

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**  
**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD**  
**ÚSTAV PORODNÍ ASISTENCE**

Anna Nerudová

## **Porod jako sexuální prožitek**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Štěpánka Bubeníková

Olomouc 2014

**PALACKÝ UNIVERSITY OLMOUC**  
**FACULTY OF HEALTH SCIENCES**  
**DEPARTMENT OF MIDWIFERY**

Anna Nerudová

## **Childbirth as a sexual experience**

Bachelor thesis

Supervisor: Mgr. et Bc. Štěpánka Bubeníková

Olomouc 2014

# BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Název práce v ČJ:**

Porod jako sexuální prožitek

**Název práce v AJ:**

Childbirth as a sexual experience

**Datum zadání:** 2013-01-31**Datum odevzdání:** 2014-05-06**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

**Autor práce:** Nerudová Anna**Vedoucí práce:** Mgr. et Bc. Štěpánka Bubeníková**Oponent práce:** Mgr. Šárka Ježorská, Ph.D.**Abstrakt v ČJ:**

Předkládaná bakalářská práce představuje přirozený porod jako sexuální prožitek. V první části jsou porovnány společné aspekty sexuálního aktu a porodu. Následně jsou předloženy poznatky o intervencích, které proces fyziologického porodu narušují. Na závěr práce poskytuje východiska pro podporu přirozeného porodu.

**Abstrakt v AJ:**

The thesis introduces a natural birth as a sexual experience. The first part compares common aspects of sexual act and childbirth. Subsequently, findings on interventions that disrupt the physiological birth process are presented. In conclusion, the work provides a basis for promoting natural birth.

**Klíčová slova v ČJ:**

porod, hormony, oxytocin, orgasmus, intimita, vzrušení, změna vědomí

**Klíčová slova v AJ:**

birth, childbirth, labor, labour, delivery, hormones, oxytocin, orgasm, intimacy, arousal, altered consciousness

**Rozsah:** 53 s., 6 příl.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod odborným vedením Mgr. et Bc. Štěpánky Bubeníkové a použila pouze uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci dne 6. 5. 2014

.....

## **Poděkování**

V první řadě velice děkuji vedoucí mé bakalářské práce Mgr. et Bc. Štěpánce Bubeníkové za trpělivost, vstřícnost, podporu a cenné připomínky při tvorbě této závěrečné práce. Dále děkuji doc. PhDr. Adrianě Repkové, Ph.D., Mgr. Věře Vránové, Ph.D., Mgr. Anně Vitáskové a všem ostatním, kteří mi též poskytli cenné rady. V neposlední řadě patří dík mé rodině, která mne podporovala při zpracovávání bakalářské práce a po celou dobu studia.

**Motto: „Když prožívá žena orgasmus, je to jako by snědla zrnko máku,  
když prožije porod, je to jako by snědla makový koláč.“**

Marie Vnoučková

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>1 SPOLEČNÉ ASPEKTY SEXUÁLNÍHO AKTU A PORODU</b> .....	<b>13</b>
1.1 Hormony .....	13
1.1.1 Oxytocin, hormon lásky .....	14
1.1.2 Endorfin, hormon slasti.....	14
1.2 Nervové dráhy a mozkové struktury.....	14
1.3 Pudové chování .....	15
1.4 Orgasmus .....	16
1.5 Psychologické hledisko.....	17
<b>2 NARUŠENÍ CITLIVÉHO PROCESU</b> .....	<b>18</b>
2.1 Stres a strach.....	20
2.2 Narušení intimity .....	20
2.3 Rutinní zásahy do přirozeného procesu porodu .....	21
2.3.1 Aplikace syntetického oxytocinu.....	22
2.3.2 Císařský řez .....	22
2.3.3 Kontinuální kardiokografie.....	23
2.4 Dlouhodobé následky traumatického porodu.....	24
2.4.1 Posttraumatická stresová porucha po porodu .....	24
<b>3 PODPORA PŘIROZENÉHO PORODU</b> .....	<b>27</b>
3.1 Edukace.....	28
3.2 Porodní asistentka .....	29
3.3 Doprovod u porodu .....	30
3.3.1 Partner u porodu .....	30
3.4 Prostředí a potřeba intimity .....	32
3.5 Důležité porodní bolesti .....	33
3.6 Psychická podpora.....	34
3.7 Porodní poloha a volnost v pohybu.....	34
3.8 Bonding jako neoddělitelná součást porodu .....	35
3.9 Důvěra ženy v sebe samu .....	36



3.10 Zvláštní přístup k rodičkám s předchozím traumatem.....	37
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>39</b>
<b>SEZNAM PRAMENŮ.....</b>	<b>42</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>53</b>
i. Mezinárodní definice porodní asistentky.....	54
ii. Definice normálního porodu .....	56
iii. Klasifikace praktik při normálním porodu .....	58
iv. Trpíte posttraumatickou stresovou poruchou? .....	63
v. Deset kroků k podpoře bondingu .....	65
vi. Projekt Přirozený porod v porodnici .....	67

## ÚVOD

Porod je mezníkem ženské sexuality a ve své podstatě má nepopíratelný sexuální charakter. Michaela Mrowetz se domnívá, že přístup společnosti k sexualitě se odráží v přístupu společnosti k porodům. A doba, kdy je porod chápán jako nadmíru bolestivá a otřesná zkušenost, není dnes ještě zcela překonaná. Stále je mezi námi mnoho žen, které nevěří, že porod může být příjemný, ba dokonce nádherný. Tento postoj totiž přejala od svých matek a babiček, jež přivedly na svět své děti v nemocnicích, kam se porody v poválečném období přesunuly. Tehdy porody pozbyly své intimity a ženy své důstojnosti (Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011, s. 10-53).

Problémem současného porodnictví je množství nadbytečných intervencí během porodu. Zásahy provedené ze zřejmého důvodu a s rozvahou jsou bezpochyby přínosné, mnohdy život zachraňující. Northrup ale připomíná, že takovou pomoc vyžaduje pouhých 10 % žen. Zbýlých 90 % prožije fyziologický porod, do kterého není třeba zasahovat. Upozorňuje, že mezi množstvím intervencí a vyšší bezpečností není přímá úměrnost. Zásahy do porodu, jak vysvětluje Buckley, mění hladiny přirozených hormonů nezbytných pro jeho přirozený průběh, což může matku i dítě ohrozit a porod změnit v nepříjemný zážitek (Northrup in Pascali-Bonaro, 2009, min. 19:30-20:03; Buckley in Pascali-Bonaro, 2009, min. 17:26-17:39).

Ve většině západních zemí se porod stal problémem vyžadujícím hospitalizaci. Nyní se znovu může stát přirozeným procesem, kterým vždy byl. Nechme lékaře dělat jejich práci, kdy je to nutné, ale přirozené porody přenechme porodním asistentkám. Pokud se každý, bude na porod dívat jako na normální, běžnou součást života, lékařský zásah bude výjimkou a přirozený porod se stane normou (Righard, 2001, s. 3).

Při studiu vstupní literatury byly stanoveny tyto tři cíle:

**Cíl 1:** Předložit poznatky o společných aspektech sexuálního aktu a porodu.

**Cíl 2:** Předložit poznatky o dopadu rutinních intervencí na fyziologický porod.

**Cíl 3:** Předložit poznatky o možnostech podpory fyziologického porodu jakožto intimního prožitku.

### **Bibliografické citace vstupní literatury**

EPSTEIN, Abby, rež. *The Business of Being Born* [dokumentární film] . USA: New Line Home Entertainment, 2008. 87 min., barevný.

IVANOVÁ, Kateřina a Lubica JURÍČKOVÁ. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007, 99 s. ISBN 978-802-4418-322.

MAREK, Vlastimil. *Nová doba porodní: život před životem; porod jako zázrak; první tři minuty a jak dál; přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí*. 1. vyd. Praha: Eminent, 2002, 260 s. ISBN 80-728-1090-1.

MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ. *Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. 1. vyd. Praha: DharmaGaia, 2011, 279 s., 9 příl. Šťastné dítě. ISBN 978-807-4360-145.

ODENT, Michel. *Přirozené funkce orgasmů při milování, porodu a kojení: přímé cesty k transcenci*. 1. vyd. v českém jazyce. Praha: Maitrea, 2013, 132 s. ISBN 978-80-87249-43-7.

PASCALI-BONARO, Debra, rež. *Orgasmic Birth: The Best-Kept Secret* [dokumentární film]. USA: Seedsman Group, 2009. 85 min., barevný.

SIMKIN, Penny. *Partner u porodu: vše, co potřebujete vědět, abyste mohli ženě při porodu pomoci*. 1. vyd. Překlad Zuzana Štomerová. Praha: Argo, 2000, 245 s. ISBN 80-720-3308-5.

**Vyhledávací strategie:**

Pro vyhledávací strategii byly zvoleny dvě metody, a to rešerše v Ústřední knihovně Univerzity Palackého a vyhledávání v on-line databázích EBSCO, Medvik, PubMed a ProQuest, Google a Google scholar.

Pro tuto přehledovou práci bylo využito 56 článků v anglickém jazyce. Celkem bylo nalezeno 112 článků, avšak 56 článků použito nebylo z důvodu nevyhovujícího tématu této bakalářské práci.

**Zdroje informací:**

EBSCO, Medvik, PubMed a ProQuest, Google a Google scholar

**Vyhledávací období:**

1990-2014

# 1 SPOLEČNÉ ASPEKTY SEXUÁLNÍHO AKTU A PORODU

Na skutečnosti, že má porod sexuální povahu a je právoplatnou součástí pohlavního života ženy, se shoduje mnoho odborníků (Wolf in Pascali-Bonaro, 2009, min. 8:08-8:12; Wagner in Pascali-Bonaro, 2009, min. 10:29; Davis in Pascali-Bonaro, 2009, min. 9:44-9:49; Kitzinger, 2010, s. 78).

Kitzinger je přesvědčená, že porod jako sexuální prožitek může být pro ženu i jejího partnera nádhernou, nezapomenutelnou životní zkušeností, která prohloubí jejich vztah (Kitzinger, 2010, s. 78).

Zdravá ženská sexualita spočívá ve schopnosti zažít smyslnou touhu a vzrušení, které buď vyvrcholí psychickým uspokojením nebo orgasmem. Whipple tvrdí, že podmínkou zdravé sexuality je přijetí sebe sama jako jedince s individuálními potřebami a projevy (Bean, 2002, s. 32; Jannini et al., 2012, s. 959).

Gaskin vysvětluje, proč dnes porod nevnímáme jako sexuální zážitek. Dříve početí i porody probíhaly v ložnici. Dnes, kdy porody probíhají v nemocnicích, je těžké pochopit jak úzkou souvislost se sexem mají (Gaskin in Pascali-Bonaro, 2009, min. 1:12:31-1:12:42).

## 1.1 Hormony

Při porodu i sexuálním prožitku se angažují stejné hormony, oxytocin, hormon lásky, a endorfin, hormon slasti (Wagner in Pascali-Bonaro, 2009, min. 10:15-10:23; Davis in Pascali-Bonaro, 2009, min. 9:55-10:04; Buckley in Pascali-Bonaro, 2009, min. 1:11:53-1:12:04).

### **1.1.1 Oxytocin, hormon lásky**

Oxytocin je tvořen paraventriculárními jádry hypotalamu. Přes neurohypofýzu se dostává do periferní cirkulace, konkrétně do lumbosakrální míchy (Meston et al., 2004, s. 196).

Jak připomínají Magon a Kalra, oxytocin je nejvíce znám jako ženský reprodukční hormon. Je též nazýván jako **bonding hormon**, **hormon důvěry** a **hormon lásky**. Podle slov Singha je pro svoji účast při porodu i orgasmu zodpovědný za mateřské i sexuální chování. Meston vysvětluje, že oxytocin fyziologicky vyvolává stahy hladkého svalstva, a Singh objasňuje, že tím stimuluje děložní kontrakce při porodu. Levin dodává, že k vyplavení oxytocinu a následným stahům dělohy dochází i při orgasmu (Magon and Kalra, 2011, s. 157-158; Meston et al., 2004, s. 194; Singh, 2011, s. 295-301; Levin, 2004, s. 102).

### **1.1.2 Endorfin, hormon slasti**

Endorfin je tvořen hluboko ve středním mozku. Je znám jako hormon zodpovědný za příjemné pocity (Buckley in Pascali-Bonaro, 2009, min. 1:13:49-1:14:11).

Buckely tvrdí, že beta-endorfin dosahuje v krevním řečišti vysokých hladin nejen při sexuálním aktu, ale i během porodu. Dále uvádí, že působením beta-endorfinu může žena upadnout z bdělého stavu do utlumeného. A tato změna vědomí může v konečném důsledku vyvrcholit orgasmem (Buckley in Pascali-Bonaro, 2009, min. 1:13:49-1:14:11).

## **1.2 Nervové dráhy a mozkové struktury**

Mnoho odborníků ve svých studiích uvádí, že při porodu i při sexuálním styku účinkují stejné nervy. Sayin vysvětluje, že pohlavní orgány jsou inervovány autonomními, vegetativními, nervy (pánevní, hypogastrické, bloudivý aj.), a somatickými, volními, nervy (pudendální nerv, sakrální plexus). Na vzniku

orgasmu se podílí čtyři konkrétní nervy: pánevní, hypogastrický, bloudivý a pudendální. Sayin popsal šest hlavních drah, které zprostředkovávají orgasmus. Jedná se o přesné kombinace těchto nervů s erotogenními oblastmi (Koeman et al. in Komisaruk, Beyer a Whipple, 2008, s. 103; Van der Schoot and Ypma, 2002, s. 761; Northrup in Pascali-Bonaro, 2009, min. 1:12:05-1:12:14; Sayin, 2012, s. 711).

Koeman poukazuje na stimulaci pánevních a hypogastrických nervů u ženy během porodu ve chvíli, kdy plod prochází porodním kanálem. Toto dráždění způsobuje, že žena vnímá slastné pocity a nutkavý pocit tlačit. O spojitosti mezi drážděním pánevních nervů při defekaci a orgasmem svědčí studie, které se zmiňují o orgasmu při análním styku a menším sexuálním uspokojením u mužů po prostatektomii. Van der Schoot a Ypma zaznamenali případ muže, který při vyprazdňování stolice prožíval pocity rozkoše. Tyto případy jsou tedy důkazem toho, že pánevní a hypogastrické nervy mohou zprostředkovat orgasmus (Koeman et al. in Komisaruk, Beyer, Whipple, 2008, s. 103; Van der Schoot and Ypma, 2002, s. 761).

Komisaruk, Beyer a Whipple uvádí, že insula a přední cingulární kůra, mozková centra emocí, jsou zodpovědná i za prožívání bolesti a rozkoše. Na základě této spojitosti se domnívají, že bolest může vést k umocnění rozkoše, a dodávají, že u obou prožitků mívají jedinci stejný výraz obličeje (Komisaruk, Beyer and Whipple, 2008, s. 102).

### **1.3 Pudové chování**

Gaskin odhaluje další podobnost, a to specifické chování. Za předpokladu, že je žena na porod dobře připravená, pozitivně naladěná a uvolněná, se často při porodu projevuje podobným způsobem, jako při sexuálním aktu, a též vydává podobné zvuky a vzdechy (Gaskin in Pascali-Bonaro, 2009, min. 1:12:42-1:12:51).

## 1.4 Orgasmus

Na prožívání příjemných pocitů při sexuálním aktu může mít vliv vyplavení beta-endorfinů do krevního řečiště podle Buckley, i změněný stav vědomí, tzv. sexuální trans, podle Mestona a Schwartze. Odent potvrzuje, že tuto změnu vědomí může prožít i rodička během porodu (Buckley in Pascali-Bonaro, 2009, min. 1:13:49-1:14:11; Meston et al., 2004, s. 174-179; Swartz, 1994, s. 246; Odent in Swartz, 1994, s. 246).

Swartz tvrdí, že tato změna vědomí a sexuální vzrušení se vzájemně posilují a jejich rostoucí intenzita může vyústit v orgasmus (Swartz, 1994, s. 246).

Meston definuje orgasmus jako subjektivní prožitek, jež je doprovázen četnými fyziologickými změnami organismu. Whipple konstatuje, že orgasmus není pouhá odpověď organismu na podnět, ale silný tělesný prožitek. Nicméně, každá žena jej prožívá individuálně, a v této jedinečnosti by měla být podpořena (Meston et al., 2004, s. 174-179; Jannini et al., 2012, s. 959).

Marson přispívá tvrzením, že za vnímání veškerých fyzických podnětů provázejících orgasmus je zodpovědná mícha spolu s nerovnými obvody, ale je to právě mozek, který umožňuje vlastní vnímání vzrušení a následně vytváří orgasmus. Mezi konkrétní centra spojována s tímto transcendentním prožitkem řadí primitivní mozkové struktury nucleus accumbens, ventrální tegmentum a thalamus (Marson, 2008, s. 141-142).

Pranzarone vysvětluje, jak žena může dosáhnout spontánního orgasmu při porodu. Pravděpodobně se tak děje proto, že je při expanzi tkáně stimulován shluk sexuálně dráždivých bodů podél přední poševní stěny. Proto k orgasmu zpravidla dojde ve fázi, kdy hlavička dítěte prochází porodním kanálem. Pranzarone se navíc domnívá, že orgasmus porod podpoří svými analgetickými účinky (Pranzarone in Meston et al., 2004, s. 179).



## 1.5 Psychologické hledisko

Vinaver i Wagner jsou přesvědčeni o tom, že by prostředí pro porod mělo být velice podobné prostředí potřebnému pro prožití příjemného sexuálního zážitku. Kitzinger s nimi souhlasí. Chtít po rodící ženě, aby se plně uvolnila a oddala se svým pocitům v prostředí, které je neznámé, neosobní a ve kterém je pozorovaná cizími lidmi, je stejné, jako chtít po ženě, aby se v témže prostředí spontánně milovala se svým partnerem. Northrup také zdůrazňuje důležitost vnitřního naladění. Pokud se totiž podle ní žena otevře procesu porodu stejně, jako se otevírá sexuálnímu aktu, může i při porodu prožít orgasmus (Vinaver in Pascali-Bonaro, 2009, min. 24:01-24:12; Wagner in Pascali-Bonaro, 2009, min. 10:15-10:23; Kitzinger, 2010, s. 78; Northrup in Pascali-Bonaro, 2009, min. 1:12:05-1:12:30).

Wagner uvádí, že je porod indukován a řízen stejnými hormony, které se do krve vyplavují při příjemném milování. Vysvětluje, že účinek těchto hormonů může narušit adrenalin, jehož hladina se zvyšuje při pocitech nejistoty, strachu, stresu nebo úzkosti. Jak dodává Meston, žena se v takovém případě místo na příjemné prožitky soustředí na své obavy, rozpaky a/nebo vinu, začne se pozorovat (Wagner in Pascali-Bonaro, 2009, min. 10:04-10:14; Meston et al., 2004, s.221).

Kitzinger nabízí ještě jeden příklad psychologické souvislosti sexuálního prožitku a porodu. Svědectví žen, které se staly obětí sexuálního zneužití nebo násilí, se až nápadně podobají prožitkům žen po traumatických porodech. Ženy se z toho, co se stalo, obviňují, cítí se jakoby chycené v pasti, přemožené, pozorované, osahávané a ponížené. Často mívají flashbacky, noční můry a panické záchvaty. Podobnost poukazuje na skutečnost, že v obou případech došlo k zásahu do sexuality (Kitzinger, 2006, s. 554).

## 2 NARUŠENÍ CITLIVÉHO PROCESU

Během 18. a 19. století došlo k zásadní změně. Porody, které dosud byly rodinnou záležitostí, probíhaly v intimitě domova a výhradně za přítomnosti žen, se náhle začaly přesunovat do nemocnic jako předmět studia a praxe lékařských pracovníků. Ve 20. století porody probíhaly v nemocnicích už ve většině vyspělých zemí. Jak připomíná Darra, tehdy se předpokládalo, že bude pro ženy lepší, když budou rodit pod lékařským dohledem, ať už se u nich očekávají odchylky a komplikace, či nikoliv. S narůstajícím počtem rozmanitých případů porodníci rozšiřovali své představy o tom, co je přirozené a co už patologické. Davis-Floyd a Sargent uvádí, že těhotné ženy, které toužily po bezpečném porodu, umělé zásahy nejen ochotně přijímaly, ale dokonce i samy požadovaly. Porody postupně pozbývaly své intimity, konstatují Dahlke a Wagner. Tvrdí, že dosavadní pudové chování žen začalo být považováno za nevhodné. I dnes jsou ženy často napomínány, aby byly během porodu potichu, a mnoho žen se předem obává ztrapnění (Arney, Towler and Bramall, Wertz and Wertz, Donnison, Murphy-Lowless, Tew in Darra, 2009, s. 299; Darra, 2009, s. 299; Davis-Floyd and Sargent in Darra, 2009, s. 299; Dahlke, 2009, s. 591; Wagner, 2001, s. 31).

Jak to tedy vypadá dnes? Boyd konstatuje s trochou ironie: Matky se obávají, že jejich dítě zemře, pokud budou přenášet, ale vůbec se nezajímají o rizika spojená s vyvoláním porodu. Děsí je představa nesnesitelné bolesti, ale neznepokojují se vedlejšími účinky epidurální anestezie. Považují kontinuální monitorování plodu za přínosné a bezpečné, ale nebojí se akutního císařského řezu kvůli planému poplachu (Boyd, 2006, s. 8).

Kde je problém? Zdá se, že už téměř všechny ženy uvěřily tomu, že porod je v první řadě riskantní záležitost, a tyto umělé zásahy tolerují a považují za samozřejmost. Kitzinger poukazuje na to, že v případě vyvolání porodu nebo soustavném monitorování ozev plodu bez zjevného důvodu, a v případě preventivního císařského řezu lékaři často argumentují hrozbou soudního sporu. Hofmeyr a Wagner se přidávají s tvrzením,

že se kromě toho lékaři raději spoléhají na klinické přesvědčení, doporučení svých kolegů a na svou intuici, než na objektivní důkazy. Beck si stěžuje, že převážná většina lékařů pohlíží na porod technicky a zaměřují se pouze na účinnost, úspěšnost, výsledky a statistiky, nikoliv na pocity rodičky. Živá a zdravá matka s živým a zdravým dítětem znamená úspěšný porod. A už je jedno, že se tato žena po porodu cítí znásilněná a má narušený vztah se svým dítětem. Podle Boyd je při vzdělávání studentů stále kladen větší důraz na znalost anatomie pánve a harmonogramu oddělení, než na psychickou podporu žen při porodu. Gamble upozorňuje, že je velmi žádoucí, aby porodní asistentky měly k péči o emocionální zdraví ženy potřebné vzdělání, proto, aby uměly poskytnout oporu ženě, která prožila traumatický porod (Jordan, Katz-Rothman, Saxell, Johanson and Newburn, Nolan, Wilson, Rashad, Darra nad Norris, Walsh, El-Nemer and Downe in Darra, 2009, s. 299; Kitzinger, 2006, s. 545; Hofmeyr, 2005, s. 104; Wagner, 2001, s. 28; Beck, 2004, s. 33; Boyd, 2006, s. 8; Gamble et al., 2005, s. 18).

Kitzinger před rutinními zásahy do porodu varuje. V lepším případě nepřináší užitek žádný, v horším případě jsou škodlivé. Reiger a Dempsey dodávají, že rutinní intervence narušují složitý proces interakce mezi myslí a tělem. Hofmeyr uvádí, že se mnoho intervencí provádí jen ze zvyklosti oddělení, bez opodstatněného důvodu a aniž by byl prokázán jejich účinek. Varuje, že riziko způsobení nežádoucích komplikací intervencemi je větší při fyziologických porodech, než při porodech komplikovaných. Proto apeluje, aby do porodu nebylo rutinně zasahováno, dokud nebude jasný důkaz, že je to přínosné. Podle Goer jsou následky medikalizace porodů fatální. Má na mysli velké finanční náklady, negativní dopad na fyzické, duševní a emocionální zdraví, obrovské množství zraněných žen a dětí s trvalými následky a spoustu zbytečně ztracených životů (Kitzinger, 2006, s. 545; Reiger and Dempsey, 2006, s. 369; Hofmeyr, 2005, s. 104; Goer, 2003, s. 128).

Lemola, Standlmayr, Grob, Ford a Ayers se shodují, že přestože většina žen porod hodnotí jako naplňující zkušenost, pro některé je naopak zraňujícím

zážitkem. Podle názoru Wilde-Larssona je porod pro ženu významnou a silně emocionální zkušeností a každá by měla mít možnost prožít ji pozitivně (Lemola, Stadlmayr and Grob, 2007, s. 190; Ford and Ayers, 2011, s. 1553; Wilde-Larsson et al., 2011, s. 1168).

## **2.1 Stres a strach**

Alehagen na jednu stranu stres shledává užitečným, protože pomáhá matce i plodu přizpůsobovat se měnící se situaci a předcházet tak jejich zranění nebo úmrtí. Na druhou stranu má stres i své stinné stránky, jakými jsou oslabení děložních kontrakcí, déle trvající porod, pomalé hojení ran a snížená obranyschopnost. Podle studie Kennedy a Shannon porodní asistentky pozorují, že strach někdy narušuje důvěru ženy ve schopnost jejího těla. Stres působí negativně i na novorozence. Pirdel a Pirdel pozorovaly špatnou poporodní adaptaci, srdeční anomálie, respirační tíseň, poruchu imunity, hyperbilirubinémii a nekrotizující enterokolitidu (Alehagen et al. in Pirdel and Pirdel, 2009, s. 218; Kennedy and Shannon, 2003, s. 557; Pirdel and Pirdel, 2009, s. 218).

Pirdel a Pirdel vyjmenovávají hlavní stresory během porodu: opakované rutinní vyšetřování, invazivní zásahy a přítomnost mnoha osob. Mezi další, taktéž významné, patří vyčerpání, nedostatečná komunikace a kontakt ze strany personálu, přetížené oddělení i pouhý fakt, že současný porod probíhá odlišně než předchozí (Pirdel and Pirdel, 2009, s. 217-222).

Alehagen zjistil, že ženy, které mají během těhotenství velký strach z porodu, při něm později prožívají větší strach než ty, které se porodu předem neobávají v takové míře (Alehagen et al., 2006, s. 59).

## **2.2 Narušení intimity**

Davis upozorňuje, že nerespektování studu a nedostatečný či chybějící pocit intimity narušuje uvolňování hormonů, které přirozeně řídí porodní proces.

Gaskin s ní souhlasí a dodává, že neustálé vyrušování může být samotnou příčinou porodních komplikací (Davis in Pascali-Bonaro, 2009, min. 1:08:34-1:09:00; Gaskin in Pascali-Bonaro, 2009, min. 1:09:01-1:09:25).

### **2.3 Rutinní zásahy do přirozeného procesu porodu**

Northrup tvrdí, že množství zásahů do porodu není úměrné s větší bezpečností. Určité zásahy provedené s rozvahou jsou přínosné, mnohdy i život zachraňující. Avšak podle statistik, o kterých se zmiňuje, ze všech zdravých žen mohou komplikace postihnout pouhých 10 % žen, které tedy budou odborný zásah potřebovat. Nicméně, je zde zbylých 90 % fyziologických porodů, které jsou narušené zbytečnými zásahy, čímž přestávají být přirozené (Northrup in Pascali-Bonaro, 2009, min. 19:30-20:03).

Wagner nevidí problém jen v množství zásahů, které nejsou nezbytné, ale také v přístupu k rodičkám jakožto nemocným. Jako typický příklad uvádí výměnu jejich civilního oblečení za nemocniční košile. S Wagnerem souhlasí Bedford, který kritizuje i častá a opakovaná vnitřní vyšetření, omezený počet osob u porodu, zákaz přítomnosti dětí, vynucená nepříjemná poloha na zádech a jasně osvětlená místnost, ve které je obtížné se zklidnit (Wagner in Pascali-Bonaro, 2009, min. 17:44-18:36; Bedford et al., 2012, s. 234).

Corry ale upozorňuje, že je při péči o rodičky někdy rozpor mezi nařízením dané instituce a přesvědčením o správnosti a bezpečnosti úkonů (Corry in Pascali-Bonaro, 2009, min. 39:00-39:23).

Buckley opět upozorňuje, že umělé zásahy do fyziologického průběhu porodu snižují hladiny přirozených hormonů. Tím se zážitek z porodu stává méně příjemným, ba dokonce i méně bezpečným pro matku i pro dítě (Buckley in Pascali-Bonaro, 2009, min. 17:26-17:39).

### **2.3.1 Aplikace syntetického oxytocinu**

Aplikace oxytocinu se provádí za účelem posílit děložní kontrakce při podezření, že porod nepostupuje, tzv. augmentace porodu (Bugg et al., 2006, s. 40).

Davis-Floyd popisuje kaskádu komplikací: Syntetický oxytocin působí delší a silnější, tudíž bolestivější, kontrakce. Tyto nepřiměřeně silné kontrakce omezují přívod kyslíku a živin k plodu, čímž mu způsobují stres. Tíseň plodu je následně indikací k císařskému řezu, ke kterému dochází kvůli nerespektování přirozeně pomalého procesu. Na závěr Davis-Floyd konstatuje, že rodiče jsou pak paradoxně vděční za záchranu života dítěte akutním císařským řezem lidem, kteří v podstatě způsobili jeho příčinu (Davis-Floyd in Pascali-Bonaro, 2009, min. 34:13-35:03).

Bugg ve své studii prokázal souvislost mezi augmentovanými porody a vyšší potřebou epidurální analgezie, výrazným poporodním krvácením, potřebou poporodní transfuze a vyšší mírou operativních porodů, jakými jsou císařský řez a porod pomocí kleští nebo vakuumextraktoru (Bugg et al., 2006, s. 40).

Pasqua-Masback povzbuzuje tvrzením, že zpomalení procesu porodu nemusí znamenat problém. Podle ní je důležité dopřát tomuto složitému procesu čas, nespěchat (Pasqua-Masback in Pascali-Bonaro, 2009, min. 27:26-27:33).

### **2.3.2 Císařský řez**

Wagner považuje císařský řez za symbol absence lidského přístupu v porodnictví. Vybízí k zamyšlení. Jak je možné, že míra císařských řezů stále narůstá, když je péče komunitních porodních asistentek minimální a matky jsou v péči lékařů? Kitzinger navazuje, že je to právě péče porodních asistentek, které mohou matkám nabídnout individuální přístup, co výrazně snižuje riziko zbytečného akutního císařského řezu (Wagner, 2001, s. 30; Kitzinger, 2006, s. 545).

Za jednu z příčin nárůstu císařských řezů Corry považuje indukci, umělé vyvolání, porodu. Vysvětluje, že přirozený účinek hormonů na matku i její dítě je narušený a porod se tak snáze zkomplikuje. Davis-Floyd doplňuje, že další častou příčinou je kontinuální, soustavné, monitorování ozev plodu (Corry in Pascali-Bonaro, 2009, min. 35:20-35:51; Davis-Floyd in Pascali-Bonaro, 2009, min. 19:08-19:27).

Swain ve svém článku uvádí, že císařský řez ve většině případů naruší matčinu schopnost rozpoznat pláč vlastního dítěte a reagovat na něj. Kitzinger tento znepokojující fakt potvrzuje. Některé matky, které musely podstoupit akutní císařský řez a kterým z nějakého důvodu nebyl umožněn okamžitý kontakt s dítětem, se svěřily, že naprosto přišly o mateřskou vazbu. Přestože s ním v těhotenství měly úzký vztah, po narození se jim odcizilo (Swain et al., 2008, s. 1045; Kitzinger, 2006, s. 545).

### **2.3.3 Kontinuální kardiokografie**

Původním účelem kardiokografie (dále jen KTG), kontinuálního monitorování srdeční akce plodu a činnosti dělohy, byla prevence zbytečných zásahů, objasňuje Davis-Floyd. Dále vysvětluje, že během posledních deseti let vzrostl počet provedených císařských řezů v USA ze 6 % na 23 %. Je to dáno tím, že přístroj často vyvolá planý poplach. Výsledek se tedy liší od původního záměru. Wagner s Davis-Floyd souhlasí a spatřuje úskalí KTG i v narušené komunikaci. Personál má totiž tendence se zaměřovat především na monitor, nikoliv na matku, její pocity a potřeby (Davis-Floyd in Pascali-Bonaro, 2009, min. 19:08-19:27; Wagner in Pascali-Bonaro, 2009, min. 18:53-19:03).

Hofmeyr znepokojeně konstatuje, že byla kardiokografie zavedena do praxe z přesvědčení, že je prospěšná, aniž by tato metoda byla předem prozkoumána a byly posouzeny její přínosy a rizika (Hofmeyr, 2005, s. 109).

## **2.4 Dlouhodobé následky traumatického porodu**

Mills a Turnbull uvádí, že velmi stresující porod může vést k trvalému narušení intimacy. Gamble dodává, že porod, při kterém žena pociťuje strach nebo permanentní úzkost, může významně urychlit rozvoj posttraumatické stresové poruchy (Mills and Turnbull, 2004, s. 268; Gamble et al., 2005, s. 11).

Beck přirovnává traumatizující porod k bojišti, ve kterém je žena vydána všem napospas, připravena o vše, čím by se mohla chránit a bránit. O svou důstojnost, individualitu, kontrolu, komunikaci, péči, důvěru, podporu a ujištění (Beck, 2004, s. 33).

### **2.4.1 Posttraumatická stresová porucha po porodu**

V případě, že porod neprobíhá v souladu s potřebami ženy, může pro ni být velmi traumatizujícím zážitkem, shodují se Davies a Alder (Davies et al., 2008, s. 547; Alder et al., 2006, s. 107).

Podle Kitzinger trpí posttraumatickou stresovou poruchou (dále jen PTSD) každá dvacátá žena. Předpokládá však, že jich bude mnohem více. Tvrdí, že stejně jako oběti znásilnění, ani mnohé ženy po traumatickém porodu nejsou schopné o své zkušenosti mluvit. Nedokážou se otevřít, nebo mají strach, že je nikdo nebude brát vážně. Ty, které najdou odvahu, stejně obvykle odchází s chybnou diagnózou deprese a s antidepresivy. Antidepresiva ale PTSD neléčí. Nejde totiž o depresi, ale o úzkosti a panické stavy. Paradoxně se tak u žen díky nesprávné léčbě mohou deprese skutečně rozvinout a jejich psychický stav se tak ještě zhorší (Kitzinger, 2006, s. 544).

Kitzinger poukazuje na další paradox, když tvrdí, že ženy obviňují sebe samotné za to vše, co se stalo. Zároveň cítí hlubokou vděčnost právě k lidem, kteří jim toto trauma způsobili. Zmítají se tak mezi pocity hrůzy a vděčnosti (Kitzinger, 2006, s. 544).



Beck jmenuje rizikové faktory pro rozvoj posttraumatické stresové poruchy: nedostatek informací o průběhu porodu, pocit bezmoci a nejistoty, ztráta kontroly nad procesem porodu, ztráta důstojnosti, ponížení, nepříjemné a nevhodné chování přítomných osob, nedostatek podpory od personálu nebo partnera, neindividuální přístup, nedostatek empatie, fyzická bolest, akutní císařský řez, úmrtí dítěte a invazivní zásahy (Beck, 2004, s. 29-32).

Kitzinger tvrdí, že když ženy, které trpí PTSD po porodu, popisují onu negativní zkušenost, používají stejná slova a fráze jako ženy, které mluví o svém znásilnění. Cítí se být příčinou oné nepříjemné zkušenosti. Mluví o naprosté ztrátě kontroly nad procesem. Vypovídají, že se cítily fyzicky napadené, paralizované, osahávané, pozorované a ponížené. Popisují, jako by je chytil nějaký stroj, semlel je, a poté vyvrhnul spolu s jejich dětmi. Po porodu se cítily znechucené samy sebou a opuštěné. Kitzinger jmenuje příznaky PTSD: flashbacky, noční můry, panické záchvaty, nepřiměřený pocit studu. Ženy někdy i živě pociťují doteky personálu a do nejmenších detailů si pamatují vjemy, se kterými se při porodu setkaly. K náhlému vyvolání těchto vzpomínek a pocitů stačí málo, například vidět těhotnou ženu, při přepínání televizních programů narazit na scénu s porodem, projíždět kolem porodnice, potkat v obchodě jednu z tehdy přítomných porodních asistentek atd. Kitzinger konstatuje, že je obtížné se PTSD zbavit, protože se v ženě hluboce zakoření. Je to běh na dlouhou trať a rozhodně to není v silách ženy samotné (Kitzinger, 2006, s. 554).

Kitzinger varuje, že PTSD může v konečném důsledku rozvrátit vztah partnerů, a uvádí příklad jak. Žena obviňuje svého partnera, že nezasáhl. On si vyčítá to samé a může mu připadat, že se na **znásilnění** podílel. Po nějaké době už nedokáže snést výčitky partnerky. Buďto ji začne ignorovat, nebo před ní utíká za přáteli, ke koníčkům, k práci. Oba se tak sobě čím dál více odcizují (Kitzinger, 2006, s. 544).

Podle Kitzinger může PTSD narušit i vztah mezi matkou a dítětem. Mnoho žen uvádí, že v těhotenství měly s dítětem velmi blízký vztah, znaly ho do nejmenšího detailu, ale po porodu k němu necítily vůbec nic a připadalo jim, jako by ani nebylo jejich. Kitzinger tvrdí, že ženy pak

pochybují i o své roli – roli matky. Přestože se tak necítí, popřou své pocity. Jejich snaha chovat se jako matka možná působí na okolí přesvědčivě, ale je vynucená a nevyhází z přirozených pudů. Tyto matky mohou dokonce dítě obviňovat z toho, jak porod probíhal. Davies dodává, že některé matky mohou cítit k dítěti až nenávist a zlobu (Kitzinger, 2006, s. 545; Davies et al., 2008, s. 549).

### 3 PODPORA PŘIROZENÉHO PORODU

Přirozený porod je chápán jako fyziologický proces, při kterém je podporován přístup snížení rutinních nebo neefektivních intervencí (Lyerly, 2012, s. 316).

Porod je silnou událostí v životě ženy, během níž prochází velkou fyzickou, psychickou i osobnostní proměnou, shodují se Cigoli, Gilli and Saita (2006, s. 91). Pirdel, Pirdel a Wagner si jsou jisti, že se porod pro ženu může stát nádherným zážitkem na celý život (Pirdel and Pirdel, 2009, s. 222; Wagner, 2001, s. 25).

Darra uvádí, že už samotná definice porodní asistentky je formulována tak, že předpokládá fyziologický průběh porodu, a dodává, že podpora jeho přirozenosti je jedním z klíčových bodů této definice (Darra, 2009, s. 297).

Zkušenosti žen s porody se liší. Některé ženy mají dobrou zkušenost s porodní asistentkou, další naopak sebejistě přejaly nad porodem hlavní iniciativu a jiné si vzpomínají pouze na bolest a strach (Bluff and Holloway, Coyle et al., Hodnett, Hundley and Ryan, Zadoronzyj, Gibbins and Thomson, Alehagen, Wijma and Wijma, Eriksson, Westman, and Hamberg in Darra, 2009, s. 302).

Jak tvrdí Righard, ve většině západních zemí se porod stal problémem vyžadujícím hospitalizaci. Porod se podle něj ale znovu může stát přirozeným procesem, kterým vždy byl, pokud necháme lékaře dělat jejich práci, kdy to bude nezbytné, a přirozené porody přenecháme porodním asistentkám. Righard doufá, že pokud se každý, s kým se potká těhotná žena, bude na porod dívat jako na přirozenou věc, běžnou součást života, přirozený porod se stane normou a lékařský zásah bude výjimkou (Righard, 2001, s. 3).

Kennedy a Shannon by rádi pomohli pochopit lékařům, ženám i politikům, že porod je fyziologická a normální událost, a proto nevyžaduje žádný umělý zásah. Jsou přesvědčeni, že vzhledem ke stoupající míře císařských řezů a rostoucím nákladům na zdravotní péči, by důvěra v přirozenost procesu

mohla přinést zásadní rozdíl v péči o ženy během těhotenství a porodu (Kennedy and Shannon, 2003, s. 560).

Kennedy a Shannon připomínají snahu porodních asistentek přesvědčit veřejnost o tom, že podpora normálního porodu je důležitá z mnoha důvodů, včetně krátkodobých a dlouhodobých zdravotních následků (Kennedy and Shannon, 2003, s. 558).

Kitzinger porodníky a porodní asistentky vyzývá k respektování přirozeného procesu, zaujetí humánního přístupu a získání potřebných dovedností k tomu, aby ženám umožnili přirozeně porodit. Považuje za důležité podporovat i ženy samotné, vést je k tomu, aby se sjednotily a vybojovaly si porody zpět. Každý porod by se tak znovu mohl stát nádherným výjimečným okamžikem (Kitzinger, 2003, s. 205).

### **3.1 Edukace**

Beck pokládá za důležité promluvit si před porodem s ženou nejen o tom, co se bude dít po porodu, ale i o samotném průběhu. Ženy se totiž mohou snadno rozrušit, když vše neprobíhá podle jejich představ. V konečném důsledku by tak mohly porod zpětně vnímat jako traumatický, přestože proběhl bez komplikací a jsou i s dítětem v pořádku (Beck, 2004, s. 35).

Wolf vyzdvihuje důležitost intimního vyjadřování náklonnosti mezi partnery. Během edukace se u nich snaží odbourat strach z porodu a porodních bolestí tím, že jim nabízí pohled na jeho smyslnou stránku (Wolf in Pascali-Bonaro, 2009, min. 7:57-8:07).

Předporodní kurzy připravují páry na to, jak porod probíhá, co mohou v jednotlivých fázích očekávat, jak se mají zachovat, a také je naučí různá užitečná cvičení. Kitzinger doporučuje, aby na předporodních kurzech kromě těchto teoretických informací a tělesných cvičení byly páry připravované na bouřlivé emoce, na radost i starost, která s dítětem přijde, a na to, jaký má narození nového člena rodiny vliv na jejich vzájemný vztah.

Podle Kitzinger se totiž málo zdůrazňuje, jak významnou životní událostí porod je (Kitzinger, 2010, s. 78).

### **3.2 Porodní asistentka**

Vinaver přibližuje, v čem spočívá základní péče porodní asistentky: porodní asistentka posuzuje zdravotní stav matky a vitalitu plodu. Vyšetřením zjistí veškeré zásadní informace potřebné k rozhodnutí, zda je vše v pořádku. Při porodu kontroluje průběh procesu a poskytuje matce oporu. Vinaver zároveň připomíná, jaké porodní asistentky matky očekávají. Přejí si, aby byly trpělivé, klidné, příjemné a naplno s nimi prožily významný okamžik narození dítěte (Vinaver in Pascali-Bonaro, 2009, min. 22:13-23:18).

O'Higgins je toho názoru, že by porodní asistentka měla být především pozorovatelem porodního procesu. Měla by být u porodu fyzicky přítomna, ale své pocity si ponechat pro sebe, být trpělivá, nechat porod volně plynout a nezasahovat do něj, pokud to stav matky nebo dítěte nevyžaduje (O'Higgins, 2011, s. 137, 142).

Wagner oceňuje profesi porodních asistentek poskytujících individuální péči, protože je přesvědčený, že hrají důležitou úlohu v prevenci mnoha zbytečných intervencí, například akutních císařských řezů, jak doplňuje Kitzinger. Jonge shledává velké pozitivum v jejich respektování libovolných porodních poloh, Pirdel a Pirdel zase ve snižování stresu během porodu. Hofmeyr dodává, že péče porodních asistentek, které se matkám věnují individuálně, se v praxi ukázala jako prospěšná (Wagner, 2001, s. 33; Kitzinger, 2006, s. 545; Kitzinger, 2001, s. 87; Jonge et al., 2008, s. 354; Pirdel and Pirdel, 2009, s. 221; Hofmeyr, 2005, s. 112).

Kitzinger konstatuje, že se porodní asistentky při studiu během praxe ve velkých nemocnicích téměř nemají šanci setkat s přirozeným porodem. Podle ní a Wagnera by budoucí porodní asistentky měly mít možnost získat zkušenosti i s porody, které neprobíhají v nemocnici. Tak budou schopny

bezpečně a sebejistě poskytovat péči ženám i mimo zdravotnická zařízení (Kitzinger, 2001, s. 221; Wagner, 2001, s. 31).

### **3.3 Doprovod u porodu**

Vinaver upozorňuje na důležitost matčina svobodného rozhodnutí, kde by chtěla porodit, a výběru osob, které budou u porodu přítomny. Gaskin tvrdí, že porod je odlišný podle toho, zda jsou u něj přítomni lékaři nebo empatické ženy. Buckley poznamenává, že nejvíce rodící ženě pomůže od bolesti přítomnost a podpora lidí, kteří jsou jí blízcí. O tom, jak důležitá je pro matku přítomnost osoby, kterou si zvolí, svědčí výpovědi žen, které z nejrůznějších důvodů nemohly mít u porodu svůj doprovod. Bedford při výzkumu zjistil, že se cítily osamělé, přestože byl personál neustále přítomen. Lavender, Walkinshaw a Walton ve své studii potvrdili, že je přítomnost partnera, přítelkyně nebo člena rodiny u porodu prospěšná (Vinaver in Pascali-Bonaro, 2009, min. 23:46-24:00; Gaskin in Pascali-Bonaro, 2009, min. 50:55-51:16; Buckley in Pascali-Bonaro, 2009, min. 49:20-49:39; Bedford et al., 2012, s. 234; Lavender, Walkinshaw and Walton, 1999, s. 42).

#### **3.3.1 Partner u porodu**

Kainz, Eliasson a Post taktéž potvrdili, že přítomnost otce dítěte u porodu má mnoho výhod. Je osobou, která matku neopouští a je jí trvale k dispozici, bojuje za její přání ve chvíli, kdy toho ona není schopná, dodává jí sílu a odvahu, burcuje ji k výkonu, stará se o její potřeby a pohodlí, kontroluje zařízení, intervaly kontrakcí, správné dýchání, zajišťuje komunikaci mezi matkou a porodní asistentkou, krátí ženě dlouhé chvíle, zlepšuje jí náladu, ujišťuje ji, že na porod není sama, že spolu tvoří tým. Matka často zpětně hodnotí přítomnost partnera pozitivně proto, že ji během porodu věnoval maximální pozornost, že jí pomohl projít těžkým porodem a spolu s ní sdílel okamžik narození. A v neposlední řadě, nikdo nemá větší právo

než otec být přítomen narození svého dítěte, okamžiku vzniku rodiny, momentu, kdy se partneři stávají rodiči (Kainz, Eliasson and Post, 2010, s. 626-633).

Pozitiv přítomnosti partnera u porodu není málo. Bergström, Kieler a Waldenström zjistili, že může významně posílit schopnost ženy přestát dlouhý porod a žena si i více důvěřuje. Plantin, Olukoya a Ny prokázali, že se díky psychické a emocionální podpoře snižuje úzkost, stres a bolest, redukuje se potřeba medikace a délka porodu se zkracuje. Lemola, Stadlmayr a Grob také přispívají svým objevem. Ženy jsou klidnější, lépe se soustředí a mají menší sklon k depresivním stavům. A to i přes to, že zpětně porod hodnotí jako stresující a nepříjemný. Podle výzkumu Redshawa a Hendersona mají ženy sklon lépe hodnotit péči personálu během porodu, pokud je doprovází partner (Bergström, Kieler and Waldenström, 2010, s. 797; Plantin, Olukoya and Ny, 2011, s. 96-97; Lemola, Stadlmayr and Grob, 2007, s. 200; Redshaw and Henderson, 2013, s. 7).

Jelikož je partner důležitou součástí porodu a jeho přítomnost se projevila jako pozitivní, Kainz, Eliasson a Post apelují na porodní asistentky, aby braly v úvahu důležitou roli otce u porodu. Plantin, Olukoya a Ny stejně tak naléhají na personál obecně. Zdravotníci jsou mnohdy tak soustředěni na péči o matku a dítě, že komunikaci s partnerem zanedbávají. Plantin, Olukoya a Ny považují tuto změnu za důležitou už jen proto, že otců, kteří si přejí být u porodu přítomni, neustále přibývá (Kainz, Eliasson and Post, 2010, s. 626-633; Plantin, Olukoya and Ny, 2011, s. 98).

Michel Odent však s přítomností otce u porodu, přesněji v druhé době porodní, nesouhlasí. Pokud předpokládáme, že každý otec je u porodu přinejmenším nervózní, jeho organismus do krve vyplavuje velké množství adrenalinu, který potlačuje uvolňování oxytocinu. Muž tak, nevědomě, vysílá nežádoucí signály, které narušují hladký průběh porodu (Kitzinger, 2010, s. 77).

### 3.4 Prostředí a potřeba intimity

Northrup připomíná, že jsou ženy během porodu velmi citlivé vůči zevním podnětům a mnohdy reagují intuitivně. Porod ženy se ve své podstatě příliš neliší od porodu zvířete. To pro úspěšný porod taktéž potřebuje klid, tlumené světlo, soukromí. Snad kdyby byl nemocniční personál vnímavější, citlivější a uspokojil potřebu intimity rodičím ženám, porody by probíhaly přirozeněji, uvažuje Northrup (Northrup in Pascali-Bonaro, 2009, min. 1:09:36-1:10:15).

Righard poznamenává, že když je žena uvolněná, důvěřuje lidem, kteří jsou přítomni a porod probíhá hladce, je po něm plná radosti a později se svým dítětem aktivně komunikuje. Přirozený proces však bývá personálem narušován zbytečnými zásahy a jedinečnost prožitku mizí. O významném vlivu prostředí na délku porodu a míru stresu rodičky svědčí i studie, kterou provedly Pirdel a Pirdel. Pokud žena rodí v místnosti, která je hřejivá, příjemná, blízká domácímu prostředí, snadněji se uvolní a pravděpodobnost, že prožije lehčí a kratší porod, se zvyšuje. Sterilní pokoje nemocnic vybavené strohým nábytkem a zdravotnickým zařízením, ve kterých je mnohdy chladno, a vzduch je prosycený dezinfekcí, tyto podmínky nesplňují, a to se následně odráží na pocitech rodičky a průběhu a délce porodu (Righard, 2001, s. 2; Pirdel and Pirdel, 2009, s. 222).

Nepříjemnou atmosféru v nemocnicích nevnímají jen ženy, ale i muži, kteří s nimi přichází jako doprovod, tvrdí Kitzinger. Muži vypovídají, že se s příchodem do porodnice cítí připraveni o svoji roli, jakožto hlavního ochránce a podporovatele, cítí se zbyteční, a tak nakonec místo pomoci stojí opodál a celou situaci jen pozorují. Personál, který by je měl povzbudit, je často ignoruje. Naopak ve známém prostředí a s porodní asistentkou, která s nimi komunikuje, se muži cítí ve své roli více sebejistí a mohou tak ženám poskytnout potřebnou oporu (Kitzinger, 2010, s. 78).

Wagner zastává názor, že porod mimo nemocnici s sebou nese méně zbytečných zásahů a vyšší spokojenost matek (Wagner, 2001, s. 25).



Podle Kitzinger potřebuje mít každá žena důležité informace, aby se mohla zodpovědně a svobodně rozhodnout, za jakých okolností a kde porod proběhne. Ať už v nemocnici, v alternativním porodním centru nebo doma (Kitzinger, 2006, s. 545).

### **3.5 Důležité porodní bolesti**

Porodní bolest, je patrně největší bolest, kterou žena v životě prožije. Na tom, jak silná bolest bude, se podílí mnoho faktorů. Pirdel a Pirdel uvádí jako příklady strach během těhotenství, obavu z porodu, příchod do porodnice a následné neznámé a nepříjemné zákroky a situace. Jako se liší žena od ženy a porod od porodu, tak i každá bolest je velmi individuální. Dahlke došel k zajímavému zjištění, a to, že bolest popisují méně dramaticky ty ženy, které rodily bez tišení bolesti (Pirdel and Pirdel, 2009, s. 217; Dahlke, 2009, s. 592-593).

Wagner varuje, že eliminací bolesti narušíme fyziologický proces. Kulesza-Brończyk je přesvědčený, že jakkoliv není porodní bolest patologická, mělo by se ženě dostat pomoci při jejím překonávání. Existuje množství metod, které mohou bolesti zmírnit, aniž by narušily přirozený proces. Jednou z nefarmakologických metod, kterou doporučuje Moritz, je teplá voda s bublinkami, která má relaxační a analgetické účinky. Podle Moritze může pobyt ve vodě porodní proces i urychlit. O pozitivním vlivu koupele se zmiňuje i Hofmeyr (Wagner in Pascali-Bonaro, 2009, min. 44:50-45:30; Kulesza-Brończyk et al., 2013, s. 83; Moritz in Pascali-Bonaro, 2009, min. 48:33-48:56; Hofmeyr, 2005, s. 108).

Lumley zdůrazňuje, že bolest není jen prožitek fyzický, ale i emocionální. Kulesza-Brończyk k jejímu zmírnění doporučuje příjemné prostředí, ve kterém se žena cítí bezpečně a příjemně, zajištění soukromí, zamezení zbytečným zásahům a odstranění rušivých elementů a zdrojů strachu. Bolest podněcuje stresovou reakci a negativně tak ovlivňuje fyzické pocity, psychiku i emoce. Proto může být psychická podpora přínosná (Lumley et al., 2011, s. 942; Kulesza-Brończyk et al., 2013, s. 85-86).

### **3.6 Psychická podpora**

Bergström, Kieler a Waldenström provedli studii, díky níž zjistili, že ženy, které jsou psychicky podporované, spíše vydrží dlouhý porod, aktivně se na něm účastní a mají vyšší sebedůvěru. Také je u nich menší riziko, že porod skončí císařským řezem (Bergström, Kieler and Waldenström, 2010, s. 797).

Figueiredo taktéž odhalil důležitost psychické podpory, když zjistil, že nálada matky v prvních chvílích po porodu má velký vliv na vztah s jejím dítětem. Proto Figueiredo považuje za důležité, aby byla při porodu navozena příjemná atmosféra a aby byla matka ve vztahu k dítěti všemi, kdo o ni pečují, plně podporována (Figueiredo et al., 2009, s. 547).

Další zajímavé zjištění přináší studie, kterou provedli Redshaw a Henderson. Ženu, která je podporována svým partnerem i v šestinedělí, zřídka kdy potká poporodní deprese, poporodní úzkost a posttraumatická stresová porucha nebo bolesti zad, stresová inkontinence a bolest při pohlavním styku. Navíc se ženy podporované svým partnerem méně setkávají s problémy při kojení, začínají kojit brzy po porodu a celkově kojí déle. Pokud problém s kojením vyvstane, snáze a rychleji se díky opoře v partnerovi vyřeší (Redshaw and Henderson, 2013, s. 7-13).

### **3.7 Porodní poloha a volnost v pohybu**

Hofmeyr vysvětluje, že poloha na zádech je v mnoha nemocnicích vyžadována proto, že umožňuje snazší kontinuální monitorování ozev plodu a při porodu je pohodlnější pro personál. Využívá se i přes jasné fyziologické důkazy, že způsobuje zhoršený průtok krve placentou a snižuje účinnost kontrakcí. Thilagavathy uvádí, že způsobuje častější pokles srdeční akce plodu. Podle Bedforda by se od ní mělo upustit už jen proto, že je pro ženu velmi nepohodlná. (Hofmeyr, 2005, s. 108-109; Thilagavathy, 2012, s. 71; Bedford et al., 2012, s. 234).

Davis-Floyd vysvětluje, proč ženy instinktivně preferují vertikální polohu. Když dojde k prudkému vzestupu hladiny adrenalinu v krvi, žena pocítí potřebu se vzpřímit. Thilagavathy provedla výzkum, z něhož vyšlo najevo, že vertikální poloha zkracuje délku porodu. Podle této studie měly ženy, které zaujímaly vertikální polohu, o 11 minut kratší druhou a o 10 minut kratší třetí dobu porodní. Podle Righarda je porod v této poloze snazší, protože ženě při tlačení pomáhá gravitace. Renfrew však upozorňuje na nebezpečí většího poškození zevních pohlavních orgánů. Zjistil totiž, že přestože ženy ve vertikální poloze zřídka kdy potká nástřih, častěji čelí spontánnímu poranění poševního vchodu (Davis-Floyd in Pascali-Bonaro, 2009, min. 1:14:12-1:14:55; Thilagavathy, 2012, s. 71-72; Righard, 2001, s. 1; Renfrew et al., 1998, s. 145-149).

Jonge prosazuje názor, že by porodní asistentky měly mít možnost získat zkušenosti v asistenci u porodu ženám v různých porodních polohách (Jonge et al., 2008, s. 354).

Renfrew tvrdí, že není důvod omezovat ženu, aby zaujala polohu, která jí je pohodlná, dokud nejsou důkazy, které by to vyvrátily (Renfrew et al., 1998, s. 158).

### **3.8 Bonding jako neoddělitelná součást porodu**

Na rozvoj vzájemného pouta mezi matkou a dítětem má mimo jiné vliv nálada matky v brzkém poporodním období, jak tvrdí Figueiredo. Barrett a Fleming zdůrazňují, že matka musí být na setkání s dítětem emocionálně připravená a pozitivně motivovaná (Figueiredo et al., 2009, s. 547; Barrett and Fleming, 2011, s. 386).

Bonding je procesem, kdy na sebe matka s dítětem vzájemně reagují. Barrett a Fleming popisují, že se během tohoto procesu matka s dítětem vzájemně napojí. Od této doby matka dítěti věnuje pozornost, instinktivně o něj pečuje a uspokojuje jeho potřeby (Figueiredo et al., 2009, s. 546; Barrett and Fleming, 2011, s. 368).

Buckley uvádí, že jednu hodinu po porodu jsou matka i dítě hormonálně nejlépe naladěni pro utvoření rané vazby. Je to jedinečná příležitost, která se pro ně dva už nikdy v životě nezopakuje. Podle Buckley je porozumění a respektování tohoto vzácného procesu velmi důležité (Buckley in Pascali-Bonaro, 2009, min. 1:18:44-1:19:18).

### **3.9 Důvěra ženy v sebe samu**

Jones vybízí k tomu, aby rodící žena nebyla připravována o důstojnost, ale aby naopak byla podpořena v její schopnosti porodit, vypořádat se s bolestmi, překonat strach. Pokud totiž porod zvládne, dostaví se silný pocit uspokojení, je na sebe hrdá a odhodlaná zvládnout cokoliv. V opačném případě, bude žena pociťovat velké selhání. Kitzinger má zkušenost, že ženy, které ponechají celý průběh porodu na personálu, mívají otřesné zkušenosti. Naopak ženy, které se na prenatálních kurzech naučily odmítnout rutinní zásahy, posílily své sebevědomí, porodu se plně poddaly a dovolily hormonům ovládnout celé jejich tělo, považují své porody za nesmírně pozitivní zážitky. Bergström, Kieler a Waldenström připomínají, že důvěra ženy ve vlastní schopnost porodit, a její schopnost přestát dlouhý porod může být významně posílena, pokud ji podpoří partner. Lavender, Walkinshaw a Walton navíc upozorňují, že žena potřebuje cítit jistotu nejen od okolí, ale i sama v sobě. Righard kriticky konstatuje, že ve velkých nemocnicích, kde je žena přísně kontrolována, má málo příležitostí důvěřovat sama sobě, svému tělu. Opačně tomu bývá v malých zařízeních (Jones in Pascali-Bonaro, 2009, min. 1:03:28-1:04:20; Kitzinger, 2010, s. 78; Bergström, Kieler and Waldenström, 2010, s. 797; Lavender, Walkinshaw and Walton, 1999, s. 42; Righard, 2001, s. 3).

Reiger a Dempsey předkládají poznatek, že při porodu mysl a tělo pracují ve vzájemné interakci. I na otevírání porodní branky má tedy zásadní vliv psychické rozpoložení a nevědomé emocionální procesy. Gabriel proto vyzývá ženy, aby popustily své emoce, smály se, plakaly, pohybovaly

se a hlubokým dýcháním podpořily působení oxytocinu a endorfinů na porod (Reiger and Dempsey, 2006, s. 368; Pincus, 2012, s. 86).

### **3.10 Zvláštní přístup k rodičkám s předchozím traumatem**

Ford a Ayers upozorňují na to, že traumatický porodní zážitek u ženy, která již PTSD nebo depresí trpí, může tento psychický problém ještě více prohloubit nebo zvýšit riziko, že se u ní rozvine některá z poporodních psychických poruch. Těmto ženám by tak obzvláště měla být věnována pozornost, aby se předešlo zhoršení stavu po porodu (Ford and Ayers, 2011, s. 1566-1567).

Simkin poznamenává, že ženy, které byly fyzicky, emočně nebo sexuálně zneužity či znásilněny, trpí narušeným vnímáním svého těla, osobnosti a sexuality. Všechny běžně prováděné úkony v porodnicích jsou pro ně obzvláště traumatické. Schroll, Tabor a Kjaergaard největší míru stresu a strachu u takových žen nezaznamenali před porodem nebo během něj, ale až v poporodním období. Domnívají se, že ženy pravděpodobně potlačily možnou souvislost mezi sexuálním napadením a porodem (Simkin in Pascali-Bonaro, 2009, min. 1:04:24-1:04:54; Schroll, Tabor and Kjaergaard, 2011, s. 22-25).

Bylo by podle nich tedy žádoucí, aby lékaři a porodní asistentky při sběru anamnézy od ženy zjistili její negativní sexuální zkušenosti, fobie a obavy, a aby se při péči o sexuálně zneužitou ženu zaměřili zejména na období po porodu, poskytl jí psychickou oporu, případně zprostředkovali psychologickou pomoc. K tomuto návrhu se přiklání i Beck. Alder navrhuje dostatečnou edukaci, poradenství, snižování úzkosti a relaxační cvičení. Ford a Ayers doporučují individuální péči během těhotenství a porodu. Elizabeth věří, že díky citlivému přístupu, dostatečné podpoře, duševní průpravě a vhodné předporodní péči, mají tyto ženy velkou šanci, že úspěšně zvládnou porod a projdou procesem, který je zcela změnil (Schroll, Tabor and Kjaergaard, 2011, s. 22-25; Beck, 2004, s. 34, 2011,

s. 226; Alder et al., 2006, s. 110-111; Ford and Ayers, 2011, s. 1567; Elizabeth Davis in Pascali-Bonaro, 2009, min. 1:05:02-1:05:18).

## ZÁVĚR

**Prvním cílem** bylo předložit poznatky o společných aspektech sexuálního aktu a porodu.

Obou sexuálních prožitků se významně účastní stejné hormony, oxytocin a endorfin (Wagner in Pascali-Bonaro, 2009, min. 10:15-10:23; Davis in Pascali-Bonaro, 2009, min. 9:55-10:04; Buckley in Pascali-Bonaro, 2009, min. 1:11:53-1:12:04).

Rozkoš je zprostředkována totožnými nervy, tedy pánevním, hypogastrickým, bloudivým a pudendálním, (Koeman et al. in Komisaruk, Beyer, Whipple, 2008, s. 103; Van der Schoot and Ypma, 2002, s. 761; Northrup in Pascali-Bonaro, 2009, min. 1:12:05-1:12:14).

Rozkoš je zprostředkována takéž stejnými mozkovými strukturami, kterými jsou nucleus accumbens, ventrální tegmentum a thalamus, (Marson, 2008, s. 141-142).

Při sexu i přirozeném porodu se žena chová pudově a vydává podobné zvuky (Gaskin in Pascali-Bonaro, 2009, min 1:12:42-1:12:51).

Pro přirozený průběh porodu i sexuálního prožitku je nezbytné intimní prostředí (Vinaver in Pascali-Bonaro, 2009, min. 24:01-24:12; Wagner in Pascali-Bonaro, 2009, min. 10:15-10:23; Kitzinger, 2010, s. 78).

Výpovědi sexuálně zneužitých žen a žen po traumatizujícím porodu jsou velmi podobné, z převážné části stejné (Kitzinger, 2006, s. 554).

**Druhým cílem** bylo předložit poznatky o dopadu rutinních intervencí na fyziologický porod.

Kitzinger tvrdí, že rutinní zásahy nepřinášejí buďto žádný účinek, nebo jsou škodlivé (Kitzinger, 2006, s. 545).

Reiger a Dempsey uvádí, že rutinní intervence narušují složitý proces interakce mezi myslí a tělem (Reiger and Dempsey, 2006, s. 369).

Dle Hofmeyra je v případě rutinních intervencí při fyziologickém porodu větší riziko nežádoucích komplikací, než při zásahu do komplikovaných porodů (Hofmeyr, 2005, s. 104).

**Třetím cílem** bylo předložit poznatky o možnostech podpory fyziologického porodu jakožto intimního prožitku.

Kromě mnoha doporučení týkajících se konkrétních intervencí vzešla z práce tři hlavní východiska: Kitzinger s Kennedym a Shannon radí propagovat přirozený porod, Hofmeyr doporučuje poskytování individuální péče porodními asistentkami a Wagner považuje za přelomové řešení humanizaci porodnictví (Hofmeyr, 2005, s. 112; Wagner, 2001, s. 31-33; Kennedy and Shannon, 2003, s. 560).



Kitzinger tvrdí, že trvá přibližně patnáct let, než se začnou důkazy používat v praxi. A Hofmeyr konstatuje, že je nesmírně obtížné změnit zakořeněné praktiky (Kitzinger, 2006, s. 545; Hofmeyr, 2005, s. 111).

Nastal moment, kdy se rozvoj technologie blíží k vrcholu a negativní důsledky vyplouvají na povrch. Wagner je přesvědčený, že další rozvoj nemůže vést k dobrým výsledkům, dokud technologie nebude v souladu s biologickými procesy a dokud nebude provázená humanizovanou zdravotnickou péčí (Wagner, 2001, s. 27).

Wagner věří, že správnou cestou je právě humanizace dnešního porodnictví. Upozorňuje na nejdůležitější: podávat matkám správné informace, vedle účinků je informovat i o rizicích, dále podporovat a řídit se postupy založenými na důkazech, a nakonec svěřit nízkorizikové matky zpět do péče porodních asistentek. Tak můžeme ženám vrátit porody, posílit je ve víře v sebe a ve vlastní tělo (Wagner, 2001, s. 31-33).

Žádná žena by neměla na porod vzpomínat jako na násilí. Nyní máme možnost změnit porod z aktu znásilnění na akt lásky, na prožitek hlubokého naplnění a radosti jak pro matky, tak pro jejich rodiny a pro všechny, kdo mají výsadu být přítomni u tak nádherného okamžiku zrození nového života (Kitzinger, 2006, s. 545).

Všechny stanovené cíle byly splněny.

## SEZNAM PRAMENŮ

1. ALDER, Judith, Werner STADLMAYR, Sibil TSCHUDIN a Johannes BITZER. Post-traumatic symptoms after childbirth: What should we offer?. *Journal of Psychosomatic Obstetrics* [online]. 2006, vol. 27, issue 2, s. 107-112 [cit. 2013-04-07]. DOI: 10.1080/01674820600714632. Dostupné z: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/01674820600714632>
2. ALEHAGEN, Siw, Barbro WIJMA a Klaas WIJMA. Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [online]. 2006, vol. 85, issue 1, s. 56-62 [cit. 2014-04-06]. DOI: 10.1080/00016340500334844. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1080/00016340500334844>
3. BARRETT, Jennifer a Alison S. FLEMING. Annual Research Review: All mothers are not created equal. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* [online]. 2011, vol. 52, issue 4, s. 368-397 [cit. 2013-04-07]. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2010.02306.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1469-7610.2010.02306.x>
4. BEAN, Jill L. Expressions of Female Sexuality. *Journal of Sex* [online]. 2002, roč. 28, sup1, s. 29-38 [cit. 2013-04-07]. ISSN 0092-623x. DOI: 10.1080/00926230252851177. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00926230252851177>
5. BECK, Cheryl Tatano. Birth Trauma: In the Eye of the Beholder. *Nursing Research* [online]. 2004, vol. 53, issue 1, s. 28-35 [cit. 2014-04-14]. DOI: 10.1097/00006199-200401000-00005. Dostupné z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage>
6. BEDFORD, Juliet, Meena GANDHI, Metasebia ADMASSU a Anteneh GIRMA. A Normal Delivery Takes Place at Home: A Qualitative Study of the Location of Childbirth in Rural Ethiopia. *Maternal and Child Health*

*Journal* [online]. 2012, roč. 17, č. 2, s. 230-239 [cit. 2013-04-07]. ISSN 1092-7875. DOI: 10.1007/s10995-012-0965-3. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10995-012-0965-3>

7. BERGSTRÖM, Malin, Helle KIELER a Ulla WALDENSTRÖM. Psychoprophylaxis during labor: associations with labor-related outcomes and experience of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [online]. 2010, vol. 89, issue 6, s. 794-800 [cit. 2014-04-06]. DOI: 10.3109/00016341003694978. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.3109/00016341003694978>
8. BOYD, Anne. A Childbirth Educator Speaks Out for Increased Advocacy for Normal Birth. *Journal of Perinatal Education* [online]. 2006, vol. 15, issue 1, s. 8-10 [cit. 2014-04-11]. DOI: 10.1624/105812406X92930. Dostupné z: <http://openurl.ingenta.com/content/xref?genre=article>
9. BUGG, George J., Eleanor STANLEY, Philip N BAKER, Michael J TAGGART a Tracey A JOHNSTON. Outcomes of labours augmented with oxytocin. *European Journal of Obstetrics* [online]. 2006, vol. 124, issue 1, s. 37-41 [cit. 2014-04-14]. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2005.04.015. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301211505002113>
10. CIGOLI, Vittorio, Gabriella GILLI a Emanuela SAITA. Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics* [online]. 2006, vol. 27, issue 2, s. 91-97 [cit. 2013-04-07]. DOI: 10.1080/01674820600714566. Dostupné z: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/01674820600714566>
11. DAHLKE, LAURA JOHNSON. Essays on Childbirth: The Why and How. *Women's Studies* [online]. 2009, vol. 38, issue 5, s. 577-596 [cit. 2014-04-06]. DOI: 10.1080/00497870902952932. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00497870902952932>

12. DARRA, Susanne. 'Normal', 'natural', 'good' or 'good-enough' birth: examining the concepts. *Nursing Inquiry* [online]. 2009, vol. 16, issue 4, s. 297-305 [cit. 2014-04-10]. DOI: 10.1111/j.1440-1800.2009.00467.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1440-1800.2009.00467.x>
13. DAVIES, John, Pauline SLADE, Ingram WRIGHT a Peter STEWART. Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant Mental Health Journal* [online]. 2008, vol. 29, issue 6, s. 537-554 [cit. 2013-04-07]. DOI: 10.1002/imhj.20197. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/imhj.20197>
14. FIGUEIREDO, Bárbara, Raquel COSTA, Alexandra PACHECO a Álvaro PAIS. Mother-to-Infant Emotional Involvement at Birth. *Maternal and Child Health Journal* [online]. 2009, vol. 13, issue 4, s. 539-549 [cit. 2014-04-06]. DOI: 10.1007/s10995-008-0312-x. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10995-008-0312-x>
15. FORD, Elizabeth a Susan AYERS. Support during birth interacts with prior trauma and birth intervention to predict postnatal post-traumatic stress symptoms. *Psychology* [online]. 2011, vol. 26, issue 12, s. 1553-1570 [cit. 2014-04-06]. DOI: 10.1080/08870446.2010.533770. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870446.2010.533770>
16. GAMBLE, Jenny, Debra CREEDY, Wendy MOYLE, Joan WEBSTER, Margaret MCALLISTER a Paul DICKSON. Effectiveness of a Counseling Intervention after a Traumatic Childbirth: A Randomized Controlled Trial. *Birth* [online]. 2005, roč. 32, č. 1, s. 11-19 [cit. 2013-04-07]. ISSN 0730-7659. DOI: 10.1111/j.0730-7659.2005.00340.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.0730-7659.2005.00340.x>
17. GOER, Henci. "Spin Doctoring" the Research. *Birth* [online]. 2003, vol. 30, issue 2, s. 124-129 [cit. 2014-04-12]. DOI: 10.1046/j.1523-536X.2003.00231.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1523-536X.2003.00231.x>

18. HOFMEYR, G.J. Evidence-based intrapartum care. *Best Practice* [online]. 2005, vol. 19, issue 1, s. 103-115 [cit. 2014-04-23]. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2004.10.009. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1521693404001518>
19. JANNINI, Emmanuele A., Alberto RUBIO-CASILLAS, Beverly WHIPPLE, Odile BUISSON, Barry R. KOMISARUK a Stuart BRODY. Female Orgasm(s): One, Two, Several. *The Journal of Sexual Medicine*. 2012, roč. 9, č. 4, s. 956-965 [cit. 2013-04-07]. ISSN 17436095. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2012.02694.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1743-6109.2012.02694.x>
20. JONGE, Ank de, Doreth A.M. TEUNISSEN, Mariet Th. VAN DIEM, Peer L.H. SCHEEPERS a Antoine L.M. LAGRO-JANSSEN. Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2008, vol. 63, issue 4, s. 347-356 [cit. 2014-04-06]. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04703.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2008.04703.x>
21. KAINZ, Gisela, Margareta ELIASSON a Irène von POST. The Child's Father, an Important Person for the Mother's Well-Being During the Childbirth: A Hermeneutic Study. *Health Care for Women International* [online]. 2010, vol. 31, issue 7, s. 621-635 [cit. 2014-04-06]. DOI: 10.1080/07399331003725499. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399331003725499>
22. KENNEDY, Holly Powell a Maureen T. SHANNON. Keeping Birth Normal: Research Findings on Midwifery Care During Childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* [online]. 2003, vol. 33, issue 5, s. 554-560 [cit. 2014-04-14]. DOI: 10.1177/0884217504268971. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1177/0884217504268971>

23. KITZINGER, Sheila. Birth as rape: There must be an end to 'just in case' obstetrics. *British Journal of Midwifery* [online]. 2006, vol. 14, issue 9, s. 544-545 [cit. 2013-03-10]. ISSN 0969-4900.  
Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?sid=0d65f9f7-1d53-4f33-84e6-bf83dcb3067d%40sessionmgr112&vid=18&hid=117&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=22462887>
24. KITZINGER, Sheila. Sheila Kitzinger's Letter from Europe: Awake, Aware-and Action!. *Birth* [online]. 2001, vol. 28, issue 3, s. 210-212 [cit. 2014-04-12]. DOI: 10.1046/j.1523-536x.2001.00210.x.  
Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1523-536x.2001.00210.x>
25. KITZINGER, Sheila. Letter from Europe: Should Fathers be Banned from Birth?. *Birth* [online]. 2010, vol. 37, issue 1, s. 77-78 [cit. 2013-03-12]. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2009.00382.x.  
Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1523-536X.2009.00382.x>
26. KITZINGER, Sheila. Sheila Kitzinger's Letter from Europe: The Politics of Birth. *Birth* [online]. 2003, vol. 30, issue 3, s. 203-205 [cit. 2014-04-12]. DOI: 10.1046/j.1523-536X.2003.00246.x.  
Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1523-536X.2003.00246.x>
27. KOMISARUK, Barry R., Carlos BEYER a Beverly WHIPPLE. Orgasm. *Psychologist*. 2008, roč. 21, č. 2, s. 100-103 [cit. 2013-04-19]. ISSN 09528229.
28. KULESZA-BROŃCZYK, B., B. DOBRZYCKA, K. GLINSKA a SJ. TERLIKOWSKI. Strategies for coping with labour pain. *Progress in Health Sciences* [online]. 2013, vol. 3, no. 2, s. 82-87 [cit. 2014-04-06]. DOI: [neuveveno].  
Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=011104f1-915f-484d-9035-b6d643030485%40sessionmgr4005&hid=4207>

29. LAVENDER, Tina, Stephen A. WALKINSHAW a Irene WALTON. A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery* [online]. 1999, vol. 15, issue 1, s. 40-46 [cit. 2014-04-13]. DOI: 10.1016/S0266-6138(99)90036-0. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613899900360>
30. LEMOLA, Sakari, Werner STADLMAYR a Alexander GROB. Maternal adjustment five months after birth: the impact of the subjective experience of childbirth and emotional support from the partner. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* [online]. 2007, vol. 25, issue 3, s. 190-202 [cit. 2013-04-07]. DOI: 10.1080/02646830701467231. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646830701467231>
31. LEVIN, Roy J. An orgasm is... who defines what an orgasm is?. *Sexual and Relationship Therapy* [online]. 2004, roč. 19, č. 1, s. 101-107 [cit. 2013-04-07]. ISSN 1468-1994. DOI: 10.1080/14681990410001641663. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14681990410001641663>
32. LUMLEY, Mark A., Jay L. COHEN, George S. BORSZCZ, Annmarie CANO, Alison M. RADCLIFFE, Laura S. PORTER, Howard SCHUBINER a Francis J. KEEFE. Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *Journal of Clinical Psychology* [online]. 2011, vol. 67, issue 9, s. 942-968 [cit. 2013-04-07]. DOI: 10.1002/jclp.20816. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/jclp.20816>
33. LYERLY, Anne Drapkin. Ethics and "Normal Birth". *Birth* [online]. 2012, vol. 39, issue 4, s. 315-317 [cit. 2014-04-06]. DOI: 10.1111/birt.12008. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/birt.12008>
34. MAGON, Navneet, Sanjay KALRA. The orgasmic history of oxytocin: Love, lust, and labor. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism* [online]. 2011, roč. 15, č. 7, s. 156-161 [cit. 2013-04-07]. ISSN

2230-8210. DOI: 10.4103/2230-8210.84851. Dostupné z:

<http://www.ijem.in/text.asp?2011/15/7/156/84851>

35. MARSON, Lesley. Neurologic and neuroendocrinologic responses during orgasm: What do we know?. *Current Sexual Health Reports* [online]. 2008, vol. 5, issue 3, s. 141-145 [cit. 2013-06-08]. DOI: 10.1007/s11930-008-0025-6. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11930-008-0025-6>
36. MESTON, Cindy M., Roy J. LEVIN, Marca L. SIPSKI, Elaine M. HULL a Julia R. HEIMAN. Women's Orgasm. *Annual Review of Sex Research* [online]. 2004, vol. 15, no. 85, s. 173-257, 2010-06-10 [cit. 2013-03-12]. DOI: 10.1080/10532528.2004.10559820. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/225229219?accountid=16730>
37. MILLS, Bo a Gordon TURNBULL. Broken hearts and mending bodies: the impact of trauma on intimacy. *Sexual and Relationship Therapy* [online]. 2004, roč. 19, č. 3, s. 265-289 [cit. 2013-04-07]. ISSN 1468-1994. DOI: 10.1080/14681990410001715418. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14681990410001715418>
38. MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ. *Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. 1. vyd. Praha: DharmaGaia, 2011, 279 s., 9 příl. Šťastné dítě. ISBN 978-807-4360-145.
39. O'HIGGINS, Louise McNally. A psychoanalytic perspective on hospital midwifery and birth. *Infant Observation* [online]. 2011, roč. 14, č. 2, s. 129-144. ISSN 1369-8036 [cit. 2013-04-07]. DOI: 10.1080/13698036.2011.583426. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13698036.2011.583426>
40. PASCALI-BONARO, Debra, rež. *Orgasmic Birth: The Best-Kept Secret* [dokumentární film]. USA: Seedsman Group, 2009, min. 1:25:02, barevný.



41. PINCUS, Jane. Natural Hospital Birth: The Best of Both Worlds. *Birth* [online]. 2012, vol. 39, issue 1, s. 86-87 [cit. 2014-04-06]. DOI: 10.1111/j.1523-536X.2011.00524\_2.x.  
Dostupné z: [http://doi.wiley.com/10.1111/j.1523-536X.2011.00524\\_2.x](http://doi.wiley.com/10.1111/j.1523-536X.2011.00524_2.x)
42. PIRDEL, Manizheh a Leila PIRDEL. Perceived Environmental Stressors and Pain Perception During Labor Among Primiparous and Multiparous Women. *J Reprod Infertil.* [online]. 2009, vol. 10, no. 3, s. 217-223 [cit. 2013-04-07]. DOI: [neuvedeno]. Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=01b21114-4cab-43ee-97d9-cddf8773e257%40sessionmgr4004&hid=4207>
43. PLANTIN, Lars, Adepeju Aderemi OLUKOYA a Pernilla NY. Positive Health Outcomes of Fathers' Involvement in Pregnancy and Childbirth Paternal Support: A Scope Study Literature Review. *Fathering: A Journal of Theory, Research, and Practice about Men as Fathers* [online]. 2011, vol. 9, issue 1, s. 87-102 [cit. 2013-04-07]. DOI: 10.3149/fth.0901.87.  
Dostupné z: <http://mensstudies.metapress.com/openurl.asp?genre=article>
44. REDSHAW, Maggie a Jane HENDERSON. Fathers' engagement in pregnancy and childbirth: evidence from a national survey. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2013, vol. 13, issue 1, s. 1-15 [cit. 2014-04-06]. DOI: 10.1186/1471-2393-13-70. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/13/70>
45. REIGER, Kerreen a Rhea DEMPSEY. Performing birth in a culture of fear: an embodied crisis of late modernity. *Health Sociology Review* [online]. 2006, vol. 15, issue 4, s. 364-373 [cit. 2014-04-06]. DOI: 10.5172/hesr.2006.15.4.364.  
Dostupné z: <http://pubs.e-contentmanagement.com/doi/abs/10.5172/hesr.2006.15.4.364>
46. RENFREW, Mary J., Walter HANNAH, Leah ALBERS a Elizabeth FLOYD. Practices That Minimize Trauma to the Genital Tract

in Childbirth: A Systematic Review of the Literature. *Birth* [online]. 1998, vol. 25, issue 3, s. 143-160 [cit. 2014-04-06].

DOI: 10.1111/j.1523-536X.1998.t01-2-.x.

Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1523-536X.1998.t01-2-.x>

47. RIGHARD, Lennart. Making Childbirth a Normal Process. *Birth: Issues in Perinatal Care* [online]. 2001, roč. 28, č. 1, s. 1-4 [cit. 2014-04-06].

DOI: [neuveдено].

Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=7a948aff-8de3-48da-9cfb-06e7d3f617b9%40sessionmgr4003&hid=4207>

48. SAYIN, H. Ümit. Doors of Female Orgasmic Consciousness: New Theories on the Peak Experience and Mechanisms of Female Orgasm and Expanded Sexual Response. *NeuroQuantology* [online]. 2012, roč. 10, č. 4, s. 692-714 [cit. 2013-04-07]. ISSN [neuveдено]. DOI [neuveдено]. Dostupné z:

<http://neuroquantology.com/index.php/journal/article/view/627#.UXnETaJA3a8>

49. SCHROLL, Anne-Mette, Ann TABOR a Hanne KJAERGAARD. Physical and sexual lifetime violence: prevalence and influence on fear of childbirth before, during and after delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics* [online]. 2011, vol. 32, issue 1, s. 19-26 [cit. 2013-04-07]. DOI: 10.3109/0167482X.2010.547965.

Dostupné z: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/0167482X.2010.547965>

50. SINGH, Mahendra. Oxytocin: The Cuddle Hormone – A RAVIEW. *Agricultural reviews* [online]. 2011, vol. 32, no. 201, s. 295-303 [cit. 2013-04-07]. DOI [neuveдено].

Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=4516c764-e710-4527-be45-a6307cdf0e3b%40sessionmgr4003&hid=4207>

51. SWAIN, James E., Esra TASGIN, Linda C. MAYES, Ruth FELDMAN, R. TODD CONSTABLE a James F. LECKMAN. Maternal brain response to own baby-cry is affected by cesarean section delivery. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* [online]. 2008, vol. 49, issue 10, s. 1042-1052 [cit. 2013-04-07]. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2008.01963.x  
Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1469-7610.2008.01963.x>
52. SWARTZ, Louis H. Absorbed states play different roles in female and male sexual response: Hypotheses for testing. *Journal of Sex* [online]. 1994, roč. 20, č. 3, s. 244-253 [cit. 2013-04-07]. ISSN 0092-623x. DOI: 10.1080/00926239408403434. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00926239408403434>
53. THILAGAVATHY, Ganapathy. Maternal Birthing Position and Outcome of Labor. *The Journal of Family Welfare* [online]. 2012, vol. 58, no. 1, s. 68-73 [cit. 2014-04-06].  
Dostupné z: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=7a948aff-8de3-48da-9cfb-06e7d3f617b9%40sessionmgr4003&hid=4207>
54. VAN DER SCHOOT, D.K.E. a A.F.G.V.M. YPMA. Seminal vesiculectomy to resolve defecation-induced orgasm. *BJU International* [online]. 2002, roč. 90, č. 7, s. 761-762 [cit. 2013-04-07]. ISSN 14644096. DOI: 10.1046/j.1464-410X.2002.02921.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1464-410X.2002.02921.x>
55. WAGNER, M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology* [online]. 2001, vol. 75, s. 25-37 [cit. 2014-04-12]. DOI: 10.1016/S0020-7292(01)00519-7.  
Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020729201005197>
56. WILDE-LARSSON, Bodil, Ann-Kristin SANDIN-BOJÖ, Bengt STARRIN a Gerry LARSSON. Birthgiving women's feelings and perceptions of quality of intrapartal care: a nationwide Swedish cross-sectional

study. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2011, roč. 20, č. 7-8, s. 1168-1177 [cit. 2013-04-07]. ISSN 09621067. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03393.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2010.03393.x>

## SEZNAM PŘÍLOH

- i. Mezinárodní definice porodní asistentky
- ii. Definice normálního porodu
- iii. Klasifikace praktik při normálním porodu
- iv. Trpíte posttraumatickou stresovou poruchou?
- v. Deset kroků k podpoře bondingu
- vi. Projekt Přirozený porod v porodnici

## **i. Mezinárodní definice porodní asistentky**

Porodní asistentka je osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky uznávaného v dané zemi, která úspěšně ukončila daný vzdělávací program pro porodní asistentky a získala tak požadovanou kvalifikaci a registraci pro výkon povolání porodní asistentky.

Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník. Pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní. Vede porod na svou vlastní zodpovědnost a poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku.

Tato péče zahrnuje: preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci, provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci.

Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě.

Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik, nebo zdravotnických středisek.

*Tato definice byla přijata na zasedání Mezinárodního výboru porodních asistentek 19. července 2005 a revidována 15. června 2011. Nahrazuje Definici porodní asistentky přijatou v roce 1972 a doplněnou v roce 1990.*

ČESKÁ KONFEDERACE PORODNÍCH ASISTENTEK. *Mezinárodní definice  
porodní asistentky* [online]. 2005 [cit. 2014-04-10]. Dostupné z:  
[http://www.ckpa.cz/source/file/dokumenty/ckpa\\_008.pdf](http://www.ckpa.cz/source/file/dokumenty/ckpa_008.pdf)

## ii. Definice normálního porodu

Při definování „normálního porodu“ je třeba vzít v úvahu dva faktory: stupeň rizikovosti těhotenství a průběh I. a II. doby porodní. Jak již bylo řečeno, predikativní hodnota stanoveného rizika není zdaleka 100%. U těhotné ženy, která byla zařazena do skupiny s nízkým rizikem na počátku I. doby porodní, může být porod nakonec velmi komplikovaný. Na druhé straně však probíhá porod u mnoha žen s vysokým rizikem nakonec nekomplikovaně v I. i II. době porodní. V této zprávě se však primárně zaměřujeme na velkou skupinu žen s nízkým rizikem.

**Normální porod definujeme jako: spontánně vyvolaný, s nízkým rizikem na počátku porodu, které je neměnné během celé I. i II. doby porodní. Dítě se narodí spontánně v pozici hlavou napřed, v období mezi ukončeným 37. a 42. týdnem těhotenství. Po porodu jsou matka i dítě v dobrém stavu.**

Kolik porodů lze dle této definice považovat za normální? Tento údaj bude značně závislý na regionálním a místním vyhodnocování rizika a na procentu žen, které byly poslány do nemocnice. Výzkumy „alternativní porodní péče“ v rozvinutých zemích uvádějí, že průměrná míra žen poslaných do nemocnice během I. doby porodní je 20 % a stejný počet žen byl doporučen k nemocničnímu ošetření již během těhotenství. U žen, které nerodily poprvé, byla tato míra mnohem nižší než u prvorodiček (MacVicar et al 1993, Hudley et al 1994, Waldenstrom et al 1996). V těchto výzkumech se riziko zvažuje velice pečlivě, což znamená, že u mnoha žen, které byly doporučené do nemocnice, byl průběh porodu nakonec normální. V jiných podmínkách však může být počet žen doporučených do nemocnice nižší. V Keni bylo zjištěno, že 84,8 % porodů je nekomplikovaných (Mati et al 1993). Obecně lze stupeň rizika na počátku I. doby porodní považovat za nízký u 70 až 80 % těhotných žen.

(WHO, 1999, s. 6)



WHO/FRH/MSM/96.24. *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka*. Ženeva: Světová zdravotnická organizace [online]. 1999, s. 1-44 [cit. 2013-04-25]. Dostupné z:

[http://www.aperio.cz/data/1/WHO\\_Pece\\_v\\_prubehu\\_normalniho\\_porodu.pdf](http://www.aperio.cz/data/1/WHO_Pece_v_prubehu_normalniho_porodu.pdf)

### iii. Klasifikace praktik při normálním porodu

#### KLASIFIKACE PRAKTIK, KTERÉ SE VYUŽÍVAJÍ PŘI NORMÁLNÍM PORODU

##### **KATEGORIE A: Praktiky, které jsou jednoznačně prospěšné a které by měly být podporovány**

- 1) Osobní plán, který stanoví, kde se porod uskuteční a kdo ho povede, a který je vypracován ve spolupráci s budoucí matkou během těhotenství a je oznámen jejímu manželovi/partnerovi případně i její rodině (1.3).
- 2) Vyhodnocení rizikovosti těhotenství během prenatální péče, přehodnocené během každého kontaktu se zdravotnickým systémem a v době prvního kontaktu s poskytovatelem péče při porodu (1.3).
- 3) Sledování tělesného a psychického stavu ženy během všech porodních dob (2.1).
- 4) Poskytnutí tekutin (orálně) během porodu (2.3).
- 5) Respektování výběru místa porodu, který žena učinila po náležitém poučení (2.4).
- 6) Poskytování péče při porodu na nejperifernější úrovni, na které je porod uskutečnitelný a bezpečný, a kde se žena cítí jistě a bezpečně (2.4, 2.5).
- 7) Respektování práva ženy na soukromí v místě porodu (2.5).
- 8) Empatická podpora od poskytovatelů péče během porodu (2.5).
- 9) Respektování ženina výběru společníků při porodu a narození dítěte (2.5).
- 10) Poskytnutí ženám tolik informací a vysvětlení, kolik si žádají (2.5).
- 11) Neinvazivní, nefarmakologické postupy mírnění porodních bolestí, jako například masáže a relaxační techniky (2.6).
- 12) Monitorování plodu prostřednictvím periodické auskultace (vyšetření poslechem) (2.7).

- 13) Použití materiálů pro jednorázovou spotřebu a náležitá dekontaminace nástrojů pro opakované užití během celého porodu (2.8).
- 14) Použití rukavic při vaginálním vyšetření, během porodu dítěte a při zacházení s placentou (2.8).
- 15) Volnost ve výběru polohy a pohybu během porodu (3.2).
- 16) Podpora jiné polohy než vleže na zádech (3.2, 4.6).
- 17) Pozorné sledování vývoje porodu, například pomocí partografu WHO (3.4).
- 18) Profylaktická (preventivní) aplikace uterotonik (léků posilujících napětí dělohy, např. kontrakce) ve III. době porodní u žen s rizikem poporodního krvácení a u žen, které jsou ohrožené i malou ztrátou krve (5.2, 5.4).
- 19) Sterilita při přestřihování pupeční šňůry (5.6).
- 20) Prevence hypotermie (podchlazení) u novorozence (5.6).
- 21) Časný tělesný kontakt mezi matkou a dítětem a podpora zahájení kojení v první hodině po porodu v souladu s pokyny WHO o kojení (5.6).
- 22) Rutinní vyšetření placenty a vaku blan (5.7).

**KATEGORIE B: Praktiky, které jsou jednoznačně škodlivé nebo neefektivní a které by měly být eliminovány**

- 1) Rutinní provádění klystýru (2.2).
- 2) Rutinní oholení pubického ochlupení (2.2).
- 3) Rutinní intravenózní (nitrožilní) infúze během I. doby porodní (2.3).
- 4) Rutinní profylaktické (preventivní) zavedení intravenózní kanyly (2.3).
- 5) Rutinně nařízená poloha vleže na zádech během porodu (3.2, 4.6)
- 6) Vyšetření per rectum (konečníkem) (3.3).
- 7) Použití rentgenové pelvimetrie (měření velikosti pánve rentgenem) (3.4).
- 8) Aplikace uterotonik v kterékoli době před vypuzením plodu takovým způsobem, že jejich účinek nemůže být kontrolován (3.5).

- 9) Rutinní využití polohy na porodním lůžku s nebo bez podpěrek během porodu (4.6).
- 10) Zaměřené úsilí na tlačení se zadržným dechem (Valsalvův manévr) během II. doby porodní (4.4).
- 11) Masáž a roztahování perinea (hráze) v II. době porodní (4.7).
- 12) Aplikace orálních tablet ergometrinu ve III. době porodní jako prevence nebo kontrola krvácení (5.2, 5.4).
- 13) Rutinní aplikace ergometrinu parenterálně (do žíly nebo svalu) ve III. době porodní (5.2).
- 14) Rutinní výplach dělohy po porodu (5.7).
- 15) Rutinní vyšetření (manuální kontrola) dělohy po porodu (5.7).

**KATEGORIE C: Praktiky, které nelze jednoznačně doporučit, protože neexistuje dostatek důkazů o jejich prospěšnosti, a které by měly být aplikovány jen po zralé úvaze až do doby, než je další výzkum objasní**

- 1) Nefarmakologické metody mírnění bolesti, jako například použití bylinek, ponoření do vody nebo nervová stimulace (2.6).
- 2) Rutinní provedení časně amniotomie (protržení vaku blan) v I. době porodní (3.5).
- 3) Tlak na fundus (horní pól dělohy) během porodu (4.4).
- 4) Zásahy na ochranu perinea a vedení hlavy novorozence v okamžiku narození (4.7).
- 5) Aktivní manipulace s novorozencem v okamžiku narození (4.7).
- 6) Rutinní aplikace oxytocinu, kontrolovaný tah za pupeční šňůru nebo kombinace těchto postupů během III. doby porodní (5.2, 5.3, 5.4).
- 7) Časné podvázání pupeční šňůry (5.5).
- 8) Stimulace bradavek ke zvýšení intenzity děložních stahů během III. doby porodní (5.6).

## **KATEGORIE D: Praktiky, které se často používají nevhodně**

- 1) Omezení příjmu potravy a tekutin během porodu (2.3).
- 2) Mírnění bolesti léčivý pro celkovou aplikaci (2.6).
- 3) Mírnění bolesti epidurální analgezií (2.6).
- 4) Elektronické sledování plodu (2.7).
- 5) Použití roušek a sterilních oděvů při péči během porodu (2.8).
- 6) Opakované nebo časté vaginální vyšetření, zejména pokud je prováděné více než jedním poskytovatelem péče (3.3).
- 7) Urychlení porodu oxytocinem (3.5).
- 8) Rutinní převoz rodičky do jiné místnosti na počátku II. doby porodní (4.2).
- 9) Cévkování močového měchýře (4.3).
- 10) Povzbuzování ženy, aby tlačila už od okamžiku, kdy je diagnostikována úplná nebo téměř úplná dilatace (otevření) děložního hrdla, dříve než žena sama ucítí potřebu tláčit (4.3).
- 11) Rigidní snaha o dodržení stanoveného trvání II. doby porodní, například 1 hodiny, v případě, že stav matky i plodu je dobrý a porod pokračuje (4.5).
- 12) Operativní porod (4.5).
- 13) Liberální nebo rutinní užívání episiotomie (nástřih hráze) (4.7).
- 14) Manuální kontrola dělohy po porodu (5.7).

(WHO, 1999, s. 30-32)

*Tento dokument je výňatkem z **Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka** vydané Světovou zdravotnickou organizací. V uvedené klasifikaci se promítají i názory Technické pracovní skupiny pro normální porod. Jejich odůvodnění zde není uvedeno, ale je možné je dohledat v celém znění dokumentu prostřednictvím čísel kapitol v závorkách.*

WHO/FRH/MSM/96.24. *Péče v průběhu normálního porodu: praktická příručka*. Ženeva: Světová zdravotnická organizace [online]. 1999, s. 1-44 [cit. 2013-04-25]. Dostupné z:

[http://www.aperio.cz/data/1/WHO\\_Pece\\_v\\_prubehu\\_normalniho\\_porodu.pdf](http://www.aperio.cz/data/1/WHO_Pece_v_prubehu_normalniho_porodu.pdf)

#### iv. Trpíte posttraumatickou stresovou poruchou?

##### KOLIK Z TĚCHTO PŘÍZNAKŮ SE VÁS TÝKÁ?

- Událost, kterou jste zažili, je označována jako extrémní stresor.
- Kdykoli na ni pomyslíte, cítíte zděšení.
- Bojíte se, že se může opakovat.
- Cítíte strach, když o ní přemýšlíte.
- Nechcete si událost připomínat.
- Rychle a prudce se lekáte.
- Snažíte se vyhnout pocitům, které se vztahují k události.
- Vnucují se vám nežádoucí myšlenky.
- Zdají se vám špatné sny.
- Máte narušený spánek.
- Vnucují se vám některé představy a zvuky.
- Ztrácíte zájem o důležité aktivity.
- Těžko se soustředíte.
- Myšlenky na událost vám narušují učení.
- Straníte se lidí.
- Trpíte pocity viny.

Pokud jste u sebe napočítali sedm a více příznaků, je možné, že trpíte lehkou formou posttraumatické stresové poruchy. Skóre deset až dvanáct signalizuje střední formu, více než dvanáct je projevem závažné formy.

(Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011, s. 66)

MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ. *Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. 1. vyd. Praha: DharmaGaia, 2011, 279 s., 9 příl. Šťastné dítě. ISBN 978-807-4360-145.



## v. Deset kroků k podpoře bondingu

### DESET KROKŮ K PODPOŘE BONDINGU:

- 1) Položení nahého novorozence na matku. V případě spontánního porodu na její nahé břicho, v případě císařského řezu na její nahou hrud' nebo k její tváři.
- 2) Podpora bezprostředního kontaktu dítěte s jedním z rodičů. Kontakt by měl proběhnout nepřerušeně, od prvního okamžiku minimálně dvě hodiny, nejlépe dvanáct hodin. Pokud není kontakt s matkou technicky (císařský řez) nebo fyzicky (vyčerpanost matky) možný, měl tento kontakt dopřát novorozenci jeho otec.
- 3) Provedení prvního ošetření novorozence v náruči jeho matky. Je dobré mu obléknout čepičku a zabalit do roušek jeho i matku jako společnou jednotku. Při otírání je třeba se vyhnout ručkám.
- 4) Umožnění přímého tělesného kontaktu nahých těl matky i dítěte, tzv. „skin to skin“.
- 5) Umožnění a podpora pohledu z očí do očí. Pokud je novorozenec z vážného důvodu separován od matky, zprostředkovat matce vizuální kontakt alespoň fotografiemi, videi či webovou kamerou.
- 6) Pomoc s přiložením dítěte k prsu. Zde je důležitá trpělivost. Každý novorozenec má jiné tempo, je třeba vyčkat, až bude připravený. Pro úspěšné přisátí se k bradavce je důležité neomývat pěstičky dítěte a matčiny bradavky. Ty totiž mají stejnou vůni jako plodová voda. Novorozenec postupuje za vůní směrem k bradavce, má široce otevřené oči, olizuje si rty a pěstičky, kývá hlavou. Je velice důležité ponechat matce a dítěti čas na seznámení. Někdy může období od narození po první přisátí trvat i několik hodin.
- 7) Zajištění vhodné polohy matce i dítěti tak, aby pro ně byla pohodlná a usnadnila jejich ranou vazbu.

- 8) Zajištění tichého, příjemného a intimního prostředí ze strany zdravotnického personálu.
- 9) Provedení veškerého ošetření dítěte na těle jeho matky. V případě, že to vyžaduje stav novorozence, alespoň v blízkosti matky, aby na něj viděla. Pupečník by měl být přestřižen déle, podle přání matky, pokud to neohrožuje stav novorozence.
- 10) Omezení techniky všeho druhu v prvních jedinečných okamžicích po porodu. Ponechat tedy fotoaparáty, videokamery a mobilní telefony stranou. Vychutnat si první nenahraditelné okamžiky pouze s dítětem, bez fotografování, psaní zpráv a telefonování, protože tato situace už se nikdy nebude opakovat.

(Mrowetz, Chrastilová a Antalová, 2011, s. 28-29)

MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ. *Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. 1. vyd. Praha: DharmaGaia, 2011, 279 s., 9 příl. Šťastné dítě. ISBN 978-807-4360-145.

## vi. Projekt Přirozený porod v porodnici

### PŘIROZENÝ POROD V PORODNICI (PPP) – O PROJEKTU

Cílem projektu je poskytovat matkám v českých porodnicích péči podloženou nejnovějšími vědeckými poznatky založenými na důkazech. Nápad vzešel z iniciativy **Babyweb.cz**, českého webu pro těhotné ženy a matky, a **Kvalita očima pacientů**, realizátora dlouhodobého projektu měření kvality zdravotní péče prostřednictvím pacientů. Babyweb.cz ve spolupráci s lékaři a dalšími odborníky sestavil Desatero přirozeného porodu v porodnici. Byl proveden rozsáhlý průzkum a v létě 2012 úspěšná pilotní fáze projektu. V současné době se programu účastní 17 českých porodnic, které usilují o udělení certifikátu PPP.

### DESATERO PŘIROZENÉHO PORODU V PORODNICI

- 1) Usilovat o dialog, vstřícnou komunikaci a empatické jednání veškerého personálu.
- 2) Zohledňovat individuální přání a potřeby rodičky i novorozence po celou dobu pobytu v porodnici.
- 3) Informovat pravdivě, srozumitelně, bez zbytečného zastrasování a včas o všech úkonech v rámci poskytované péče.
- 4) Respektovat intimitu a soukromí ženy, vyvarovat se familiárnosti v přístupu k ženě.
- 5) Sledovat a uplatňovat nejnovější odborná doporučení (WHO, ENCA apod.).
- 6) Provádět veškeré lékařské zásahy a medikaci pouze v opodstatněných případech a vždy na základě informovaného souhlasu rodičky.
- 7) Nezpoptatňovat přítomnost blízké osoby u porodu a umožnit, aby ženu mohlo doprovázet více osob najednou.
- 8) Volbu polohy ponechat ve všech dobách porodních na rozhodnutí rodičky.

- 9) Podporovat raný kontakt kůže na kůži a samopřisátí. Zajistit nepřetržitou blízkost matky a dítěte po porodu i na oddělení šestinedělí. Vyšetřovat fyziologického novorozence na těle matky nebo v její těsné blízkosti.
- 10) V maximální možné míře podporovat kojení, zajistit vlídnou a praktickou pomoc, naslouchat potřebám a požadavkům matky.

*Výše uvedené Desatero PPP je ve zkrácené podobě. Jeho plné znění je k dispozici na webu [www.prirozenyporodvporodnici.cz](http://www.prirozenyporodvporodnici.cz).*

STOLAŘÍKOVÁ, Adéla a Tomáš RAITER. *Přírozený porod v porodnici* [online]. 2013-2014 [cit. 2014-04-25].

Dostupné z: <http://www.prirozenyporodvporodnici.cz/>