diabetes mellitus - pak mají hořký, nebo sladkou vodu bez bublin. Jídlo moc nedovolujeme, ale pokud je porod v počátku nebo se jedná o poslíčky- polévka nebo přesnídávka nám nevadí, pokud na ni ženy mají vůbec chuť.“

„Byl paní umožněn volný pohyb?“

„Ano, byl umožněn, doporučujeme vzpřímenou polohu. Paní měla volný pohyb do tlačení, pak už byla v polosedě a držela se rukama pod kolena.“

„Bylo paní umožněno využití alternativních nefarmakologických metod k tlumení bolesti?“

„Ano. Záleží, o co mají ženy zájem. V tomto případě paní využila asi nejvíce sprchy a vany. Máme pomůcky i pro aromaterapii i aromalampu. Také máme pro ženy k dispozici žíněnky.“

„Co si myslíte o odmítnutí amniotomie?“

„I když v plánu paní měla uvedeno, že ji nechce, byla jí nakonec provedena. Paní o ni výslovně požádala, když porod 2 hodiny stál, několikrát jsme se raději ujistili, že si to opravdu přeje.“

„Byl porod paní nějakým způsobem urychlován?“

„Ano během tlačení, když spadly ozvy. Se souhlasem paní jí byla podána infuze s Oxytocinem.“

„Bylo nutné provedení epiziotomie?“

„Ano, kvůli urychlení a vybavení plodu ano. I pediatr to také doporučil.“

Porodní asistentka respektovala jednotlivé body v plánu a snažila se je paní umožnit. Chápala důvody, proč paní odmítala tyto zásahy. Ovšem i ona musí respektovat zvyklosti oddělení, proto paní měla omezené jídlo a pití. K využití alternativních metod tlumení bolestí nabídla paní pomůcky, které jsou na oddělení dostupné. Amniotomie, urychlení porodu a epiziotomie byly nakonec paní provedeny po konzultaci s lékařem a souhlasem paní, jelikož to vyžadoval stav plodu.

„Bylo paní umožněno spontánní tlačení, dle její subjektivních pocitů?“

„Ne, šlo o akutní hypoxii plodu. Přitlačili jsme několikrát ve stoje, ale pak ozvy padaly a šli jsme do sedu s chycením pod kolena rukama a sbalením do klubička – u nás je to běžná poloha. Nakonec bylo dítě vybaveno VEXEM.“

„Mohl ihned po porodu probíhat bonding?“

„Ne hned. Pupek mělo dítě omotaný dvakrát kolem krku. Potřebovalo péči pediatra a několikrát prodýchnout a taktilní stimulaci. Pupečník přestříhl lékař, aby ho mohl dostat ihned pediatr.“

„Byl po porodu podpořen bonding, jak si paní přála?“

„Ano, hned po stabilizaci dítěte. Paní měla připravenou svoji roušku-ručník dle doporučení pediatra. Takové ty klasické věci kolem dítěte – kredeizace, kanavit, měření...se udělalo až po dvou hodinách, kromě vážení, to se u nás tak dělá normálně.“

„Byl nějak urychlován odchod placenty?“

„Normálně se u nás podává Methylergometrin. Paní měla v plánu uvedeno, že nechce nic na urychlení odloučení. Navíc jí stejně kapal Oxytocin. Placenta byla odloučená během chvílky.“

Porod probíhal nakonec dramaticky. Během tlačení alterovaly ozvy plodu a bylo nutné zasáhnout. Musela se použít vakuum extrakce na vybavení plodu. Paní byla podána infuze s Oxytocinem. Dítě po narození mělo pupečník omotaný kolem krku,

proto lékař rychle přestříhнул šňůru a dítě putovalo ihned do péče pediatriů. Placenta se odloučila rychle. Po stabilizaci dítěte a jeho zvážení, se zabalilo do deky, kterou měla paní nachystanou a přiložilo se na břicho matce. Poté mohl probíhat bonding. Nakonec vše dobře dopadlo.

„Myslíte si, že byl porodní plán uplatněn?“

„Částečně ano, ale v akutní fázi jsme paní vysvětlili, proč nemůžeme její přání respektovat a paní myslím věděla proč...snaha byla. Atmosféra byla hezká do akutní fáze, voňavé a příjemné prostředí až na tu dula, která tam byla k ničemu a dělala jen dusno.“

„Jak byste shrnula porod?“

„Byl to jeden z porodů, kdy se to zvrtno, ale to může u každého. Pupek dvakrát těsně kolem krku může mít každý, a proto se rodičky sledují. Jinak paní byla trochu nerozhodná – nevěděla, co chce, rozhodovala za ní dula a to mě překvapilo. Ve chvíli, kdy se paní odklonila od jejího názoru, se k ní pak už nechovala hezky. K tomu se ještě dula vytratila hned po porodu. Jinak s plánem jsem problémy neměl, s paní se dalo dohodnout a jednotlivé body jsme zkonzultovali. Cítila jsem se separovaná od rodičky dula – snažím se vždy navázat s matkami dost blízký vztah a často jsem s nimi v kontaktu i po porodu. Strašně mi vadila arogance duly a její bránění poslouchání ozev, když slyšela, že padají. Taky mi vadila separace otce, který seděl celou dobu na chodbě. Přišlo mi to jako, aby dule nepřekážel a paní se nesnažil ovlivnit od toho, co chtěla dula. Mimochodem u nás jeden den pracovala a nebyla schopná pořádně zajistit ženy během porodu a během 2 let pracovala v pěti porodnicích, což si myslím, že zrovna nevypovídá o její profesionalitě, myslím že dula by měly dělat ženy s vlastní zkušeností s porodem a určitě je tam zapotřebí empatie. Navíc poté, co si mi teda konečně podařilo zjistit její jméno od otce, jsem podle jejích www stran, zjistila, že za celou akci dostala celkem asi 10 000,- Kč, přijde mi to jako okrádání žen. To je můj názor na tenhle porod, nebyl nic moc, ale z příčin které se mohou stát každému, i mně a budu pak v takové chvíli ráda, že u mě je ten doktor, který u paní v tomto případě opravdu byl. A na náš tým spoléhám a svěřila bych se mu do rukou. A z tohoto porodu mám čisté svědomí.“

Souhrn

Porodní plán se v tomto případě uplatnil podle porodní asistentky jen částečně, jelikož došlo na konci porodu ke komplikacím. Jinak se jí zdála atmosféra u porodu příjemná. Narušovala ji dle ní dula, která tam byla akorát přítěží pro paní. Z projevu porodní asistentky mi přišlo, jako by si nebyla sama jistá, jestli vše probíhalo, tak jak mělo. Snažila se s paní komunikovat, otázkou však je, jestli paní stála o komunikaci s porodní asistentkou nebo jim to dula opravdu neumožnila. Je také možné, že porodní asistentka a dula měly vůči sobě vzájemné antipatiemi již z dřívější doby.

Porodní plán asistentka opravdu dodržovala a nesnažila se paní do něčeho nutit nebo přemlouvat. Změny plánu, které při porodu nastaly, se ženou konzultoval lékař. Do těchto věcí neměla porodní asistentka možnost moc zasahovat.

Rozhovor č. 3: žena B

Iniciály ženy: M. S., 31 let, vzdělání středoškolské s maturitou. První těhotenství a první porod.

„Jaké rozhodnutí Vás vedlo k sepsání porodního plánu?“

„Navštěvovala jsem předporodní kurzy, kde jsem se o porodním plánu dozvěděla, kde nás s ním seznámili. Také jsem něco málo četla na diskuzích na internetu. Plán jsem si sepsala doma podle sebe, podle svých představ, jen jsem se o nějakých bodech radila se ženami, které navštěvovaly kurz současně se mnou. Měla jsem takové informace, že ve většině porodnicích přistupují hodně rutinně a nepřistupují k porodu šetrně, tomu jsem se chtěla právě vyhnout. A i když byl předporodní kurz hodně zaměřen na přirozenou stránku porodu, upozorňovaly nás také na komplikace, které se mohou vyskytnout, tak že se naše přání nemusí vždy vyplnit.“

„Co pro Vás bylo v plánu nejdůležitější?“

„Nejdůležitější pro mě bylo, aby mě o všem informovaly. Dříve jsem se setkala s nepříjemnou zkušeností, kdy při otázce na lékaře, když mi dával nějaké léky, jestli mají nějaké vedlejší účinky, tak mi odsekl, že by mi přece nedával nic špatného. Nebylo to tady, bylo to v jiném zařízení. Proto pro mě byla informovanost tak důležitá.“

„Jak začal Váš porod?“

„Bylo to náročné. Začaly mi kontrakce spontánně, nejdřív po 10 minutách, to bylo pohodové, pak se postupně asi za 2 hodiny zkracovaly i na těch 4-5 minut. Pak jsem přijela dopoledne na první kontrolu do porodnice a tam mi řekli, že i když jsem měla kontrakce po 3-4 minutách, tak neudělaly vůbec žádnou práci a poslali mě zpátky domů. Tak jsem strávila asi dalších 7 hodin doma s kontrakcemi asi po 5 minutách, no a znova jsem jela do porodnice kolem 4. hodiny odpoledne a tam mi řekli, že jsem otevřená asi na 4 cm, tak už si mě tam nechali. Ty kontrakce byly náročnější, pořád po 5 minutách, ale po dvou hodinách jsem se otevírala asi 1 cm, bylo to velice bolestivé, náročné a ty kontrakce nepracovaly tak, jak měly.“

„Měla jste u porodu doprovod?“

„Měla jsem u porodu jak manžela, tak dula. Dulu jsem chtěla proto, že sice manžel se mnou navštěvoval předporodní kurzy, ale myslím si, že by se nedokázal vcítit tak, jako ta dula. Byla tam pro mě velkou podporou, pomohla mi s úlevovými polohami, masírovala mi křížovou oblast. Sledovala kontrakce, jelikož já se na to nedokázala soustředit. Myslím si, že žena u porodu potřebuje vypnout a soustředit se na porod. Vadilo mi, že jsem musela vyplňovat různé údaje a ty kontrakce mi přestaly během té doby. Navíc si myslím, že tam můj doprovod byl nápomocen i personálu, jelikož tam nemusela porodní asistentka tak často chodit.“

Paní M. S. si vybrala porodní plán z toho důvodu, že si chtěla udělat představu o porodu a chtěla se vyhnout některým rutinním výkonům, o kterých slyšela, že se často provádí. Chtěla se tím také podílet na rozhodování o průběhu svého porodu a chtěla být dostatečně informovaná, bylo to pro ni velice důležité vzhledem ke špatné zkušenosti s informovaností. Porod postupoval pomalu, trápily ji kontrakce, které nebyly zrovna efektivní. Jako doprovod si zvolila svého partnera a také dula, v které měla velkou oporu, pomáhala jí po celou dobu porodu.

„Jaký byl Váš postoj ke klystýru a holení?“

„V plánu jsem o něm zmínku neměla. Nechala jsem to tak. Nakonec mi ho porodní asistentka u porodu nabídla, ale já měla pocit, že jsem dostatečně vyprázdněná a porodní asistentka mě do něj nijak nenutila. Co se týče holení, tak jsem byla tak nějak nachystaná z domu.“

„Jak jste se stavěla k podání léků?“

„Měla jsem uvedeno v plánu, že preferuji přirozený porod, pokud možno bez medikamentů. Ty kontrakce byly sice náročné, ale daly se zvládnout, stačilo se na ně soustředit a hlavně na to dýchání. Takže nějaké tlumící léky nebyly potřeba, dostala jsem jen asi Buscopan na uvolnění těch porodních cest. Využila jsem aromaterapie a koupele ve vaně. Ty kontrakce už potom opravdu nebyly takové, jaké by měly být. Tak za mnou přišla porodní asistentka a zeptala se mě, jestli mi může dát infuzi s Oxytocinem.“

Souhlasila jsem, jelikož už jsem byla opravdu vyčerpaná a pokud to mělo pomoci, tak jsem byla pro.“

„Proč jste odmítala nástřih hráze?“

„Ten jsem nechtěla, ale sama jsem porodní asistentce řekla, že jestli to bude potřeba, ať ji klidně udělá. Ta mi ji nakonec udělala, říkala mi, že jsem měla hodně pevnou hráz. Prý nebyla ani nijak velká.“

„Jak často jste byla vyšetřovaná?“

„Asi každé dvě až tři hodinky, vyšetřovala mě pouze porodní asistentka, jen při příjmu lékaře. Vadila mi jen pravidelná monitorace miminka. Nevím, jak se ten přístroj přesně jmenuje. Vadilo mi, že jsem musela být omotaná na 20 minut. Myslím, si, že by stačilo, kdyby porodní asistentka přišla vždycky jen poslechnout ozvy miminka. Navíc se k mému překvapení malému v bříšku dobře dařilo, i když mi ty kontrakce daly zabrat.“

„Provedli Vám nakonec protržení vaku blan?“

„Moc jsem ji nechtěla. Měla jsem informace, že to do jisté míry chrání to miminko. Nakonec jsem se k tomu odhodlala, jelikož mi porodní asistentka říkala, že by to mohlo pomoci, tak jsem ji sama požádala. Měla jsem to tak i uvedené v plánu.“

„Měla jste dostatečné soukromí u porodu, jak jste chtěla?“

„Tak to určitě ano. Jelikož jsem rodila tak nějak přes noc. Měla atmosféru opravdu ideální. Chodila za mnou pouze porodní asistentka, jen ze začátku tam byl i doktor. Porodní asistentka navíc byla velice příjemná a taktní.“

„Co Vás vedlo k přání nechat pupečník dotepat?“

„Slyšela jsem, že je to jeho takový záložní zdroj, když se narodí. Nakonec jsem to ani nějak nevnímala, jestli se vůbec nechal dotepat. Byla jsem už natěšená, až budu mít malého na sobě.“

„Byly splněny Vaše požadavky ohledně miminka?“

„Po narození mi ho přiložili hned na břicho, kde ho také ošetřili. Měl spokojený výraz, koukal na mě. Byla to nádhera. To trápení s těma kontrakcemi za to stálo. Měla jsem ho u sebe celé dvě hodiny, co jsem byla na porodním sále, než mě převezli. Sebrali mi ho jen na chvíli a to, aby ho zvážili, změřili a zabalili. Co se týče podání Kanavitu, sami mi řekli, že se u nich podává ve formě kapek. Dětská sestra mi pomohla malého přiložit a ten se hned chytil.“

Paní vyloženě netrvala na svých požadavcích, co se týče zásahů do porodu. Všechno nechala na domluvě s porodní asistentkou. Vadila jí jen pravidelná monitorace pomocí CTG záznamu. Myslela si, že by stačil pouze poslech ozev, když bylo vše v pořádku. Soukromí klientky bylo zachováno a respektováno. Porodní asistentka jí do ničeho nenutila, ani nepřemlouvala. Požadavky ohledně miminka byly také dodrženy.

„Myslíte si, že se Váš plán u porodu uplatnil?“

„Nakonec jsem viděla, že tady ten porodní plán ani nebyl moc potřeba, některé věci dělají sami automaticky. Uplatnil se skoro stoprocentně, až na ten Oxytocin a pár jiných věcí. Ale to mi vůbec nevadilo.“

„Jak jste byla spokojená s porodní asistentkou a přístupem personálu k porodnímu plánu?“

„Když jsem byla přijata, tak se o mě asi 2 hodinky starala jiná porodní asistentka. Ta byla taková protivná, snažila se mi naznačit, že by mi ten klystýr pomohl. Byla taková odměřená, měla jsem pocit, že ji tím asi podtrhuji její autoritu. Porodní asistentka, která se o mě starala potom, byla moc příjemná, empatická a porodní plán se mnou prokonzultovala. Myslím si, že s porodním plánem neměla sebemenší problém. Doktor se mnou plán vůbec neřešil. Tak viděla jsem ho jen na začátku porodu a ke konci, kdy mě tam jen přišel zašít.“

„Jak byste shrnula svůj porod?“

„Bylo to vyčerpávající. Myslela jsem, že to bude úplně jiné – kratší, ale v kurzu nám říkali, že to je prostě strašně individuální. Ale nakonec to všechno dobře dopadlo, žádné komplikace nenastaly, až na ty kontrakce, ale můj chlapeček mi za to stál. Atmosféra byla velice příjemná. S péčí jsem byla spokojená. Rozhodně bych tu chtěla rodit i v budoucnu.“

Souhrn

Paní na mě působila, že si porodní plán zvolila hlavně z toho důvodu, že ji do toho navedli v předporodním kurzu. Připadalo mi, že pořádně ani nevěděla pro a proti k jednotlivým bodům a nechala se ovlivňovat názory jiných žen. Bylo vidět, že nejdůležitější pro ni byla opravdu informovanost s průběhem porodu. Paní měla porodní plán podle mě hezky napsaný, slušnou formou, žádné striktní zákazy. Navíc se s ní dalo domluvit na možných odchylkách od jejího plánu. Porodní plán se v tomto případě uplatnil, jelikož paní byla svolná i k jiným variantám. S péčí personálu byla spokojená, až na první porodní asistentku, která o ni chvíli pečovala. Prostředí pro ni bylo velice příjemné a klidné. Porod probíhal dobře, až na slabé kontrakce, kterým se pomohlo Oxytocinem. Poté šel porod hladce, dítěti se celou dobu dařilo dobře, záznamy byly v pořádku. Pro paní byl porod náročný, ale nakonec to přešel pocit, kdy držela své dítě v náručí. Je rozhodnuta si vybrat toto zařízení i pro svůj další porod.

Rozhovor č. 4: Porodní asistentka

Iniciály porodní asistenty: K. D., praxe na porodním sále 8 let, vysokoškolské vzdělání, 2 děti. Pečovala o paní M. S. v během porodu.

„Jaký jste měla pocit z porodního plánu paní M. S.? Měla jste s ním nějaký problém?“

„Setkala jsem se při své praxi už s mnoha plány. Některé ženy trvají striktně na občas nesmyslných přáních, jiné jsou ochotné i na možnosti jiných variant, než jaké byly jejich původní přání. Porodní plán paní M.S. na mě působil velice prostě, paní měla pochopitelná přání a navíc byla už v plánu ochotná ke změnám a byla připravená, že mohou nastat komplikace. Porodní plán jsem s paní prošla a vcelku jsme se shodly v následujícím průběhu. Vysvětlovala jsem jí, proč v určitých situacích postupujeme tak nebo onak, nebo proč se přikláníme k některým věcem. Do ničeho jsem paní nenutila, snažila jsem se respektovat její pocity.“

„Jak na Vás působil doprovod, který s sebou paní měla?“

„Paní měla u porodu manžela i dula. Manžel se držel spíše v povzdálí, nebyl pro paní takovou oporou jako dula. Dulu znám, jelikož u nás dělá doprovod ženám dost často. Myslím si, že nijak paní neovlivňuje v jejích rozhodnutích, naopak se vždycky snaží podpořit naše rady. Byla tak paní opravdovou oporou, masírovala jí kříž, pomáhala jí s polohami, připravovala jí koupel s namíchanou směsí z olejů. Nebyl s ní žádný problém.“

„Jak postupoval podle Vás porod u paní?“

„Paní přijela už během dopoledne s kontrakcemi, ale lékař ji poslal ještě domů, protože se nijak neotvírala. Pak přijela znova odpoledne, že má kontrakce častější a silnější. To už jsme ji hospitalizovali. Měla hezký nález. Na brance 8 cm se však porod zastavil, kontrakce sice byly, ale krátké a slabé, nijak nepomáhaly dalšímu otevírání porodních cest. Nakonec jsme jim pomohli podáním Oxytocinu. Potom šel porod už hezky, paní porodila. Musela jsem udělat nástřih – hráz byla dost pevná. Placenta šla

hned po porodu dítěte, standardně tady podáváme Methylergometrin na podporu odloučení.“

Porodní asistentka je na porodní plány za svou praxi zvyklá. Chápe potřeby žen, jelikož už sama má za sebou dva porody. Porodní plán paní M. S. se jí zdál srozumitelný, slušný, netrvala striktně na svých požadavcích. Dalo se s paní spolupracovat. Do ničeho ji nenutila. Respektovala potřeby paní. Doprovod, který měla paní s sebou, nijak porodní asistence nezasahoval do její práce. Byli pro paní oporou. Dula o paní pečovala a pomáhala jí překonat její těžkosti. Navíc dula znala postupy porodnice, jelikož tu provádí doprovody žen docela často. Takže i personál je na ni zvyklý. Porod postupoval dobře, až na slabé, nepravidelné a neúčelné kontrakce, které paní od určité doby začaly trápit. Byly podpořeny podáním infuze s Oxytocinu. Poté se porod opět rozběhnul a vše pokračovalo již v pořádku.

„Co si myslíte o postupech, které paní odmítala?“

„No, kolegyně, která se starala o paní, než jsme si vyměnily služby, nabízela paní klystýr, ta ho nechtěla. Nějak k tomu ženy tady nenutíme, pokud si to nepřejí. Je to čistě jejich rozhodnutí. Podle mého názoru je to ale lepší ho dát, jak z anatomických poměrů, tak k lepšího pocitu ženy. Paní odcházela při tlačení stolice, což si myslím, že pro ni nebylo příliš příjemné. Léky nakonec byly podány, a to Oxytocin a Buscopan, na tom jsem se s paní dohodla a nebyl to problém. Někdy to prostě vyžaduje zásah farmak. Paní se nelíbila častá monitorace plodu, ale snažila jsem se jí to vysvětlit- i dula stála v tomto při mně. To bylo asi jediné, co si myslím, že paní vadilo. Nástřihu jsme se bohužel nevyhnuly, jelikož měla paní opravdu pevnou hráz, ale sama mi říkala, že pokud to bude potřeba, mám stříhnout. Myslím si, že nepatřím k těm, které by tento zásah prováděli zbytečně. Navíc sama jsem si dvěma porody prošla, takže jsem si vyzkoušela, jaké to je mít nástřih. Na dirupci jsem se s paní taky dohodla, zkusili jsme, jestli to posune porod dál nebo ne. Paní se tak nějak nevyjadřovala, proč si tyto zásahy vlastně nepřeje. Nijak si to neobhajovala.“

„Měla paní dostatečné soukromí?“

„Myslím si, že ano, jelikož rodila v noci, bylo na sále minimálně lidí. Chodila jsem za paní jen já a snažila jsem se ji vyrušovat co nejméně. Navíc měla na pokoji příjemné přitímní a krásnou vůni z olejů.“

„Nechala jste dotepat pupečník?“

„No odstříhla jsem pupečník asi po minutě. Zeptala jsem se otce, jestli si chce přestříhnout pupečník a on souhlasil. Dítě jsem po porodu dala matce na břicho, bylo spokojené, dobře se aklimatizovalo.“

„Byl umožněn kontakt paní s dítětem?“

„Určitě ano, hned po přestřížení pupečníku, jsem dala dítě na břicho matky. S porodním plánem jsem také předem seznámila dětskou sestru, aby věděla, co si paní přeje. Dělá se to tu standardně. Pediatr vyšetřil dítě přímo na těle matky, jak chtěla. Dítě bylo s matkou po celou dobu, co byla na porodním sále, pak ho otec odnesl dětským sestřičkám na novorozenecké oddělení a my převezli paní na oddělení šestinedělí.“

Porodní asistentka respektovala přání paní M. S., která zahrнула do svého plánu. Nesnažila se ji rozmluvit její přání. Výkony, které byly potřeba provést, paní vysvětlila a snažila se, aby pochopila jejich důležitost. Pouze v názorech na pravidelnou monitoraci se rozcházely. Paní nechápala důležitost tohoto vyšetření, myslela si, že stačí pouze poslech ozev. Porodní asistentka vytvořila paní také vhodnou atmosféru pro porod. Pupečník nenechala dotepat, dítě odstříhl otec asi po minutě. Přání ohledně dítěte byla splněna – dítě bylo celou dobu v kontaktu s matkou i otcem.

„Myslíte si, že se plán paní uplatnil?“

„Myslím si, že v tomto případě ano. Nikdy však nevíme, co se může stát. Navíc si myslím, že spoustu věcí, co měla paní v plánu, je pro nás samozřejmostí. Na věcech, které byly potřeba, jsem se s paní domluvila.“

„Jak byste porod shrnula?“

„Porod probíhal celkem klidně, až na ty slabé kontrakce, které bylo potřeba povzbudit. S paní se velice dobře spolupracoval, byla příjemná. Její doprovod taky. Jen mě mrzí, že nechápala, že jsem musela natáčet miminko, samotné ozvy by neukázaly, jak se dítěti v děloze daří. Pravidelná kontrola fyziologických funkcí taky paní nevadila. Atmosféra porodu byla také příjemná. Myslím si, že by paní mohla být s péčí spokojena. I já jsem byla spokojena s průběhem porodu. Myslím si, že jsem se o paní dobře starala a volila správně postupy v péči o ni.“

Souhrn

Porodní plán byl ve všech skutečnostech u paní dle porodní asistentky uplatněn. V podstatě netrvala nijak zásadně na striktním dodržení plánu. Byla otevřená i jiným variantám. Spolupráce s ní byla velice dobrá a příjemná. Doprovod nijak neovlivňoval rodičku a nebránil porodní asistentce v její péči a výkonům. Jednotlivé body porodní asistentka respektovala, a pokud byla nutná změna, s paní M. S. to vždy konzultovala. Atmosféra porodu byla příjemná pro obě strany. Porod zbrzdily jen neefektivní kontrakce, které ho neposouvaly dál. Dítěti se dařilo během celé doby dobře, jen rodičku obtěžovala monitorace pomocí CTG. Kontakt s dítětem byl matce bezprostředně po jeho porodu umožněn. Její přání akceptovali i pediatr a dětská sestra z novorozeneckého oddělení, kteří byli při porodu. Porodní asistentka měla z průběhu porodu dobrý pocit. Stojí si za všemi postupy, které zvolila v péči o paní a dítě.

6 DISKUZE

Téma bakalářské práce „Porodní plán a možnost jeho uplatnění na porodním sále“ jsem si vybrala, jelikož jsem se s porodními plány stále častěji při své praxi setkávala. Některé porodní plány, s kterými jsem se při své praxi setkala, uvádím k nahlédnutí v přílohách. Zajímalo mě, co ženy vůbec vede k sestavení plánu. Zda-li je to nedůvěra k personálu nebo pouze chtějí splnit svou představu o průběhu porodu. Původně jsem si myslela, že je to módní záležitost, která se v poslední době rozmohla, ale během výzkumu jsem zjistila, že porodní plán umožňuje ženám si udělat představu o porodu, seznámit je s možnostmi, které mohou u porodu využít a hlavně, že se ženy chtějí vyhnout rutinním postupům, které podle nich zdravotníci provádí standardně u všech porodů.

Každá žena je jiná, některá se plně odevzdá do péče zdravotnického zařízení, jiná chce v náročné situaci stále zůstat tím, kdo rozhoduje o dalších postupech. Zaujal mě výzkum socioložky Mgr. Emy Hrešanové, která se zabývala výzkumem, které ženy si porodní plán sestavují nejčastěji. Rozdělila ženy na zajímavé skupiny, podle porodního vědění, kterým disponuje každá žena. Respondentky, které jsem si vybrala do svého výzkumu, bych zařadila do skupiny moderních přírod'aček. Obě ženy byly zastánkyně přirozeného způsobu porodu. Podle mne byla žena A více typická pro tuto skupinu. Její porodní vědění bylo opravdu rozsáhlé, na rozdíl od ženy B, která mi nepřipadala, že by disponovala velkým porodním věděním. Ve svém výzkumu jsem se snažila ženy posuzovat objektivně, snažila jsem se pochopit jejich potřeby a vcítit se do jejich situace.

Prvním cílem mé práce bylo zjistit, jaký je důvod, který ženy vede k sestavení plánu. Z výzkumu jsem se dozvěděla společný důvod, a to vyhnout se rutinním postupům, kterých se v porodnici obávaly. Obě ženy byly nakloněny přirozenému průběhu porodu. Žena A měla pro sestavení plánu ještě jiné důvody a to, že si chtěla ujasnit své představy ohledně porodu, jelikož z něj měla obavy a chtěla se na něj pečlivě připravit. Žena B podle mě měla strach z přístupu, který ji bude ignorovat v jejich rozhodnutích a přáních. Žena A se mi jevila, jako více informovaná, opravdu měla vše pečlivě nastudované. Ukazovala mi množství knih, které za své těhotenství o porodu a porodním plánu přečetla. Žena B mi v tomto ohledu přišla minimálně vzdělaná. Působila na mě dojmem, že vlastně ani neví pro a proti k jednotlivým výkonům, které v plánu měla uvedené. Obě ženy si byly vědomy, že jejich porod nemusí jít dle jejich

představ, mohou nastat komplikace a také s touto variantou počítaly i ve svém porodním plánu.

Druhým cílem bakalářské práce bylo analyzovat nejčastější potřeby žen v porodním plánu. Za dobu své praxe jsem měla možnost nahlédnout do mnoha plánů. Potřeby žen se v něm převážně shodovaly. Potřeby žen v mém výzkumu se rozcházely v základních prioritách. Pro ženu A byl v plánu prioritou bonding, který pro ni byl velmi důležitý. Pro ženu B byla nejdůležitější informovanost v důsledku špatných zkušeností. Chtěla se podílet na rozhodnutí při průběhu svého porodu. Obě ženy měly podobné potřeby, které se týkaly rutinních výkonů. Nepřály si podání klyzma, pokud možno se chtěly vyhnout podání medikamentů, nástřihu hráze, protržení vaku blan, častému vyšetření, narušování atmosféry porodu, také chtěly nechat dotepat pupečník, přály si nepřetržitý kontakt s dítětem ihned po porodu a obě preferovaly podání Kanavitu dítěti v kapkách. Žena A měla v porodním plánu zahrnuto více přání, než žena B. také na svém plánu trvala mnohem zásaditěji. Pro obě ženy bylo velice důležité se na porod soustředit a přály si, aby byl porod personálem minimálně narušován.

Za třetí cíl jsem si zvolila zjistit, zda-li se porodní plán při průběhu porodu žen uplatnil. Průběh porodu byl podobný. Porod žen postupoval ze začátku hladce, vše bylo v pořádku. Na otevřené brance 8 cm shodou okolností porod u obou žen zastavil v důsledku neefektivních kontrakcí. V této části byla u obou žen provedena dirupce. Ženy se chtěly těmto výkonům vyhnout, nakonec však souhlasily, jelikož jim bylo sděleno, že by to mohlo porod zase posunout dopředu. Bohužel u žen byla dirupce zbytečná a nijak porodu nepomohla. Proto se přistoupilo k dalšímu, z jejich původně nechtěného přání – a tím bylo podání Oxytocinu v infuzi. Ženám byl vysvětlen důvod tohoto postupu. U ženy B se porod opět rozběhnul a bez komplikací porodila zdravého chlapečka. U ženy A byl porod dramatický. Postupně začaly klesat ozvy plodu a tak byli lékaři nuceni zasáhnout. U paní byla v závěru porodu použita vakuum extrakce. Dítě muselo putovat nejdříve do péče pediatrů a teprve po jeho stabilizaci mohl probíhat bonding. Tuto informaci mi žena A v rozhovoru nesdělila, dozvěděla jsem se ji až z rozhovoru s porodní asistentkou. Zřejmě byla vzhledem k velkému tlaku z okolí v šoku a situaci vůbec nevnímala. Uvedla, že si nevybavuje, zda-li bylo dítě ošetřeno na jejím těle nebo ne. Jen si vzpomíná na nepříjemnou hádku, která se odehrála mezi doulou a lékařem, který porod vedl. Uvádí, že v závěrečné fázi porodu byla ve velkém stresu. Byl na ni vyvíjen velký tlak ze strany personálu, jelikož byl plod vystaven riziku hypoxie. Nakonec díky včasnému zásahu lékařů a pediatrů bylo dítě v pořádku. Otázkou je, co by

se stalo, pokud by lékaři jednali podle přání ženy. U ženy B porod probíhal bez problému, dítě se narodilo, jak uvádí žena i porodní asistentka, se spokojeným výrazem ve tváři, dobře se aklimatizovalo a bonding mohl probíhat hned po jeho narození.

Ženě A i B byl proveden nástřih hráze. U ženy A to bylo z preventivního důvodu na doporučení lékaře i pediatra, před provedení vakuum extrakce. U ženy B byla důvodem nástřihu hráze její rigidita. Obě ženy byly předem informovány o tomto zásahu a souhlasily s ním. Až na uváděné komplikace byly tedy u žen všechna přání akceptována. Porodní plán u ženy A se uplatnil i navzdory komplikacím, které při porodu nastaly. Žena byla předem informovaná a se všemi změnami souhlasila. Odůvodnění změn, které byly v plánu potřeba, jí byla srozumitelně vysvětleny a ona chápala jejich důležitost. Podle ženy A se porodní plán uplatnil a byla moc ráda, že ho měla. Domnívá se, že kdyby si porodní plán nesepsala, tak by s ní nikdo nic neřešil a všechno by se dělalo automaticky. Navíc měla dojem, že z jejího plánu měl personál respekt. Podle ní se snažili celou dobu, aby neudělali něco špatně a také jí dávali najevo, že je ona zodpovědná za svá rozhodnutí a nesla by všechny následky. Podle porodní asistentky, která byla u jejího porodu, se porodní plán uplatnil jen částečně, do akutní fáze porodu, kde bylo potřeba ženě vysvětlit, že její přání nemohou být respektována a paní to chápala.

Podle ženy B byl porodní plán uplatněn maximálně. Byla s péčí velice spokojená a sama přiznala, že porodní plán nebyl ani potřeba, jelikož se domnívala, že porodní asistentka by jednala úplně stejně, aniž by před sebou porodní plán měla. S informovaností byla naprosto spokojená. Podle názoru porodní asistentky ženy B byl plán uplatněn. Uvedla, že spoustu věcí, které měla žena uvedené v plánu, je v jejich zdravotnickém zařízení samozřejmostí. Porodní plány obou žen se tedy uplatnily. Bohužel nikdy není zajištěn hladký průběh porodu a proto ne vždy, jsou všechna přání reálná. V těchto případech ženy byly ochotné udělat ve svém přání změnu, jelikož si byly vědomy, že pokud by tak neučinily, mohlo by to ohrozit zdraví jejich i zdravíjejich potomka.

Čtvrtým cílem mé práce bylo zjistit, jaké jsou pocity žen po porodu, jestli byly spokojené s přístupem k jejich plánům. Žena A byla se svým porodem vzhledem ke komplikacím spokojená. Byla mile překvapená z míry informovanosti, která se jí během celého porodu dostávala. Přístup porodní asistentky byl podle ní příjemný a citlivý, ovšem ji rušil zvýšený zájem o komunikaci z její strany. Paní vyžadovala spíše klid a soustředění se na porod, nestála o neustále povzbuzování. Porodní asistentka a

ostatní personál porodní plán respektovali. S lékařem byla také ze začátku spokojena, myslí si, že jeho kroky v nepříjemné situaci byly správné. Ovšem do chvíle, než se začal hádat s doulou, poté ji naštvál, když ji navštívil na oddělení šestinedělí a začal jí vyčítat, jak zbytečně dlouho se vším vyčkávala a kdyby bylo na něm, tak má paní po porodu za čtyři hodiny. Tento rozhovor paní pobouřil a moc se na lékaře zlobí ještě nyní. Nenechala si však touto situací svůj porod narušit a své pocity označuje za pocity štěstí, když přivedla na svět svou holčičku.

Žena B byla se svým porodem spokojená a její pocity z porodu byly pozitivní. Jen ji trápily kontrakce, které ji hodně vyčerpávaly. Myslela si, že porod nebude tak dlouhý a bolestivý. S porodní asistentkou i lékařem byla velmi spokojená a domnívá se, že s jejím porodním plánem nebyl žádný problém. Hlavně měla obavu z nedostatečné informovanosti, která se jí ukázala nakonec zbytečnou. Porodní asistentka s ní všechno pečlivě prodiskutovala a dohodly se společně na průběhu porodu. Žena B při odpovědi na mou otázku, jestli by si porodnici vybrala pro svůj další porod, bez váhání odpověděla, že určitě ano.

Posledním cílem mé práce, bylo zjistit, jak se k porodním plánům stavěly porodní asistentky, které byly u porodu žen. Porod ženy A, byl podle porodní asistentky jeden z těch, kdy se může stát cokoliv. Ze začátku vše probíhalo v pořádku a najednou nastaly komplikace. Porodní asistentce se s paní spolupracovalo hůře. Měla pocit, že se paní nerozhoduje ze své hlavy, ale je hodně ovlivňována doulou, kterou měla paní u porodu. Také byla na dudu rozzlobená, že jí bránila v komunikaci s ženou. Byl s ní problém během celého porodu. Porodní asistentka ji shledala u porodu spíše zátěží, nebyla podle ní vůbec pro ženu podporou, naopak jí jen komplikovala situaci a izolovala ji od porodní asistentky. V závěru porodu byla nepříjemná i na ženu. Porodní asistentka měla při rozhovoru k dule nepřátelský postoj. Uvedla, že ji zná už z předchozích zkušeností. Proto jsem si kladla otázku, jestli přístup porodní asistentky nebyl zkreslený vzájemnými antipatiemi. Z jejího projevu se mi dostával pocit, že i když plán respektuje, myslí si o celé situaci své. Podle mě měla porodní asistentka strach, aby neudělala něco špatně a možná proto se tak moc snažila navázat kontakt s ženou. Sama uvedla, že byla vděčná za přítomnost lékaře u porodu, který ženě vysvětloval kroky, které byly nutné podniknout.

Porodní asistentka ženy B byla s průběhem porodu spokojena a měla z něj dobrý pocit. Myslí si, že přání ženy respektovala a chápala. Je zvyklá pracovat s plány žen a tento plán řadila k těm naprosto normálním, které jsou pro jejich zařízení přirozené

a automatické, aniž by o to ženy nějak speciálně žádaly. Spolupráci s paní shledávala za příjemnou, jen ji mrzelo, že nechápala důležitost CTG monitorace. S doprovodem ženy nebyl žádný problém. Dulu, kterou měla žena u porodu, porodní asistentka znala a byla na její přítomnost zvyklá. Celkově by uzavřela porod za příjemný a kromě povzbuzení kontrakcí Oxytocinem také přirozený.

O porodních plánech jsem se před výběrem tohoto tématu domnívala, že je to výmysl alternativních žen, které neuznávají technické postupy porodníků a brání se tak moderním způsobům porodnické péče. Tato bakalářská práce mi však poskytla úplně jiný pohled na věc. Zajímaly mne názory nejen zdravotníků, ale hlavně žen. K mému překvapení je často důvodem žen k vyhotovení plánů ujasnit si vlastní představy a seznámit se situací, která ženy v porodnicích čeká. Spolupráce se ženou mající o průběhu porodu již nějaké představy, je vždy lepší než když je vyděšená a vůbec neví, co jí v zařízení čeká. V tom také vidím pozitiva, které mohou být pro nás zdravotníky přínosem.

Všechny respondentky, které jsem oslovila, mě překvapily svou otevřeností a ochotou odpovídat na mé otázky. S ženou A jsem rozhovor prováděla po dvou měsících po porodu, s ženou B po týdnu po porodu. Porodní asistentky jsem oslovila ve stejnou dobu, jako ženy. Byla jsem ráda, že ženy byly s péčí porodních asistentek spokojeny.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci se zabývám tématem porodní plán a možnost jeho uplatnění na porodním sále. Popisuji, co vůbec předcházelo jejich vzniku. Pozastavuji se nad rutinními postupy, které jsou dodnes v některých porodnicím standardem v péči o rodičku. Dále se podrobněji zabývám samotným porodním plánem a jeho součástmi. Na závěr zmiňuji i komplikace, které mohou původní představu žen o spontánním porodu narušit.

V praktické části své práce se zaměřuji na uplatnění porodního plánu, důvody, které ženy vedou pro jeho vypracování, hlavní potřeby žen a jejich pocity z porodu. Také se zabývám pocity porodních asistentek ze spolupráce s ženami. Cíle, které jsem si pro tuto práci stanovila, byly splněny.

U porodu nikdy předem nemůžeme předpokládat, jak se bude vyvíjet, proto je potřeba, aby ženy, které se rozhodly si porodní plán sestavit, měly myslet i na to, že může být vše jinak, než si původně představovaly. Ženy, které jsem si do výzkumu vybrala, na tuto možnost nezapomněly a zařadily ji i do svého plánu. Není dobré, aby ženy v každé situaci trvaly na splnění přání. Důležité by pro ně mělo být zdraví nejen svoje, ale také jejich dítěte. V předporodních kurzech by měly ženy seznámit se všemi komplikacemi, které by mohly při porodu nastat.

Při své praxi, kterou jsem absolvovala v rámci svého studia, jsem měla možnost pečovat o mnoho žen s porodním plánem. Cítila jsem, že přístup zdravotníků k plánům je často povrchní a mnohdy až nepřátelský. Někteří zdravotníci mají pocit, jako by jim někdo určoval, co mají a nemají dělat, přitom podle nich to oni to dělají dlouho a nejlépe. Ale také některé ženy ve svých plánech uvádí mnohdy absurdní přání, které se jim nemohou vyplnit nebo mají k personálu nepřátelský přístup, nechtějí s nimi vůbec o svých přáních diskutovat a uznávají jen svůj přístup k dané problematice. Přístup těchto zdravotníků a žen není správný. Ženy by si měly uvědomit, že pokud se rozhodly pro porod ve zdravotnickém zařízení, tak mu musí důvěřovat. Nemám tím na mysli, podřídit se zvyklostem a nechat je dělat, co uznají za vhodné, ale myslím tím respektovat jejich názory, vyslechnout jejich rady a domluvit se na kompromisech.

Mé doporučení pro praxi, které vyplývá z výzkumu, je zajistit rodičkám dostatečný přísun informací, umožnit jim aktivní roli, kterou často při svém porodu postrádají. Porodní asistentky i lékaři by měli myslet nejen na fyzickou stránku žen, ale také na jejich psychiku. Zároveň by měli sami podporovat přirozený průběh porodu a vyhýbat se rutinním postupům. Všechno je to dle mého názoru o komunikaci a lze je doufat,

že ta se postupem času zlepší, jelikož všichni máme společný cíl – přivést na svět zdravé dítě a minimalizovat riziko poškození zdraví ženy.

SEZNAM LITERATURY

1. APERIO. *Porodní příběhy : Rodíme se jednou.* první. Praha : Smart Press, 2006. 264 s. ISBN 80-87049-03-9.
2. BALASKOVÁ, Janet. *Aktivní porod: stručný průvodce přirozeným porodem.* první. Klára Meissnerová. Praha: Argo, 2010, 223 s. ISBN 978-80-257-0178-2.
3. *Cesty ke spokojenému porodu.* Informační brožura. Hnutí za aktivní mateřství, 2009.
4. ČECH, Evžen. A KOLEKTIV. *Porodnictví: 2., přepracované a doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing, 2006, 544 s. ISBN 978-80-247-1303-8.
5. ČEKAL, Miloš a ŠULC, Jan. *Průvodce ženy jiným stavem : Početí, těhotenství, porod, šestinedělí.* 2. upravené vydání. Praha: Ivo Železný, 1997, 127 s. ISBN 80-237-3509-8
6. ČERMÁKOVÁ, Blanka. *K porodu bez obav: 2., aktualizované vydání.* Brno: MM Publishing, 2010, 148 s. ISBN 978-80-904414-3-9.
7. GOER, Henci. *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu.* první. Havlíčkův Brod : One Woman Press, 2002. 549 s. ISBN 80-86356-13-2.
8. HREŠANOVÁ, Ema, HASMANOVÁ MARHÁNKOVÁ, Jaroslava. *Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami. Sociologický časopis.* Praha, 2008, 44 (1), s. 87-109. ISSN 0038-0288.
9. HREŠENOVÁ, Ema. *Kultury dvou porodnic : Etnografická studie.* první. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2008, 220 s. ISBN 978-80-7043-749-0.
10. HRUŠKOVÁ, Klára. *Aromaterapie v těhotenství a během porodu.* In: UNIPA. *UNIPA* [online]. 2010 [cit. 2012-02-19]. Dostupné z: http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=126:aromaterapie&catid=42:porod&Itemid=124
11. CHMEL, Roman. *Otázky a odpovědi o porodu : 2., aktualizované a doplněné vydání.* první. Praha : Grada Publishing, 2008. 144 s. ISBN 978-80-247-2142-2
12. JIRÁSKOVÁ, Vlasta. *Porodní plán-porodní přání. Děti a my.* Praha: Portál, 2011, 42(1), 19. ISSN 0323-1879.

13. KLAUS, Marshall H., KENNEL, John H a H. KLAUS, Phyllis. *Porod s
dulou: rádce pro rodiče a doprovázející osoby při porodu*. první. Praha: One
Woman Press, 2002, 277 s. ISBN 80-86356-34-5.
14. MAREK, Vlastimil . *Nová doba porodní*. první. Praha : Eminent, 2002. 260
s. ISBN 80-7281-090-1.
15. KULANDOVÁ, Magdalena. *Těhotenství a porod : Průvodce české ženy od
početí do šestinedělí*. první. Brno : Computer Press, 2004. 160 s. ISBN 80-
251-0205-X.
16. MROWETZ, Michaela. Bonding neboli připoutání. In: *Rodina: O dětech i
rodičích* [online]. 21.1.2009 [cit. 2012-03-1]. Dostupné z:
<http://www.rodina.cz/clanek6840.htm>
17. MROWETZ, Michaela, CHRASTILOVÁ, Gauri a ANTALOVÁ, Ivana.
*Bonding-porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví
a společnosti?*. první. Praha: DharmaGaia, 2011, 279 s. ISBN 978-80-7436-
014-5.
18. MURKOFFOVÁ, Heidi; EISENBERGOVÁ, Arlene; HATHAWAYOVÁ,
Santee. *Co čekat v radostném očekávání*. Jarmila a Jiří Kantovi. první.
Praha : Slovart, 2004. 595 s. ISBN 80-7209-457-2.
19. NEBESKÁ, Irena. Přirozené polohy a prostředí při porodu. In: *Baby-
wb.topky.sk* [online]. Aktualizace 5/2010 [cit. 2012-03-15]. Dostupné z:
[http://baby-web.topky.sk/Clanky/a557-Prirodzene-polohy-a-prostredie-pri-
porode.aspx](http://baby-web.topky.sk/Clanky/a557-Prirodzene-polohy-a-prostredie-pri-porode.aspx)
20. ODEMENT, Michel. *Znovuzrozený porod*. první. Jakub Florian. Praha: Argo,
1995, 152 s. ISBN 80-85794-69-1.
21. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti*. čtvrté. Praha : Galén, 2009.
738 s. ISBN 978-80-7262-653-3.
22. Porodní bolesti a jak je zvládat a využít. In: UNIPA. [online]. [cit. 2012-02-
19]. Dostupné z:
[http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=60:p
orodniboolesti&catid=42:porod&Itemid=124%29](http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=60:porodniboolesti&catid=42:porod&Itemid=124%29)
23. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie - porodnictví*. první.
Praha: Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
24. ROZTOČIL, Aleš a kolektiv. *Moderní porodnictví*. první. Praha : Grada
Publishing, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

25. ROZTOČIL, Aleš. a kol. *Intenzivní péče na porodním sále*. první. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1996, 274 s. ISBN 80-7013-230-2.
26. STADELMANN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. Barbora Sadílková. první. Havlíčkův Brod : One Woman Press, 2001. 581 s. ISBN 80-86356-04-3.
27. Strategické dokumenty (3): Praktická příručka pro porodní asistentky. In: *WHO*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2002, s. 159. ISSN 80-85047-22-5. "

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

WHO - World Health Organization

FIGO - The International Federation of Gynecology and Obstetrics

EKG - Elektrokardiogram

TENS - Transcutaneous electrical nerve stimulation

i.v. - intravenózní aplikace (do žíly)

i.m. - intramuskulární aplikace (do svalu)

gtt. - guttae (kapky)

DIK - Diseminovaná intravaskulární koagulace

JIP - Jedinota intenzivní péče

TK - krevní tlak

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Porodní plán ženy A

Příloha 2: Porodní plán ženy B

Příloha 3: Porodní plán k císařskému řezu 1

Příloha 4: Porodní plán 1

Příloha 5: Porodní plán 2

Příloha 6: Porodní plán 3

Příloha 7: Porodní plán 4

Příloha 8: Použití éterických olejů

Příloha 9: Polohy využívané při porodu

7 PŘÍLOHY

Příloha 1: Porodní plán ženy A

Porodní plán

M. P.

Rodné číslo xxxxxxxx

Bydliště xxxxxxxxxx

tel. pro případ komplikací: xxxxxxxx – maminka rodičky

manžel :xxxxxxx - Můj muž bude během a druhé doby porodní v dosahu porodního pokoje a od třetí doby porodní bude přítomen v pokoji. Ráda bych využila možnosti nadstandardního pokoje při porodu.

dula/porodní asistentka - přítomná u porodu:

Zdravotní stav: neberu žádné léky, netrpím alergiemi, toto je můj první porod.

Datum předpokládaného porodu: 1.11.2011

Osobní preference týkající se prostředí při porodu:

V případě komplikací budu chtít vědět předem o všech zákrocích, které by na mém těle měly být provedeny. Musím s výkonem vyjádřit souhlas. Pokud nebudu schopna se rozhodovat samostatně, prosím o konzultaci s doulou a manželem. Preferuji trpělivé odpracování přirozeného porodu.

1.doba porodní:

nepřeji si :

- holení ani klystýr
- nabízení a podávání léků k tišení bolesti (v případě nutnosti požádám sama)
- urychlování porodu medikací
- Hamiltonův hmat, amniotomie
- preventivní zavedení kanyly

ráda využiji:

- pití a jídlo slučitelné s porodem
- změny poloh a volnost pohybu
- masáže a aromaterapii
- sprchu, balon, vanu
- monitoring plodu umožňující pohyb a změny poloh
- možnost ztlumení světla na porodním sále

- po celou dobu upřednostňuji vyšetření porodní asistentkou

2.doba porodní:

nepřeji si:

- epiziotomii (Od 34. týdne si hráz masíruji speciálním olejem.)
- nabízení léků tisících bolest
- protržení blan
- manipulování s hlavičkou (tahání) miminka v době vypuzení(prosím nechat samovolně pootočit a vyklouznout)

ráda využiji:

- podporu spontánního tlačení bez zadržování dechu a řízení
- upřednostňuji vyšetřování porodní asistentkou
- možnost změn poloh
- porod v poloze, ke které spontánně dospěji i mimo porodní lůžko

3. doba porodní

nepřeji si (týkající se ošetření miminka):

- vzdalování miminka od mého těla
- přestřížení pupečníku dokud tepe
- mytí miminka ihned po odstřížení
- vykapání očí
- preventivní odsávání (jen v případě potřeby)
- přikrmování miminka

prosím o:

- šetrné otření miminka, zabalení do ručníku, který si přineseme a položení na moje břicho
- zavolání mého muže do pokoje
- přestřížení pupečníku po dotepání otcem dítěte
- podání Kanavitu per os
- měření a vážení až po několika hodinách po porodu
- neurychlování odloučení placenty oxytocinem ani jinou manipulací s pupečnickem
- podporu bondingu – kontakt kůže na kůži (minimálně 60 min)

V případě komplikací

- informace o všech zákrocích předem

- spolurozhodování - já, dula, manžel

- císařský řez: Prosím nehospitalizovat na JIP, ale společně s dítětem a manželem na nadstandardním pokoji, prosím o přiložení dítěte mému muži na hrud' a nepřemísťovat na novorozenecké oddělení. Přeji si být v blízkosti dítěte za každých okolností.

Prosím o umožnění kdykoliv opustit nemocnici dle vlastního zvážení po konzultaci s personálem.

Péči o dítě přebírá: Mudr. xxxxxxxx

Děkujeme za pochopení a vstřícnost.

Zdroj: vlastní

Příloha 2: Porodní plán ženy B

Porodní plán

Milá paní asistentko,

předem Vám děkuji za péči, kterou mně a mému dítěti věnujete a chtěla bych Vás poprosit o trpělivost při poskytování informací o průběhu porodu a případných nutných změnách oproti tomuto plánu.

Pokud nenastanou komplikace, preferuji přirozený porod bez medikamentů, pokud možno i bez nástřihu hráze a věřím, že mě podpoříte i ve snaze společně dospět k nejefektivnější poloze, která nástřihu či natržení hráze předejde. Také prosím o minimální počet vyšetření a monitoru, a protržení vaku až když o to požádám.

Abych se mohla plně soustředit na svůj první porod, chtěla bych na sále přítomnost pouze osob, které jsou k porodu nezbytně nutné.

Pupeční šňůru prosím stříhat až po dotepání pupečnicku a pokud se nevyskytnou komplikace, které by to nedovolovaly, tak miminko hned přiložit na břicho a tam také provést základní ošetření (potřebnou výbavu mám s sebou).

Také bych vás poprosila o pomoc při prvním kojení.

Moc děkuji!

Plán ošetření dítěte

Prosím o podání Kanavitu v kapkách (mám s sebou).

Informujte nás, prosím, o veškerých medikamentech, které chcete aplikovat našemu dítěti a umožněte jeho otci přítomnost u ošetření.

Po ošetření mi, prosím, vraťte dítě zpět na tělo.

Zdroj: vlastní

Příloha 3: Porodní plán k císařskému řezu

Porodní plán

Jméno, příjmení : xxxxxxxx

Alergie: na penicilin

Císařský řez: Přeji si mít spinální/epidurální anestezii.

Přeji si mít někoho, kdo mě bude u hlavy a povídat si se mnou při zákroku – manžel nebo PA.

Pokud budu v bdělém stavu a naše dítě bude stabilizováno, přeji si je pochovat před tím, než bude převezeno na novorozenecké oddělení. Prosím o to mít jednu ruku volnou, abych mohla pohladit naše dítě a byl mi dán čas s ním pobýt a mohl u toho být manžel.

Přeji si, aby manžel byl u vážení a měření miminka a u označení ho náramkem, popř.

Mohl napsat na nožičku jméno a pochovat si miminko.

Ráda bych se pokusila o kojení už po operaci.

Když bude použita celková anestezie, budu velice ráda za přítomnost mého manžela, aby se mohl sblížit s naším dítětem okamžitě po narození, i když já budu stále pod narkózou.

Pokud naše dítě bude muset být převezeno na novorozenecké oddělení, prosím aby mohl být můj manžel u toho.

Přeji si po celou dobu v porodnici nepřetržitý kontakt s dítětem, kam by měl přístup můj manžel a další moje rodina.

Xxxxxxxxxxxx

Zdroj: vlastní

Příloha 4: Porodní plán 1

Porodní plán

Přeji si :

- partnera u porodu
- vlastní hudbu
- klystýr
- přítomnost žákyněk mi nevadí
- pokud by to bylo možné, ponechat mě po porodu s partnerem a miminkem samotné
- v první době porodní mít možnost vany a sprchy

Podpis

xxxxxxxxx

Zdroj: vlastní

Příloha 5: Porodní plán 2

PORODNÍ PŘÁNÍ

Obecné informace:

Jméno matky: [redacted]

Jméno otce: [redacted]

Jméno pro miminko: [redacted]

Zdravotní pojišťovna matky: VZP

Předpokládaný termín porodu: [redacted]

Zdravotní diagnóza matky: krevní skupina 0+, neléčím se s ničím, neužívám žádné léky, alergie neznámé

Úvodem:

Plně si uvědomuji, že některá má níže uvedená přání mohou z vážných důvodů (ohrožení zdraví miminka či zdraví mého) zůstat nesplněna. V případě, že tyto důvody nenastanou a nebude tedy nezbytně nutné tato přání měnit, budu velmi ráda, pokud budou respektována. Zároveň si uvědomuji, že mnohá z těchto přání se i mně mohou zdát v čase porodu jako nepodstatná či nepřiměřená a že je mohu chtít změnit (pít, tišení bolesti). Velmi Vám všem děkuji za pochopení a vstřícnost.

A) Po celou dobu porodu a bezprostředně po porodu:

- Pro osobní pocit pohody i pro miminko **považuji za nejdůležitější mít u sebe při porodu svého manžela a ihned po porodu i miminko** (přiložení k prsu).
- Věřím, že miminko nejlépe ví, co dělá a do potřebuje, a že je porod přirozenou součástí života, proto dávám přednost přirozenému porodu bez jakýchkoliv tišících prostředků a bez prostředků (ať různých hmatů nebo léků) k vyvolání a urychlení porodu (dle průběhu porodu).
- Jsem informována o tom, že mi z důvodu přítomnosti SAG musí být podána antibiotika, všechny ostatní případné zásahy před a během porodu bych s Vámi ráda konzultovala a měla čas na rozmyšlenou. Samozřejmě po celou dobu vítám Vaše odborné rady, konzultace a pomoc.

B) 1. doba porodní:

- Pokud to bude možné, ráda bych se vyhnula oholení a klystýru.
- Velmi ráda využiji možnosti volného pohybu po pokoji, sprchu a další možnosti uvolnění.
- Ráda bych v mezích možností pila, pokud budu potřebovat, tak i něco malého snědla (ovoce, cukry).
- Pokud monitorování ozev plodu bude znamenat omezení pohybu, prosím o jeho minimalizování na nejnižší možnou míru (tak, aby to neohrozilo děťátko).

C) 2. doba porodní:

- Uvítám maximální volnost při volbě polohy při porodu, popřípadě možnost polohu měnit.
- Nástřih hráze: budu velmi ráda, pokud to jen trochu půjde, aby nástřih hráze nebyl proveden. Od 37. týdne byla prováděna masáž porodní hráze. Drobné poranění uvítám více než nástřih, přesto věřím, že při Vaší odborné pomoci k tomu nemusí dojít. Pokud by byl nástřih nezbytně nutný, jsem samozřejmě připravena Vaše rozhodnutí respektovat.

D) Po porodu:

- Prosím, aby byl pupečník přestřižen, až dotepe (pokud to dovolí zdravotní stav miminka).
- Pokud to můj fyzický a psychický stav dovolí, prosím o položení miminka na mé tělo ihned po porodu, prosím také, aby **nezbytná vyšetření miminka proběhla na mém těle**, ostatní (měření, vážení, mytí) aby bylo provedeno až před přesunem na šestinedělí, nejlépe v přítomnosti mé nebo otce. Tyto údaje nejsou pro nás tak důležité jako to, aby bylo dítě hned po porodu u mne, mělo možnost se poprvé přisát k prsu a abychom si mohli užít vzájemné bezprostřední blízkosti (co nejdéle do půjde).
- Prosím, aby se žádným způsobem, pokud to nebude nutné, neurychloval porod placenty.
- Ráda bych plně kojila a měla **po celou dobu miminko u sebe** na pokoji, pokud bude nutné provádět nějaká vyšetření a dovolí to můj stav, ráda bych u nich vždy byla.

Velice děkuji za vstřícnost a pochopení.

Zdroj: vlastní

Příloha 6: Porodní plán 3 (do domluvě s lékařkou byly některá přání z plánu vyřezána)

PŘEDEM VYJÁDRĚNÉ PŘÁNÍ – PORODNÍ PLÁN

Prosím o vytvoření příjemného prostředí pro přirozený porod.

O všech zákrocích chci být předem informována, provádět jen po mém schválení a chci mít čas na rozmyšlenou.

I. doba porodní

- nepřeji si klystýr ani holení
- ~~monitor pouze vstupní~~ X
- maximálně omezit vaginální vyšetření
- ~~nepřeji si protržení plodového vaku~~ X
- chtěla bych mít volný pohyb a co největší soukromí
- chtěla bych mít možnost pití a ~~lehkého jídla~~ 2 •
- ráda bych měla poklidnou, přátelskou atmosféru, možnost použití aromalampy, svíčky, hudby
- nepřeji si tisíci prostředky a ~~prostředky na povzbuzení děložní činnosti~~ X

II. doba porodní

- ~~nepřeji si žádné léky na urychlení porodu~~ X
- chtěla bych si zvolit libovolnou polohu, případně porod do vody
- chtěla bych si dítě při rození přidržovat
- ~~nepřeji si mechanické vytahování miminka (vacuum, kleště...)~~ X
- přeji si chránit hráz (např. teplým obkladem)
- nepřeji si ~~nástřih hráze ani tlačení na břicho~~ •
- přeji si tlačit dle svých pocitů
- okamžitě po porodu si přeji sama vzít děťátko do náruče do jeho zadaptování se
- přeji si překrýt dítě u mě na těle vlastním červeným ručníkem
- před přestřížením pupeční šňůry ji nechat dotepat !
- pupečník přestřihne tatínek až po porodu placenty X
- přeji si přisátí k bradavce až po otevření očí, povolení pěstiček a otevření úst dítěte
- ~~NÁSTŘICH HRÁZE JEN VE VYKRAVENÉ SITUACI~~

III. doba porodní

- placentu chci porodit bez ~~oxytocinu~~, tahání za pupeční šňůru ^{BEZ JEJÍHO ODLOUČENÍ} a ~~tlačení na břicho~~ - přeji si vyčkat samovolného odloučení •
- nechci, aby mi dítě odnášeli k vážení dříve než 2 hodiny po porodu a ráda bych u toho byla já nebo otec
- přeji si aby pediatr dítě prohlédl u mě na břiše •
- nepřeji si odsátí dýchacích cest dítěte po porodu
- přeji si zůstat celou dobu s děťátkem a partnerem

Zdroj: vlastní

Příloha 7: Porodní plán 4

Porodní plán

Údaje o matce:

Název	Popis
Doprovázející osoby	manžel
Přítomnost studentů medicíny a zdravotní školy při porodu	nesouhlasím
Preferuji porod	přirozený s porodní asistentkou, 2. doba porodní – pod lékařským dohledem
Lékařské zásahy před a během porodu	chtěla bych konzultovat a zvážit
Způsob vyprázdnění	YAL, mám s sebou
Holení	provedu sama, před příchodem do nemocnice
Poloha při porodu	střídání poloh, pokud si nenajdu tu, která mi bude nejvíce vyhovovat
Pomůcky, které bych ráda využila při porodu	využití tepla, hydroterapii, masáže, pohyb, relaxačních a dýchacích cvičení, fit-balón, hudba, aromaterapie
Pomůcky, které jsem si přinesla	audio CD
Tišící prostředky během porodu	chtěla bych konzultovat a zvážit, prosím NEpodávat epidurální analgezii
Urychlení porodu	pouze v nevyhnutelném případě
Epiziotomie (nástřih hráze)	pouze v nevyhnutelném případě
Pupečník	nechat dotepat min 15 minut , přestřihne otec po dotepání
Darování pupečnickové krve	Nesouhlasím
Miminko těsně po porodu	položít mi na břicho ihned ještě s nepřestřiženým pupečnickem
Měření miminka ihned po porodu	chtěla bych konzultovat a zvážit
Přiložení dítěte do 30 min po porodu	Ano
Odnést dítě po porodu na novorozenecké oddělení	pouze v případě nutnosti
Poporodní vyšetření dítěte	za přítomnosti otce
Rooming-in	plný, v případě že to umožní můj zdravotní stav. Měla bych také zájem o nadstandardní pokoj pro šestinedělí.
Dokrmování umělým mlékem	nesouhlasím
Focení, filmování porodu	ano, během celé doby porodu a po porodu

Datum: 18. 07. 2011

Podpis:

Zdroj: vlastní

Příloha 8: Použití éterických olejů za porodu

VHODNÉ ÉTERICKÉ OLEJE:

BAZALKA - použit v nízké koncentraci, zmírňuje bolesti při porodu a působí proti křečím, slouží i jako výrazné nervové tonikum při pocitu bezradnosti a psychické únavě, napomáhá koncentraci při porodu

CEDR - dodává energii a nastoluje vnitřní klid, dodává sílu v krizových situacích

CYPŘÍŠ - pomáhá zastavovat děložní krvácení, dále působí proti křečím a stahuje cévy, vhodný k inhalaci v přechodné fázi porodu

ČERNÝ PEPŘ - používat v minimální koncentraci, má výrazné analgetické a stimulační účinky, připravuje k akci a podporuje vytrvalost, obnovuje napětí hladkého svalstva a účinně prokrvuje, pomáhá otevírat lidi uzavřené do sebe

GERANIUM - podporuje vylučování adrenalinu, dodává energii, posiluje vůli, posiluje krevní oběh, KONTRAINDIKACE : neužívat při špatné srážlivosti krve!

HEŘMÁNEK ŘÍMSKÝ - má analgetické účinky, zmírňuje křeče a stahy svalů, snižuje horkost a působí protizánětlivě, při pocitu vzteku a podráždění

HŘEBÍČEK - při nervovém i tělesném vypětí ke konci druhé doby porodní, umožní postavit se porodu čelem, uvolňuje porodní cesty, podporuje děložní kontrakce a tím urychluje porod, usnadňuje vypuzování lůžka

JASMÍN LÉKAŘSKÝ – ABSOLUE - používá se v malých dávkách, protože je velmi silný, velice pomáhá dodávat sebejistotu a sílu, nejúčinnější na podporu kontrakcí - nepodávat současně s léky urychlující porod, podporuje vypuzení placenty - přiložit teplý obklad na břicho

KADIDLO - posiluje dělohu a děložní stahy, KONTRAINDIKACE : v kombinaci s epidurální analgezií může snižovat TK

LEVANDULE - LEVANDULOVÝ HYDROLÁT na pročištění ovzduší mezi jednotlivými porody, urychluje porod, aniž by zvyšovala intenzitu stahů, při silných bolestech přidat pár gtt EO do koupele, pomáhá zklidňovat matku, při strachu, potlačuje paniku a hysterii, KONTRAINDIKACE : nízký krevní tlak

MAJORÁNKA SLADKÁ - velmi účinně uvolňuje křeče, v masážním oleji na bolesti zad při porodu, KONTRAINDIKACE : nízký krevní tlak

MUŠKÁTOVÁ ŠALVĚJ - používat ve velmi nízké koncentraci, tonizuje dělohu a pomáhá stahům - ! nepoužívat s léky umocňujícími stahy dělohy !, dobrá při bolestech ve spodní části zad, podporuje vypuzování placenty, snižuje TK

NEROLI - mírní stres a napětí, při šoku, když se žena dozví špatnou zprávu v průběhu porodu, aplikovat v oblasti obličeje a kolem ramen, jako první pomoc pro otce u porodu (přičichnout), mírně snižuje TK

PALMORŮŽOVÁ SILICE - na emoční potíže při porodu, váže-li se maminka příliš s miminkem v bříšku a nechce-li se ho vzdát

ROZMARÝNA - celkově stimuluje, vynikající na psychickou únavu, mamince dodává sebedůvěru a odvalu k porodu, zmírňuje bolesti při porodu, posiluje a povzbuzuje krevní oběh, vhodná při nízkém TK u porodu, KONTRAINDIKACE: vysoký krevní tlak

RŮŽE OTTO - silné děložní tonikum, při traumatu ženy z předchozích porodů, pomáhá uvolňovat hormon Dopamin - při depresi u porodu a pocitu neštěstí a žalu, použít v oblasti obličeje nebo ve formě RŮŽOVÉHO HYDROLÁTU, při pocitu viny a nejistoty

SKOŘICE - používat ve velmi nízké koncentraci, protože může popálit pokožku, vyvolává stahy dělohy, uvolňuje křeče, je výrazně antiseptická, při únavě a fyzickém vyčerpání, velmi zahřívá při pocitu chladu u porodu

ZÁZVOR - používat v nízké koncentraci, velmi zahřívající silice, silně povzbuzující, vyvolává a podporuje stahy dělohy, posiluje sebedůvěru, odvalu a vyšší výkon

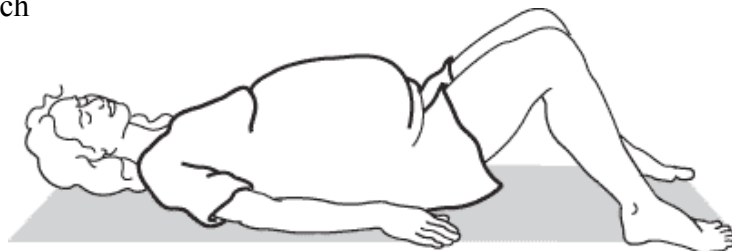
UPOZORNĚNÍ:

- 1) Doporučované éterické oleje je nutné před použitím zředit ve vhodném nosiči.
- 2) Začínat s minimálním ředěním éterických olejů (1 kapka), vždy jde oleje přidat, ale příliš intenzivní vůně se budete těžko zbavovat. Nepoužívat více jak 2% ředění
- 3) Pozor na interakci éterických olejů s léky. Po podání léku počkat 20-30 minut na reakci těla a až potom začít masírovat (aby bylo jasné, co způsobily léky a co EO).
- 4) Při používání homeopatik neaplikovat MENTOL a EUKALYPTUS, u ostatních olejů počkat 20 min po aplikaci homeopatik

Zdroj: Použití éterických olejů u porodu. In: [Wwww.zrozeni.cz](http://www.zrozeni.cz) [online]. [cit. 2012-03-24]. Dostupné z: <http://www.zrozeni.cz/uporodu.php#pou%C5%BEit%C3%AD>

Příloha 9: Polohy užívané při porodu

Poloha na zádech



Poloha na zádech s mírně zvednutým trupem



Rovný sed na lůžku

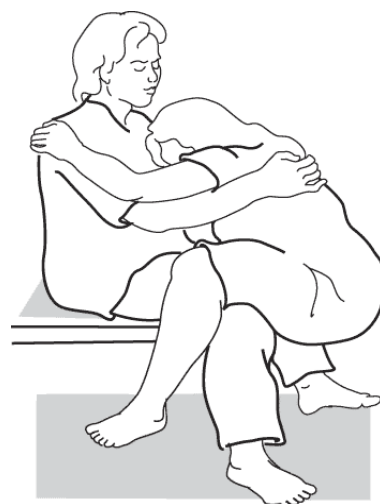


Poloha s oporou otce

Polosed s oporou tatínka



Dřep v klíně



Dřep



Dřep s pomocí třetí osoby



Dřep s oporou otce

Zdroj: RIEDLOVÁ, Olga. Polohy při porodu. In: *Www.rodina.cz* [online]. 27.8.2007
[cit. 2012-03-1]. Dostupné z: <http://www.rodina.cz/clanek5840.htm>