

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Porodní asistence

VYUŽITÍ PORODNÍHO PLÁNU Z POHLEDU PORODNÍCH
ASISTENTEK

Bakalářská práce

Autor práce: Nela Sommerová

Vedoucí práce: Mgr. Marie Dočekalová

Jihlava 2025

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Nela Sommerová
Studijní program:	Porodní asistence
Obor:	Porodní asistence
Garant studijního programu:	doc. MUDr. Tomáš Fait, Ph.D.
Název práce:	Využití porodního plánu z pohledu porodních asistentek
Vedoucí práce:	Mgr. Marie Dočekalová
Cíl práce:	Zjistit zkušenosti porodních asistentek s využitím porodního plánu na porodním sále.

Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na roli porodních asistentek při realizaci porodních plánů vytvořených rodičkami a jejich využití v prostředí porodního sálu. Teoretická část se zabývá profesí porodní asistentky a dále nejčastějšími prvky porodního plánu a přáními, jež mohou rodičky v porodním plánu uvést. Dále obsahuje výzkumnou část, která zahrnuje kvantitativní výzkum provedený prostřednictvím anonymních dotazníků, který zkoumá zkušenosti porodních asistentek s porodním plánem. Cílem práce bylo zjistit, jaké zkušenosti mají porodní asistentky s využitím porodního plánu na porodním sále.

Klíčová slova

Porodní plán; porodní asistentka; přání rodičky; porod; rodička

Abstract

The bachelor thesis focuses on the role of midwives in the implementation of birth plans created by mothers and their use in the delivery room environment. The theoretical part deals with the profession of midwifery and the most common elements of a birth plan and the wishes that mothers may include in their birth plan. It also includes a research section that involves quantitative research conducted through anonymous questionnaires that explores midwife's experiences of the birth plan. The aim of this thesis was to determine midwife's experiences with using birth plans in the delivery unit.

Keywords

Birth plan; midwife; wishes of the mother; birth; parent

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 1.11. 2024.

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych vyjádřila své upřímné poděkování všem, kteří mě na cestě k dokončení této bakalářské práce podpořili. Především děkuji své vedoucí práce, Mgr. Marii Dočkalové, za její cenné rady, odborné vedení a trpělivost, kterou mi po celou dobu psaní práce věnovala. Její podpora a zpětná vazba pro mě byly velkou pomocí a motivací. Velké poděkování patří také všem porodním asistentkám, které se zapojily do mého výzkumu a ochotně vyplnily dotazníky. Díky jejich ochotě sdílet své zkušenosti jsem mohla získat cenná data, která přispěla k celkovému vyznění této práce. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině za jejich nekonečnou podporu, trpělivost a povzbuzení během celého studia. Jejich důvěra ve mně mi dodávala sílu i v náročných chvílích.

Obsah

Seznam grafů	8
Seznam tabulek	9
Seznam zkratk	10
Úvod.....	11
1 Teoretická část.....	12
1.1 Profese porodní asistentky	12
1.2 Porodní plán	12
1.2.1 Sestavení porodního plánu.....	13
1.2.2 Nejčastější prvky v porodním plánu	13
1.2.3 Blízká osoba u porodu	14
1.2.4 Volný pohyb během první doby porodní	14
1.2.5 Muzikoterapie	15
1.2.6 Vaginální vyšetření	15
1.2.7 Nálev.....	15
1.2.8 Napářka	16
1.2.9 Možnosti tlumení bolesti při porodu	16
1.2.10 Poloha za porodu	18
1.2.11 Dirupce vaku blan	19
1.2.12 Epiziotomie	19
1.2.13 Porod do vody	20
1.2.14 Přerušování pupečníku	20
1.2.15 Bonding	21
1.2.16 První přisátí po porodu	21
1.2.17 Péče o novorozence po porodu	22
1.2.18 Placentofagie	22
1.2.19 Rooming – in	22
1.3 Odmítnutí zdravotní péče během porodu.....	22
2 Výzkumná část	24
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	24
2.2 Metodika výzkumu	24
2.3 Charakteristika respondentů a výzkumného prostředí	24
2.4 Průběh výzkumu	25
2.5 Zpracování získaných dat.....	25
2.6 Výsledky dotazníkového šetření.....	26
2.7 Vyhodnocení výzkumných otázek	50
3 Diskuze	56

4	Návrh řešení a doporučení pro praxi	59
	Závěr	60
	Seznam použitých zdrojů	61
	Přílohy	63

Seznam grafů

Graf 1: délka praxe porodních asistentek	26
Graf 2: pracovní prostředí porodních asistentek	27
Graf 3: setkávání porodních asistentek s porodními plány v praxi	28
Graf 4: frekvence setkávání s porodními plány v praxi porodních asistentek	29
Graf 5: frekvence respektování porodních plánů během porodu dle porodních asistentek.....	30
Graf 6: vliv porodních asistentek na úpravu porodního plánu během porodu	31
Graf 7: hlavní účel porodního plánu dle porodních asistentek.....	32
Graf 8: zaznamenávání frekvence změn porodními asistentkami v porodním plánu během porodu.....	33
Graf 9: pozitivní vliv porodního plánu na průběh porodu z pohledu porodních asistentek.....	34
Graf 10: vliv porodního plánu na komunikaci s rodičkou a porodní asistentkou z pohledu porodních asistentek.....	35
Graf 11: vnímání vlivu porodního plánu na kvalitu péče poskytované rodičkám z pohledu porodních asistentek.....	36
Graf 12: frekvence konfliktů mezi rodičkou a porodním týmem kvůli porodním plánům	37
Graf 13: přání v porodním plánu snadná k realizaci z pohledu porodních asistentek.....	38
Graf 14: přání v porodním plánu, která jsou náročná nebo problematická k realizaci z pohledu porodních asistentek.....	39
Graf 15: setkání se změnami přání v porodním plánu z důvodu akutní situace během porodu z pohledu porodních asistentek	40
Graf 16: soulad porodních plánů s odbornými doporučeními z pohledu porodních asistentek	41
Graf 17: zkušenosti porodních asistentek s interakcemi s rodičkami, které mají porodní plán .	42
Graf 18: vliv porodního plánu na důvěru mezi porodní asistentkou a rodičkou z pohledu porodních asistentek.....	43
Graf 19: vnímání spolupráce s rodičkami s detailním porodním plánem z pohledu porodních asistentek	44
Graf 20: Dostupnost nástrojů a podpory pro realizaci porodních plánů z pohledu porodních asistentek	45
Graf 21: Názory porodních asistentek na důležitost porodních plánů v jejich profesní praxi	46
Graf 22: názory porodních asistentek, jak zlepšit práci s porodními plány	47

Seznam tabulek

Tabulka 1: Hlavní účel porodního plánu z pohledu porodních asistentek.....	51
Tabulka 2: Zkušenosti porodních asistentek s interakcí s rodičky, které mají porodní plán	52
Tabulka 3: Pozitivní vliv porodního plánu na průběh porodu z pohledu porodních asistentek .	53
Tabulka 4: Vliv porodních asistentek na úpravu porodního plánu během porodu	54
Tabulka 5: Přání v porodním plánu snadná k realizaci z pohledu porodních asistentek	55
Tabulka 6: Přání v porodním plánu, která jsou náročná nebo problematická k realizaci z pohledu porodních asistentek.....	56

Seznam zkratek

CRH	Corticotropin releasing hormone
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
PCA	Patient controlled analgesia
tzv	Takzvaný
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
WHO	World Health Organization

Úvod

Téma porodního plánu a jeho využití v porodní praxi se v posledních letech stává stále aktuálnější. S rostoucím důrazem na individualizovanou péči a práva rodiček na informované rozhodování se porodní plán stal jedním z nástrojů, který umožňuje ženám lépe formulovat své představy o porodu a vyjádřit své preference týkající se jeho průběhu. Přestože je jeho využití v mnoha porodnicích běžné, jeho praktická aplikace a vnímání zdravotnického personálu, zejména porodních asistentek, se může výrazně lišit. Zatímco některé ženy i zdravotníci vnímají porodní plán jako užitečnou pomůcku pro komunikaci a plánování porodu, jiní v něm vidí potencionální zdroj nedorozumění či komplikací. V souvislosti s rostoucím důrazem na respektující a individualizovanou péči je důležité porozumět tomu, jak jsou porodní plány vnímány těmi, kdo jsou za péči rodičky přímo odpovědní. Přestože porodní plán může pomoci vytvořit prostředí důvěry a lepší spolupráce, může také přinášet určité výzvy, například pokud obsahuje požadavky, které nejsou v souladu s medicínskými doporučeními nebo organizačními možnostmi daného zdravotnického zařízení. Porodní asistentky se tak mohou ocitnout v situacích, kdy je potřeba nalézt kompromis mezi přáním rodičky a bezpečností porodu. Z tohoto důvodu je důležité nejen zkoumat postoje porodních asistentek k porodním plánům, ale také hledat způsoby, jak zlepšit jejich využití v praxi.

Porodní plán může obsahovat širokou škálu požadavků, které se týkají například volby polohy při porodu, použití farmakologických a nefarmakologických úlev od bolesti, přítomnosti doprovodu u porodu nebo způsobu péče o novorozence bezprostředně po porodu. Zatímco některá přání lze snadno respektovat a realizovat, jiná mohou být v rozporu s běžnou praxí nebo zdravotnickými standardy, což může vést k určitému napětí mezi rodičkou a personálem. Právě porodní asistentky hrají v této dynamice klíčovou roli, protože jsou často prvními zdravotníky, kteří s rodičkou přicházejí do kontaktu a pomáhají jí během celého průběhu porodu. Jejich postoj k porodním plánům a zkušenosti s jejich využitím mohou výrazně ovlivnit celkovou porodní zkušenost ženy.

Motivace

Bakalářská práce se zaměřuje na využití porodního plánu z pohledu porodních asistentek. Téma jsem si vybrala, protože považuji porodní plán za důležitý nástroj, který může pomoci rodičkám lépe vyjádřit své přání a očekávání během porodu. Zároveň mě zajímá, jak s tímto plánem pracují samotné porodní asistentky a jaké mají zkušenosti s jeho využitím v praxi. Inspirací pro výběr tohoto tématu byla nejen jeho praktická důležitost pro porodní asistentky, ale také mé vlastní zkušenosti s porodními plány při práci na porodním sále.

Cíl práce

Cílem této práce je proto zjistit zkušenosti porodních asistentek s využitím porodního plánu na porodním sále. Práce kombinuje teoretický přehled o porodních plánech a jejich nejčastějších prvcích s praktickým výzkumem, který prostřednictvím dotazníkového šetření analyzuje zkušenosti porodních asistentek s tímto nástrojem. Výsledky výzkumu mohou přispět k lepšímu pochopení role porodních plánů v porodnické praxi a k podpoře efektivní komunikace mezi rodičkami a zdravotnickým personálem.

1 Teoretická část

Porodní plán představuje poměrně novou součást péče v porodnictví. Těhotné ženy jím vyjadřují své preference a očekávání ohledně průběhu porodu. Přestože některé požadavky mohou být netradiční a jejich přijetí nemusí být vždy bez komplikací, stále častěji se setkávají s pochopením, zejména ze strany porodních asistentek (Roztočil a kolektiv, 2017).

1.1 Profese porodní asistentky

Porodní asistentka je kvalifikovaná odbornice zaměřená na péči o ženy a jejich reprodukční zdraví. Jedná se o samostatné povolání, které se v mnoha ohledech liší od práce všeobecné sestry. Klíčovým rozdílem je skutečnost, že porodní asistentky mohou poskytovat péči v rámci svých kompetencí i bez lékařského doporučení. Všeobecné sestry se věnují ošetrovatelství, zatímco porodní asistentky se specializují na porodní asistenci. Porodnictví jako lékařský obor náleží gynekologům a porodníkům. Často dochází k záměně role porodní asistentky s doulou, která však představuje nezdravotnickou podpůrnou profesi. Dula svou činností doplňuje práci porodních asistentek, lékařů, sester, psychologů a dalších odborníků. Hlavním úkolem porodní asistentky je poskytovat ženám podporu, odbornou péči a poradenství, zejména v období těhotenství, porodu a šestinedělí. Samostatně vede porody, pečuje o matky, novorozence i kojence a poskytuje ženám rady ohledně kojení a laktace. Její práce zahrnuje prevenci, podporu fyziologického průběhu těhotenství a porodu, vyhodnocování možných komplikací a v případě potřeby zajištění lékařské péče nebo jiných forem odborné pomoci. V krizových situacích provádí nezbytná opatření, která mohou být klíčová pro zdraví matky i dítěte (unipa, 2023).

1.2 Porodní plán

Porodní plán představuje soupis přání rodičky, případně i jejího partnera, týkajících se průběhu porodu a porodní péče. Nejde o právně závazný dokument, avšak jeho cílem je pomoci zdravotníkům porozumět individuálním potřebám a preferencím rodičky. Přestože se porodní plány v porodnictví používají již delší dobu, jejich přijetí a uplatňování se liší. Ideální přístup spočívá v otevřené komunikaci a vzájemném respektu. Porodní plán by měl být vnímán jako prostředek k nalezení společné cesty mezi přáním rodičky a realitou konkrétního porodního pracoviště. Porodní plán tak může sloužit jako cenný komunikační nástroj, který napomáhá k vytvoření pozitivního porodního zážitku (Samková, 2020).

Porodní plán by měl být předán tak, aby bylo možné doložit jeho předání. Ideální je zaslat jej nemocnici předem s žádostí o vyjádření k bodům, které případně nemohou být splněny, včetně odůvodnění na základě platných právních předpisů. Lze také požádat o osobní konzultaci. Pokud je plán předkládán až při příjmu, je vhodné do dokumentace uvést, že vychází z dříve vyslovených přání a že jeho dodržení považujete za důležité. Doporučuje se mít k dispozici několik kopií pro personál i vlastní potřebu. Ověření podpisu není nutné, ale může zvýšit váhu dokumentu (aperio, 2025).

1.2.1 Sestavení porodního plánu

Plán se zpravidla sestavuje v průběhu těhotenství, kdy má rodička dostatek prostoru k promyšlení svých priorit. Obsahuje jak přání týkající se průběhu porodu, například bonding bezprostředně po narození dítěte nebo preferenci přirozeného porodu, tak aspekty, na nichž rodiče nezáleží, například přítomnost studentek u porodu. Důležitou součástí jsou také obavy a postupy, kterým by se rodička ráda vyhnula, jako je například epiziotomie nebo podání epidurální analgie. Do porodního plánu lze zahrnout i specifická přání týkající se péče o novorozence. Konzultace porodního plánu s odborníky, ať už s porodní asistentkou, doulou či personálem vybrané porodnice, může přispět k jeho efektivnějšímu využití v praxi. Včasná diskuse s odborníky pomáhá nejen k realističtějšímu nastavení očekávání, ale také k lepší spolupráci mezi rodičkou a zdravotníky během samostatného porodu (Samková, 2020).

1.2.2 Nejčastější prvky v porodním plánu

V porodním plánu se často objevují principy přirozeného porodu, které vycházejí z doporučení Světové zdravotnické organizace. Budoucí matka i její doprovod oceňují empatický přístup zdravotnického personálu, který by se měl projevit vstřícným a profesionálním chováním porodní asistentky. Mezi běžné požadavky patří přítomnost blízké osoby u porodu, přičemž nemusí jít pouze o otce dítěte, ale i o sestru, kamarádku či jinou osobu s citovým vztahem k rodičce. Rodičky si často přejí volnost pohybu během porodu, možnost relaxace a dýchání podle vlastních potřeb. K oblíbeným metodám patří aromaterapie, muzikoterapie, hydroterapie ve sprše nebo ve vaně či jiné relaxační techniky. Důležitým aspektem bývá i volba porodní polohy v první i druhé době porodní. Některé ženy preferují spontánní tlačení podle vlastních pocitů, namísto řízeného tlačení na pokyn zdravotnického personálu. Ženy, které si přejí přirozený porod často nechtějí urychlovat třetí dobu porodní a odmítají podání uterotonik. Kromě požadavků se v porodních plánech objevují i konkrétní přání týkající se postupů, které si rodičky nepřejí. Některé odmítají holení či vyprázdnění střev klystýrem, a proto volí šetrnější metody, například laxativa. Další častou preferencí je neomezování příjmu potravy a tekutin během porodu. Indukci porodu často odmítají a v případě přenášení těhotenství se přiklání spíše k přírodním metodám, jako je konzumace bylin, čajů, masáž prsních bradavek nebo nechráněný pohlavní styk. Mezi další časté požadavky patří ponechání vaku blan k samovolnému prasknutí a odmítnutí epiziotomie pouze v nezbytných případech (Roztočil, 2017).

Rodičky mají obvykle jasnou představu o složení týmu, který se o ně během porodu stará. Přítomnost studentů medicíny či porodní asistence si často nepřejí. Porodní asistentka bývá vnímána jako hlavní opora při fyziologickém porodu. Vyšetření lékařem většinou akceptují, ale požadují jeho omezení na nezbytné minimum. Porodní přání rodiček se zaměřují především na klidnou atmosféru na porodním sále, tlumené osvětlení a minimalizaci rušivých vlivů. Upřednostňují pozdní přerušení pupečníku a bonding mezi matkou a dítětem, případně i otcem, je jednou z hlavních priorit, stejně jako nepřetržitý kontakt s novorozencem. Separaci od dítěte si nepřejí ani v případě císařského řezu, kdy požadují, aby bylo první vyšetření provedeno na břiše matky po porodu (Roztočil, 2017).

1.2.3 Blízká osoba u porodu

V rámci ochrany svého soukromí má rodička právo rozhodnout se, kdo bude přítomen u jejího porodu. Může odmítnout nejen studenty a studentky, ale i jakýkoli další personál, jehož přítomnost není nezbytná. Naopak si může zvolit doprovod, který ji podpoří. Její doprovod může pomoci sdělit personálu přání rodičky ohledně průběhu porodu a má také právo na informace o jejím zdravotním stavu, pokud mu k tomu dá souhlas. Nemocnice nesmí za samotnou přítomnost těchto osob požadovat žádné poplatky, může však zpoplatnit pouze doplňkové služby, například školení doprovodu nebo občerstvení, pokud s tím budou rodičky souhlasit (aperio, 2022).

Jedním z důležitých rozhodnutí, která čeká nastávající rodiče, je otázka, zda bude otec u porodu. Každý pár k tomu přistupuje jinak a neexistuje univerzální správná odpověď. Klíčové je, aby se partneři otevřeně domluvili a respektovali přání ženy, která bude rodit. Důležité je najít řešení, ve kterém se bude cítit bezpečně a komfortně. Je pochopitelné, že budoucí otec může mít pochybnosti o tom, zda přítomnost u porodu zvládne. Porod je zásadní životní okamžik a pro mnoho mužů představuje skutečný zážitek jejich role rodiče. Výzkumy ukazují, že většina otců, kteří u porodu byli, tuto zkušenost hodnotí pozitivně a jsou rádi, že se mohli zapojit. Jejich podpora může být pro rodící ženu velmi cenná. Když se cítí v bezpečí a obklopená láskou, její tělo lépe spolupracuje a porod probíhá přirozeněji. Naopak stres a úzkost mohou porod zpomalit a zkomplikovat. Otcova přítomnost má i další přínosy. Novorozenec už zná jeho hlas a může být pro něj po porodu uklidňující. Kromě toho může partner ženě pomáhat prakticky i emočně ať už tím, že jí podá vodu, upraví prostředí, poskytne fyzickou oporu při kontrakcích, pomůže s masáží nebo ji jednoduše podpoří svou blízkostí. Pokud se otec obává, že nebude vědět, jak v takové situaci reagovat, může mu pomoci předporodní kurz, kde se dozví, co může očekávat a jak být ženě co největší oporou. Porod může přinést nečekané situace, ale právě v těch chvílích je důležité, aby muž stál po boku své partnerky a pomohl jí zvládnout tento jedinečný okamžik (aperio, 2022).

1.2.4 Volný pohyb během první doby porodní

Pokud má žena během porodu volnost pohybu, může se proces urychlit, protože gravitace přirozeně napomáhá sestupu dítěte porodními cestami. Ležení na zádech může porod zpomalit, zatímco možnost chodit, dřepět nebo si klekat podporuje tlak na děložní hrdlo a jeho otevírání, což usnadňuje průběh porodu (Schreierová, 2019). Výzkum provedený v roce 1977 v porodnici v Birminghamu zkoumal vliv pohybu na průběh porodu. Ženy, které se během porodu aktivně pohybovaly, měly kratší dobu trvání porodu, potřebovaly méně léků proti bolesti a jejich děti měly méně časté poruchy srdečního rytmu. Ukázalo se, že pohyb zmírňuje bolest při kontrakcích a vzpřímené polohy poskytují větší pohodlí než ležení na zádech. Na základě výsledků odborníci doporučili podporovat pohyb během porodu. Další studie potvrdily, že aktivita a změna poloh mají pozitivní vliv na porodní proces. Dochází k posílení děložních stahů, které se stávají pravidelnějšími a efektivnějšími. Díky tomu se děložní hrdlo otevírá snadněji a rodička má mezi kontrakcemi více prostoru k odpočinku. První a druhá fáze porodu se mohou zkrátit až o 40 %, což snižuje stres a s tím i potřebu medikace (Hudáková; Kopáčiková, 2017).

Během otevírací fáze porodu se doporučuje chůze nebo klečení při kontrakcích s možností relaxace mezi nimi. Jakmile porod vstoupí do druhé fáze, je výhodné zaujmout polohu ve stoje

nebo v kleku s předklonem horní části těla, což usnadňuje rotaci hlavičky dítěte. V závěru porodu se jako nejefektivnější ukazuje dřep s oporou, který pomáhá uvolnění, zvyšuje tlak v pánvi a minimalizuje námahu svalů. Volba polohy by měla vycházet z přirozených instinktů ženy. Důvěra ve vlastní tělo, vnitřní naladění a pocit kontroly nad porodem podporují její schopnost zvládnout tento proces. Stejně důležitý je však i odpočinek, protože vyčerpání může zvýšit intenzitu bolesti a zpomalit porod. Uvolněné tělo lépe hospodaří s energií, která je potřebná k efektivní práci dělohy (Hudáková; Kopáčiková, 2017).

1.2.5 Muzikoterapie

Dítě má vyvinutý sluch již před narozením a po příchodu na svět dokáže postupně rozlišovat různé zvuky, jejich výšku a barvu. Rychle si zvykne na hlas své matky, který vnímá jako známý a uklidňující. Díky tomu mu právě matčin hlas často poskytuje pocit bezpečí a jistoty. K podpoře sluchového vnímání lze využít i muzikoterapii, avšak při jejím použití je důležité brát v úvahu typ hudby, její hlasitost a dobu poslechu. Při výběru hudební stimulace je také nutné zohlednit zdravotní stav dítěte a jeho gestační stáří. Jednou z přirozených forem zvukové terapie mohou být nahrávky matčina hlasu, tlukotu srdce nebo jemné šumy, které připomínají zvuky prostředí, na které je dítě zvyklé (Kachlová; Kučová; Petrášová, 2022).

Psychická stimulace během porodu pomáhá ženě odvést pozornost od vnímané bolesti a usnadnit celkovou relaxaci. Výzkumy ukazují, že jedním z nejúčinnějších způsobů je poslech hudby, který nejenže dokáže zmírnit stres, ale také překrýt rušivé zvuky z okolního prostředí. Doporučuje se volit hudbu s pravidelným rytmem, harmonickou melodií a klidnou atmosférou, která podporuje uvolnění. Ideální volbou mohou být skladby klasické hudby, relaxační zvuky přírody, jako je šum moře nebo zpěv ptáků, nebo jednoduše oblíbená hudba ženy, která jí přináší pocit pohody (Bašková, 2015).

1.2.6 Vaginální vyšetření

Vaginální vyšetření spočívá v tom, že porodní asistentka nebo lékař posuzují stav děložního hrdla pomocí pohmatu prstů. Sledují jeho délku, pevnost a rozšiřování. Zároveň mohou zkontrolovat, zda je plodový vak stále neporušený, jaká část těla dítěte se nachází v porodních cestách a jak postupuje směrem dolů. Doporučení často uvádějí, že by se toto vyšetření mělo provádět alespoň každé čtyři hodiny během první fáze porodu, protože poskytuje důležité informace o jeho průběhu. V praxi se však četnost těchto vyšetření liší podle aktuálního zdravotního stavu rodičky, jejích preferencí a dohody mezi ní a zdravotníky (Hazard, 2021).

1.2.7 Nálev

Jestliže se porod spustí přirozeně, tělo ženy se většinou samo postará o vyprazdňování. Tento proces je ovlivněn hormonálními změnami. Záleží především na délce první doby porodní, tedy fáze otevírání porodních cest, která se liší u prvorodiček a vícerodiček, ale vždy závisí na individuálních faktorech. Pokud rodička uvádí pravidelné kontrakce a zároveň potvrzuje, že se opakovaně vyprázdnila, lze předpokládat, že porod skutečně začíná. Jestliže na stoličce nebyla, není zcela vyprázdněná nebo je potřeba podpořit intenzitu děložních kontrakcí, je možné na začátku první doby porodní nabídnout nálev (Dušová a kolektiv, 2019).

Nálev, označovaný také jako klyzma nebo nálev, slouží k vyprázdnění tlustého střeva pomocí vody ohřáté na přibližně 37°C. Rodička se při jeho aplikaci nachází v poloze na boku. Pomocí irigátoru a rektální rourky, která je před zavedením lubrikována pro větší komfort, se do konečníku vpouští teplá voda. Ideální je zadržet ji co nejdéle, avšak v praxi to často bývá obtížné. Nálev nemá při porodu význam jen v samotném vyprázdnění střev, ale také v podpoře děložní činnosti. Teplá voda ve střevě stimuluje jeho pohyb, což následně podráždí dělohu, která se nachází v jeho těsné blízkosti. Po nálevu rodičky obvykle pociťují úlevu a často dochází i k zesílení kontrakcí. Ve druhé době porodní, kdy hlavička dítěte tlačí na konečník, se rodička nemusí tolik obávat možného vyprázdnění stolice, což přispívá k jejímu většímu klidu (Dušová a kolektiv, 2019).

1.2.8 Napářka

Tato metoda relaxace pomáhá prohřát oblast pohlavních orgánů ženy, čímž dochází ke zlepšení cirkulace krve, lepšímu vstřebávání účinných látek z bylin a celkovému uvolnění. Mezi její hlavní přínosy patří usnadnění porodu, zkrácení jeho délky a snížení vnímané bolesti. Teplo napářky podporuje změknutí a rozšiřování děložního hrdla, což přispívá k plynulejšímu otevírání porodních cest. Příznivé účinky zahrnují i prevenci poranění hráze a pozitivní vliv na činnost střev. Tato procedura ženě umožňuje hlubší relaxaci a lepší propojení se svým tělem. Byliny mají antibakteriální a protizánětlivé vlastnosti, napomáhají efektivnějšímu průběhu první i druhé doby porodní a zároveň přispívají k psychické pohodě budoucí maminky (nemkadan, 2024).

Porodní asistentka připraví bylinný odvar, který nalije do nádoby s horkou vodou. Tu pak umístí pod speciální sedátko, na něž se rodička posadí. Proces trvá obvykle 10 až 40 minut, přičemž žena setrvává v této poloze po dobu, která je jí příjemná (nemkadan, 2024). Jemná pára s příjemnou teplotou působí na oblast intimních partií, kde otevírá póry a umožňuje pronikání účinných látek z bylin do organismu. Díky tomu je důležité používat pouze pečlivě zvolené bylinné směsi, které jsou vhodné pro nastávající maminku i její dítě. Jednou z často využívaných bylin je maliník, který je známý svými pozitivními účinky na hormonální rovnováhu a imunitní systém ženy. Na rozdíl od mnoha jiných bylin jej lze užívat dlouhodobě bez nutnosti přestávek, a navíc podporuje správný pitný režim během těhotenství i po porodu. Přispívá k přípravě porodních cest, aniž by měl negativní dopad na miminko, a po porodu pomáhá zmírnit krvácení, podporuje zavínování dělohy a urychluje čištění porodních cest. Mezi další oblíbené bylinky patří mateřídouška, která je tradičně spojována s podporou psychické pohody a usnadněním porodu. Levandule je pak ceněná nejen pro svou příjemnou vůni, ale také pro své uklidňující a antiseptické vlastnosti. Pomáhá zmírnit pocity úzkosti, což je v těhotenství a během porodu velmi přínosné (steamy, 2024).

1.2.9 Možnosti tlumení bolesti při porodu

V současnosti většina žen očekává účinnou a bezpečnou úlevu od porodní bolesti. Světová zdravotnická organizace a odborné společnosti se shodují na tom, že přání rodičky na zmírnění bolesti by mělo být samo o sobě dostatečným důvodem k poskytnutí analgetické metody či prostředku. Metody tlumení porodní bolesti se neustále vyvíjejí a za posledních šedesát let jsou pečlivě zkoumány z hlediska jejich vlivu na matku i dítě. Zvláštní pozornost je věnována jejich dopadu na neurofyzilogický stav plodu a novorozence po porodu. Zatímco některé ženy zvládají

bolest dobře, jiné potřebují efektivnější způsoby úlevy. V některých případech postačí jednoduché techniky, jako jsou relaxační metody, masáže nebo pohyb, jindy je nutná asistence porodní asistentky či dokonce anesteziologa. Výběr metody by měl být vždy individuální a přizpůsoben aktuální situaci i přání rodičky. Žena by měla mít možnost kdykoliv během porodu požádat o úlevu a zdravotnický personál by měl být připraven jí účinně pomoci. Metody tlumení bolesti při porodu lze rozdělit na farmakologické a nefarmakologické, přičemž jejich použití by mělo vždy splňovat základní principy porodnické analgezie. Je důležité, aby neovlivnily negativně fyziologické procesy v těle matky, nezasáhly nepříznivě do průběhu porodu a neohrozily zdraví plodu ani novorozence. Zároveň by měly zajistit dostatečnou úlevu od bolesti, aby žena mohla porod co nejlépe zvládnout. Díky neustálému vývoji porodnické analgezie dnes mají rodičky široké spektrum možností, jak si porod usnadnit (Ptáček; Bartůňek a kolektiv, 2024).

Epidurální analgezie je dnes považována za standardní metodu úlevy od porodních bolestí. Oproti jiným formám analgezie vyniká nejen vysokou účinností, ale také bezpečností. Díky své spolehlivosti a minimálnímu riziku pro matku i plod se epidurální analgezie stala preferovanou volbou v porodnictví. Významnou výhodou je možnost snadné přeměny epidurální analgezie na anestezii v případě nutnosti akutního císařského řezu. Zároveň umožňuje komfortní provedení zákroků v třetí době porodní, jako je manuální vybavení placenty, revize dutiny děložní nebo ošetření porodního poranění (Vymazal; Michálek; Klementová, 2023).

Další z možností tlumení porodní bolesti je systémová analgezie, která zahrnuje především parenterální podávání opioidu. Přestože systémové podávání opioidu není ani nejúčinnější, ani nejbezpečnější metodou porodnické analgezie, stále patří mezi nejčastěji používané farmakologické postupy. Opioid snadno přecházejí placentou do krevního oběhu plodu, kde mohou tlumit dechové centrum a zhoršit poporodní adaptaci. V současnosti se jako nejvhodnější opioid pro porodnickou analgezii jeví ultrakrátce působící remifentanyl. U těhotných žen se metabolizuje výrazně rychleji než u běžné populace, a proto se ve světě stále častěji využívá v režimu PCA tam, kde není možné podat neuroaxiální analgezii (Vymazal; Michálek; Klementová, 2021).

Další možnou alternativou je nalbupin. Jeho hlavní výhodou oproti jiným opioidům je minimální riziko dechového útlu. Úleva od bolesti nastupuje během několika minut a účinek trvá tři až šest hodin. Nevýhodou však může být možnost vyvolání dysforie matky. Nalbupin lze podávat bolusově, kontinuální infuzí nebo v režimu PCA. Ve srovnání s petidinem vykazuje lepší analgetický účinek a zároveň výrazně snižuje riziko respirační deprese díky tzv. Stropovému efektu, při kterém další zvyšování dávky nevede k prohloubení dechového útlu (Vymazal; Michálek; Klementová, 2021).

Entonox je účinné a bezpečné inhalační anestetikum, které nevyžaduje invazivní zásah. Kromě tlumení porodních bolestí se využívá i při gynekologických zákrocích. Použití Entonoxu, známého také jako rajský plyn, pomáhá zmírnit strach z bolesti a přispívá k většímu klidu a lepšímu zvládnutí nepříjemných pocitů. Je však třeba počítat s tím, že inhalace Entonoxu není hrazena zdravotní pojišťovnou a jedná se o placenou nadstandardní službu (idobryden, 2022). Oxid dusný je jedním z nejdéle používaných anestetik v moderní medicíně. Oxid dusný je obvykle kombinován s jinými látkami pro jeho slabé účinky. Ve směsi s kyslíkem se osvědčil jako účinný prostředek k tlumení bolesti. V současnosti je dostupná směs padesát procent oxidu dusného

a padesát procent kyslíku pod názvem Entonox, která je navržena tak, aby umožnila snadné a rychlé podání. Jednou z hlavních výhod je jeho jednoduché použití. Oxid dusný působí na centrální nervový systém velmi šetrně a má minimální vliv na srdeční a dýchací soustavu. Riziko závažných nežádoucích účinků je velmi nízké, i když jeho účinnost se může individuálně lišit. Tento plyn není dráždivý, má mírně nasládlou chuť. Díky tomu je jeho aplikace pro pacientky příjemná. Mezi první známky účinku patří pocit lehkého omámení. Často se objevují brnění v končetinách a ústech a pocit vlnícího se tepla po těle. Postupně dochází k analgezii a euforii. Velkou předností je rychlý nástup sedace a analgezie, stejně jako možnost přesného dávkování podle aktuální potřeby pacientky. Po podání se psychomotorické funkce obnovují velmi rychle, obvykle do třiceti minut. Díky těmto vlastnostem nachází Entonox široké uplatnění v různých lékařských oborech (Hess; Málek; Slivá, 2024).

Voda se už po staletí využívá jako přirozená metoda pro zmírnění nepohodlí během porodu. V posledních letech se znovu dostává do popředí používání teplých koupelí, sprchování nebo různých druhů obkladů. Některé rodičky tráví první část porodu v teplé vodě, která jim pomáhá uvolnit se a lépe zvládnout kontrakce, zatímco samotný porod probíhá běžně na porodním lůžku. Blahodárné účinky vody mohou podpořit přirozený průběh porodu a pomoci tělu se lépe přizpůsobit změnám (Binder, 2015).

1.2.10 Poloha za porodu

Výzkumy prováděné mezi domorodými kmeny žijícími v odlehlých oblastech světa, které nejsou ovlivněny moderní civilizací, ukazují, že přibližně 85 % žen v těchto kulturách rodí ve vzpřímené poloze. Mezi takové pozice patří porod ve stoje, vkleče, v dřepu nebo vsedě, přičemž rodičky se často přidržují pomocnic nebo okolních předmětů. V současné porodnické praxi je však nejběžnější horizontální poloha na zádech s pokrčenými a roztaženými dolními končetinami. Historické záznamy naznačují, že tento způsob polohování rodiček se rozšířil v 16. a 17. století, kdy začali do porodnictví výrazněji vstupovat lékaři. Tato poloha umožnila nejen provádění vaginálních porodnických operací, ale také efektivnější ošetření rozsáhlejších porodních poranění. Kritici porodu vleže namítají, že jde o nepřirozenou polohu, která nevyužívá gravitační sílu, což prodlužuje druhou dobu porodní, zvyšuje fyzickou náročnost pro rodičku a zesiluje bolest. Při posuzování vhodnosti porodu ve vzpřímené poloze je však nutné zohlednit nejen její pozitivní vliv na samotný průběh vypuzovací fázi, ale také to, zda nepředstavuje riziko pro dítě a matku. Zkušenosti zdravotnických zařízení, která podporují porody ve vertikálních polohách, ukazují na častější výskyt porodních poranění. Určitým kompromisem mezi oběma možnostmi je porod v polosedě, při němž se částečně uplatňuje gravitační síla a další výhody vzpřímené polohy, avšak zároveň je oblast rodidel dobře přístupná pro vyšetření a případné lékařské zásahy. Při diskusích o ideální porodní poloze se často zapomíná na samotnou rodičku, které nelze přikázat, v jaké poloze má родit. Během porodu si žena přirozeně hledá takovou pozici, která je pro ni nejméně bolestivá a nejpohodlnější, přičemž ve většině případů nejde o polohu zcela vzpřímenou (Roztočil a kolektiv, 2020).

Pokud si rodička vybere polohu na boku, je nejvhodnější ten, kde se nachází záda miminka, tedy podle jeho polohy v děloze. V této pozici jsou kontrakce obvykle silnější a delší, což pomáhá dítěti snáze postupovat porodními cestami. Rodička má zároveň možnost si mezi kontrakcemi odpočinout a v některých případech může dokonce krátce usnout. Pro větší komfort si může mezi kolena umístit polštář, který pomáhá uvolnit oblast pánve a konečníku. Další polštář

pod hlavou nebo přikrývka může zvýšit pohodlí, zejména pokud se rodička cítí zimomřivá. Další možností je vzpřímená poloha, chůze nebo jemné pohyby boky. Žena stojí široce rozkročenýma nohama a pohybuje pánví do stran, čímž napomáhá sestupu miminka. Partner nebo porodní asistentka jí mohou masírovat oblast kříže nebo ji jemně hladit, což bývá velmi příjemné a ulevuje od bolesti. Velmi oblíbená je také poloha na gymnastickém míči, která je vhodná pro většinu rodiček. Pokud se k tomu přidá hydroterapie, například sprchování teplou vodou, vzniká účinná kombinace pro tlumení bolesti. Každá žena by měla mít během porodu možnost volného pohybu. Porodní asistentka by jí měla pomáhat najít takovou polohu, která jí nejlépe vyhovuje, umožňuje správné dýchání a efektivní práci s kontrakcemi (Dušová a kolektiv, 2019).

1.2.11 Dirupce vaku blan

Dirupce vaku blan pomocí speciálního nástroje se provádí během první doby porodní za určitých podmínek s cílem urychlit průběh porodu (Hourová; Galambošová, 2015). Pokud k samovolnému odtoku plodové vody nedojde, bývá často prováděna amniotomie, umělé protřetí vaku blan, které má za cíl urychlit porod a zesílit děložní kontrakce. Tento zákrok je nebolestivý, přesto u některých žen vyvolává obavy, zejména kvůli představě použití háčků nebo jiných nástrojů. Existují také diskuse o jeho skutečné nezbytnosti, protože řada rodiček jej vnímá jako další zásah do přirozeného porodu a narušení důvěry ve vlastní schopnosti porodit (Jochmannová; Kimplová a kolektiv, 2022).

Odtok plodové vody přirozeně nastává ve chvíli, kdy je tělo na tento krok připraveno, a někdy se dokonce stane, že se dítě narodí stále obklopené neporušeným plodovým obalem, což je považováno za výjimečný jev. Pokud je vak blan uměle narušen, mohou kontrakce zesílit a porod se pro ženu stane vnímán bolestivějším, což často vede k žádostem o léky proti bolesti nebo epidurální anestezii. Tento zákrok obvykle znamená častější sledování dítěte pomocí monitorů, což může omezit volný pohyb rodičky a tím i její schopnost intuitivně reagovat na průběh porodu. Dítě se také může ocitnout pod větším tlakem, protože plodová voda přirozeně chrání jeho pupeční šňůru před stlačením. Pokud se amniotomie provede příliš brzy, může dojít k vyřeznutí pupečníku před dítětem, což je urgentní stav vyžadující okamžitý lékařský zásah. Přirozená celistvost plodového obalu představuje důležitou ochranu dítěte během porodu, a proto je vhodné pečlivě zvážit všechna možná rizika. Ženy by měli být o těchto aspektech informovány, aby se mohly vědomě rozhodnout, zda tento zákrok podstoupí (annakohutova, 2016).

1.2.12 Epiziotomie

Epiziotomie se neprovádí automaticky, ale pouze v případech, kdy existuje reálné riziko natržení hráze. To může nastat například u velmi pevné a nepružné hráze, jizev po předchozích poraněních, nízko položené hráze, při porodu velkého plodu nebo v situacích ohrožení plodu, jako je hypoxie. Mezi relativní indikace k provedení epiziotomie patří některé porodnické intervence, například použití vakuum extrakce, kleští, komplikace při porodu, předčasný porod nebo dystokie ramének. Nástřih se neprovádí, pokud jsou v oblasti vulvy výrazně rozšířené žíly nebo pokud si žena výslovně nepřeje. Před provedením epiziotomie je důležité rodičku poučit, získat její souhlas, zajistit dostatečnou analgezii a dezinfikovat hráz. Samotný nástřih se provádí v okamžiku, kdy hlavička při kontrakci postupuje přes hráz a rodička aktivně tlačí. Jednou rukou

se kontroluje hlavička a druhou se provede nástřih pomocí epiziotomických nůžek (Hanáková, 2021).

1.2.13 Porod do vody

Historicky první zmínka o porodu ve vodě pochází z Francie z roku 1803. Významný podíl na rozšíření této metody měl v šedesátých letech dvacátého století ruský vědec Igor Charkovský, který ve své studii z roku 1963 zdůraznil, že tento způsob porodu může snižovat stres u novorozenců a přispívat k lepšímu zachování mozkových buněk. Vedení těchto porodů je primárně v rukou porodních asistentek. V České republice se porody do vody začaly poprvé praktikovat v nemocnici ve Znojmě. Dnes mají rodičky tuto možnost k dispozici, i když jejich zájem zůstává poměrně nízký (Roztočil a kolektiv, 2017).

Mezi výhody této metody patří zmírnění bolesti a hluboké uvolnění svalů, které pomáhá tělu ženy přizpůsobit se a umožňuje snadnou změnu poloh, čímž se podpoří správné rotování dítěte. Často se ženy ve vodě nacházejí v kleče nebo v dřepu, což obě tyto pozice usnadňují postup porodu. I přes své výhody má porod do vody i svá rizika, jako jsou infekce, vdechnutí vody novorozencem nebo možné komplikace jako embolie. Některé metody tlumení bolesti, jako je epidurální analgezie, nejsou kompatibilní s porodem do vody. Tento způsob porodu není vhodný pro každou ženu. Musí jít o těhotenství bez komplikací. Porod do vody je také nevhodný pro nedonošené děti nebo při zkalené plodové vodě. Ne každá žena vnímá tento typ porodu jako ideální a některé ženy mohou zjistit, že teplá voda jim během kontrakcí nevyhovuje (denik, 2024).

1.2.14 Přerušení pupečníku

Před porodem by rodiče měli být informováni o výhodách oddáleného přerušení pupečníku, které souvisejí s přínosy placentární transfuze. Pokud není nutné okamžité zahájení resuscitace nebo stabilizace novorozence, doporučuje se oddálit přerušení pupečníku na minimálně šedesát sekund. Ideálně by měl být pupečník přerušen až po zjištění správné funkce plic novorozence (Straňák, 2024). Oddálené přerušení pupečníku má pozitivní účinky jak u donošených, tak u předčasně narozených novorozenců. Důsledkem je zlepšení zásob železa, což pomáhá předcházet anémii v kojeneckém věku. Kromě těchto krátkodobých výhod se pozitivní účinky tohoto postupu projevují i v dlouhodobém horizontu. U dětí ve věku čtyř let bylo prokázáno zlepšení jemné motoriky a sociálních dovedností. U novorozenců narozených předčasně tento postup snižuje potřebu krevních transfuzí, podporuje lepší adaptaci novorozence po porodu, zlepšuje saturaci krve kyslíkem a zvyšuje krevní tlak. Mezi kontraindikace pro pozdní podvaz pupečníku patří například předčasné odloučení placenty, ruptura dělohy nebo ohrožení života matky či plodu (Kachlová; Kučová; Petrášová, 2022).

Optimální vzdálenost pro umístění pupečnickové svorky nebo sterilní prádelní gumy u fyziologického novorozence je 2 až 4 centimetry od úponu pupečníku. Pokud novorozenec vyžaduje intenzivní péči, je doporučeno svorku umístit ve vzdálenosti 5 až 6 centimetrů od úponu. Při podvazu pupečníku je potřeba přerušit pupečník pomocí sterilních nůžek v oblasti mezi dvěma svorkami nebo peány (Kachlová; Kučová; Petrášová, 2022).

1.2.15 Bonding

Bonding představuje klíčový proces vytváření hlubokého citového propojení mezi matkou a novorozencem bezprostředně po porodu. Již během těhotenství si matka postupně vytváří vztah ke svému dítěti, který se po narození prohlubuje skrze fyzický kontakt. Tento brzký a nepřerušovaný kontakt probíhá nejen mezi matkou a dítětem, ale může se do něj zapojit i otec. Vznikající vazba je jedinečná a má zásadní význam pro celý život dítěte. Světové organizace jako WHO, UNICEF a FIGO doporučují, aby byl kontakt kůže na kůži mezi matkou a novorozencem nepřerušován alespoň po dobu prvních dvou hodin po porodu. V tomto období dochází k intenzivním interakcím, které přispívají k upevnění vzájemného pouta (Matulníková; Dorazilová; Nováková, 2023).

Správné provedení bondingu zahrnuje několik důležitých kroků. Novorozenec je ihned po narození položen na matčino břicho ve vertikální poloze. Dítě je šetrně osušeno předeřátými plenami nebo rouškami a přikryto teplou dekou. Jakmile dotepá pupečník, je novorozenec přesunut na hrudník matky. Zajišťuje se volnost dýchacích cest, přičemž dítě má nos volný a hlavičku otočenou ke straně. Matka instinktivně objímá své dítě, které vnímá její hlas a vůni, již zná z nitroděložního prostředí. Důležitým aspektem bondingu je regulace tělesné teploty novorozence, proto se doporučuje společné překrytí přikrývkou a nasazení čepičky. Pro optimální průběh je vhodné zajistit klidné, teplé a tlumeně osvětlené prostředí. Všechny rutinní úkony, jako je vážení či aplikace vitamínu K, se doporučuje odložit až po uplynutí první hodiny nerušeného kontaktu. V případech, kdy bonding nemůže proběhnout s matkou, například kvůli její poporodní rekonvalescenci nebo operačnímu porodu, se doporučuje umožnit kontakt s otcem. Bonding je možný i u dětí narozených císařským řezem. Kontakt kůže na kůži má mnoho přínosů. Pomáhá regulovat jeho fyziologické funkce, snižuje stres a pláč, podporuje kojení a usnadňuje první přisátí. U matky bonding přispívá k rychlejšímu zavinování dělohy, snižuje poporodní krvácení a posiluje její rodičovské kompetence (Matulníková; Dorazilová; Nováková, 2023).

1.2.16 První přisátí po porodu

Mateřské mléko představuje přirozenou a ideální výživu pro novorozence. Blízký kontakt mezi matkou a dítětem posiluje jejich vzájemné pouto a poskytuje jim jedinečné společné chvíle. Aby kojení od samého počátku probíhalo pohodlně a bez problémů, je důležité podpořit přirozené procesy laktace už v prvních okamžicích po porodu (Kašparová; Kašubová, Antoníčková, 2020). Doporučuje se, aby novorozenec byl přikládán k prsu co nejdříve po porodu, ideálně během nepřerušovaného kontaktu kůže na kůži, který podporuje správné přisátí a rozvoj laktace. Pokud k tomu nedojde během první hodiny, WHO považuje tento časový odstup za opožděný začátek kojení. Aby bylo kojení efektivní a pohodlné, je důležité vytvořit pro matku klidné prostředí, zajistit jí dostatek tekutin, výživnou stravu a podporu ze strany odborníků. Zejména v případech, kdy matka a dítě musí být po porodu dočasně odděleni, je nezbytné nabídnout pomoc s přikládáním nebo s odsáváním mateřského mléka, a to ideálně do šesti hodin od porodu (Mazúchová; Maskálová; Divoková, 2022).

1.2.17 Péče o novorozence po porodu

Okamžité koupání novorozence po porodu není doporučeno. Imunitní systém dítěte se od narození až přibližně do tří let postupně vyvíjí a k jeho správné funkci je důležitější pestré mikrobiální prostředí než naprostá čistota. Mikroorganismy hrají klíčovou roli v tréninku obranyschopnosti a stále více se hovoří o tzv. Hygienické hypotéze, která zdůrazňuje význam kontaktu s mikrobiy. Přehnaná hygiena a omezený kontakt s přírodním prostředím mohou vést ke zvýšenému výskytu různých onemocnění spojených s oslabenou imunitou. Jedním z faktorů, který podporuje imunitní systém novorozence, je ponechání mázku na jeho pokožce. Výzkumy jednoznačně potvrzují jeho zásadní fyziologický význam. Mázek nejen pomáhá regulovat tělesnou teplotu a vytváří ochrannou vrstvu na kůži, ale také má výrazné imunologické, antibakteriální a protizánětlivé účinky. Proto by se neměl ihned po porodu odstraňovat, ale měl by zůstat na těle dítěte, dokud se přirozeně nevstřebá (Slimáková, 2021).

1.2.18 Placentofagie

Konzumace placenty po porodu je v západních kulturách často vnímána s nepochopením a překvapením. Přesto se tento jev, známý jako placentofagie, stává jedním z přání některých nastávajících matek. Ačkoliv jde zatím o poměrně vzácnou praxi, počet žen, které chtějí svou placentu využít k tomuto účelu roste. Důvodem je obsah mnoha cenných látek, včetně kmenových buněk. Růstové faktory v placentě napomáhají hojení poranění na děložní stěně po jejím odloučení. Konzumaci placenty může žena doplnit důležité složky, jako je železo, vitamín B6, vitamín E, oxytocin podporující laktaci, snižující krvácení po porodu a pomáhající děloze se stáhnout, dále CRH snižující hladinu stresu, prolaktin podporující tvorbu mateřského mléka a cytokiny přispívající k regeneraci buněk a tkání. Z placenty lze připravit různé přírodní produkty, jako jsou koktejly nebo kapsle (Roztočil a kolektiv, 2017).

1.2.19 Rooming – in

Rooming – in znamená, že novorozenec zůstává ve dne i v noci ve stejném pokoji jako matka nebo rodič, a to hned od narození. Dítě by nemělo být od matky odděleno na dobu delší než jednu hodinu. Novorozenci by měli být od matek oddělováni pouze ze zdravotních důvodů. Veškerá péče o dítě a lékařské úkony by měly probíhat u matčina lůžka nebo v její přítomnosti. Rooming – in přináší mnoho výhod jak pro matku, tak pro novorozence. Matka se učí rozpoznávat potřeby svého dítěte a rychle na ně reagovat, což posiluje její jistotu v péči o něj i při kojení (World Health Organization; United Nations Children's Fund, 2020).

1.3 Odmítnutí zdravotní péče během porodu

Rodička, která je svéprávná, zletilá a orientovaná, má právo odmítnout jakoukoliv perinatologickou péči, a to i v případě, že by její rozhodnutí mohlo ohrozit její vlastní život nebo život dosud nenarozeného dítěte. Český právní řád vnímá plod jako součást těla matky až do zahájení porodu, což přináší zásadní etické i právní otázky v oblasti porodnictví. Přesto platí, že pokud rodička během porodu vysloví nesouhlas s konkrétním zákrokem, musí být její rozhodnutí respektováno, pokud není prokazatelně ve stavu, kdy by nebyla schopna samostatně rozhodovat. Pro situace, kdy rodička není schopna projevit svou vůli v průběhu porodu,

může předem sepsat dříve vyslovené přání nebo určit osobu, která za ni bude rozhodovat. Pokud se lékař ocitne v situaci, kdy rodička není schopna dát souhlas k určitému výkonu, je povinen řídit se tímto přáním, případně rozhodnutím zmocněného zástupce (Dušová a kolektiv, 2019).

Je důležité si uvědomit, že porodní plán obvykle nesplňuje všechny zákonné požadavky na dříve vyslovené přání. V případě rozporu mezi aktuálním přáním rodičky a porodním plánem má vždy přednost její aktuálně projevená vůle. Zákon stanovuje, že informovaný nesouhlas s lékařským zákrokem může být platně vyjádřen pouze za předpokladu, že rodička byla řádně poučena o následcích svého rozhodnutí a je schopna úsudku. Toto pravidlo slouží k ochraně autonomie pacientky, aby její rozhodnutí bylo skutečně uvědomělé a informované (Dušová a kolektiv, 2019).

2 Výzkumná část

V této části jsou prezentovány výsledky šetření zaměřeného na zkušenosti porodních asistentek s využíváním porodních plánů v praxi.

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Pro tuto práci byl stanoven jeden hlavní cíl. Na základě tohoto cíle byly formulovány následující výzkumné otázky.

Cíl výzkumu: Zjistit zkušenosti porodních asistentek s využitím porodního plánu na porodním sále.

V1: Jaké jsou osobní zkušenosti porodních asistentek s využitím porodních plánů na porodním sále?

V2: Jaký vliv má podle porodních asistentek porodní plán na průběh porodu a interakci mezi nimi a rodičkou?

V3: Jaká specifická přání v porodních plánech považují porodní asistentky za snadná k realizaci a která naopak vnímají jako náročná nebo problematická?

2.2 Metodika výzkumu

Výzkumná část této práce je postavena na kvantitativním přístupu, který byl zvolen záměrně, jelikož umožňuje získat data od většího počtu respondentek. Data byla sbírána prostřednictvím anonymního dotazníku, který byl distribuován jak v online formě, tak i v tištěné podobě. Kombinace obou forem distribuce umožnila oslovit širší okruh respondentek a přispěla k vyšší návratnosti dotazníků. Dotazník obsahoval celkem 23 otázek, z toho 17 otázek uzavřených (otázky č. 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21), 4 otázky polootevřené (otázky č. 2, 7, 13, 14) a 2 otázky otevřené (otázky č. 22, 23). V polootevřených otázkách měly respondenty možnost doplnit vlastní odpověď. Následně došlo k vyhodnocování dotazníků, kdy každá otázka byla analyzována samostatně. Dotazník tvoří součást bakalářské práce jako příloha.

2.3 Charakteristika respondentů a výzkumného prostředí

Výzkumu se zúčastnily porodní asistentky, které pracují na porodních sálech v různých zdravotnických zařízeních. Dotazník byl zaměřen výhradně na tuto cílovou skupinu, protože právě porodní asistentky jsou v přímém kontaktu s rodičkami a mají praktické zkušenosti s využíváním porodních plánů. Celkem bylo získáno 121 vyplněných dotazníků, které tvoří 100 %. Z toho 101 bylo vyplněno online formou prostřednictvím elektronického dotazníku a 21 dotazníků bylo odevzdáno v tištěné podobě. Tento kombinovaný způsob sběru dat umožnil oslovit širší spektrum porodních asistentek z různých regionů, a tím přispěl k větší rozmanitosti získaných dat.

2.4 Průběh výzkumu

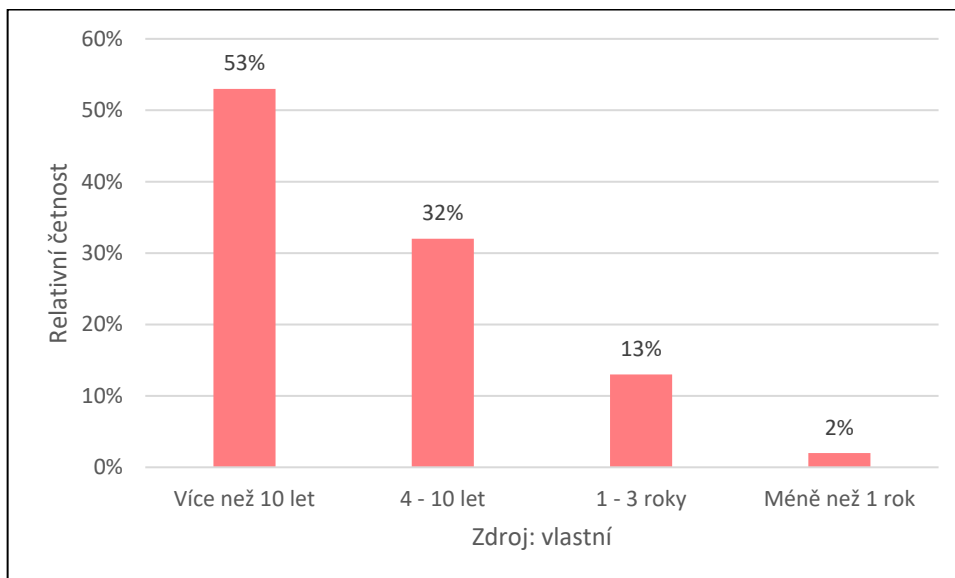
Dotazníkové šetření bylo realizováno v období od 1. listopadu 2024 do března 2025. Tištěné dotazníky byly předány do nemocnic ve třech městech – Vyškov, Brno (Milosrdní bratři) a Jihlava. Online verze dotazníku byla šířena prostřednictvím elektronických platforem.

2.5 Zpracování získaných dat

Po sběru dat z dotazníků byla získaná data zpracována pomocí grafů, které umožnily přehledné zobrazení výsledků a usnadnily jejich analýzu. K tomu byl použit program Microsoft Excel (verze 365, 2025). Každý graf je doprovázený stručným komentářem.

2.6 Výsledky dotazníkového šetření

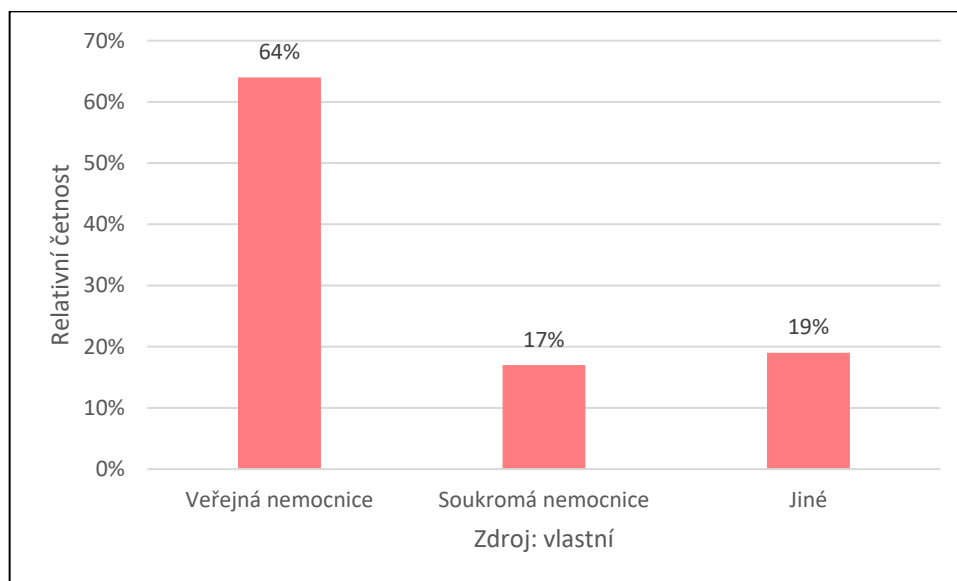
Otázka č. 1 Jak dlouho pracujete jako porodní asistentka?



Graf 1: délka praxe porodních asistentek

Největší skupinu tvoří porodní asistentky s praxí více než 10 let, které představují 53 % (64 respondentek). Dále následují porodní asistentky s délkou praxe 4 až 10 let, a to v 32 % (39 respondentek). Menší část tvoří ženy s praxí 1 až 3 roky 13 % (16 respondentek) a nejmenší podíl mají porodní asistentky s praxí méně než jeden rok, které představují pouze 2 % (2 respondentky). Tato otázka byla polootevřená.

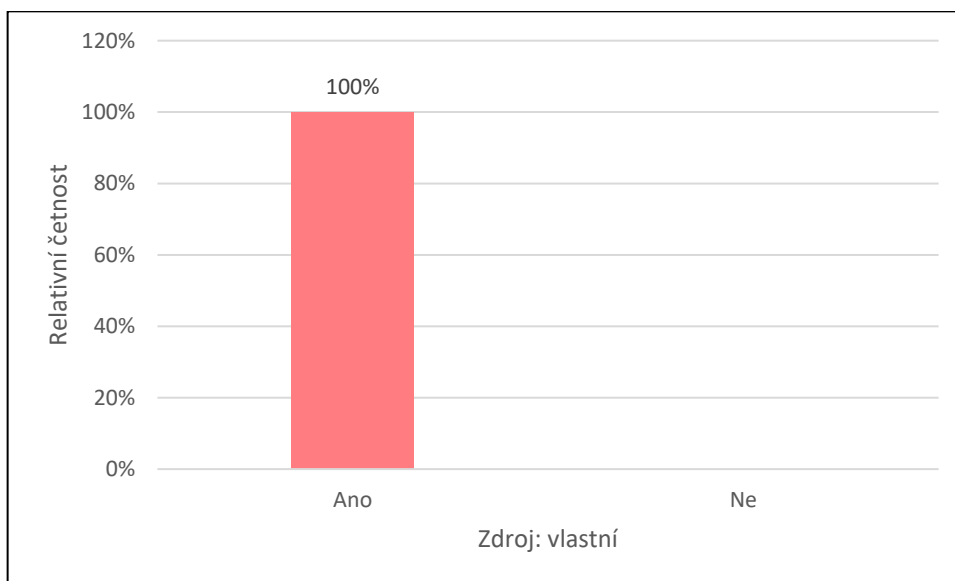
Otázka č. 2 Pracujete v:



Graf 2: pracovní prostředí porodních asistentek

Největší podíl, který zobrazuje 64 % porodních asistentek (77) uvedlo, že pracují ve veřejné nemocnici. V soukromé nemocnici působí 17 % (21) porodních asistentek, zatímco 19 % (23) odpovědí spadá do kategorie jiné, která zahrnuje především komunitní porodní asistentky a soukromé porodní asistentky.

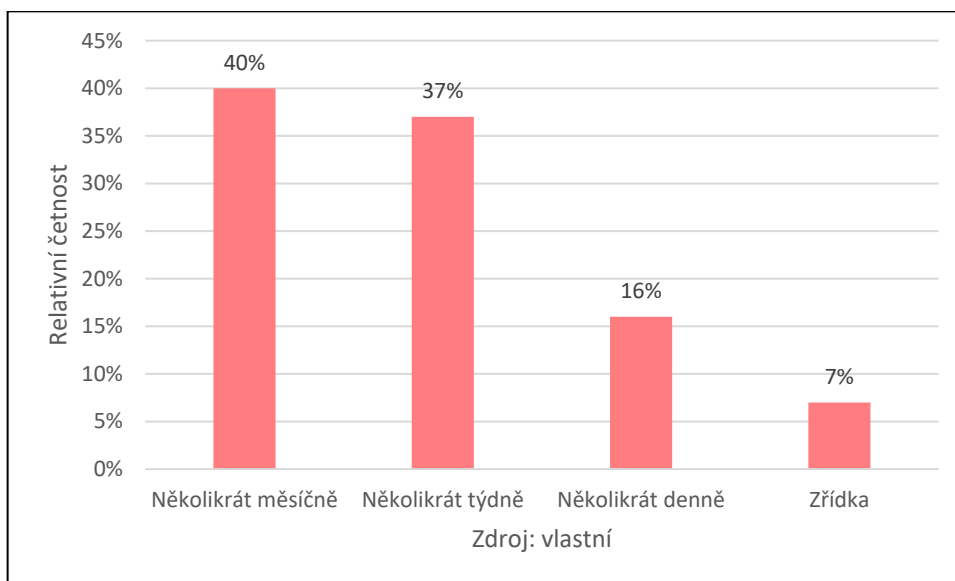
Otázka č. 3 Setkáváte se ve své praxi s porodními plány vytvořenými rodičkami?



Graf 3: setkávání porodních asistentek s porodními plány v praxi

Graf ukazuje, že 100 % zúčastněných porodních asistentek (121 respondentek) se ve své praxi setkávají s porodními plány, přičemž 0 % (0 respondentek) neuvádí, že by se s nimi nesetkávala.

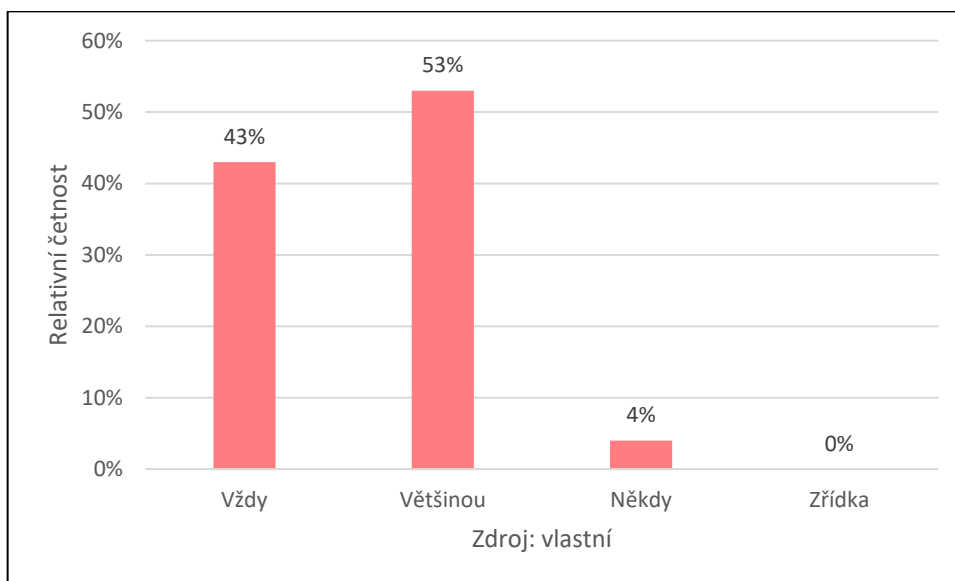
Otázka č. 4 Jak často se setkáváte s porodními plány ve své praxi?



Graf 4: frekvence setkávání s porodními plány v praxi porodních asistentek

Nejvíce odpovědí, což představuje 40 % (48 respondentek) spadá do kategorie několikrát měsíčně. Následujících 37 % (45 respondentek) respondentek uvedlo, že se setkávají s porodními plány několikrát týdně. Pouze 16 % (19 respondentek) odpovědělo, že se setkávají s porodními plány několikrát denně a 7 % (9 respondentek) respondentek uvedlo, že se s nimi setkávají zřídka.

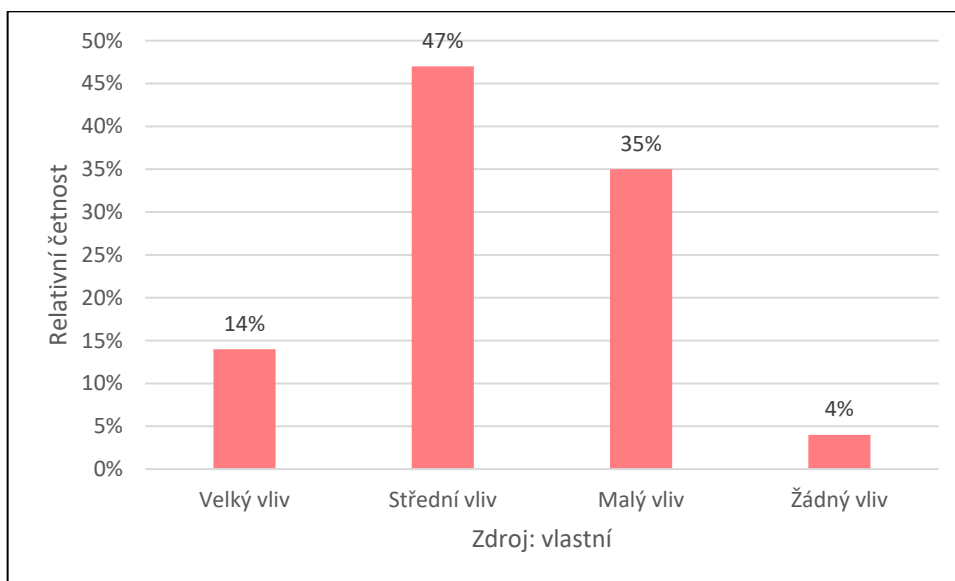
Otázka č. 5 Jak často jsou porodní plány rodiček respektovány během porodu?



Graf 5: frekvence respektování porodních plánů během porodu dle porodních asistentek

Podle výsledků 43 % (52 respondentek) respondentek uvedlo, že jsou plány vždy dodržovány a 53 % (64 respondentek) uvedlo, že jsou dodržovány většinou. Pouze 4 % (5) porodních asistentek odpověděli, že někdy, a 0 % (0 respondentek) uvedla, že jsou plány respektovány zřídka.

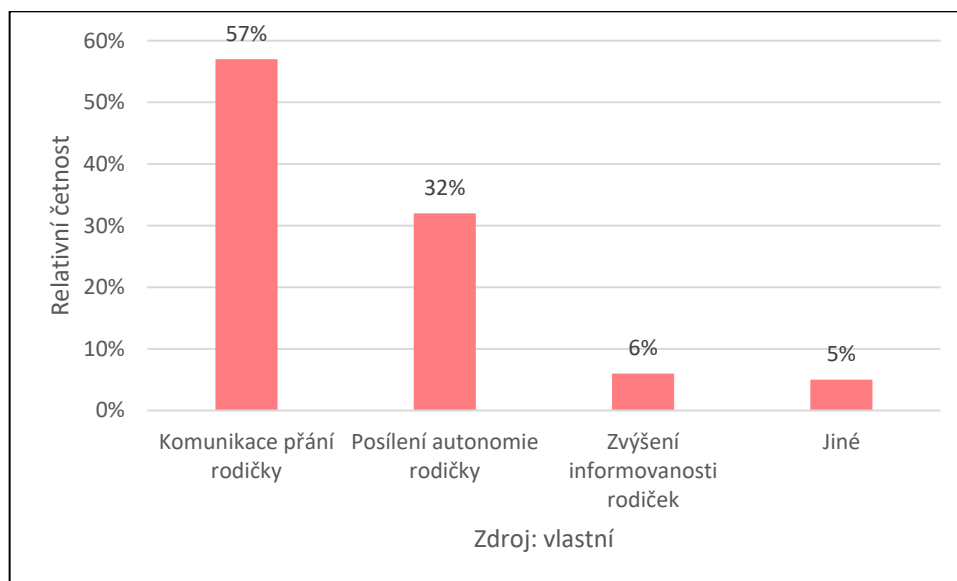
Otázka č. 6 Jak byste hodnotila svůj vliv na úpravy porodního plánu během porodu?



Graf 6: vliv porodních asistentek na úpravu porodního plánu během porodu

Největší část, 47 % (57 respondentek) považuje tento vliv za střední. Malý vliv uvedlo 35 % (42 respondentek) porodních asistentek, 14 % (17 respondentek) označilo vliv za velký a pouze 4 % (5 respondentek) uvedlo, že nemají žádný vliv.

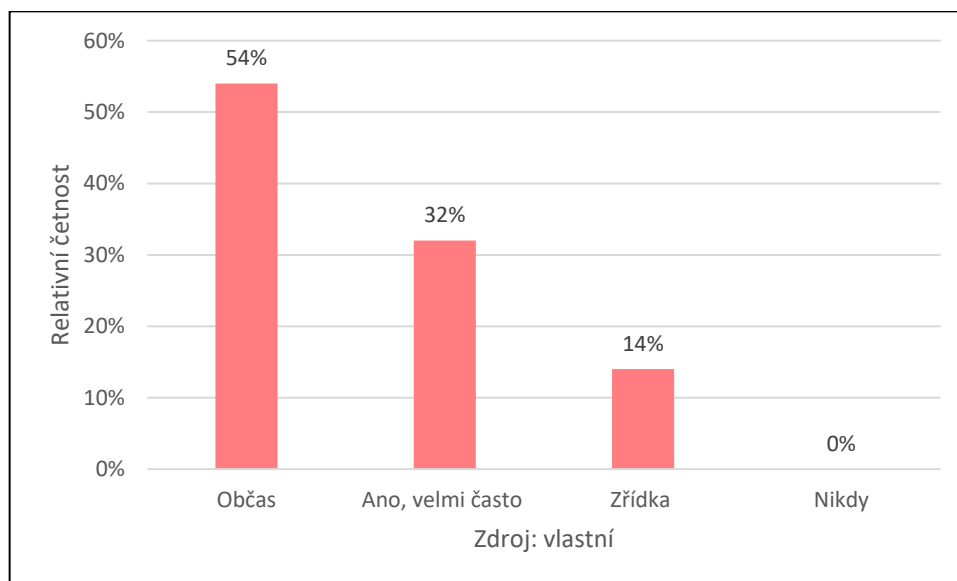
Otázka č. 7 Jaký je podle vás hlavní účel porodního plánu?



Graf 7: hlavní účel porodního plánu dle porodních asistentek

Nejčastěji zmiňovaným účelem byla komunikace přání rodičky, což zvolilo 57 % (74) porodních asistentek. Dalším často uváděným důvodem bylo posílení autonomie rodičky, což zvolilo 32 % porodních asistentek (42) a zvýšení informovanosti rodiček zvolilo 6 % (8 respondentek). V odpovědích se objevily také jiné důvody, které označilo 5 % respondentek (7). Nejvíce označovány účely byly například uklidnění rodičky, pocit jistoty, snaha získat informace nebo nedůvěra v personál. Jelikož se jednalo o polootevřenou otázku, porodní asistentky mohly uvést více odpovědí současně. 100 % tedy dělá 131 odpovědí.

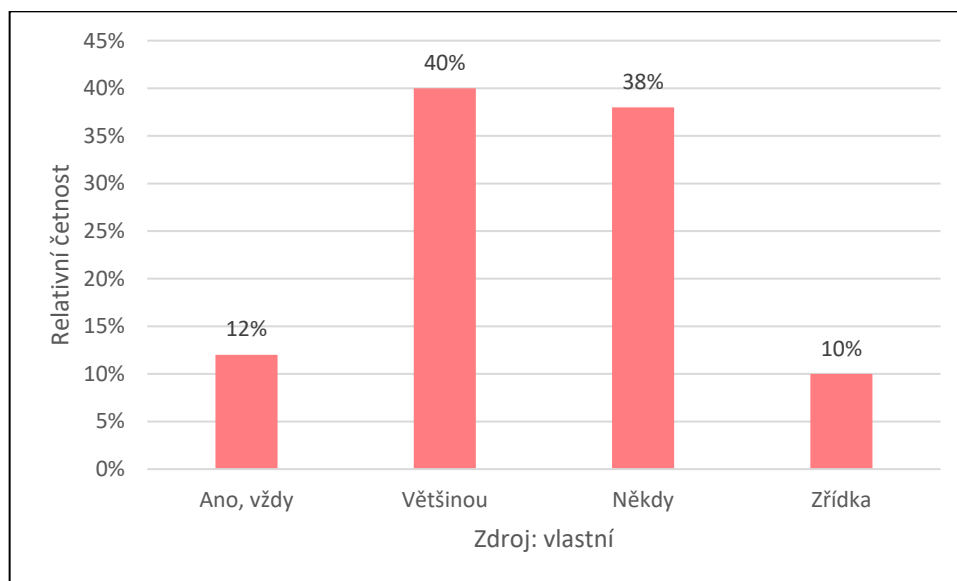
Otázka č. 8 Zaznamenáváte často změny v porodním plánu během samotného porodu?



Graf 8: zaznamenávání frekvence změn porodními asistentkami v porodním plánu během porodu

Většina porodních asistentek, což je 54 % (65) uvedla, že během porodu dochází ke změnám v porodním plánu občas. Možnost ano, velmi často zvolilo 32 % (39 respondentek) a 14 % (17 respondentek) uvedlo, že ke změnám dochází pouze zřídka. Žádná z porodních asistentek neodpověděla, že by ke změnám nikdy nedocházelo.

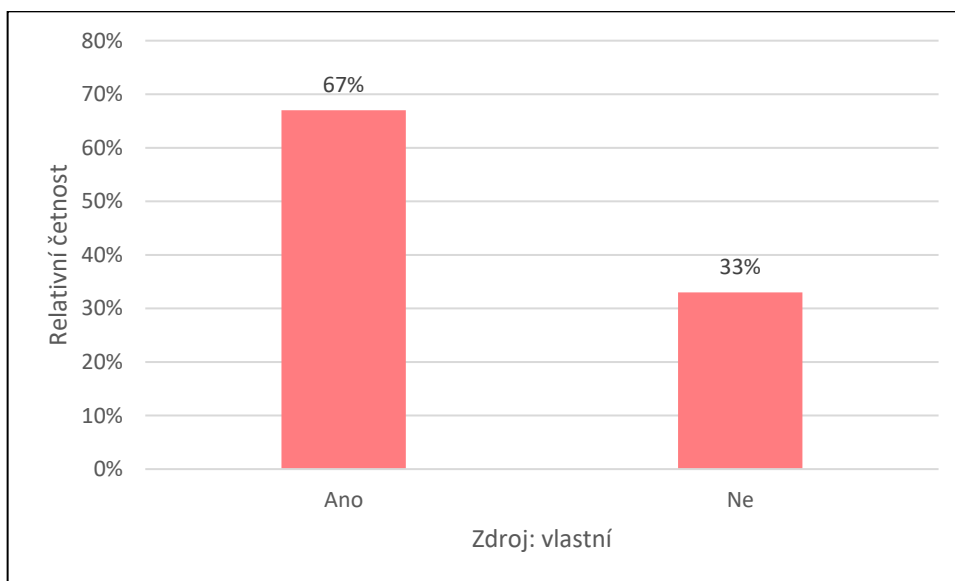
Otázka č. 9 Má podle vás porodní plán pozitivní vliv na průběh porodu?



Graf 9: pozitivní vliv porodního plánu na průběh porodu z pohledu porodních asistentek

Nejčastěji odpovídaly, že porodní plán má většinou pozitivní vliv, což uvedlo 40 % (48 respondentek) respondentek. Možnost někdy označilo 38 % (46 respondentek) a 12 % (15 respondentek) označilo, že má pozitivní vliv vždy. Naopak 10 % (12) porodních asistentek uvedlo, že porodní plán má pozitivní vliv zřídka.

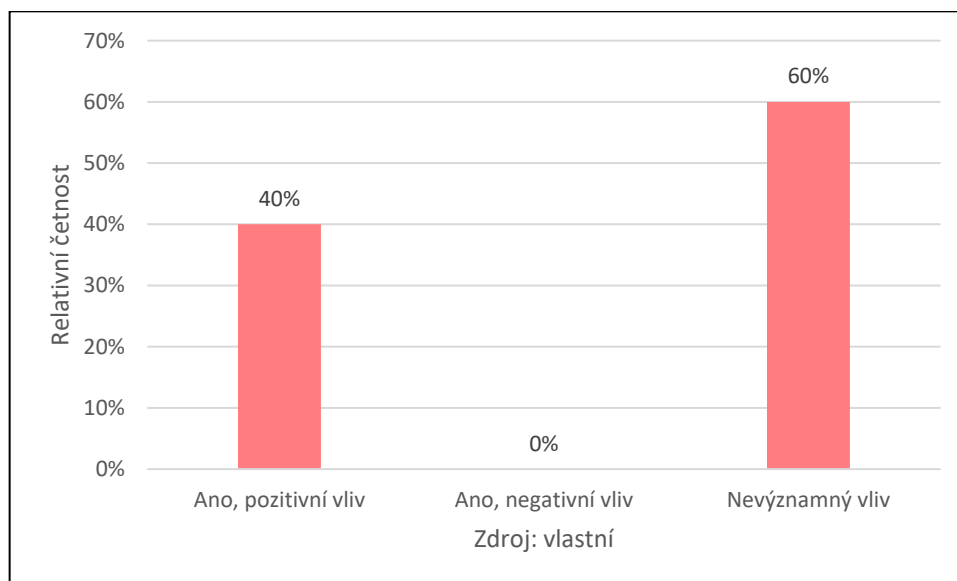
Otázka č. 10 Vnímáte, že porodní plán usnadňuje komunikaci mezi vámi a rodičkou?



Graf 10: vliv porodního plánu na komunikaci s rodičkou a porodní asistentkou z pohledu porodních asistentek

Většina respondentek, což je 67 % (81) uvedla, že porodní plán usnadňuje komunikaci mezi nimi a rodičkou. Naopak 33 % (40) porodních asistentek se domnívá, že porodní plán komunikaci neulehčuje.

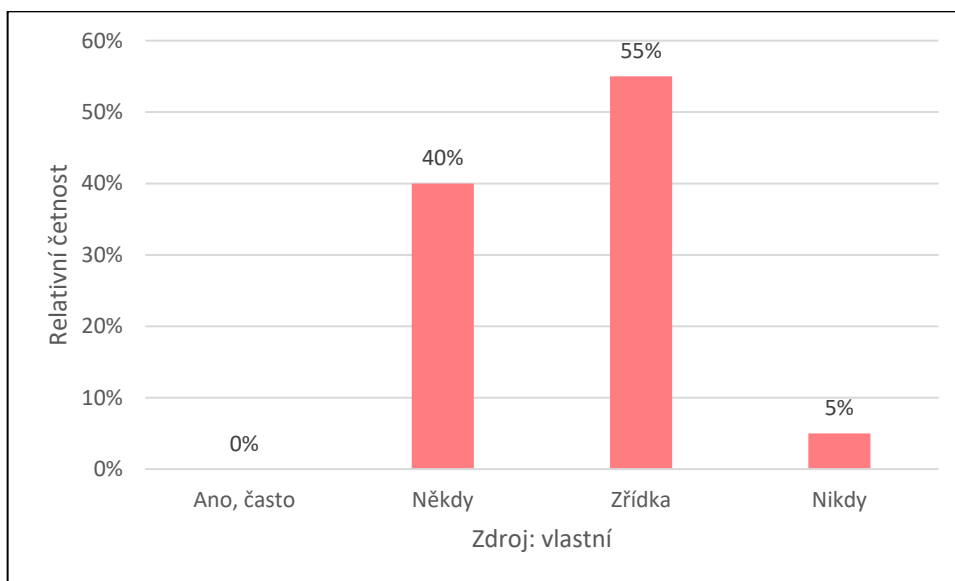
Otázka č. 11 Má porodní plán podle Vás vliv na kvalitu péče poskytované rodičkám?



Graf 11: vnímání vlivu porodního plánu na kvalitu péče poskytované rodičkám z pohledu porodních asistentek

Podle 40 % (48) respondentek má porodní plán pozitivní vliv na kvalitu péče. Žádná porodní asistentka (0 %) neuvádí, že by měl porodní plán negativní vliv. Většina respondentek, což je 60 % (73) považuje vliv porodního plánu za nevýznamný.

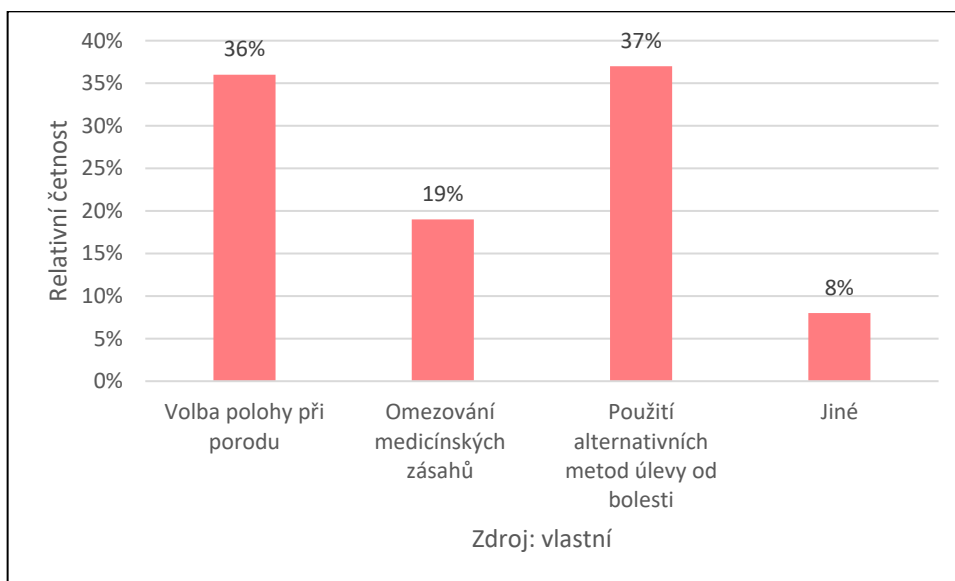
Otázka č. 12 Vyskytují se konflikty mezi rodičkou a porodním týmem kvůli porodnímu plánu?



Graf 12: frekvence konfliktů mezi rodičkou a porodním týmem kvůli porodním plánům

Většina respondentek, což je 55 % (67) uvedla, že konflikty související s porodním plánem nastávají zřídka. Dalších 40 % (48) porodních asistentek odpovědělo, že k těmto konfliktům dochází někdy. Pouze 5 % (6) respondentek uvedlo, že k žádným konfliktům mezi rodičkou a porodním týmem během porodu s porodním plánem nedochází. Žádná porodní asistentka (0 %) neodpověděla, že by se konflikty vyskytovalo často.

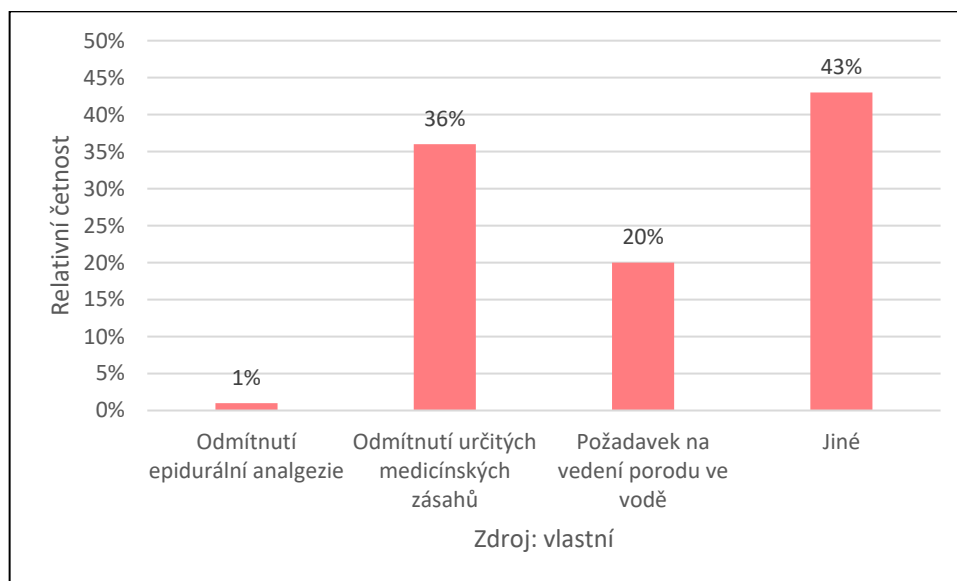
Otázka č. 13 Jaká přání v porodních plánech považujete za snadná k realizaci?



Graf 13: přání v porodním plánu snadná k realizaci z pohledu porodních asistentek

Otázka byla polootevřená a porodní asistentky mohly zvolit více než jednu možnost. Odpovědí bylo 312, což dělá 100 % relativní četnosti. Nejčastější odpovědí, kterou zvolilo 37 % (116 respondentek) bylo použití alternativních metod úlevy od bolesti. Druhou nejčastější odpovědí, kterou zvolilo 36 % respondentek (112) byla volba polohy při porodu. Kategorii omezování medicínských zásahů (např. vyvolání porodu) zvolilo 19 % (59) porodních asistentek. Pouze 8 % (25 respondentek) zvolilo kategorii jiné, přičemž nejčastěji zmiňovanými přáními byly neprovádění rutinní epiziotomie, nepřerušovaný bonding, oddálené přestřížení pupečníku, napáčka, aromaterapie, nahřívání hráze, omezení vaginálního vyšetření a přiložení k prsu hned po porodu.

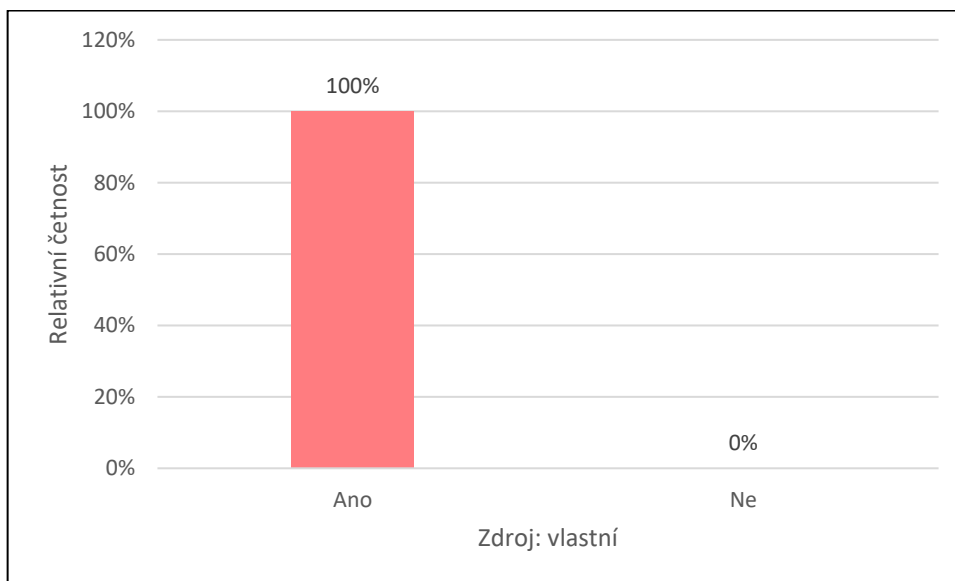
Otázka č. 14 Jaká přání v porodních plánech považujete za náročná nebo problematická?



Graf 14: přání v porodním plánu, která jsou náročná nebo problematická k realizaci z pohledu porodních asistentek

Respondentky mohly uvést více odpovědí, proto 100 % relativní četnosti je 145 odpovědí. Nejčastěji se objevovala kategorie jiné, kterou označilo 43 % (62) porodních asistentek. V této kategorii se nejvíce zmiňovalo odmítnutí CTG a poslechu ozev, odmítnutí medikace, některé volby poloh, odmítnutí indukce po 42. týdnu těhotenství nebo lotosový porod. Odmítnutí určitých medicínských zásahů označilo 36 % (52) respondentek a 20 % (29) označilo požadavek na vedení porodu ve vodě. Pouze 1 % (2) uvedlo jako problematické odmítnutí epidurální analgezie.

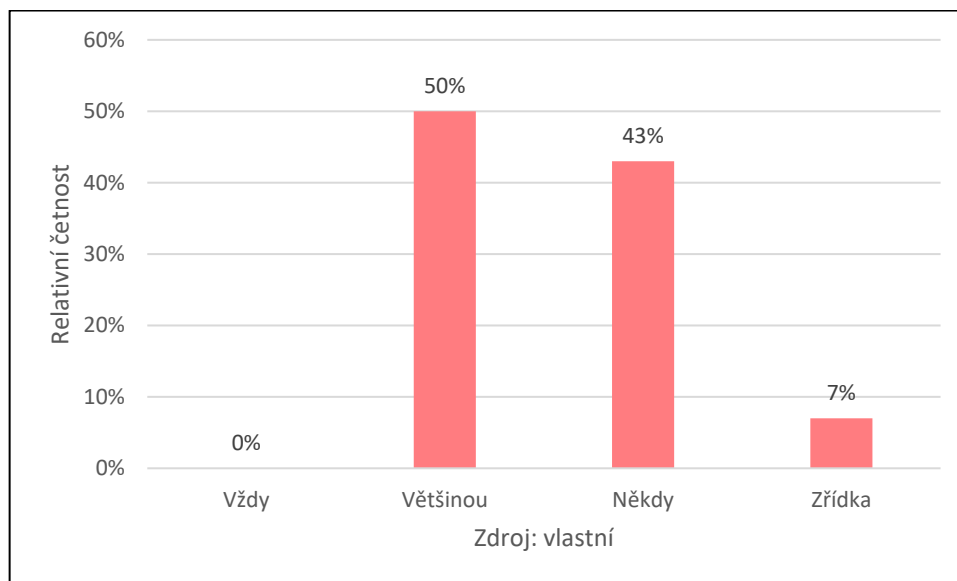
Otázka č. 15 Setkala jste se někdy s tím, že přání v porodním plánu muselo být změněno kvůli akutním situacím během porodu?



Graf 15: setkání se změnami přání v porodním plánu z důvodu akutní situace během porodu z pohledu porodních asistentek

Všechny respondenty, což dělá 100 % (121) uvedly, že k těmto změnám skutečně dochází. Odpověď ne nebyla zaznamenána ani v jednom případě.

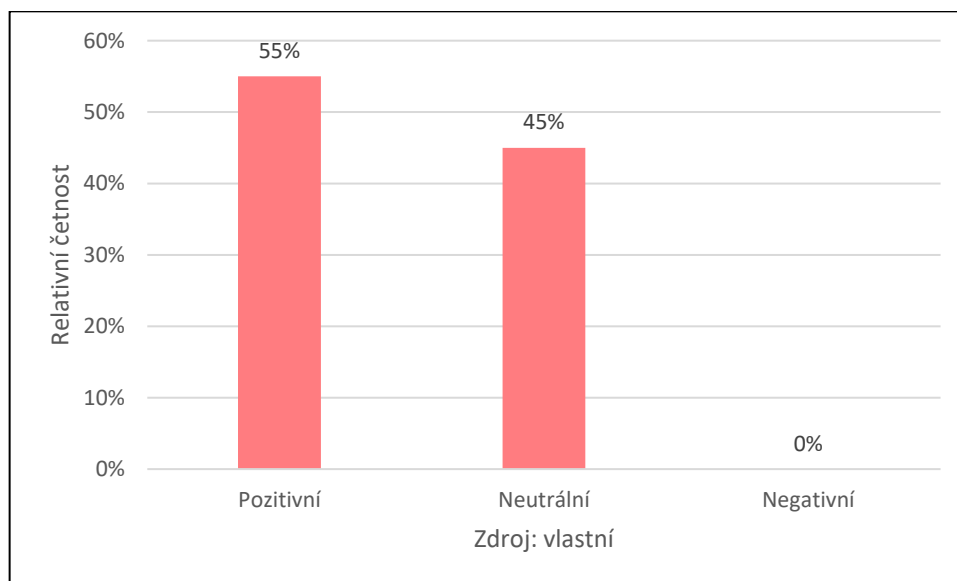
Otázka č. 16 Jak často se podle Vás přání v porodních plánech shodují s medicínskými doporučeními?



Graf 16: soulad porodních plánů s odbornými doporučeními z pohledu porodních asistentek

Nejčastěji respondenty uváděly odpověď většinou, což je 50 % (61 respondentek). Možnost někdy označilo 43 % (52 respondentek), zatímco odpověď zřídka se objevila pouze v menší míře a to 7 % (8). Odpověď vždy nezaznamenala žádná respondentka (0 %).

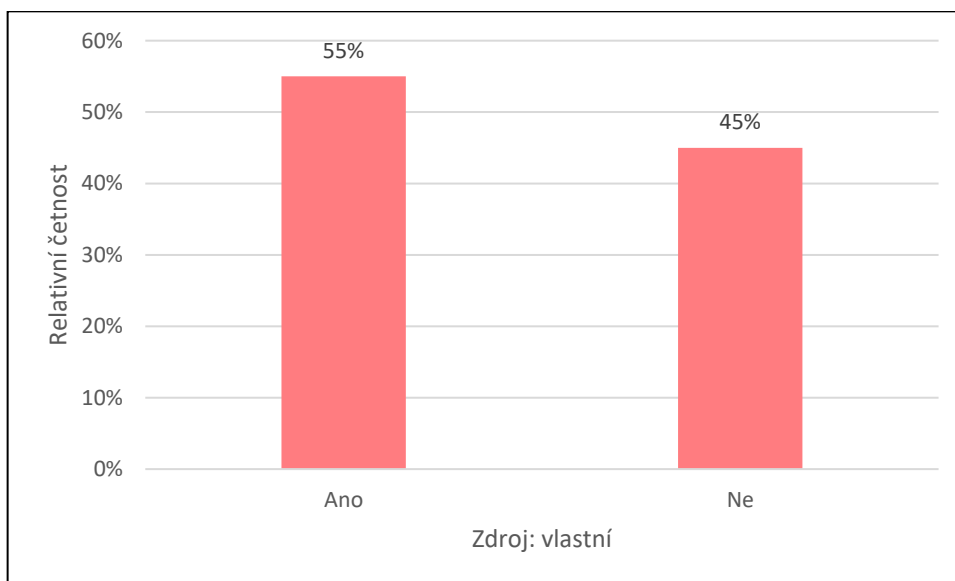
Otázka č. 17 Jaké máte zkušenosti s interakcí s rodičkami, které mají porodní plán?



Graf 17: zkušenosti porodních asistentek s interakcemi s rodičkami, které mají porodní plán

Většina porodních asistentek, což je 55 % (67) hodnotila tyto interakce pozitivně. Zbývající část 45 % respondentek (54) uvedla neutrální zkušenosti. Žádná z porodních asistentek (0 %) neoznačila své zkušenosti za negativní.

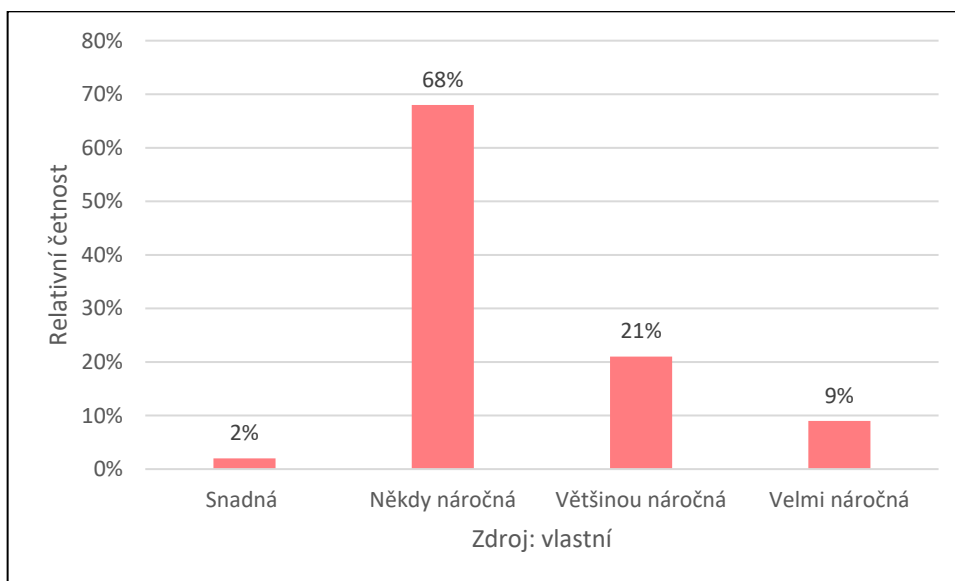
Otázka č. 18 Myslíte si, že porodní plán zlepšuje důvěru mezi porodní asistentkou a rodičkou?



Graf 18: vliv porodního plánu na důvěru mezi porodní asistentkou a rodičkou z pohledu porodních asistentek

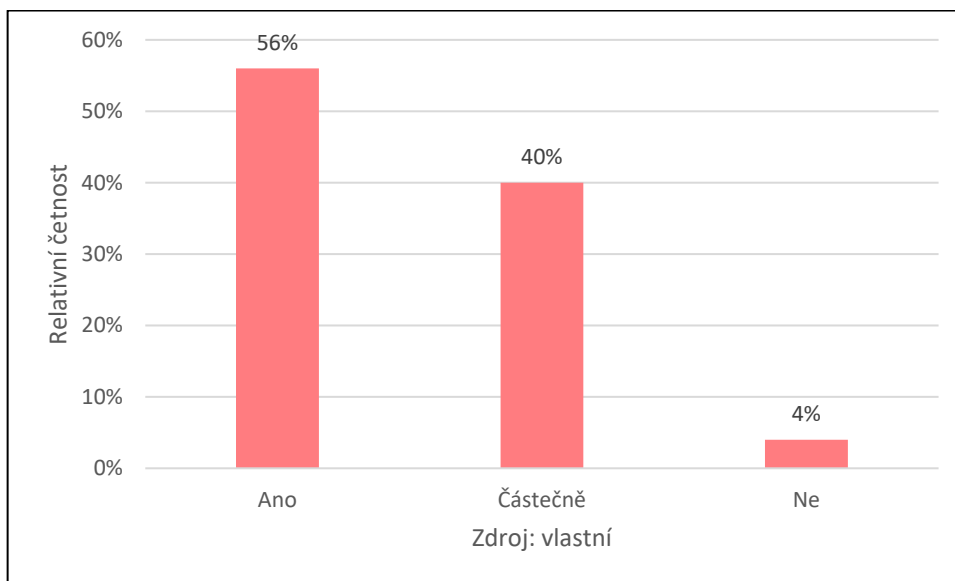
Většina porodních asistentek, což je 55 % (67) se domnívá, že porodní plán přispívá ke zlepšení důvěry ve vztahu mezi nimi a rodičkou. Zbývající část respondentek, což je 45 % (54) uvedla, že porodní plán nemá na důvěru vliv.

Otázka č. 19 Jak byste popsala spolupráci s rodičkami, které mají detailní porodní plán?



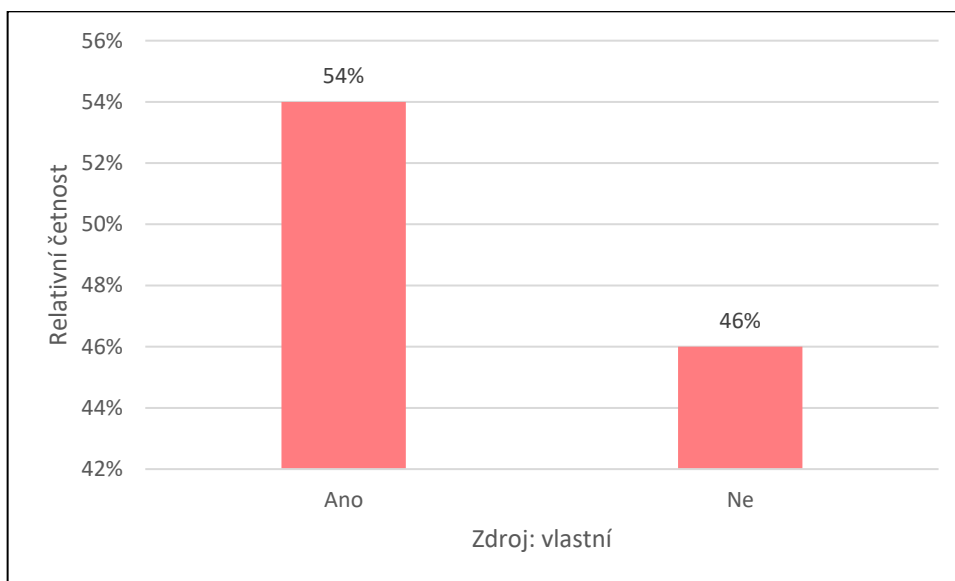
Graf 19: vnímání spolupráce s rodičkami s detailním porodním plánem z pohledu porodních asistentek
Většina porodních asistentek, což je 68 % (82) uvedla, že spolupráce s těmito rodičkami je někdy náročná. Další část respondentek, 21 % (25) popsala tuto spolupráci jako většinou náročnou. Menší podíl porodních asistentek, což je 9 % (11) označil spolupráci za velmi náročnou. Pouze 2 % respondentek (3) uvedla, že spolupráce je snadná.

Otázka č. 20 Máte dostatečné nástroje a podporu k tomu, abyste mohla plně realizovat porodní plány rodiček?



Graf 20: Dostupnost nástrojů a podpory pro realizaci porodních plánů z pohledu porodních asistentek
Podle výsledků většina respondentek, 56 % (68) uvedla, že mají dostatečné prostředky a podporu k tomu, aby mohly plně realizovat porodní plány rodiček. Menší část, 40 % (48) odpověděla, že mají pouze částečnou podporu a nástroje, zatímco pouze 4 % (5) uvedla, že nemá potřebnou podporu a nástroje k úplné realizaci porodních plánů.

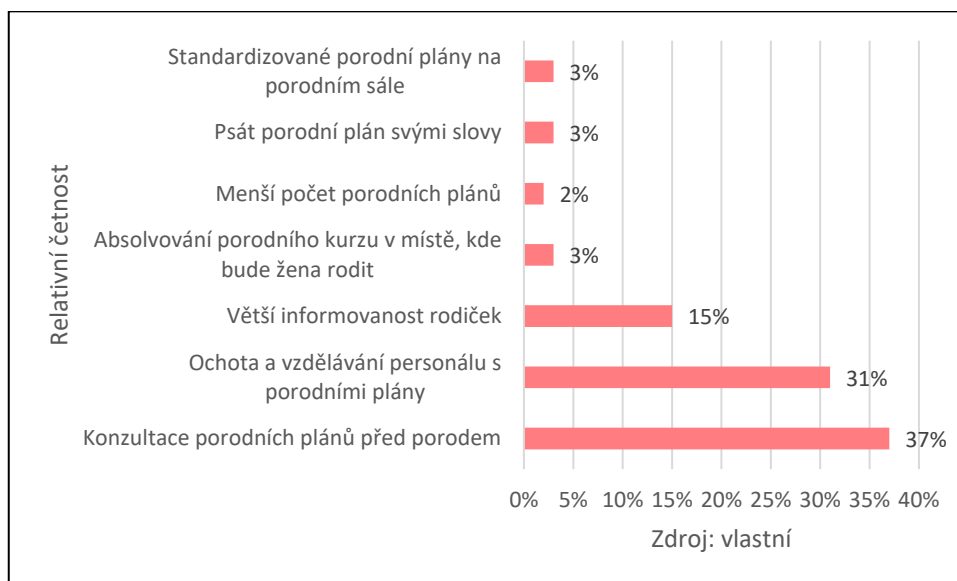
Otázka č. 21 Považujete porodní plány za důležitou součást Vaší práce?



Graf 21: Názory porodních asistentek na důležitost porodních plánů v jejich profesní praxi

Podle výsledků většina porodních asistentek, což je 54 % (65) považuje porodní plány za důležitou součást své práce, zatímco 46 % (56) respondentek je nebere v potaz.

Otázka č. 22 Co by mohlo zlepšit práci s porodními plány na porodním sále?



Graf 22: názory porodních asistentek, jak zlepšit práci s porodními plány

Otázka byla otevřená a odpovědí bylo 59, což dělá 100 %. Nejvíce odpovědí bylo 37 % (22) a týkalo se konzultace porodních plánů před porodem. Druhá nejčastější odpověď, 31 % (19) byla ochota a vzdělávání personálu s porodními plány. Další odpověď, která se týká větší informovanosti rodiček napsalo 15 % (9) porodních asistentek. Odpověď absolvování předporodního kurzu v místě, kde bude žena rodit napsalo 3 % (2) porodních asistentek. Pouze 2 % (1) napsala, že by si přáli menší počet porodních plánů. Psaní porodního plánu vlastními slovy, nekopírovat je napsalo 3 % (3) stejně, jako standardizované porodní plány na porodním sále (3 %, 3).

Otázka č. 23 Máte nějaké další poznámky k tématu využití porodních plánů?

Na tuto otevřenou otázku odpovědělo 19 porodních asistentek. Odpovědi na tuto otázku jsou zaznamenány níže.

1. Porodní plány často obsahují požadavky dnes již standardně plněné jako bonding, přitímní, soukromí...
2. Všechny moje klientky mají porodní přání a doporučuji jim ho mít.
3. Moc nechápu porodní plány ověřené právníky.
4. Pod pojmem porodní plán si může každý představit mnoho věcí. Některé jsou jen ujištění, že standardy jako bonding a podobně budou dodrženy, pokud nenastane ohrožující situace. Ale některé porodní plány jsou opravdu hazardování se zdravím hlavně miminka, proto je nutné na to ženu před příjmem nebo během něho upozornit, co dodržet nelze. Má pak možnost odjet do jiné porodnice.
5. Přání rodičky je nadevše. Nikdo nechce ohrozit své dítě na zdraví ani na životě. Ohledně přístupu k porodním plánům chybí empatie, lidskost, pochopení a pomoc s informovaným rozhodováním z pozice porodních asistentek i lékařů. Mám i tu zkušenost, že na porodním sále je vše v pořádku, ale po odchodu na oddělení šestinedělí se domluvit už nedá. Ženy si píšou porodní plány, protože chtějí být informované a chtějí, aby jim pomáhal někdo, kdo je alespoň trochu zná a péči individualizoval.
6. Porodní plán je pro mě důležitý, pokud má rodička nějaká konkrétní traumata, která zmíní v porodním plánu a mohly by se u porodu objevit. Například strach z vaginálního vyšetření, sexuální traumata nebo předchozí zkušenosti s porodem.
7. Když si žena porodní plán vypracuje sama na základě problematiky a pochopení fyziologie porodu je plán přínosný pro obě strany. Horší je, když je sepsán jinou osobou.
8. V konkrétních porodnicích není porodní plán potřeba.
9. V dnešní době je medicína na skvělé úrovni, ale pod vlivem techniky a přístrojů jsme trochu zapomněli na to, že je potřeba dbát na individuální potřeby žen.
10. Porodní plán by měl být nezbytnou součástí předporodní přípravy ženy a porodní asistentka by měla znát a vysvětlit ženě benefity jeho sestavení. My zdravotníci bychom neměli na porodní plán nahlížet jako na něco, co útočí na naše ego, nýbrž jako na způsob sdělení porodních preferencí ženy.
11. Porodní plány mi nevadí. Myslím, že je to hodně o komunikaci a vždy jsem se snažila vše zvládnout s klidem a respektem, i když jsem někdy na sebe vzala riziko. Například jsem nezavedla kanylu u vaginálního porodu koncem pánevním a žena porodila bez mého jediného vaginálního vyšetření. Co mi vadí je, že některé píšou direktivně, diktují mi, co mám a nemám dělat.
12. Mnohdy netřeba porodní plán. Komunikujeme s rodičkami neustále a snažíme se najít kompromis i v komplikovaných situacích.
13. Doporučuji je. Rodička se aktivně podílí na průběhu porodu.
14. Myslím, že je dobré edukovat ženy o pojmu porodní přání. Porod se nedá naPLÁNovat a je dobré být otevřená. Je také efektivní spolupracovat s porodní asistentkou již při tvorbě porodního přání a dozvědět se tak například, jak to v dané porodnici chodí.
15. Je dobré mít možnost si plán spolu probrat, nastavit si případně alternativu, vyjasnit si případně proč na určitých věcech lpíme jako zdravotníci, a naopak vyslechnout obavy budoucích rodičů.

16. Za mě je porodní plán nebo přání nejrychlejší přehled o tom, jaké má rodička představy a vlastně mi práci ulehčují. Víím hned na co se zaměřit a nemusím složitě pátrat po tom, co si maminka přeje.
17. Za mě nezáleží na porodním plánu, ale spíše na přístupu porodních asistentek a personálu. Když je personál přístupný a má otevřenou mysl, vzdělává se, tak není potřeba plánu.
18. Myslím si, že někdy plán vyvolává nedůvěru v personál i v těhotné ženy.
19. Mám pocit, že u žen, které jsou dost jasně vymezeny proti jakémukoliv zásahu, zpravidla k zásahům dojde. Ne proto, že by péče mě jako porodní asistentky byla jiná, než u žen bez porodního plánu nebo s reálnějším očekáváním, ale proto, že žena nepřijme jakoukoli alternativu ke své vysněné představě, což komplikuje celý, a hlavně hladký průběh porodu, který je vždy dynamickým procesem, který nelze nikdy striktně naplánovat.

2.7 Vyhodnocení výzkumných otázek

Výzkumná otázka č. 1 Jaké jsou osobní zkušenosti porodních asistentek s využitím porodních plánů na porodním sále?

Tabulka 1: Hlavní účel porodního plánu z pohledu porodních asistentek

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Komunikace přání rodičky	74	57 %
Zvýšení informovanosti rodičky	8	6 %
Posílení autonomie rodičky	42	32 %
Jiné	7	5 %
Celkem	131	100 %

Zdroj: vlastní

K výzkumné otázce č. 1 se vztahuje otázka z dotazníku č. 7, která byla formulována jako polootevřená a umožnila respondentkám poskytnout více odpovědí. Celkem bylo získáno 131 odpovědí od 121 porodních asistentek. V sloupci absolutní četnost je uvedeno, kolikrát danou odpověď uvedly respondenty. Z tabulky č. 1 vyplývá, že nejčastěji uváděným účelem porodního plánu z pohledu porodních asistentek je komunikace přání rodičky (74 odpovědí, 57 %). Na druhém místě je účel posílení autonomie rodičky (42 odpovědí, 32 %). Pouze 8 porodních asistentek (6 %) označilo zvýšení informovanosti rodičky a 7 (5 %) uvedlo kategorii jiné, kde byly uvedeny účely jako například uklidnění rodičky, pocit jistoty, snaha získat informace nebo důvěra v personál.

Tabulka 2: Zkušenosti porodních asistentek s interakcí s rodičky, které mají porodní plán

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pozitivní	66	55 %
Neutrální	55	45 %
Negativní	0	0 %
Celkem	121	100 %

Zdroj: vlastní

K výzkumné otázce č. 1 se vztahuje další otázka č. 17 z dotazníku, která byla formulována jako uzavřená. Celkem bylo 121 odpovědí od porodních asistentek, což představuje 100 % relativní četnosti. Z tabulky č. 2 vyplývá, že nejčastější odpovědí bylo, že zkušenosti porodních asistentek s interakcí s rodičkami, které mají porodní plán, jsou pozitivní. Tuto možnost zvolilo 66 porodních asistentek (55 %). Druhou nejčastější odpovědí byla neutrální zkušenost, kterou uvedlo 55 porodních asistentek (45 %). Odpověď negativní nevolila žádná porodní asistentka (0 %).

Výzkumná otázka č. 2 Jaký vliv má podle porodních asistentek porodní plán na průběh porodu?

Tabulka 3: Pozitivní vliv porodního plánu na průběh porodu z pohledu porodních asistentek

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vždy	14	12 %
Většinou	49	40 %
Někdy	46	38 %
Zřídka	12	10 %
Celkem	121	100 %

Zdroj: vlastní

K výzkumné otázce č. 2 se vztahuje uzavřená otázka č. 9 z dotazníku. Celkem bylo získáno 121 odpovědí, což představuje 100 % relativní četnosti. Z tabulky č. 3 vyplývá, že 49 porodních asistentek (40 %) uvedlo, že porodní plán má na průběh porodu většinou pozitivní vliv. Dále 46 respondentek (38 %) zvolilo možnost někdy, 14 porodních asistentek (12 %) odpovědělo ano vždy a 12 porodních asistentek (10 %) uvedlo, že porodní plán má na průběh porodu zřídka pozitivní vliv.

Tabulka 4: Vliv porodních asistentek na úpravu porodního plánu během porodu

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Velký vliv	17	14 %
Střední vliv	57	47 %
Malý vliv	42	35 %
Žádný vliv	5	4 %
Celkem	121	100 %

Zdroj: vlastní

K výzkumné otázce č. 2 se vztahuje uzavřená otázka č. 6 z dotazníku. Celkem bylo získáno 121 odpovědí, což představuje 100 % relativní četnosti. Z tabulky č. 4 vyplývá, že 57 porodních asistentek (47 %) uvedlo, že mají střední vliv na úpravu porodního plánu během porodu. Možnost malého vlivu zvolilo 42 respondentek (35 %), velký vliv označilo 17 porodních asistentek (14 %) a žádný vliv uvedlo pouze 5 respondentek (4 %).

Výzkumná otázka č. 3 Jaká specifická přání v porodních plánech považují porodní asistentky za snadná k realizaci a která naopak vnímají jako náročná nebo problematická?

Tabulka 5: Přání v porodním plánu snadná k realizaci z pohledu porodních asistentek

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Volba polohy při porodu	112	36 %
Omezování medicínských zásahů	59	19 %
Použití alternativních metod úlevy od bolesti	115	37 %
Jiné	25	8 %
Celkem	312	100 %

Zdroj: vlastní

K výzkumné otázce č. 3 se vztahuje otázka č. 13 z dotazníku. Celkem bylo získáno 312 odpovědí, což představuje 100 % relativní četnosti. Otázka z dotazníku byla polootevřená, což umožnilo porodním asistentkám zvolit více než jednu odpověď. Z tabulky vyplývá, že 115 porodních asistentek (37 %) uvedlo použití alternativních metod úlevy od bolesti jako snadná přání k realizaci. Další často zvolenou kategorií byla volba polohy při porodu, kterou zvolilo 112 (36 %) porodních asistentek. Možnost omezování medicínských zásahů zvolilo 59 respondentek (19 %) a pouze 25 respondentek zvolilo kategorii jiné (8 %), přičemž nejčastěji zmiňovanými přáními byly neprovádění rutinní epiziotomie, nepřerušovaný bonding, oddálené přestřížení pupečníku, napáčka, aromaterapie, nahřívání hráze, omezení vaginálního vyšetření a přiložení k prsu hned po porodu.

Tabulka 6: Přání v porodním plánu, která jsou náročná nebo problematická k realizaci z pohledu porodních asistentek

Možnosti odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Odmítnutí epidurální anestezie	1	1 %
Odmítnutí určitých medicínských zásahů	52	36 %
Požadavek na vedení porodu ve vodě	29	20 %
Jiné	62	43 %
Celkem	145	100 %

Zdroj: vlastní

K výzkumné otázce č. 3 se vztahuje další otázka č. 14 z dotazníku, která byla polootevřená a umožnila porodním asistentkám vybrat více než jednu odpověď. Celkem bylo zaznamenáno 145 odpovědí, což představuje 100 % relativní četnosti. Z tabulky č. 6 vyplývá, že nejčastěji byla zvolena kategorie jiné, kterou označilo 62 porodních asistentek (43 %). Mezi nejčastějšími konkrétními odpověďmi v této kategorii se objevovalo odmítnutí monitorace CTG a poslech ozev plodu, odmítnutí medikace nebo volby poloh při porodu. Druhou nejčastější odpovědí byla kategorie odmítnutí určitých medicínských zásahů, kterou uvedlo 52 porodních asistentek (36 %). Požadavek na vedení porodu ve vodě zvolilo 29 porodních asistentek (20 %), zatímco odmítnutí epidurální anestezie uvedla pouze jedna porodní asistentka (1 %).

3 Diskuze

Výzkumná část bakalářské práce byla realizována pomocí kvantitativního výzkumu. Respondentkami byly porodní asistentky pracující na oddělení porodního sálu, které vyplnily anonymní dotazník. Získané odpovědi byly následně zpracovány do grafů. Výsledky výzkumu byly srovnány s výzkumy jiných bakalářských prací, a to Mošová *Porodní plán – víze a skutečnost* 2010, Kubrová *Porodní plán, jeho tvorba testování na Gynekologicko-porodnické klinice Fakultní nemocnice v Plzni*, 2010 a Tomáškové *Porodní plán z pohledu porodních asisterek* 2020.

Tato bakalářská práce si klade jeden hlavní cíl a tím je **zjistit zkušenosti porodních asisterek s využitím porodního plánu na porodním sále**. K tomuto cíli byly stanoveny tři výzkumné otázky, které jsou zodpovězeny níže.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké jsou osobní zkušenosti porodních asisterek s využitím porodních plánů na porodním sále?

K této výzkumné otázce se vztahují zejména dvě položky z mého dotazníku. Otázka č. 7 a otázka č. 17, jejichž výsledky jsou porovnány s kvalitativním výzkumem slečny Mošové, která se ve své bakalářské práci věnovala podobnému tématu.

V otázce č. 7 jsem se zaměřila na hlavní účel porodního plánu z pohledu porodních asisterek. Nejčastěji respondenty uváděly, že porodní plán slouží ke *komunikaci přání rodičky* (zvoleno 74 respondentkami, 57 %), *posílení její autonomie* (42 odpovědí, 32 %) a *zvýšení informovanosti* (8 odpovědí, 6 %). Dále bylo v odpovědi *jiné* (7 odpovědí, 5 %) zmíněno například uklidnění rodičky, pocit jistoty, snaha získat informace nebo nedůvěra v personál. Tyto odpovědi ukazují, že porodní plán je vnímán jako nástroj, který může přispět k větší informovanosti a klidu rodičky, ale zároveň může být vnímán jako určitý způsob kontroly nad péčí ze strany rodičky. Celkový počet odpovědí je tedy 131, což je 100 % relativní četnosti.

Otázka č. 17 zjišťovala, jaké zkušenosti mají porodní asistentky s interakcí s rodičkami, které porodní plán mají. *Pozitivní zkušenost* uvedlo 66 porodních asisterek (55 %), *neutrální* uvedlo 55 (45 %) a *negativní* interakci neuvedla žádná respondentka. To potvrzuje, že přítomnost porodního plánu u rodičky většinou není vnímána jako komplikace nebo překážka, ale spíše jako neutrální nebo pozitivní prvek komunikace a spolupráce. Celkový počet odpovědí je tedy 121, což je 100 % relativní četnosti.

Jedna z otázek slečny Mošové v rozhovoru s porodními asistentkami se týkala rozdílů v přístupu porodních asisterek k rodičkám s porodním plánem a bez něj. Tři porodní asistentky uvedly, že ve svém přístupu žádný rozdíl nečiní. Jedna respondentka uvedla, že rodičky s porodním plánem na ni působí zodpovědněji a další uvedla, že rodička s porodním plánem bývá lépe připravená na porod. I když je vzorek menší a metoda jiná, odpovědi v podstatě potvrzují výsledky mého výzkumu – porodní plán je vnímán pozitivně a jako prvek, který může přispět ke kvalitnější péči a komunikaci. Oba výzkumy naznačují, že osobní zkušenosti porodních asisterek s využitím porodních plánů jsou převážně pozitivní či neutrální. Zároveň se ukazuje, že porodní plán přispívá k lepší připravenosti rodiček a může být vnímán i jako projev jejich zodpovědného přístupu k porodu.

Výzkumná otázka č. 2: Jaký vliv má podle porodních asistentek porodní plán na průběh porodu?

Tato otázka byla zodpovězena prostřednictvím dvou položek z dotazníku. Otázka č. 9, která se ptala na pozitivní vliv porodního plánu na průběh porodu, a otázka č. 6, která zjišťovala, jaký vliv mají porodní asistentky na případnou úpravu porodního plánu v průběhu porodu. Na otázku č. 9 odpovědělo 121 porodních asistentek, což dělá 100 % relativní četnosti. Možnost *ano, vždy* zvolilo 14 respondentek (12 %), možnost *většinou* označilo 49 (40 %), *někdy* 46 (38 %) a *zřídka* uvedlo 12 porodních asistentek (10 %). Tyto výsledky ukazují, že většina porodních asistentek vnímá porodní plán jako faktor, který může mít na porod pozitivní dopad, přičemž se tento dopad častěji objevuje než nikoliv. Výsledky tedy potvrzují, že porodní plán může přispět k lepšímu průběhu porodu, zejména pokud je dobře komunikován a respektován.

Otázka č. 6, týkající se vlivu porodních asistentek na případnou úpravu porodního plánu, ukazuje, že 17 porodních asistentek (14 %) považuje svůj vliv za *velký*, 57 (47 %) za *střední*, 42 (35 %) za *malý* a pouze 5 respondentek (4 %) uvedlo, že nemají *žádný* vliv. Z toho vyplývá, že většina porodních asistentek vnímá, že do určité míry mohou zasahovat do úpravy porodního plánu během porodu – nejčastěji však v rámci spolupráce s rodičkou, s ohledem na měnící se situaci a potřeby. Odpovědí bylo dohromady 121, což je 100 % relativní četnosti.

Tato data jsem porovnála s bakalářskou prací slečny Kubrové, která použila kvalitativní metodu rozhovorů. Podle jejích výsledků pět porodních asistentek preferuje při porodu komunikaci a spolupráci s rodičkou. Dvě porodní asistentky zdůraznily týmovou spolupráci všech účastníků u porodu. Tři porodní asistentky vnímají pozitivní přístup rodičky jako důležitý faktor pro průběh porodu a další porodní asistentka zdůraznila význam spokojenosti rodičky a dobrého pocitu z dobře odvedené práce. Další dvě porodní asistentky považují za důležité při porodu také soukromí.

Z těchto výsledků lze usuzovat, že porodní asistentky zapojené do výzkumu slečny Kubrové přikládají důležitost partnerské spolupráci, pozitivnímu naladění rodičky a respektu k jejím potřebám – což jsou faktory, které mohou být přímo ovlivněny dobře připraveným a realistickým porodním plánem. Ačkoliv její výzkum nehodnotí porodní plán jako takový, mnohé z uvedených priorit (komunikace, spolupráce, soukromí) jsou v praxi často předmětem porodních přání. I proto lze výsledky obou výzkumů považovat za vzájemně souladné. Závěrem lze tedy říct, že porodní plán může mít podle porodních asistentek pozitivní vliv na průběh porodu, pokud je doprovázen otevřenou komunikací, respektem a možností flexibilně reagovat na aktuální situaci. Výsledky z mého výzkumu i z práce slečny Kubrové podporují význam individualizované péče a spolupráce s rodičkou jako klíčových faktorů pozitivního porodu.

Výzkumná otázka č. 3 Jaká specifická přání v porodních plánech považují porodní asistentky za snadná k realizaci a která naopak vnímají jako náročná nebo problematická?

Tato výzkumná otázka byla v mém výzkumu zpracována pomocí dvou otázek v dotazníku. Otázka č. 13 a otázka č. 14. Otázka č. 13 se zaměřila na přání, která jsou podle porodních asistentek snadná k realizaci. Mezi nečastější odpovědi patří *použití alternativních metod úlevy od bolesti* (115 odpovědí, 37 %), *volba polohy při porodu* (112 odpovědí, 36 %) a *omezování medicínských zásahů* (59 odpovědí, 19 %). V kategorii *jiné* (25 odpovědí, 8 %) se často objevovala přání jako neprovádění rutinní epiziotomie, nepřerušovaný bonding, oddálené přestřížení pupečníku, přiložení novorozence k prsu ihned po porodu, aromaterapie nebo napáčka. Dohromady tedy

bylo 312 odpovědí, což dělá 100 % relativní četnosti. Otázka č. 14 se zaměřila na přání, která porodní asistentky vnímají jako náročná nebo problematická. Nejčastější odpovědí bylo *odmítnutí určitých medicínských zásahů* (52 odpovědí, 36 %), následovalo přání *vést porod ve vodě* (29 odpovědí, 20 %) a *jiné* (62 odpovědí, 43 %), kde porodní asistentky uváděly zejména odmítnutí monitorace CTG, odmítnutí medikace nebo specifické požadavky na polohy při porodu. *Odmítnutí epidurální anestezie* označila pouze jedna porodní asistentka (1 %) jako problematické přání. Dohromady tedy bylo 145 odpovědí, což dělá 100 % relativní četnosti. Téma specifických přání bylo rovněž řešeno v kvalitativní práci slečny Tomáškové. Z rozhovorů vyplynulo, že velmi častým přáním žen je neprovádění preventivní epiziotomie. Porodní asistentky v její práci většinou uvedly, že se preventivní nástřih běžně neprovádí, nicméně je potřeba ženám vysvětlit, že v určitých situacích může být tento zásah nutný pro ochranu tkání. Velmi často ženy podle porodních asisterek rovněž žádají o použití alternativních metod tlumení bolesti, jako je hydroterapie, muzikoterapie nebo aromaterapie. Porodní asistentky uváděly, že tyto metody jsou běžně dostupné a že se ženy při jejich využití cítí více uvolněné. Dále slečna Tomášková uvádí, že ženy do porodních plánů často zapisují přání týkající se přípravy na porod. Například odmítnutí holení rodidel a nálevu. Porodní asistentky také často zmiňovaly přání žen týkající se doprovodu k porodu, přestřižení pupečníku partnerem, omezení počtu zdravotnického personálu či nepřítomnost studentů. Tato přání bývají většinou snadno splnitelná, pokud to organizační podmínky porodnice umožňují. V neposlední řadě byly zmiňovány požadavky na zachování mázku na kůži novorozence, nepřerušovaný bonding nebo přiložení k prsu bezprostředně po porodu. Tyto požadavky se shodují s odpověďmi z mého dotazníku v kategorii jiné u otázky č. 13 a lze je vnímat jako stále častější součást porodních plánů, které jsou v porodnické praxi realizovatelné. Z porovnání vyplynulo, že porodní asistentky v obou výzkumech vnímají podobná přání jako běžná a snadno realizovatelná. Například volbu polohy, alternativní úlevové metody nebo přání ohledně přirozeného porodu bez rutinních zásahů. Naopak problematickými se jeví přání, která narážejí na rutinní postupy porodnice, nedostatek času, organizační možnosti nebo nutnost medicínských zásahů v případě komplikací.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

V některých porodnicích již existují předem připravené šablony porodních plánů, které ženy mohou využít při přípravě na porod. Tyto šablony však nejsou dostupné ve všech zdravotnických zařízeních, a proto se mnoho žen snaží sestavit porodní plán samostatně, často bez přesnějších informací o možnostech konkrétní porodnice, nebo online, kdy neví definice některých přání. To může vést k nedorozuměním a nerealistickým očekáváním. Návrh tedy je, aby si jednotlivé porodnice vytvořily vlastní šablonu porodního plánu, která by byla sestavena v souladu s možnostmi konkrétního pracoviště. Tato šablona by byla přehledná, jednoduše strukturovaná a obsahovala by nabídku možností, které může dané zařízení reálně nabídnout. Rodičky by měly možnost tento formulář vyplnit buď již při registraci nebo přinést s sebou k samotnému příjmu na porodní sál. Takto vytvořený porodní plán by mohl sloužit jako praktický nástroj pro efektivní a srozumitelnou komunikaci, usnadnil by orientaci porodní asistentky i lékaře v přáních ženy a předešel by nedorozuměním, která mohou vzniknout při nerealistických nebo obtížně splnitelných požadavcích. Součástí tohoto procesu by měla být i edukace těhotných žen v rámci předporodních kurzů, registrací nebo dni otevřených dveří, kde by jim bylo vysvětleno, jak porodní plán správně sestavit, co vše do něj lze uvést a jaká přání jsou v konkrétní porodnici splnitelná. Porodní plán by měl být vnímán jako podpůrný dokument, nikoliv jako závazný scénář, a ženy by měly být informovány, že v případě nečekaných situací během porodu může být nutné od některých přání ustoupit.

Důležitou součástí celého procesu je především komunikace, a to nejen mezi rodičkou a zdravotním personálem, ale také například s doulou, pokud je u porodu přítomna. Dula bývá často osobou, která rodičce pomáhá s vyplněním porodního plánu, podporuje ji a zastává roli prostředníka. Proto je žádoucí, aby i komunikace mezi doulou a porodní asistentkou byla otevřená, respektující a založená na spolupráci. Zároveň je třeba zdůraznit, že klíčem k úspěšnému naplnění porodních přání je právě vzájemná komunikace, empatie a ochota naslouchat. Vytvoření klidného a důvěrného prostředí na porodním sále významně přispívá k pozitivnímu zážitku z porodu a ke spokojenosti rodičky i zdravotnického personálu. Pro lepší realizaci porodních přání je však potřeba, aby personál měl k dispozici dostatečné prostředky a nástroje. To se týká nejen materiálního vybavení (například aroma difuzéru nebo porodní stoličky), ale také dostatečného času, prostoru a personálního zajištění.

Jedním z praktických návrhů je také začlenění stručného přehledu základních přání přímo do těhotenské průkazky. Vzhledem k tomu, že se do ní rodičky pravidelně dívají, může být taková informace přirozenou součástí jejich přípravy. Alternativně by mohly ženy společně s těhotenskou průkazkou obdržet stručný informační letáček o porodním plánu, jeho významu a možnostech, které konkrétní porodnice nabízí. Tento leták by mohl sloužit jako motivace k zamyšlení nad porodem a zároveň jako praktická pomůcka při komunikaci se zdravotnickým personálem.

Závěr

Téma bakalářské práce je *Využití porodního plánu z pohledu porodních asistentek*. Práce je rozdělena na dvě části, teoretická část a výzkumná část. Teoretická část je rozdělena na jednotlivé kapitoly, ve kterých je definována profese porodních asistentek a jednotlivé přání, které se nejčastěji objevují v porodních plánech. Výzkumná část zobrazuje výsledky anonymního dotazníkového šetření, které probíhalo od 1. listopadu 2024 do března 2025 ve třech nemocnicích a online formou. Výsledky výzkumu byly zpracovány v programech Microsoft Word, 365 (2025) a Microsoft Excel 365, 2025. Grafy a tabulky s výsledky jsou zobrazeny ve výzkumné části. Celkem bylo nasbíráno 121 dotazníků od porodních asistentek. V diskusi bylo výzkumné šetření porovnáno s další vypracovanou výzkumnou částí z roku 2020. K bakalářské práci byl stanoven jeden cíl a tři výzkumné otázky. Cílem bylo zjistit zkušenosti porodních asistentek s využitím porodního plánu na porodním sále. Cíl byl splněn.

Výsledky výzkumu ukazují, že porodní plán je porodními asistentkami vnímán jako užitečný nástroj, který napomáhá komunikaci mezi rodičkou a zdravotnickým personálem. Je považován za prostředek, který ženě umožňuje lépe vyjádřit svá přání, zvýšit její informovanost a posílit její autonomii během porodu. Zkušenosti porodních asistentek s rodičkami, které si přinášejí porodní plán, jsou převážně pozitivní nebo neutrální. Negativní postoje se nevyskytovaly, což svědčí o tom, že porodní plán je v klinické praxi přijatelný a může přispět k vytvoření respektujícího prostředí na porodním sále. Z hlediska průběhu porodu se porodní plán jeví jako nástroj, který může mít pozitivní vliv, a to zejména tehdy, pokud je jeho obsah realistický a v souladu s možnostmi konkrétního pracoviště. Porodní asistentky vnímají, že v rámci porodu mohou s rodičkou vést konverzaci o úpravách porodního plánu dle aktuální situace, což podporuje flexibilitu a individualizaci péče. Snadno realizovatelná přání rodiček se většinou týkají možnosti volby polohy, využití alternativních metod k tlumení bolesti nebo omezení rutinních zásahů. Naopak problematická bývají ta přání, která mohou být v rozporu s medicínskými doporučeními nebo provozními možnostmi zařízení, například vedení porodu ve vodě, odmítání monitorace nebo medikace. I zde však hraje důležitou roli komunikace a snaha o nalezení kompromisu, který bude bezpečný jak pro matku, tak pro dítě.

Celkově lze říct, že porodní plán má potenciál zlepšovat porodní zážitek žen, pokud je používán citlivě, s ohledem na možnosti porodnice a při zachování otevřené a respektující komunikace mezi rodičkou a porodní asistentkou.

Seznam použitých zdrojů

Baby-friendly Hospital Initiative Training Course for Maternity Staff. WHO, UNICEF, 2020. ISBN 978-92-4-000894-6.

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

BINDER, Tomáš. *Porodnictví*. Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-1907-1.

Bylinná napářka a její blahodárné účinky. Online. Nemocnice Kadaň. 2024, 29.7. Dostupné z: <https://www.nemkadan.cz/pro-verejnost/verejnost/aktuality/bylinna-naparka-a-jeji-blahodarne-ucinky-531cs.html>. [cit. 2025-04-06].

DUŠOVÁ, Bohdana. *Edukace v porodní asistenci*. Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0836-7.

DUŠOVÁ, Bohdana. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0837-4.

EVERTZ, Klaus; JANUS, Ludwig a LINDER, Lupert. *Handbook of Prenatal and Perinatal Psychology*. Springer nature, 2020. ISBN 978-3-030-41715-4.

HANÁKOVÁ, Anežka. *Repetitorium porodní asistence*. Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1242-5.

HAVLOVÁ, Barbora. *Porod do vody nabízí úlevu od bolesti i relaxaci. Má však svá rizika*. Online. Deník.cz. 25.6. Dostupné z: <https://www.denik.cz/miminka-rady-tipy/porod-do-vody.html>. [cit. 2025-04-06].

HAZARD, Leah. *To je porod!*. Motto, 2021. ISBN 978-80-267-2007-2.

HESS, Ladislav; MÁLEK, Jiří a SLÍVA, Jiří, BŘEZINA, Aleš (ed.). *Nové trendy v analgosedaci*. Grada Publishing, 2024. ISBN 978-80-271-5229-2.

HOUROVÁ, Martina a GALAMBOŠOVÁ, Veronika. *Slovníček pro těhotné*. Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-3666-2.

HUDÁKOVÁ, Zuzana a KOPAČÍKOVÁ, Mária. *Příprava na porod fyzická a psychická profylaxe*. Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0274-7.

JÍCHOVÁ, Kateřina. *Jak se stát porodní asistentkou*. Online. UNIPA. 9.11. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/jak-se-stat-porodni-asistentkou-2/>. [cit. 2025-04-07].

JOCHMANNOVÁ, Leona, KIMPLOVÁ, Tereza (ed.). *Psychologie zdraví*. Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-4717-5.

KACHLOVÁ, Miroslava; KUČOVÁ, Jana a PETRÁŠOVÁ, Veronika. *Ošetrovatelská péče v neonatologii*. Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3176-1.

KAŠPAROVÁ, Petra; KAŠUBOVÁ, Světlana a ANTONÍČKOVÁ, Ilona. *Ošetrovatelské postupy v pediatrii*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2020. ISBN 978-80-224-5813-7.

KOHUTOVÁ, Anna. *Vak blan a jeho existenční důvody*. Online. Annakohutova. 15.3. Dostupné z: <https://annakohutova.cz/vak-blana-a-jeho-existencni-duvody/>. [cit. 2025-04-06].

MATULNÍKOVÁ, L'udmila; DORAZILOVÁ, Radmila a NOVÁKOVÁ, Veronika. *Edukace v podpoře životního stylu žen v těhotenství a po porodu*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2023. ISBN 978-80-224-6420-6.

MAZÚCHOVÁ, Lucia; MASKÁLOVÁ, Erika a DIVOKOVÁ, Dominika. *Úspěšné kojení*. Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3390-1.

Otec v těhotenství a u porodu. Online. Aperio. 30.3. Dostupné z: <https://www.aperio.cz/clanky/otec-v-tehotenstvi-a-u-porodu>. [cit. 2025-04-06].

PTÁČEK, Radek a BARTŮNĚK, Petr (ed.). *Bolest v medicíně*. Grada Publishing, 2024. ISBN 978-80-271-5562-0.

Rodičkám uleví „rajský plyn“. Online. Dobrý den s kurýrem. 12.5. Dostupné z: <https://www.idobryden.cz/zpravy/rodickam-ulevi-rajsky-plyn-55415.html>. [cit. 2025-04-06].

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví 2*. Přepřacované a doplněné vydání. Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

ROZTOČIL, Aleš. *Porodnictví v kostce*. Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2098-7.

SAMKOVÁ, Alžběta. *Vulvou porodní asistentky*. CPress, 2020. ISBN 978-80-264-3017-9.

SCHREIEROVÁ, Vanda. *TÁTOVI a taky MÁMĚ*. CPress, 2019. ISBN 978-80-264-2708-7.

SLIMÁKOVÁ, Margit. *Osobní receptář pro zdraví a pohodu*. BIZBOOKS, 2021. ISBN 978-80-265-1061-1.

STRAŇÁK, Zbyněk. *Akutní stavy v neonatologii*. Grada Publishing, 2024. ISBN 978-80-271-3185-3.

Těhotenství, porod a jaká jsou vaše práva. Online. Aperio. 26.1. Dostupné z: <https://www.aperio.cz/clanky/tehotenstvi-porod-a-jaka-jsou-vase-prava>. [cit. 2025-04-06].

VALOVÁ, Monika. *Voňavý porod – napárka u porodu*. Online. Steamy. 21.1. Dostupné z: <https://www.steamy.cz/vonavy-porod-naparka-u-porodu/>. [cit. 2025-04-06].

VYMAZAL, Tomáš; MICHÁLEK, Pavel a KLEMENTOVÁ, Olga (ed.). *Anesteziologie (nejen) k atestaci*. 2. vyd. Grada Publishing, 2023. ISBN 978-80-271-3898-2.

VYMAZAL, Tomáš; MICHÁLEK, Pavel a KLEMENTOVÁ, Olga (ed.). *Anesteziologie (nejen) k atestaci*. Grada Publishing, 2021. ISBN 978-80-271-1230-2.

Přílohy

Příloha 1

Příloha 2

Příloha 3

Příloha 4